Vol. 31 - N. 1
Marzo 2012

Rivista Italiana di Colon-Proctologia
Fondata nel 1982
Già organo ufficiale della Società Italiana di Colon-Proctologia

ISSN 1973-4891

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

RIVISTA MULTIDISCIPLINARE DEL PAVIMENTO PELVICO

Editore
Giuseppe Dodi

Comitato di Collaborazione

Corrado Asteria
Gian Andrea Binda
Federica Cadeddu
Francesco Corcione
Elisabetta Costantini
Raffaele De Caro
Mario De Gennaro
Davide De Vita
Fabio Gaj
Aldo Infantino
Filippo La Torre
Pietro S. Litta
Giovanni Milito
Gabriele Naldini
Vittorio Piloni
Fabio Pomerri
Massimo Porena
Filippo Pucciani
Salvatore Siracusano
Marco Soligo

Organo ufficiale
della **Società Italiana di Pelvi-perineologia**
e di Urologia Femminile e Funzionale
*e dell'***Integrated Pelvis Group**

Indice

1 La visita pelviperineale: l'obiettività emorroidaria nel soggetto normale e nel paziente con malattia emorroidaria. Risposte ai perché di questa iniziativa editoriale - G. Dodi
2 Attacco emorroidale acuto - F. Dinarelli
3 Sindrome emorroidaria acuta in prolasso cronico - A. Sebastiano
5 Ruolo del multicomponente a base di Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina nella riduzione del dolore e del sanguinamento dopo prolassectomia con Stapler: caso clinico e revisione della letteratura
D. Piccolo, S. Lucchini, S. Carini, M. Mazzilli, P. Cambrini, F. Begnini, G. Galazzo
9 Uso del multicomponente a base di diosmina, esperidina troxertina in miscela micronizzata ed L-carnitina nelle emorroidi sanguinanti
G. Vinciguerra
10 Trattamento della rettorragia in paziente cardiopatico con prolasso mucoemorroidario - A. Sartori
11 Trattamento conservativo del sanguinamento emorroidario associato a trombosi - G. Pecorella
13 L'utilizzo del multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina come trattamento sintomatico nei pazienti con patologia emorroidaria: un alternativa all'intervento chirurgico?
C. Pagano
14 Utilizzo di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata + L-carnitina: caso clinico - G. Corbucci Vitolo
15 Emorroidi complicate - B. Nipote
16 Trattamento di crisi emorroidaria con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina
L. Bordoni, F. Pavesi
19 Un caso di patologia emorroidaria recidiva dopo anopessi con stapler trattato con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina - E. Castellaro
21 Trombosi anale in paziente con prolasso mucoemorroidario - G. Arrigoni
23 Emorroidi di 2° grado: terapia conservativa - E. Lauro
25 Il trattamento della trombosi emorroidaria acuta con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina - I. Citro
28 Il perineo fra medicina, cultura e metafora - M. Lise

Trimestrale di informazione scientifica
registrato al Tribunale di Padova n. 741 (23-10-1982 e 26-5-2004)

Redazione:
Clinica Chirurgica 2
Via Giustiniani, 2
35128 Padova
e-mail: giuseppe.dodi@unipd.it
info@giuseppedodi.it

Stampa:
Tip. Veneta
Via E. Dalla Costa, 6
35129 Padova
info@tipografiaveneta.it

www.pelviperineologia.it

Rectogesic® 4mg/g
trinitroglicerina

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. Rectogesic 4 mg/g pomata rettale. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Trinitroglicerina: 4 mg/g. Un grammo di pomata rettale contiene 40 mg di trinitroglicerina in propilenglicole corrispondente a 4 mg di trinitroglicerina (TNG). In 375 mg di questa formulazione sono contenuti all'incirca 1,5 mg di TNG. In ogni grammo di pomata rettale sono inoltre contenuti 36 mg di propilenglicole e 140 mg di lanolina. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Pomata rettale. Formulazione in pomata biancastra, omogenea, opaca. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche** La pomata rettale Rectogesic 4 mg/g è indicata per alleviare il dolore associato a ragade anale cronica. Nel corso dello sviluppo clinico, il farmaco ha evidenziato un modesto effetto sul miglioramento dell'intensità del dolore medio giornaliero (vedere paragrafo 5.1). **4.2 Posologia e modo di somministrazione.** Via di somministrazione: uso rettale **Adulti:** Per applicare la pomata è possibile utilizzare una protezione sul dito, ad esempio una pellicola adesiva o un copridito (acquistare i copridito separatamente, in farmacia o presso un rivenditore di forniture chirurgiche, o la pellicola adesiva nel supermercato più vicino). Per il dosaggio, posizionare il dito lungo la linea da 2,5 cm indicata sul cartone che contiene Rectogesic e applicare una striscia di pomata della lunghezza della linea sull'estremità del dito premendo delicatamente il tubetto. La quantità di pomata deve essere pari a circa 375 mg (1,5 mg di TNG). Inserire quindi delicatamente il dito con la protezione nel canale anale fino alla prima articolazione interfalangea ed applicare la pomata con movimenti circolari alla parete del canale. Una dose di pomata da 4 mg/g contiene 1,5 mg di trinitroglicerina. Questa dose deve essere applicata in sede intra-anale ogni dodici ore. Il trattamento può essere prolungato fino alla diminuzione del dolore, fino ad un massimo di 8 settimane. Rectogesic deve essere utilizzato quando il trattamento conservativo è risultato insufficiente per la cura dei sintomi acuti delle ragadi anali. **Anziani:** Non ci sono indicazioni relative all'uso di Rectogesic negli anziani. **Pazienti con compromissione epatica o renale:** Non ci sono indicazioni relative all'uso di Rectogesic nei pazienti con compromissione epatica o renale. **Bambini e adolescenti:** L'uso di Rectogesic non è raccomandato nei bambini e negli adolescenti al di sotto di 18 anni a causa della mancanza di dati sulla sua sicurezza e efficacia. **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità al principio attivo "trinitroglicerina" o a uno qualsiasi degli eccipienti della pomata o in caso di reazioni idiosincratiche ad altri nitrati organici. Trattamento concomitante con sildenafil citrato, tadalafil, vardenafil e con i donatori di NO (ossido di azoto), come altri derivati della TNG ad azione lunga, quali isosorbide dinitrato, amile o butile nitrito. Ipotensione ortostatica, ipotensione o ipovolemia non corretta, poiché l'impiego della trinitroglicerina in queste condizioni potrebbe indurre ipotensione grave o shock. Aumento della pressione intracranica (ad esempio trauma cranico o emorragia cerebrale) o circolazione cerebrale inadeguata. Emicrania o cefalea ricorrente. Stenosi aortica o mitralica. Cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva. Pericardite costrittiva o tamponamento pericardico. Forte anemia. Glaucoma ad angolo chiuso. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** Il rapporto rischio/beneficio della pomata Rectogesic deve essere stabilito su base individuale. In alcuni pazienti può manifestarsi cefalea grave in seguito al trattamento con Rectogesic. In alcuni casi, è consigliabile effettuare una rivalutazione del dosaggio appropriato. Nei pazienti in cui il rapporto rischio/beneficio viene ritenuto negativo, è necessario sospendere il trattamento con Rectogesic su consiglio medico e iniziare un nuovo trattamento terapeutico o chirurgico. Rectogesic deve essere utilizzato con cautela nei pazienti affetti da patologia epatica o renale grave. Evitare una eccessiva ipotensione, soprattutto per periodi di tempo prolungati, visti i possibili effetti nocivi a carico di cervello, cuore, fegato e reni dovuti ad una scarsa perfusione ed al conseguente rischio di ischemia, trombosi ed alterata funzionalità di tali organi. Occorre consigliare ai pazienti di passare lentamente dalla posizione coricata o seduta a quella eretta al fine di ridurre al minimo l'ipotensione ortostatica. Tale consiglio è particolarmente importante per i pazienti ipovolemici ed in terapia diuretica. L'ipotensione indotta da trinitroglicerina può essere accompagnata da bradicardia paradossa e da aumento dell'angina pectoris. È possibile che gli anziani siano maggiormente suscettibili all'insorgenza di ipotensione ortostatica, soprattutto nell'alzarsi di scatto. Non ci sono indicazioni relative all'uso di Rectogesic negli anziani. L'alcool può potenziare gli effetti ipotensivi della trinitroglicerina. Se il medico decide di prescrivere una pomata a base di trinitroglicerina a pazienti affetti da infarto miocardico acuto o insufficienza cardiaca congestizia, occorre procedere con un attento monitoraggio clinico ed emodinamico per evitare il potenziale rischio di ipotensione e tachicardia. Interrompere il trattamento se aumenta il sanguinamento associato a emorroidi. Questa formulazione contiene propilenglicole e lanolina che possono causare irritazioni e reazioni cutanee (es. dermatite da contatto). Se il dolore anale persiste, può essere necessario eseguire una diagnosi differenziale per escludere altre possibili cause. La trinitroglicerina può interferire con il dosaggio delle catecolamine e dell'acido vanilmandelico nelle urine poiché aumenta l'escrezione di queste sostanze. Il trattamento concomitante con altri prodotti medicinali deve essere affrontato con cautela. Vedere paragrafo 4.5 per informazioni specifiche. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** Il trattamento concomitante con altri vasodilatatori, farmaci bloccanti dei canali del calcio, ACE inibitori, beta bloccanti, diuretici, antipertensivi, antidepressivi triciclici e tranquillanti maggiori, così come il consumo di alcool, possono potenziare l'effetto di abbassamento della pressione indotto da Rectogesic. Pertanto valutare attentamente il trattamento concomitante con questi medicinali prima di iniziare la terapia con Rectogesic. L'effetto ipotensivo dei nitrati è potenziato dalla somministrazione contemporanea di inibitori della fosfodiesterasi, es. sildenafil, tadalafil, vardenafil (vedere paragrafo 4.3). Rectogesic è controindicato nel trattamento concomitante con farmaci donatori di NO (ossido di azoto), quali isosorbide dinitrato, amile o butile nitrito (vedere paragrafo 4.3). L'acetilcisteina può potenziare l'effetto vasodilatatore della trinitroglicerina. Il trattamento concomitante con eparina diminuisce l'efficacia dell'eparina stessa. È necessario eseguire uno stretto monitoraggio dei parametri della coagulazione del sangue; e la dose di eparina deve essere adattata di conseguenza. La sospensione di Rectogesic può indurre un brusco aumento del PTT (tempo di tromboplastina parziale). In tal caso può essere necessario ridurre il dosaggio di eparina. La somministrazione contemporanea di trinitroglicerina può indurre una riduzione dell'attività trombolitica dell'alteplasi. La somministrazione concomitante di Rectogesic e diidroergotamina può aumentare la biodisponibilità della diidroergotamina ed indurre vasocostrizione coronarica. Non si può escludere l'eventualità di una diminuzione della risposta terapeutica a Rectogesic in seguito all'assunzione di acido acetilsalicilico e farmaci antinfiammatori non steroidei. **4.6 Gravidanza ed allattamento. Gravidanza:** Non vi sono dati adeguati riguardanti l'uso della trinitroglicerina in donne in gravidanza. Gli studi su animali sono insufficienti per evidenziare gli effetti sulla gravidanza, sullo sviluppo embrionale/fetale, sul parto e sullo sviluppo post-natale (vedere paragrafo 5.3). Rectogesic non deve essere usato durante la gravidanza. **Allattamento:** Non è noto se la trinitroglicerina venga escreta nel latte umano. Considerati i potenziali effetti dannosi sul bambino allattato al seno (vedere paragrafo 5.3), l'uso di Rectogesic non è raccomandato durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Rectogesic, soprattutto al primo impiego, può indurre in alcuni pazienti vertigini, capogiri, visione offuscata, cefalea o affaticamento. I pazienti dovrebbero essere dissuasi dal guidare veicoli o usare macchinari durante il trattamento con Rectogesic. **4.8 Effetti indesiderati.** Nei pazienti trattati con la pomata rettale Rectogesic 4 mg/g, la più frequente reazione avversa legata alla terapia consisteva nella cefalea dose-dipendente, che si è verificata con un'incidenza del 57%. La tabella riportata di seguito mostra le reazioni avverse, che si sono verificate durante gli studi clinici, suddivise per classi organo-sistema. All'interno di ciascuna classe organo-sistema, le reazioni avverse sono state raggruppate in base alla frequenza nel seguente modo: molto comune (> 1/10), comune (>1/100 <1/10), non comune (>1/1000 <1/100).

Classe sistemico-organica	Frequenza	Reazione avversa
Patologie del sistema nervoso	Molto comune	Cefalea
	Comune	Vertigini
Patologie gastrointestinali	Comune	Nausea
	Non comune	Diarrea, disturbi anali,vomito, sanguinamento rettale, disturbi rettali
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Non comune	Prurito e bruciore anale Prurito
Patologie cardiache	Non comune	Tachicardia

Le reazioni avverse alla pomata contenente trinitroglicerina al 2% (usata nella profilassi dell'angina pectoris) sono in genere dose-dipendenti e la maggior parte di esse è la conseguenza dell'attività vasodilatatoria. La cefalea, che può essere di grado severo, è l'effetto collaterale più frequentemente riportato. Negli studi clinici di fase III condotti sulla pomata rettale Rectogesic 4 mg/g, l'incidenza di cefalea lieve, moderata e grave è stata, rispettivamente, del 18%, 25% e 20%. I pazienti con anamnesi di emicrania o cefalea ricorrente erano esposti ad un rischio maggiore di sviluppare cefalea durante il trattamento (vedere paragrafo 4.3). La cefalea può ricorrere ad ogni somministrazione giornaliera, soprattutto alle dosi più elevate. La cefalea può essere trattata con analgesici leggeri, es. paracetamolo, ed è solitamente reversibile con l'interruzione del trattamento. Possono inoltre verificarsi capogiri transitori, occasionalmente legati ad alterazioni della pressione sanguigna. L'ipotensione (inclusa l'ipotenzione ortostatica) non si verifica con frequenza, ma in alcuni pazienti può essere sufficientemente grave da giustificare l'interruzione della terapia. Si riportano casi di sincope, angina in crescendo e ipertensione "rebound", anche se non sono frequenti. Le reazioni allergiche alla trinitroglicerina non sono comuni e, quelle riportate, sono per lo più casi di dermatite da contatto o eruzioni fisse da farmaco in pazienti a cui la trinitroglicerina è somministrata in formulazione pomata o cerotti. Sono stati registrati pochi casi di vere e proprie reazioni anafilattoidi, e tali reazioni si possono presentare in pazienti che ricevono trinitroglicerina con qualsiasi via di somministrazione. In casi estremamente rari, dosi terapeutiche di nitrati organici hanno causato metaemoglobinemia in pazienti apparentemente normali. Raramente si è osservato rossore come reazione avversa da altri prodotti contenenti trinitroglicerina. **4.9 Sovradosaggio.** Un accidentale sovradosaggio di Rectogesic può causare ipotensione e tachicardia riflessa. Non si conosce nessun antagonista specifico degli effetti vasodilatatori della nitroglicerina e nessun intervento è stato sottoposto a studio controllato quale terapia per il sovradosaggio di nitroglicerina. Poiché l'ipotensione associata a sovradosaggio di nitroglicerina è causata da venodilatazione e da ipovolemia arteriosa, una terapia prudente in questa situazione deve essere indirizzata all'aumento del volume di liquido nel circolo sistemico. Può essere sufficiente il sollevamento passivo delle gambe del paziente, ma possono rendersi necessari anche un'infusione endovenosa di soluzione fisiologica normale o di liquido similare. In casi eccezionali di ipotensione grave o shock, possono rendersi necessarie misure di rianimazione. Un dosaggio eccessivo può inoltre dare luogo a metaemoglobinemia. In tal caso, intervenire con un'infusione di blu di metilene. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: Rilassanti della muscolatura. Codice ATC: C05AE 01. La principale azione farmacologica della trinitroglicerina è mediata dal rilascio di ossido di azoto. Quando la pomata a base di trinitroglicerina viene applicata per via intra-anale, si ottiene un rilassamento dello sfintere anale interno. L'ipertonicità della parte interna dello sfintere anale, ma non di quella esterna, rappresenta un fattore di predisposizione alla formazione delle ragadi anali. I vasi sanguigni della zona di transizione anale (anoderma) scorrono attraverso lo sfintere anale interno (SAI). Pertanto una ipertonicità dello SAI può indurre una diminuzione del flusso ematico e causare ischemia in questa regione. La distensione del retto produce un riflesso inibitorio della zona retto-anale e il rilassamento dello sfintere anale interno. I nervi che mediano questo riflesso si trovano nella parete dell'intestino. Il rilascio del neurotrasmettitore NO da questi nervi svolge un ruolo significativo nella fisiologia dello sfintere anale interno. Nello specifico, l'NO media il riflesso inibitorio retto-anale nell'uomo, producendo un rilassamento dello SAI. È stato stabilito il legame che esiste tra ipertonicità dello SAI, spasmo e presenza di una ragade anale. I pazienti con ragade anale cronica hanno una pressione anale massima media a riposo significativamente maggiore rispetto ai controlli; il flusso ematico nel derma anale in pazienti con ragade anale cronica era significativamente minore rispetto ai controlli. Nei pazienti le cui ragadi guarivano in seguito a sfinterotomia, è stata dimostrata una riduzione della pressione anale ed un miglioramento del flusso ematico dell'anoderma, con una ulteriore evidenza della natura ischemica della ragade anale. L'applicazione topica di un donatore di NO (trinitroglicerina) provoca il rilassamento dello sfintere anale, con conseguente riduzione della pressione anale ed miglioramento del flusso ematico anodermico. **Effetto sul dolore.** In tre studi clinici di fase III è stato dimostrato che la pomata rettale Rectogesic 4 mg/g, controllata con placebo, migliora l'intensità del dolore medio giornaliero, misurato su una scala analogica visiva di 100 mm, associato a ragade anale cronica. Nel primo studio, la pomata rettale Rectogesic 4 mg/g riduceva l'intensità del dolore medio giornaliero, nell'arco di 21 giorni, di 13,3 mm (39,2 mm al basale) rispetto ai 4,3 mm (25,7 mm al basale) con placebo ($p<0,0063$) e nell'arco di 56 giorni la riduzione era, rispettivamente, di 18,8 mm contro 6,9 mm ($p<0,0001$). Questo corrisponde ad un effetto del trattamento (differenza tra la modifica percentuale per Rectogesic e placebo) pari al 17,2% in 21 giorni, e al 21,1% in 56 giorni. Nel secondo studio, la pomata rettale Rectogesic 4 mg/g riduceva l'intensità del dolore medio giornaliero, nell'arco di 21 giorni, di 11,1 mm (al basale 33,4 mm) rispetto ai 7,7 mm (al basale 34,0 mm) con placebo ($p<0,0388$) e nell'arco di 56 giorni la riduzione era, rispettivamente, di 17,2mm contro 13,8 mm ($p<0,0039$). Questo corrisponde ad un effetto del trattamento del 10,6% in 21 giorni e del 10,9% in 56 giorni. Nel terzo studio, Rectogesic 4 mg/g pomata rettale riduceva l'intensità del dolore medio giornaliero, nell'arco di 21 giorni, di 28,1mm (al basale 55,0 mm) rispetto ai 24,9 mm (al basale 54,1 mm) con placebo ($p<0,0489$) e nell'arco di 56 giorni la riduzione era, rispettivamente, di 35,2mm contro 33,8 mm ($p<0,0447$). Questo corrisponde ad un effetto del trattamento del 5,1% in 21 giorni e dell'1,5% in 56 giorni. **Effetto sulla cicatrizzazione.** In tutti e tre gli studi, la cicatrizzazione delle ragadi anali nei pazienti trattati con Rectogesic 4 mg/g pomata rettale non è risultata statisticamente differente rispetto al trattamento con placebo. Rectogesic non è indicato per la cicatrizzazione delle ragadi anali croniche. **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** Il volume di distribuzione della trinitroglicerina è di circa 3 L/kg, la quale viene eliminata da tale volume in percentuali di tempo estremamente rapide, con una conseguente emivita sierica di circa 3 minuti. Le percentuali di clearance osservate (vicine a 1L/kg/min) superano ampliamente il flusso ematico epatico. Le sedi note del metabolismo extraepatico comprendono i globuli rossi e le pareti vascolari. I prodotti iniziali del metabolismo della trinitroglicerina sono il nitrato inorganico e 1,2 e 1,3-dinitroglicerolo. I dinitrati sono vasodilatatori meno efficaci rispetto alla trinitroglicerina, ma permangono più a lungo nel siero. Non si conosce quale sia il loro contributo al rilassamento dello sfintere anale interno. I dinitrati sono ulteriormente metabolizzati in mononitrati non vasoattivi e da ultimo in glicerolo e diossido di carbonio. In sei soggetti sani, la biodisponibilità media di trinitroglicerina rilasciata nel canale anale tramite pomata allo 0,2% era pari a circa il 50% della dose da 0,75 mg. **5.3 Dati preclinici di sicurezza. Tossicità a dose ripetuta.** Non sono stati condotti studi sulla tossicità sistemica di Rectogesic. I dati pubblicati indicano che dosi orali elevate di trinitroglicerina possono avere effetti tossici (metaemoglobinemia, atrofia testicolare e aspermatogenesi) nel trattamento a lungo termine. Questi aspetti non risultano tuttavia particolarmente pericolosi per l'uomo in condizioni di uso terapeutico. **Mutagenicità e carcinogenicità** I dati sugli studi preclinici con TNG rivelano effetti genotossici, esclusivamente nel ceppo di Salmonella typhimurium TA1535 carente del sistema di riparazione, ed effetti carcinogenici. Tuttavia, l'eventualità di un aumentato rischio carcinogenico è considerata estremamente ridotta in condizioni di uso terapeutico. **Tossicità sulla riproduzione.** Gli studi sulla tossicità riproduttiva effettuati nel ratto e nel coniglio tramite somministrazione endovenosa, intraperitoneale e cutanea, di trinitroglicerina, non hanno rivelato effetti avversi sulla fertilità o sullo sviluppo embrionale alle dosi che non inducevano tossicità materna. Non sono stati osservati effetti teratogeni. Nel ratto sono stati osservati effetti fetotossici (calo ponderale alla nascita) a dosaggi superiori a 1mg/kg/d (IP) e 28 mg/kg/d (via cutanea) in seguito a esposizione uterina durante lo sviluppo del feto. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Elenco degli eccipienti.** Propilenglicole, Lanolina, Sesquioleato di sorbitano, Paraffina dura, Paraffina morbida bianca. **6.2 Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità.** 15 mesi. Dopo la prima apertura: 8 settimane. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Non conservare a temperatura superiore ai 25°C. Non congelare.Tenere il tubetto ben chiuso. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** 30 g Tubetti in alluminio con tappo bianco a vite in polietilene non perforante. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento** Nessuna istruzione particolare. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** ProStrakan Limited, Galabank Business Park, Galashiels, TD1 1QH, UK-Tel. 01896 664000, Fax. 01896 664001. **8. NUMERO DELL AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** 037537014/M. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** 23 maggio 2007. **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO** Gennaio 2010.

P.P. € 73,09 - Classe C

ProStrakan

Editoriale

La visita pelviperineale: l'obiettività emorroidaria nel soggetto normale e nel paziente con malattia emorroidaria. Risposte ai perché di questa iniziativa editoriale

Urologi, ginecologi e chirurghi generali, ovviamente oltre che i medici di medicina generale, spesso prima ancora degli stessi chirurghi colorettali e dei proctologi, si trovano ad osservare pazienti con aspetti della componente emorroidaria *della regione anale particolari e asintomatici o con quadri realmente patologici caratterizzati da sintomi anche assai diversi.*

Non va mai dimenticato che le emorroidi, come anche tutte le malattie cosiddette funzionali, non vanno mai trattate se non è il paziente che lo chiede, ovvero quando la sua qualità di vita è compromessa dai sintomi e dai segni della malattia oppure in quei rari casi in cui il sanguinamento, che è il primo, principale sintomo della malattia emorroidaria (emo-reo), porti ad una grave anemia.

Le emorroidi vengono tradizionalmente classificate *in interne ed esterne in base alla localizzazione anatomica sopra o sotto la linea pettinea, ossia a livello di mucosa del canale anale prossimale o di anoderma del canale anale distale e in base alla disposizione vascolare del plesso emorroidario interno ed esterno. Il prolasso (che è solo delle emorroidi interne) viene classificato a sua volta in 4 gradi in base alla sua riducibilità.*

Se è vero che il sanguinamento *ed il* prolasso *sono gli elementi sintomatologici più caratteristici della malattia emorroidaria non complicata, il* dolore *è espressione in genere delle* manifestazioni acute *delle complicanze di tale condizione, cioè l'edema, l'ematoma e la cosiddetta trombosi anale o lo strozzamento del prolasso.*

La terapia medica *conservativa, ambulatoriale o* chirurgica*, delle emorroidi sintomatiche rappresenta da sempre un terreno di confronto tra il medico ed il paziente, il primo tendendo a risolvere il problema, il secondo timoroso soprattutto delle conseguenze degli interventi radicali e più invasivi per il dolore e per le possibili complicanze. Negli ultimi 15 anni la chirurgia del prolasso anale con le suturatrici meccaniche, largamente praticata anche da non specialisti nel settore coloproctologico, ha rappresentato un progresso nella risoluzione del problema per l'effettiva riduzione del dolore post-operatorio, ma la frequenza di recidive, i costi elevati ed il numero tutt'altro che trascurabile di imprevedibili complicanze a lungo termine spesso di difficile soluzione, la rendono poco accettabile a molti chirurghi, a dispetto di una frequente richiesta da parte di pazienti attirati da una pubblicità molto capillare da parte delle aziende produttrici degli appositi punti metallici.*

I costi della sanità *pubblica ed i conseguenti tentativi di risparmio tendono oggi ad obbligare i chirurghi ad effettuare in regime di* chirurgia ambulatoriale *gli interventi anche radicali per emorroidi, penalizzando con appositi DRG i reparti che non si adeguano. Ciò dà ulteriore spazio ai tentativi di terapia conservativa, medica e parachirurgica (legature elastiche, terapie sclerosanti, ecc.).*

Pelviperineologia *in quest'ottica ha deciso di chiedere ad un gruppo di* proctologi italiani *distribuiti in tutto il territorio nazionale di riferire una loro esperienza di trattamento dei più vari aspetti della malattia emorroidaria con il supporto di un multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata + L-carnitina (modalità d'uso: 3 buste/die per 4 giorni, 2/die per 3 giorni e 1/die fino alla 9a settimana), e ne è risultata una carrellata di casi clinici che pur nella uniformità della patologia di base dimostrano* la varietà delle possibili presentazioni *di cui anche i non specialisti è bene siano consapevoli.*

Scorrendo le presentazioni si noterà anche come, nonostante lo schema editoriale prevedesse un chiaro accordo sulle classificazioni e sulle modalità di valutazione coloproctologica, un tocco di anarchia medico-scientifica *sia clinica che espositiva risulti inscindibile dal costume nazionale. Nonostante le raccomandazioni editoriali infatti le esposizioni sono giunte in redazione con una notevole difformità: si comprende così quanto diversamente possa essere "misurato" un caso di emorroidi di terzo grado in un ospedale rispetto ad un altro, quanto diversa possa essere l'interpretazione di gravità di una rettorragia nell'indurre uno studio endoscopico del grosso intestino in centri diversi. La redazione del giornale ha svolto il lavoro di revisione, ma ha comunque lasciato che la serie dei brevi articoli, che continuerà anche nel prossimo numero, rappresenti uno spaccato realistico dei "modi di fare" di chi, nel territorio, si occupa di proctologia in Italia.*

Ogni presentazione è preceduta da una breve sintesi *con l'indicazione di quanto è possibile apprendere dalla specifica esperienza di quell'autore e con ciò si spera di far cosa utile al lettore meno esperto in questo campo, rafforzandone le cognizioni nell'individuare la patologia del paziente e nel selezionare l'orientamento al trattamento più adeguato. Si ribadisce che il valore dell'iniziativa, pur esulando dal peso scientifico della Medicina Basata sull'Evidenza, fornisce una indicazione molto realistica su un problema medico estremamente frequente, quello delle emorroidi sintomatiche, e ciò in una maniera che può essere letta in senso critico sia per quanto detto dagli autori che nel commento redazionale.*

L'affascinante articolo di stampo antropologico del Professor Mario Lise, pubblicato a chiusura di questo numero, ci riporta ai temi più caratteristici del nostro giornale, a quella integrazione dei tre comparti del pavimento pelvico, anteriore, centrale e posteriore che vede come irrinunciabile l'approccio multidisciplinare nella pratica sia medica che chirurgica di questa specialità e nei suoi profondi risvolti umani.

GIUSEPPE DODI
Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche
Università degli Studi di Padova
giuseppe.dodi@unipd.it

Caso clinico

Commento: Un caso in cui emorroidi in precedenza oligosintomatiche, dopo la crisi emorroidaria durata circa un mese si sono evolute in un quadro comunque oligosintomatico, ma di 3° grado.

Attacco emorroidale acuto

FRANCESCO DINARELLI

Ospedale Città di Castello, Perugia

Viene presentato il caso clinico di un paziente affetto da una crisi emorroidaria acuta trattata con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina al dosaggio di 3 buste/die per 4 giorni, poi 2 buste/die per 3 giorni e infine 1 busta/die per 9 settimane.

Il paziente G.G. di anni 56 si presentava in ambulatorio coloproctologico con vivo dolore anale associato ad edema emorroidario esterno insorto acutamente, non riducibile e non sanguinante. All'anamnesi venivano riferite emorroidi occasionalmente sanguinanti non prolassate. Non erano mai state eseguite visite proctologiche pur essendosi verificati in passato attacchi simili, ma con minore edema e dolore regrediti poi spontaneamente.

Nella prima settimana il trattamento con multicomponente era stato associato ad un antidolorifico (paracetamolo e codeina 500 mg 1cp al bisogno).

Obiettività ai controlli

T0: prolasso di 4°grado con importante edema evidente per più di 2/3 di circonferenza preponderante a dx (Figura 1). Non evidenza di sanguinamento in atto. Vivo dolore all'esplorazione rettale (V.A.S. 9) che aggrava il dolore basale (V.A.S. 8). Lieve ipertono sfinterico (+1/2).

T1: Dopo una settimana prolasso lievemente ridotto,minor tensione del tessuto esterno, minore dolore basale e durante l'esplorazione. Irriducibilità del prolasso (Figura 2 e Tab. 1 riassuntiva dei vari parametri ai controlli).

Figura 1. – T0.

Figura 2. – T1.

Figura 3. – T2.

Figura 4. – T3.

Figura 5. – T4.

TABELLA 1. – Tabella riassuntiva dei controlli e parametri da valutare.

Sintomi / segni	T0 anamnesi 6 mesi precedenti	T 0 esame obiett.	Terapia conservativa o parachir.-chirurgica?	T 1 7gg	T 2 3 settim.	T 3 9 settim.	T 4 1 mesi
Grado emorroidi	//	4°		4	4	3	3
Sanguinamento (0..27)	1	0		0	0	0	0
Dolore basale VAS (0..10)	//	2		1	0	0	0
Dolore alla esplorazione VAS (0..10)	//	8		6	3	0	0
Dolore alla defecazione (0..27)	0	8		6	2	0	0
Tumefazione (edema / trombosi) % circonf.)	//	2/3		2/3	2/3	1/3	0
Tumefazione riferita U (Uguale) R (Ridotta) S (Scomparsa)	//	U		U	R	S	S
Tono sfinterico	//	+1		+1	0	0	0
Grado prolasso mucoso	//	4		4	4	3	3

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

T2: Dopo 3 settimane: riduzione del prolasso in gran parte riducibile con scarso dolore all'esplorazione rettale e alla defecazione (Figura 3). Riduzione del tono sfinterico (V. Tab. 1).

T3: Dopo nove settimane. Riduzione pressoché totale del prolasso esterno di cui rimane visibile la parte cutanea. Riducibilità manuale dopo la defecazione pressoché totale. Non dolore né sanguinamento. Alla proctoscopia prolasso mucoso prevalente occulto con tessuto emorroidario non attualmente complicato ma solo lievemente congesto (Figura 4 e Tab. 1).

T4: A quattro mesi: emorroidi di 3° grado con modica residua componente cutanea esterna a sinistra attualmente asintomatiche. Riferiti solo sporadici sanguinamenti dopo episodi di stipsi (Figura 5 e Tab.1).

CONCLUSIONE

Il paziente ha ben tollerato senza effetti collaterali il multicomponente a base di diosmina, esperidina troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina, ritenuto gradevole all'assunzione. Fin dall'inizio del trattamento miglioramento progressivo della sintomatologia soggettiva e obiettiva.

Corrispondenza:

Dott. F. DINARELLI
Colonproctologia, U.O di Chirurgia
Ospedale
Città di Castello (PG)
francescocdc@libero.it

Caso clinico

Commento: Il trattamento medico descritto in questo caso appare efficace sia nella condizione di acuzie che nel riportare ad uno stato migliore di quello che precedeva la crisi. La trombosi emorroidaria infatti era insorta su un prolasso presente da tempo ed in attesa di intervento chirurgico. Solo un controllo a lungo termine tuttavia potrà documentare la validità di quella scelta chirurgica ossia della semplice prolassectomia e non di una emorroidectomia radicale che elimina anche la componente emorroidaria esterna nel canale anale distale. Opportuna la segnalazione della colonscopia.

Sindrome emorroidaria acuta in prolasso cronico

ATTILIO SEBASTIANO

Unità semplice di proctologia e chirurgia del pavimento pelvico, Ospedale "Martiri di Villa Malta", Sarno (SA)

INTRODUZIONE

Il prolasso emorroidario cronico si realizza per l'alterazione delle strutture di sostegno del canale anale, cioè i fasci muscolari che sono deputati all'ancoraggio dei plessi emorroidari alla parete anorettale. In conseguenza di ciò si ha lo scivolamento verso il basso del tessuto muco-emorroidario. Questo scivolamento si evidenzia al momento della defecazione e può essere riducibile spontaneamente (II° grado) o manualmente (III° grado), oppure con la successiva evoluzione della malattia diventare stabile e non più riducibile (IV° grado). Il tessuto prolassante o perennemente all'esterno viene sottoposto al momento della defecazione ad un trauma continuo, con conseguente frequente sanguinamento o addirittura può andare incontro ad un evento acuto come la trombosi emorroidaria, congestione ed edema dei tessuti circostanti, con conseguente algia acuta e grave malessere generale.

CASO CLINICO

Un paziente di sesso maschile di 51 anni affetto da prolasso muco-emorroidario di 3° grado noto si era sottoposto ad una precedente visita proctologica lamentando soprattutto rettorragia periodica associata a prurito perianale. L'alvo era tendenzialmente stitico con fuoriuscita dopo la defecazione di abbondante tessuto emorroidario che il paziente aveva imparato a ridurre manualmente con conseguente rapido benessere. Per tale patologia gli era stato proposto l'intervento chirurgico di correzione del prolasso, previa esecuzione di una colonscopia, considerata l'età. Nel periodo di attesa per l'esecuzione degli esami pre-operatori il paziente ricorre urgentemente all'attenzione del proctologo per un improvviso dolore anale con tumefazione anale non riducibile. Obiettivamente si evidenzia una grave trombosi emorroidaria del plesso interno con congestione ed edema del plesso esterno, spasmo sfinteriale reattivo, con algia tale da non permettere l'esplorazione rettale (Figura 1). Considerata l'estensione del processo trombotico e dell'edema circostante non risulta possibile lo svuotamento del trombo né risulta consigliabile procedere ad emorroidectomia su estesa flogosi. Si propende quindi per terapia medica allo scopo di riportare il paziente allo stadio preacuzie in modo da sottoporlo all'intervento di prolassectomia programmata.

Al paziente viene consigliata esclusivamente l'assunzione del multicomponente a base di diosmina, troxerutina e di esperidina, in miscela micronizzata, più L-carnitina, localmente solo semicupi tiepidi e eventuali analgesici al bisogno. Vengono effettuati controlli periodici (T1 a tre giorni, T2 a sette giorni, T3 a dieci giorni T4 a due settimane) per valutarne l'evoluzione (Figura 2).

DISCUSSIONE

Il follow-up ha permesso di evidenziare la rapidità del trattamento nel ridurre la sintomatologia acuta tanto che già al primo controllo dopo tre giorni il paziente, pur persistendo il dolore, non ha più necessità di assumere analgesici, con riduzione anche del sanguinamento. Dopo sette giorni si assiste alla marcata diminuzione della tumefazione con tono sfinteriale non più spastico e dolente. Al controllo dopo dieci giorni è completamente asintomatico, pur persistendo all'esame obiettivo un 50% di tumefazione. Il dato ancora più rilevante è che al controllo dopo due settimane non solo risulta completamente scomparsa la tumefazione ma risultano addirittura scomparsi il sanguinamento e il dolore alla defecazione e alla esplorazione presenti già prima

Figura 1. – Le emorroidi prima della cura.

Figura 2. – Il quadro clinico dopo la terapia.

TABELLA 1 — Evoluzione dei segni e sintomi in funzione del trattamento.

Sintomi / Segni	**T0 Anamnesi 6 mesi precedenti**	**T0 Esame obiettivo**	**T1 7 giorni**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
grado emorroidi	Prolasso di 3° grado	Prolasso di 4° grado	Prolasso di 4° grado	Prolasso di 4° grado	Prolasso di 4° grado	Prolasso di 3° grado
sanguinamento (0.27)	2	9	3	0	0	0
dolore basale VAS (0.10)	1	18/intenso	9	3	0	0
dolore alla esplorazione VAS (0.10)	2	18	9	3	0	0
dolore alla defecazione (0.27)	2	18	9	3	0	0
tumefazione (edema/trombosi) % circonf.)		70%	70%	50%	50%	Scomparsa
tumefazione riferita U (uguale) R (ridotta) S (scomparsa)			U	R	R	S
tono sfinterico	-2	2	2	1	-1	-2
grado prolasso mucoso	Prolasso di 3° grado	Prolasso di 4° grado	Prolasso di 4° grado	Prolasso di 4° grado	Prolasso di 4° grado	Prolasso di 3° grado

dell'insorgenza dell'episodio acuto, con evidente miglioramento quindi anche dello stato cronico antecedente la crisi. Il paziente dopo un mese è stato poi sottoposto ad intervento di prolassectomia, continuando l'assunzione di diosmina, troxerutina, esperidina in miscela micronizzata ed L-carnitina anche nell'immediato post-operatorio, con un rapido recupero. Gli effetti del trattamento medico sul decorso post-operatorio dovranno essere oggetto di ulteriore studio.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La scelta di non procedere ad emorroidectomia per l'estesa trombosi è stato dettata dalla previsione di ridurre la sintomatologia algica in tempi rapidi e di poter procedere all'intervento programmato di prolassectomia sicuramente meno doloroso della emorroidectomia, per di più effettuata su una flogosi estesa. Tale scelta è stata premiata dall'impiego di un flebotropo multicomponente, tanto che già dopo tre giorni il paziente non ha avuto più necessità di assumere analgesici in quanto trattavasi di dolore tollerabile. Dopo sette giorni l'assenza di sintomatologia ha permesso di continuare il trattamento fino alla completa scomparsa della tumefazione. I positivi effetti osservati in questa fase acuta potrebbero essere solo una parte dei benefici realmente perseguibili con l'uso di somministrazioni cicliche, dato che risultavano essere scomparsi anche i disturbi cronici del paziente quali sanguinamento, dolore e prurito.

Corrispondenza:

Dott. ATTILIO SEBASTIANO
Unità Semplice di proctologia e chirurgia del pavimento pelvico
Ospedale "Martiri di Villa Malta" - Sarno (SA)
Email: attiseba@yahoo.it

Commento: L'utilizzo dei bioflavonoidi sia nel pre che nel postoperatorio riduce sia la sintomatologia dolorosa che il sanguinamento postoperatorio. Oltre che nel caso clinico presentato, tale dato emerge anche dalla letteratura. Data l'inadeguatezza metodologica di molti studi resta tuttavia da chiarire con i criteri della EBM quanto sia effettivamente il trattamento conservativo ad influire su tali sintomi e quanto invece dipenda da un intervento chirurgico correttamente eseguito nonché dalla compliance dei pazienti che rispondono in modo sorprendentemente diverso a stimoli dolorosi apparentemente simili.

Ruolo del multicomponente a base di Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina nella riduzione del dolore e del sanguinamento dopo prolassectomia con Stapler: caso clinico e revisione della letteratura

DAVIDE PICCOLO, STEFANO LUCCHINI, STEFANO CARINI, MASSIMILIANO MAZZILLI, PAOLO CAMBRINI, FAUSTO BEGNINI, GIROLAMO GALAZZO

U.O. Chirurgia P.O. Valtidone (Castel San Giovanni) AUSL, Piacenza

La malattia emorroidaria è una delle più comuni patologie anorettali. La sua incidenza cresce con l'età ed almeno il 50% delle persone oltre i 50 anni ha problemi emorroidari. Ogni anno, circa 500.000 pazienti, solo, negli Stati Uniti, ricorrono a terapia medica per emorragia mentre il tasso di interventi chirurgici oscilla tra il 20% e il 30% dei casi. La patogenesi della malattia emorroidaria è multifattoriale e dipende dalla degenerazione del tessuto connettivo e dalla stasi sanguigna nei plessi vascolari emorroidali del canale anale.[1] Quest'ultima favorisce l'attivazione dei globuli bianchi[2] ed il rilascio di mediatori del sistema infiammatorio, come prostaglandine e radicali liberi,[3] che aumentando la permeabilità e la fragilità delle pareti vascolari predispongono alla necrosi.

Il multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina contiene bioflavonoidi micronizzati che agiscono inibendo la risposta infiammatoria tessutale,[4,5,6,7] riducendo i sintomi acuti e cronici della malattia emorroidaria, in caso di emorroidi di I e II grado. L'azione dei bioflavonoidi permette di ridurre il sanguinamento della malattia emorroidaria, aumentando il tono venoso, riducendo la stasi, inibendo i mediatori del sistema infiammatorio e favorendo il drenaggio linfatico[8,9] e contemporaneamente di ridurre la severità del dolore.[10]

La prolassectomia sec. Longo è un intervento chirurgico che prevede l'asportazione della mucosa rettale mediante sezione-anastomosi con stapler circolare transanale.

Questa tecnica chirurgica, come dimostrato in quattro metanalisi,[11,12,13,14] ottiene un decorso post operatorio caratterizzato da una riduzione del dolore e da una più veloce ripresa dell'attività lavorativa se confrontato con l'emorroidectomia sec. Milligan-Morgan.

Scopo di questo case report è quello di valutare l'efficacia dell'utilizzo pre e post operatorio di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata a L-Carnitina come supporto alla terapia chirurgica di prolassectomia sec. Longo, in termini di riduzione della risposta infiammatoria (diminuzione del dolore) e di beneficio sull'endotelio (diminuzione del sanguinamento) monitorando clinicamente e obiettivamente il decorso post operatorio ad intervalli di tempo definiti mediante visita specialistica.

CASO CLINICO

Il presente report analizza il decorso clinico di una paziente di 49 anni, di sesso femminile (M.V.) affetta da prolasso emorroidario di III° sintomatico da alcuni anni e con recenti episodi di recrudescenza, che dopo fallimento della terapia medica è stata sottoposta a intervento chirurgico di emorroidopessi sec. Longo associato con l'assunzione pre e post operatoria di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina 1 bustina/die 4 settimane prima dell'intervento e proseguita per 5 settimane. La paziente non presentava alcuna comorbilità e non era mai stata precedentemente sottoposta a interventi chirurgici. Nei 6 mesi precedenti l'osservazione, la paziente riferiva la presenza di prolasso emorroidario associato a episodi di sanguinamento di intensità moderata con frequenza occasionale, senso di peso perianale, non dolore, non prurito o soiling (Tabella 1).

Pertanto decideva di sottoporsi a visita specialistica proctologica (T0) lamentando recente peggioramento sintomatologico con episodi di proctorragia più frequente e di grado moderato, assenza di dolore basale o durante la defecazione, assenza di prurito perianale o soiling.

All'esame obiettivo si evidenziava un prolasso emorroidario di III° con congestione ed edema dei gavoccioli prolassati, presenti ad ore 3, 7 e 11 della ginecologica che interessavano l'intera circonferenza, riducibili manualmente; non segni di trombosi emorroidaria in atto.

All'esplorazione digitale rettale: assenza di dolore evocato, presenza di normotono sfinterico basale (+1) ed in contrazione, buon tono del muscolo puborettale con adeguato rilasciamento in ponzamento.

All'anoscopia: mucosa rettale rosea, gavoccioli emorroidali interni edematosi congesti e interessanti la totalità della circonferenza (Figura 1 e 2) con segni di recente sanguinamento, associati a prolasso mucoso retto-anale di grado I (Tabella 1).

Per 4 settimane la paziente ha assunto 1 bustina/die come da protocollo di studio ed è poi stata sottoposta ad intervento chirurgico (T2 - Figura 3) di prolassectomia con stapler sec. Longo, che ha avuto decorso regolare con dimissione in prima giornata in assenza di complicanze precoci.

Alla dimissione si prescriveva Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina 1 bustina/die per 5 settimane (T3). La paziente veniva poi rivalutata con visita specialistica come da protocollo di studio, a 5 settimane dall'intervento (T3) e a 4 mesi dall'inizio dell'osservazione (T4) con il riscontro clinico-obiettivo riportato in Tabella 1.

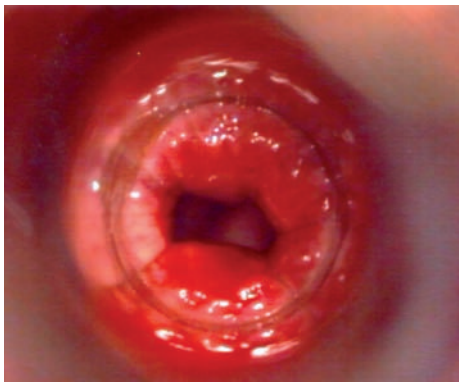


Figura 1. – Anoscopia a T0, edema e segni di recente sanguinamento.

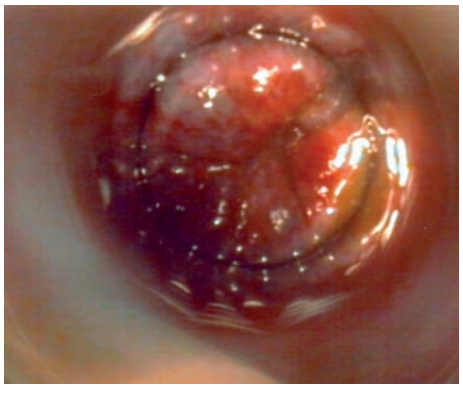


Figura 2. – Anoscopia a T0, prolasso emorroidario.

Figura 3. – Prolasso emorroidario III° pre-operatorio (T2).

Figura 4. – Endoscopia rettale. Anastomosi post intervento di prolasectomia sec. Longo (T3).

I controlli eseguiti prevedevano una visita proctologica associata ad ano-rettoscopia.

A 5 settimane dall'intervento si è evidenziato un buon decorso postoperatorio con risoluzione completa del sanguinamento, assenza di dolore a riposo o evocato all'esplorazione digitale o durante la defecazione. All'osservazione diretta della mucosa retto-anale si è dimostrata una completa riduzione dell'edema e della congestione emorroidaria interna, l'assenza di segni di sanguinamento recente, una scomparsa del prolasso retto-anale. (Tabella 1)

In sede di anastomosi rettale la cicatrice chirurgica appariva regolare senza segni di flogosi in atto, le graffette posizionate dalla stapler circolare apparivano completamente riepitelizzate (Figura 4).

A 4 mesi conferma dell'assoluta scomparsa di sanguinamento e assenza di dolore (Tabella 1).

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Una accurata ricerca della recente letteratura riguardante l'associazione di farmaci contenenti flavonoidi ed intervento chirurgico per emorroidi ha ottenuto pochi risultati sottolineando come questo ambito debba ancora essere indagato in modo adeguato.[15]

Per l'associazione con l'intervento resettivo tradizionale (Milligan-Morgan o Ferguson) esistono 5 studi randomizzati,[16, 17,18,19,20] pubblicati su riviste internazionali indicizzate; un solo studio clinico controllato randomizzato[21] invece per la prolassectomia con stapler.

Nel caso dell'emorroidectomia tradizionale è stato dimostrato da La Torre et al.[16] che l'utilizzo di MPFF riduce la durata e l'intensità dei sintomi post operatori e del sanguinamento, in sede di ferita chirurgica; Ho et al.[17] hanno constatato che si riduce il rischio di emorragia tra la 7ª e la 15ª giornata post operatoria; Colak et al. riportano una riduzione dell'intensità del dolore e dell'utilizzo di antidolorifici;[18] Babaikere conferma la diminuzione significativa dei sintomi post operatori (dolore, sanguinamento, prurito) aggiungendo un miglioramento visivo all'esame proctoscopico.[19]

Mlakar[20] riscontra una riduzione del sanguinamento post operatorio con la tecnica di Ferguson.

A partire dalla metà degli anni cinquanta diverse varianti tecniche sono state proposte al fine di ridurre il discomfort postoperatorio e sono stati ideati dispositivi per la dissezione chirurgica sempre più sofisticati (Harmonic ScalpelTM, laser, LigasureTM, ecc.).

La tecnica dell'emorroidopessi con stapler nasce dall'esigenza di offrire al paziente un trattamento chirurgico meno doloroso. La superiorità di questo intervento in termini di minore dolore post operatorio e di tempi di degenza è stata confermata da importanti review di studi clinici randomizzati[21,22]. Mlakar[23] in uno studio del 2005 su 63 pazienti sottoposti a intervento di Longo, utilizza i MPFF in 30 pazienti per 5 giorni dopo l'intervento, valutando il dolore, il sanguinamento e l'utilizzo di farmaci nel post operatorio. Questo studio non riesce tuttavia a dimostrare alcun effetto positivo statisticamente significativo nell'utilizzo dei MPFF, sospettando che il risultato atteso potesse essere mascherato dalla pressoché assenza di sintomatologia dolorosa tipica dell'intervento.

Nel caso clinico specifico, preso in considerazione in questo report, l'assunzione del multicomponente a base di Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina è stata in realtà differente rispetto a quella dell'altro studio di Mlakar,[20] in quanto si prevedeva la somministrazione per 4 settimane prima e per 5 settimane dopo la procedura chirurgica e non solamente per i primi 5 giorni dopo l'intervento. Il risultato post operatorio ottenuto con questa metodologia è stato ben più soddisfacente di quello atteso, che già prevedeva comunque un basso livello di dolore post operatorio in funzione dell'intervento chirur-

TABELLA 1 — Tabella riassuntiva dei controlli e parametri valutati nel tempo.

Sintomi / Segni	**T0** **6 mesi precedenti**	**T0** **Esame obiettivo**	**T1** **7 giorni**	**T2** **3 settimane**	**T3** **9 settimane**	**T4** **4 mesi**
grado emorroidi	//	III°	I°	I°	I°	I°
sanguinamento (0..27)	6	9	6	3	0	0
dolore basale VAS (0..10)	//	0	//	//	//	//
dolore alla esplorazione VAS (0..10)	//	0	0	0	0	0
dolore alla defecazione (0..27)	0	0	0	0	0	0
tumefazione (edema/trombosi) % circonf.)	//	Edema 360°	Edema 360°	Edema 360°	0	0
tumefazione riferita U (uguale) R (ridotta) S (scomparsa)	//	U	U	U	S	S
tono sfinterico	//	+1	+1	+1	+1	+1
grado prolasso mucoso	//	I°	I°	I°	0	0

//: non rilevabile

Grado di frequenza/severità (0…27) (Dodi, Classificazione e stadiazione della malattia emorroidaria. *It. J Coloproct,* 2001; 20: 139-142)

VAS (0…10) *1..3=2/lieve, **4..7=6/moderato, ***8..10=18/intenso

gico specifico, producendo un inaspettato controllo sul sanguinamento postoperatorio non così ben controllato in altri casi sottoposti alla stessa procedura chirurgica in assenza di supporto con bioflavonoidi..

È inoltre risultato sorprendente l'aspetto visivo locale, sia dei gavoccioli emorroidari che della mucosa rettale, comunque sottoposti ad insulto chirurgico, ma già a 5 settimane completamente normalizzati.

Quello che forse ha permesso tale risultato inaspettato è la somministrazione preoperatoria del multicomponente che ha ridotto preventivamente la flogosi locale e la congestione venosa permettendo di operare con tessuti con uno stato flogistico diminuito; ma questa supposizione deve essere avvalorata da studi clinici randomizzati che attualmente non sono ancora stati pubblicati.

CONCLUSIONI

Il caso clinico preso in considerazione dimostra in modo soddisfacente l'efficacia dell'utilizzo pre e post operatorio di Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata a L-Carnitina come supporto alla terapia chirurgica di prolassectomia sec. Longo. Si è infatti è ottenuta una riduzione completa del dolore post operatorio, indicativo di un'azione sulla risposta infiammatoria locale sia preoperatoria che postoperatoria, ma soprattutto si è assistito ad una risoluzione completa del sanguinamento come risultato combinato del beneficio del multicomponente sull'endotelio vascolare, che appariva nel post operatorio assolutamente normale.

Alla luce della recente letteratura non risulta possibile però provare questo effetto positivo, sia per l'esiguità degli studi effettuati, sia per il basso numero di casi arruolati. È necessario pertanto che si eseguano nuovi studi clinici prospettici randomizzati al fine di poter definire la reale efficacia di tale associazione in termini di Evidence Based Medicine.

BIBLIOGRAFIA

1. Haas PA, Fox TA Jr, Haas GP. The pathogenesis of hemorrhoids. Dis Colon Rectum 1984; 27:442–50.
2. Lawrence MB, McIntire LV, Eskin SG. Effect of flow on polymorphonuclear/endothelial cell adhesion. Blood 1987; 70:1284-90.
3. Weissmann G, Smolen JE, Korchak HM. Release of inflammatory mediators from stimulated neutrophils. N Engl J Med 1980; 303:27-34.
4. Di Perri T, Auteri A. Action of s 5682 on the complement system.In vitro and in vivo study. Int Angiol 1988; 7(suppl 2):11-5.
5. Labrid CL, Perdrix L. Mechanisms of oedema: activity of Daflon 500 mg. Phlebology 1992 ;7(suppl 2):30-6.
6. Moroney MA, Alcaraz MJ, Forder RA, Carey F, Hoult JR. Selectivity of neutrophil 5-lipoxygenase and cyclo-oxygenase inhibition by an anti-inflammatory flavonoid glycoside and related aglycone flavonoids. J Fharmacol 1988; 40:787-92.
7. Baumann J, Von Bruchhausen F, Wurm G. Flavonoids and related compounds as inhibitors of arachidonic acid peroxidation. Prostaglandins 1980; 20:627-39.
8. Labrid C., Duhault J. Pharmacologic properties of Daflon 500mg. Int J Med 1987;85 suppl:30-5.
9. Misra MC, Parshad R. Randomized clinical trial of micronized flavonoids in the early control of bleeding from acute internal haemorrhoids. Br J Surg 2000; 87:868-72.
10. Godeberge P. Daflon 500 mg in treatment of hemorrhoidal disease: a demonstrated efficacy in comparison with placebo. Angiology 1994; 45:574-8.
11. Sutherland LM, Burchard AK, Matsuda K et al. A systematic review of stapled hemorrhoidectomy. Arch Surg 2002; 137:1395-1406.
12. Christiansen J. Surgical treatment of hemorrhoids. An analysis of randomized trials published during the last five years. Ugeskr Laeger 2004; 166:3581-3584 .
13. Nisar PJ, Acheson AG, Neal KR, Scholefield JH. Stapled hemorrhoidopexy compared with conventional hemorrhoidectomy: systematic review of randomized, controlled trials. Dis Colon Rectum 2004; 47:1837-1845.
14. Lan P, Wu X, Zhou X, Wang J, Zhang L. The safety and efficacy of stapled hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a systematic review and meta-analysis of ten randomized control trials. Int J Colorectal Dis 2006; 21:172-178.
15. D.F. Altomare, A. Roveran , G. Pecorella, F. Gaj, E. Stortini. The treatment of hemorrhoids: guidelines of the Italian Society of Colo-Rectal Surgery. Tech Coloproctol 2006; 10:181-186.
16. La Torre F, Nicolai AP. Clinical use of micronized purified flavonoid fraction for treatment of symptoms after hemorrhoidectomy: results of a randomized, controlled, clinical trial. Dis Colon Rectum2004; 47: 704-710.
17. Ho YH, Foo CL, Seow-Choen F, Goh HS. Prospective randomized controlled trial of a micronized flavonidic fraction to

reduce bleeding after haemorrhoidectomy. Br J Surg 1995; 82: 1034-1035.
18. Colak T, Akca T, Dirlik M, Kanik A, Dag A, Aydin S. Micronized flavonoids in pain control after hemorrhoidectomy: a prospective randomized controlled study. Surg Today 2003; 33: 828-832.
19. Ma-Mu-Ti-Jiang A Ba-Bai-Ke-Re, Hong-Guo Huang, Wen-Ni Re, Kai Fan, Hui Chu, Er-Ha-Ti Ai,Mai-Mai-Ti-Tu-Er-Xun KE Li-Mu, Yi-Rui Wang, Hao Wen. How we can improve patients' comfort after Milligan-Morgan open haemorrhoidectomy? World J Gastroenterol 2011;17: 1448-1456.
20. B. Mlakar. Flavonoids reduce bleeding after closed haemorrhoidectomy – prospective randomized controlled trial. Eur Surg 2008; 40/1: 34-36.
21. Lumb KJ et al. Stapled versus conventional surgery for hemorrhoids Cochrane.
22. Tjandra JJ, Chan MK. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). Dis Colon Rectum 2007; 50: 878-892.
23. B. Mlakar, P. Kos˘orok. Flavonoids to reduce bleeding and pain after stapled hemorrhoidopexy: a randomized controlled trial. Wien Klin Wochenschr 2005; 117/15-16: 558-560.

Corrispondenza:

Dott. DAVIDE PICCOLO
U. O. Chirurgia Ospedale Civile di Castel San Giovanni
V.le 2 Giugno Castel San Giovanni (PC)
Email: davide_piccolo@yahoo.it

Caso clinico

Commento: Il sanguinamento cessa rapidamente con il trattamento conservativo nelle emorroidi di 3° grado. Persistono episodi di rettorragie a 4 mesi. Vien da chiedersi se in questo caso non sia indicato l'intervento chirurgico.

Uso del multicomponente a base di diosmina, esperidina troxertina in miscela micronizzata ed L-carnitina nelle emorroidi sanguinanti

GIOVANNA VINCIGUERRA

Ospedale di Carrara, Massa Carrara

INTRODUZIONE

In letteratura i bioflavonoidi micronizzati hanno dimostrato un benefico effetto sulla sintomatologia emorroidaria, in caso di sanguinamento, nella sintomatologia postemorroidectomia secondo Milligan Morgan per dolore, tenesmo, prurito e nel sanguinamento da emorroidi non prolassate con supplemento di fibre.

CASO CLINICO

Paziente di 36 aa. di sesso maschile con emorroidi di terzo grado e sanguinamento emorroidario. Il trattamento intrapreso in fase di acuzie é stata di multicomponente a base di diosmina, esperidina troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina, 1busta x3 x 4 giorni, seguita da 2 buste die per 3 giorni e quindi 1busta per 2 mesi. Al 5° giorno scomparsa del sanguinamento. A 4 mesi saltuaria emissione di sangue. L'osservazione ai controlli è presentata in tabella.

CONCLUSIONI

La patologia emorroidaria affligge numerose persone di entrambi i sessi. Frequente é la presenza del sanguinamento ed in questo caso il medico di famiglia riferisce il paziente al chirurgo per il trattamento definitivo, che prevede anche procedure invasive. E' tuttavia buona norma trattare inizialmente la patologia in modo conservativo con prescrizioni igienico/dietetiche e farmacologiche. Il paziente trattato con multicomponente a base di diosmina, esperidina troxertina in miscela micronizzata ed L-carnitina ha avuto una rapida cessazione del sanguinamento con miglioramento della sintomatologia complessiva. Questo permette una riduzione e razionalizzazione delle indicazioni chirurgiche.

Corrispondenza:
email: vincgiov@usl1.toscana.it

TABELLA

Sintomi / Segni	**T0 Anamnesi 6 mesi precedenti**	**T0 Esame obiettivo**	**Terapia conservativa o parachirurgica**	**T1 7 giorni**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
grado emorroidi	//	3	Incisione, drenaggio	*	*	*	*
sanguinamento (0..27)		9		0	0	0	3
dolore basale VAS (0..10)		0		//	//	//	//
dolore alla esplorazione VAS (0..10)	//	0		*	*	*	*
dolore alla defecazione (0..27)		0		0	0	0	0
tumefazione (edema/trombosi) % circonf.)	//	25%		*	*	*	*
tumefazione riferita u (uguale) r (ridotta) s (scomparsa)	//	U		R	R	R	R
tono sfinterico	//	Normotono		*	*	*	*
grado prolasso mucoso	//	0		*	*	*	*

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

Caso clinico

Commento: Il trattamento conservativo proposto è sembrato efficace nel controllo della rettorragia in attesa dell'intervento chirurgico in un paziente che, data la comorbidità cardiovascolare, non poteva sospendere la terapia con ASA.

Trattamento della rettorragia in paziente cardiopatico con prolasso mucoemorroidario

ANDREA SARTORI

Chirurgia Casa di Cura Porto Viro, Rovigo

CASO CLINICO

Un paziente maschio di 56 anni portatore di malattia emorroidaria da svariati anni (almeno 6 a memoria del paziente stesso) sintomatico per rettorragie, affetto da cardiopatia ischemico-ipertensiva trattata con triplice by-pass aorto-coronarico 2 anni prima dell'osservazione, in terapia domiciliare con antipertensivi ed ASA, viene ricoverato presso il reparto di medicina interna per anemizzazione marcata che necessita di emotrasfusione. Fra i vari accertamenti a cui è stato sottoposto, una visita proctologica descriveva emorroidi di III grado, prolasso muco emorroidario di III grado per oltre il 90% della circonferenza anale, con mucosa ulcerata e segni di recente sanguinamento, non segni di trombosi emorroidaria; all'esplorazione rettale tono sfinterico nella norma e lieve dolore indotto dalla manovra (VAS 2). Una colonscopia eseguita durante lo stesso ricovero escludeva altre patologie organiche colo-rettali. È stata impostata terapia medica con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina (1 bust./die) in attesa di intervento chirurgico di mucoprolassectomia con PPH effettuato 4 settimane dopo l'inizio della terapia. La terapia con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina è poi proseguita per altre 5 settimane nel post-operatorio con un dosaggio di 1 bust./die.

COMMENTO

Il paziente selezionato risultava sintomatico prevalentemente per rettorragia; tale sintomo si è notevolmente ridotto nel periodo precedente l'intervento chirurgico durante la terapia tanto da non risultare più evidenti (al monitoraggio mediante emocromo seriati) anemizzazioni significative. Anche la tumefazione emorroidaria osservata e riferita dal paziente ha avuto un miglioramento.

Nel periodo post operatorio, eccettuati i primi 3 giorni, non si sono verificati altri episodi di rettorragia e la tumefazione emorroidaria è andata progressivamente migliorando fino a scomparire del tutto già dopo 5 settimane dall'intervento. Il paziente selezionato non lamentava proctalgia pertanto il caso specifico non si presta alla valutazione delle variazioni del parametro dolore durante il trattamento.

CONCLUSIONI

I dati riportati, pur non essendo statisticamente significativi, sembrerebbero dimostrare una buona efficacia del prodotto nel controllo della rettorragia e nella diminuzione della tumefazione emorroidaria sia nel periodo preoperatorio che nel follow-up post operatorio.

Corrispondenza: Email: chirurgia@casadicuraportoviro.it

TABELLA riassuntiva dei sintomi e della loro evoluzione nel corso del trattamento.

Sintomi / Segni	**T0 Anamnesi 6 mesi precedenti**	**T0 Esame obiettivo**	**Terapia chirurgica**	**T1 1 settimana**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
grado emorroidi	//	III		III	III	I	I
sanguinamento (0..27)	9	9		3	3	0	0
dolore basale	1	1		3	3	0	0
dolore alla esplorazione	//	2		2	2	1	1
dolore alla defecazione	2	2		2	2	0	0
tumefazione	//	90%		75%	75%	10%	10%
tumefazione riferita	//	U		R	R	S	S
tono sfinterico	//	+1		+1	+1	+1	+1
grado prolasso mucoso	//	3		3	3	1	1

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

Caso clinico

Commento: Nel caso preso in esame il trattamento conservativo appare efficace nel controllo sia del sanguinamento che della trombosi e nel ridurre il grado di prolasso emorroidario (dal 3° in fase acuta, al 2° dopo stabilizzazione della sintomatologia). L'efficacia del trattamento conservativo tuttavia non può prescindere da un corretto regime alimentare come del resto dimostrato dagli episodi sporadici di rettorragia dopo la sospensione del trattamento stesso. Si rammenta la necessità di escludere patologie neoplastiche con la colonscopia in caso di sanguinamenti anali, ciò essendo altamente raccomandato soprattutto dopo i 40 anni.

Trattamento conservativo del sanguinamento emorroidario associato a trombosi

GIUSEPPE PECORELLA

Università di Catania

INTRODUZIONE

La malattia emorroidaria rappresenta ad oggi una delle più comuni affezioni del mondo occidentale nonché frequente motivo di consultazione del chirurgo generale. Il termine "malattia emorroidaria" andrebbe riservato alla presenza di emorroidi sintomatiche e nello specifico del caso clinico oggetto di studio è giustificato dalla presenza di noduli emorroidari congesti, sanguinanti con la defecazione e notevolmente dolenti per la concomitante presenza di trombosi. Sulla base della classificazione basata sulla quantità di prolasso emorroidario assimiliamo il caso clinico in questione al grado 3° in quanto è presente protrusione dei cuscinetti che si manifesta quasi esclusivamente durante la defecazione con riduzione degli stessi possibile soltanto manualmente.

CASO CLINICO

Il paziente oggetto dello studio giunge alla nostra osservazione su prescrizione del medico di medicina generale per sospetta patologia emorroidaria. Paziente di sesso femminile di anni 38, casalinga, riferisce all'anamnesi patologica remota tonsillectomia all'età di 8 anni, appendicectomia all'età di 18 anni e stapedotomia bilaterale per otosclerosi all'età di 30 anni. Riferisce altresì 2 pregressi parti cesarei ed una revisione uterina. Ad un successivo controllo ambulatoriale la paziente riferisce pregresso contagio da virus HBV sebbene il quadro sierologico anticorpale non risulti noto. Per tale motivo si consiglia alla stessa valutazione dei markers anticorpali. Non viene riferita alcuna familiarità per patologia neoplastica colo-rettale, pur senza aver eseguito in passato alcuna colonscopia. Da circa 15 giorni lamenta la comparsa di intenso dolore anale che si manifesta esclusivamente durante la defecazione e per il quale assume analgesici per os in misura di 5 alla settimana. Al dolore si associano da circa 4 giorni perdite ematiche color rosso vivo. Ci informa inoltre sulla presenza, da diversi anni, di "noduli emorroidari prolassati" al di fuori del margine anale con scarsa tendenza alla riduzione spontanea e sporadiche perdite ematiche color rosso vivo durante la defecazione in assenza pur tuttavia di alterazioni dell'alvo.

Per la stessa sintomatologia, su prescrizione del proprio medico, ha praticato una terapia farmacologica con mesoglicano sodico e betametasone per via intramuscolare, e con eparinoidi per os senza ottenere significativi benefici specie per quanto concerne il dolore anale avvertito con la defecazione. Nel corso della prima valutazione ambulatoriale all'ispezione si riscontra la presenza di emorroidi congeste e prolassanti oltre il margine anale, uno dei quali con evidenti segni di trombosi verosimilmente responsabile della sintomatologia dolorosa riferita dalla paziente. Non sono state rilevate lesioni ragadiformi mentre sono invece presenti 3 piccole marische. Si è proceduto con l'esplorazione rettale con la quale è stato valutato il normale tono sfinterico e la presenza di emorroidi congeste. La stessa esplorazione suscita vivo dolore. L'esame viene completato con una valutazione anoscopica che tuttavia è risultata incompleta per il vivo dolore indotto. L'insieme di raccolta anamnestica accurata ed esame obiettivo locale comprensivo di valutazione anoscopica ha pertanto permesso la diagnosi di emorroidi di 3° grado con trombosi in atto. Viene prescritta terapia conservativa con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina (3 bustine die per 4 giorni, 2 bustine die per 3 giorni e 1 bustina die fino alla 9a settimana) e rimandata la paziente a successivo controllo ambulatoriale fissato a 7 giorni, quando la paziente riferisce modesta riduzione della sintomatologia dolorosa sebbene il dolore si manifesti ancora, sporadicamente, durante la defecazione. La stessa riferisce altresì parziale riduzione dell'edema emorroidario con maggiore tendenza alla riduzione spontanea dopo l'atto evacuativo e scomparsa delle perdite ematiche. L'ispezione mette in evidenzia la risoluzione della trombosi presente alla precedente valutazione oltre alla riduzione del grado del prolasso emorroidario. L'esplorazione rettale suscita modesto dolore anale senza tracce ematiche all'estrazione del dito esploratore. Completata la valutazione obiettiva si rimanda la paziente al successivo controllo ambulatoriale.

A 3 settimane dalla prima valutazione clinica la paziente si presenta al controllo ambulatoriale riferendo completa risoluzione della sintomatologia precedentemente indicata. Nello specifico, non si sono osservate ulteriori perdite ematiche ed il grado di prolasso emorroidario con la defecazione si è notevolmente ridotto. La valutazione dell'obiettività locale completata con esecuzione dell'anoscopia conferma quanto affermato dalla paziente. L'ispezione non rileva presenza di tumefazioni o di lesioni presenti a livello anale e perianale. L'esplorazione rettale non evoca dolore e non si evincono alterazioni del tono sfinteriale. Il dito esploratore fuoriesce privo di tracce ematiche. L'esame anoscopico permette infine di rilevare una notevole riduzione del prolasso precedentemente valutato.

Al successivo controllo ambulatoriale fissato a 9 settimane dall'inizio dello studio la paziente riferisce 2 episodi di dolore anale con la defecazione associati a perdite ematiche color rosso vivo. All'esame obiettivo locale si conferma l'assenza di emorroidi prolassate al di fuori dal margine anale. L'esplorazione rettale non suscita dolore e non si rileva presenza di perdite ematiche provocate dal passaggio del dito esploratore all'interno del canale anale. A livello anoscopico si conferma la riduzione del grado di prolasso

TABELLA 1 — Evoluzione dei segni e sintomi in funzione del trattamento.

Sintomi / Segni	**T0 Anamnesi 6 mesi precedenti**	**T0 Esame obiettivo**	**Tipo di terapia**	**T1 7 giorni**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
grado emorroidi	//	III	CONSERVATIVA	III	II	II	II
sanguinamento	10	15		0	0	2	0
dolore basale	//	3		0	0	0	0
dolore alla esplorazione	//	6		0	0	0	0
dolore alla defecazione	21	21		0	0	4	4
trombosi (% circonf.)	//	30%		0	0	0	0
tono sfinterico	//	0		0	0	0	0
grado prolasso mucoso	//	III		I	I	I	I

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

già valutata ai precedenti controlli. La paziente viene rimandata al successivo ed ultimo controllo ambulatoriale a 4 mesi dall'inizio dello studio. Tale controllo conferma quanto rilevato nei precendenti, ovvero la completa risoluzione della sintomatologia sia per quanto concerne il dolore anale basale e durante defecazione, che per le perdite ematiche, con l'eccezione di sporadici episodi verosimilmente correlati ad eccessivi sforzi defecatori da ricondurre a periodi di alimentazione irregolare.

Sulla base di quanto rilevato nell'ultimo controllo ambulatoriale si decide di comune accordo con la paziente di rimandare successivi controlli, così come la decisione su di un eventuale intervento chirurgico, nel caso di eventuale riacutizzazione della patologia emorroidaria presente.

DISCUSSIONE

La valutazione della reale efficacia dei flebotropi nei pazienti affetti da patologia emorroidaria rappresenta un compito importante oltre che una necessità nella quotidiana attività di un ambulatorio di proctologia. Il monitoraggio dell'evoluzione del quadro emorroidario in pazienti trattati con flebotropi deve a nostro avviso basarsi sull'attenta ed obiettiva rilevazione dei reali benefici apportati tenendo conto sia dell'esame obiettivo locale che di quanto riferito dai pazienti stessi. A tale scopo risultano necessari controlli seriati nel tempo affinché la valutazione dell'efficacia di tali prodotti possa avere il giusto peso dal punto di vista scientifico, sempre tenendo conto però della reale compliance al trattamento da parte del paziente. Altra importante valutazione deve a nostro avviso riguardare la sicurezza dei composti utilizzati soprattutto in riferimento alle pluripatologie che i pazienti giunti alla nostra osservazione possono presentare. La gestione del caso clinico sopra descritto ha permesso pertanto di focalizzare maggiormente l'attenzione su questi punti e di approcciare in modo più consapevole l'approccio con flebotropi.

CONCLUSIONI

Il caso clinico da noi riportato, riguardante il ruolo del trattamento conservativo in paziente affetta da malattia emorroidaria di grado 3° con trombosi, ha messo in luce una sostanziale efficacia del multicomponente oggetto di studio nel ridurre sia la sintomatologia riferita che il grado di prolasso emorroidario evidenziato all'esame obiettivo. Nello specifico della paziente in esame, l'intenso dolore anale avvertito durante la defecazione e le cospicue perdite ematiche hanno subito una drastica riduzione sin dalla prima settimana di adesione allo schema di trattamento, per poi risultare assenti ai successivi controlli ambulatoriali, con l'eccezione di sporadici episodi da ricondurre verosimilmente a sforzi defecatori incongrui. La valutazione anoscopica ha inoltre documentato, lungo il periodo di valutazione, una riduzione del grado di prolasso emorroidario presente in prima istanza tale da indurci a rimandare la decisione circa un eventuale intervento chirurgico. Quanto osservato nel corso della valutazione clinica permette di affermare come l'utilizzo dell'associazione diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina, nel caso specifico del caso clinico da noi condotto, abbia rappresentato una valido strumento per quanto concerne il trattamento conservativo di patologia emorroidaria in fase di acuzie.

Corrispondenza:
email: gpecorel@mbox.unict.it

Caso clinico

Commento: il trattamento con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina nella malattia emorroidaria acuta può rappresentare un valido aiuto nei pazienti che non possono entro tempi brevi essere inviati all'intervento chirurgico come nel caso clinico presentato. L'autore considera la terapia medica non sostitutiva di quella chirurgica quando questa sia indicata.

L'utilizzo del multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina come trattamento sintomatico nei pazienti con patologia emorroidaria: un'alternativa all'intervento chirurgico?

CLAUDIO PAGANO

Chirurgia Generale, P.O. Vizzolo Predabissi

CASO CLINICO

EAL, paziente M di 53 anni e 90Kg di peso, giunge alla nostra attenzione per visita ambulatoriale il 21 aprile 2011 per l'aumento di frequenza di episodi di trombosi emorroidaria negli ultimi 6 mesi resistenti al trattamento topico abituale. Da circa 15 anni è affetto da saltuari episodi di proctorragie alla defecazione e tromboflebiti emorroidarie trattate con pomata cortisonica; prolasso emorroidario riducibile manualmente (prolasso=3 - sanguinamento=6 – dolore=1 – prurito=9). Al momento della valutazione ambulatoriale (T0) all'ispezione anale si evidenziava quadro di tromboflebite emorroidaria circonferenziale (prolasso 3° grado - 80% di circonferenza coinvolta) con eritema perianale; all'esplorazione rettale il tono basale era nella norma (tono=0) e sempre nella norma la contrazione volontaria, il rilasciamento alla manovra di Valsalva ed il riflesso del muscolo puborettale (dolore base=9 – dolore defecazione=12 – sanguinamento=11 - prurito=6). Non si apprezzavano neoformazioni endorettali. L'esame anoscopico non veniva eseguito per l'evidenza del quadro tromboflebitico (dolore alla digitopressione=9 (VAS 0...10)) e veniva rimandato alla visita successiva. Al paziente veniva consigliato trattamento secondo schema in fase di acuzie (diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina, 3 bustine al giorno per 4 giorni, 2 bustine al giorno per 3 giorni, 1 bustina/die sino alla IX settimana). Veniva aggiunto trattamento topico con pomata all'ossido di zinco + propoli, integrazione di Psyllium ai pasti principali e richiesta colonscopia. Dopo una settimana (T1, 28 aprile 2011) il paziente riferiva netto miglioramento della sintomatologia. All'esame anoscopico si evidenziava prolasso muco-emorroidario di III grado con mucosa iperemica, friabile e facilmente sanguinante al contatto; quasi completamente riassorbiti i trombi emorroidari che non superavano i 2-3mm di diametro, netta riduzione dell'eritema perianale (sanguinamento=6 – dolore alla defecazione=9 - tumefazione=R). Il paziente proseguiva con diosmina, esperidina e troxerutina e L-carnitina, 1 bustina al giorno per altre 8 settimane (T2). Proseguiva anche il trattamento topico con pomata all'ossido di zinco e propoli per altre 3 settimane e lo Psyllium sino alla visita successiva. A 9 settimane dall'inizio del trattamento (23 giugno 2011, T3) il paziente negava ulteriori episodi di proctalgie e proctorragie alla defecazione dall'ultima visita (dolore alla defecazione=1 - sanguinamento=0 - tumefazione=R). All'anoscopia si evidenziava prolasso mucoemorroidario di III grado con mucosa rosea ed in assenza di processi flogistici. Il paziente non aveva ancora eseguito la colonscopia per motivi personali. Proseguiva con terapia dietetica (Psyllium ed almeno 1,5 litri di acqua al giorno). Il 21 luglio (T4), ad un mese dalla sospensione del multicomponente il paziente riferiva ripresa di prurito anale alla defecazione nonostante la terapia dietetica (dolore alla defecazione= 9 – sanguinamento=6 - tumefazione=U). All'esame anoscopico si evidenziava prolasso mucoemorroidario di III grado associato ad eritema della mucosa endoanale. Veniva ripresa terapia con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina; consigliate colonscopia e visita di controllo dopo le vacanze estive.

Il 21 novembre eseguiva colonscopia (nella norma) e si recava per visita di controllo il 24 novembre. Riferiva benessere con l'assunzione quotidiana di multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina (a pranzo) e di avere sospeso trattamento con Psyllium (dolore alla defecazione =1 – sanguinamento=0 – tumefazione=U). All'esame anoscopico si evidenziava quadro sovrapponibile a quello della visita del 23 giugno (T3). Il paziente richiedeva trattamento chirurgico (THD). Il 17 gennaio 2012 è stato eseguito l'intervento chirurgico (THD). In attesa dell'intervento il paziente ha proseguito con 1 bustina al giorno mantenendo il beneficio (dolore alla defecazione=0 – prurito=3 sanguinamento=0). Ha inoltre proseguito il trattamento anche nelle 2 settimane seguenti all'intervento.

DISCUSSIONE

Nella nostra esperienza utilizziamo il multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina da circa due anni. Il prodotto è efficace e ben tollerato, tuttavia alla sua sospensione il paziente progressivamente riprende ad accusare la sintomatologia da malattia emorroidaria. Non può essere considerata una valida alternativa all'intervento chirurgico, ma solo un ausilio per procrastinarlo nel tempo; il paziente è comunque libero di utilizzarlo cronicamente o a cicli, in quanto è sufficiente l'assunzione di una bustina al giorno. Utile anche nei pazienti che per diversi motivi (età o patologie gravi) non possono essere sottoposti all'intervento chirurgico.

Corrispondenza:

Dott. CLAUDIO PAGANO
U.O. Chirurgia Generale - A.O. Melegnano - P.O. Vizzolo Predabissi
Vizzolo Predabissi - Via Pandina 1
Tel 02.98052550
Email: claudio.pagano@fastwebnet.it

Caso clinico

Commento: L'efficacia dei nutraceutici va misurata sulla base dei risultati ottenuti attraverso studi controllati in cui i prodotti siano assunti sia singolarmente che in associazione ad altre terapie.

Utilizzo di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata + L-carnitina: caso clinico

GIUSEPPE CORBUCCI VITOLO

Ospedale Ceccarini, Riccione

INTRODUZIONE

Sulla base delle esperienze della letteratura[1-4] un paziente affetto da patologia emorroidaria è stato trattato, oltre che con indicazioni igieniche ed alimentari, con l'utilizzo di un multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina osservandone l'evoluzione clinica.

Si ritiene che questo indirizzo, finalizzato ad un migliore benessere dei pazienti, debba essere perseguito, e in ogni specifico caso dovrà sempre essere valutato se il trattamento sia da effettuarsi singolarmente o in associazione ad altre terapie.

TABELLA 1.

Sintomi	**T0 Anamnesi**	**T0 Es. obiettivo**	**Terapia conservativa**	**T1 7 giorni**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
Grado emorroidi	//	2°		2°	1°	1°	1°
sanguinamento	1	2		1	0	0	0
Dolore basale	2	3		2	1	0	0
Dolore esplorazione	//	3		2	1	0	0
Dolore defecazione	1	2		2	1	0	0
Tumefazione %	//	25%		20%	10%	0	0
Tumefazione riferita	//	//		U	R	S	S
Tono sfinterico	//	1		1	1	0	0
Grado prolasso	//	2		1	0	0	0

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

MATERIALI E METODI

Paziente di sesso maschile, 36 anni, che alla prima vista lamentava da tre mesi modico sanguinamento, lieve prurito; all'esame clinico, all'esplorazione e all'anoscopia si rilevava prolasso di 2° grado con edema interessante il 25% della circonferenza, normotono sfinteriale e dolore indotto (VAS 2) e minimo sanguinamento all'estrazione dello strumento.

Il multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata + L-carnitina è stato somministrato con un dosaggio di 3 buste/die per 4 giorni, 2 /die per 3 giorni e 1 /die fino alla 9a settimana.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Il trattamento conservativo, utilizzando norme igienico-dietetiche ed un multicomponente a base di diosmina, esperidina, troxerutina + L-carnitina ha consentito, in questo caso, una completa regressione sintomatologica.

Il trattare la patologia emorroidaria non complicata e quella piú severa, soprattutto nel periodo pre e post interventistico, con multicomponenti ha un suo razionale dato dalla diminuzione della sintomatologia che caratterizza questo tipo di patologie.

L'attuale sensibilizzazione, da parte dell'utenza e da parte della classe medica nei riguardi dei trattamenti che utilizzano prodotti di derivazione naturale, porta ad una attenta valutazione per testare la loro efficacia.

BIBLIOGRAFIA

1. Misra MC. Drug treatment of haemorrhoids. Drugs 2005; 65: 1481-91.
2. Eshghi F. Effects of Aloe vera cream on posthemorrhoidectomy pain and wound healing: result of a randomized, blind, placebo-control study. J Altern Complement Med. 2010; 16: 647-5
3. Di Pierro F. Clinical effectiveness of a highly standardized ad bioavailable mixture of flavonoids and triterpenes in the management of acute haemorrhoidal crisis. Acta Biomed. 2011; 82: 35-40
4. Dimitroulopoulos D. Prospective, randomized, controlled, observer-blinded trial of combined infrared photocoagulation and micronized purified flavonoid fraction versus each alone for the treatment of hemorrhoidal disease. Clinical therapeutics 2005; 27: 746-54

Corrispondenza:

Dott. GIUSEPPE CORBUCCI VITOLO
Chirurgia Generale e Toracica
Ospedale di Riccione
corbuccivitolog@gmail.com

Caso clinico

Commento: un caso di emorroidi di 3° grado che diventano di 4° grado alla comparsa di due trombosi trattate con trattamento conservativo e incisione e drenaggio dei trombi. Dopo 2-4 mesi persistono emorroidi rispettivamente di 3° e 2° grado, il paziente essendo oligosintomatico. Ci si può chiedere se non valesse la pena di sottoporre il paziente ad un intervento radicale alla comparsa della complicanza.

Emorroidi complicate

BRUNO NIPOTE

Endoscopia Digestiva Chirurgica P.O. "S. Giovanni di Lagonegro" Azienda Sanitaria, Potenza

INTRODUZIONE

Da quanto emerge dalla letteratura l'associazione diosmina-esperidina micronizzata risulta avere un controllo significativo sulla sintomatologia algo-disfunzionale nella malattia emorroidaria. Sono stati considerati gli effetti della terapia con il multicomponente a base di diosima, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina (DERC) nei confronti della malattia emorroidaria; detto rilievo è stato considerato sia in senso assoluto che in valutazione comparata con altri flebotropici e/o altri trattamenti. La valutazione della risposta alla suddetta terapia ha riguardato la malattia emorroidaria in tutte le sue forme e gravità (anche quando complicata da sanguinamento e/o trombosi), e ha preso in considerazione sia i quadri clinici suscettibili di una terapia solo conservativa che quelli che hanno necessitato di una terapia combinata (farmacologica e/o chirurgica).

CASO CLINICO

Il caso clinico proposto è stato scelto in maniera random e non in base alla significatività del campione tra quelli oggetto della pratica clinica per documentare l'evoluzione clinica dopo trattamento con l'integratore alimentare DERC in una donna di anni 38, pluripara, senza comorbidità, giunta alla nostra osservazione (T0) con un quadro di emorroidi di III- IV grado, con trombosi di due dei gavoccioli prolassati.

Il trattamento cui viene sottoposta è: DERC, 1 bust x 3/die x 4 gg; incisione e drenaggio dei gavoccioli trombizzati + microzaffo, ancorato con punto, del gavocciolo maggiore + DERC 2 bust/die x 3 gg; DERC, 1 bust/die fino alla IX settimana (T3)

Al controllo dopo 4 mesi residuano: Emorroidi di II grado

Anamnesi patologica remota

Prolasso muco-emorroidario riducibile con digitazione (II-III) già dopo la seconda gravidanza (2 parti naturali) 7 anni prima, non proctorragia, prurito.

Anamnesi patologica prossima (nei 6 mesi precedenti l'osservazione): peggioramento del prolasso con fuoriuscita anche a prescindere dal ponzamento, la riduzione è più dolorosa, (grado III), da 20 gg è impossibile (grado IV). Proctorragia durante la defecazione, dolore VAS 5. Da 20 gg dolore VAS 7 frequente/moderato, da 3 gg dolore VAS 9, prurito VAS 7.

All'inizio del trattamento (T0) prolasso emorroidario (grado IV) con congestione muco-emorroidaria circumferenziale + pseudo-ematocisti commessura anteriore + trombosi di almeno due dei gavoccioli prolassati per oltre il 30 % della circonferenza. Il dolore basale (VAS 9) è continuo/intenso alla defecazione 9/18. L'anoscopia viene effettuata in sedazione prima di procedere alla terapia chirurgica di incisione e drenaggio dei trombi emorroidari in anestesia loco-regionale. Dopo una settimana (T1) persiste un prolasso emorroidario di III-IV grado. A 3 settimane (T2) il prolasso emorroidario è ridotto a grado II-III con ri-

TABELLA riassuntiva dei parametri clinico-sintomatologici valutati.

Sintomi / Segni	**T0 Anamnesi 6 mesi precedenti**	**T0 Esame obiettivo**	**Terapia conservativa o parachirurgica**	**T1 7 giorni**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
grado emorroidi	III	IV	Incisione, drenaggio	III-IV	II-III	II-III	II
sanguinamento (0..27)	3	0		5	3	0	0
dolore basale VAS (0..10)	5	9		4	3	0	0
dolore alla esplorazione VAS (0..10)	//	10		9	6	//	1
dolore alla defecazione (0..27)	3	27		9	5	3	0
tumefazione (edema/trombosi) % circonf.)	//	100%		<50% 0% trombosi	<10% 0%	0%	0%
tumefazione riferita u(uguale) r (ridotta) s (scomparsa)							
tono sfinterico	//	2		0	0	0	0
grado prolasso mucoso	//	IV		III-IV	II-III	II	II

//: non rilevabile

*: rilevabile in caso di visita al paziente

soluzione dell'edema e scomparsa della trombosi. All'anoscopia/rettoscopia le emorroidi persistono esterno-interne con quasi completa riepitelizzazione mucosa, il prolasso mucoso alla valsalva è riducibile spontaneamente. A 9 settimane (T3) la malattia emorroidaria appare ancora di II-III grado per la persistenza di prolasso mucoso al ponzamento con assenza di edema e trombosi

CONCLUSIONI

L'esperienza di utilizzo del multicomponente a base di diosmina, troxerutina ed esperidina in miscela micronizzata e di L-carnitina è stata acquisita nel corso di 18 mesi circa di utilizzo, nella pratica clinica. E' stato considerato il ruolo benefico di detto integratore nel confronto con gli altri prodotti farmaceutici utilizzati comunemente, sia quando l'impiego è stato in forma di unico presidio, sia quando è stato somministrato in associazione ad altre terapie farmacologiche sistemiche e/o loco-regionali, ovvero in associazione a trattamenti chirurgici o para-chirurgici.

Il DERC ha dimostrato un'efficacia maggiore rispetto alle altre opzioni terapeutiche nel controllo dei sintomi correlati con la malattia emorroidaria.

In caso di malattia emorroidaria complicata da sanguinamento emorroidario, la letteratura riporta risultati significativamente più favorevoli del trattamento farmacologico con diosmina-esperidina micronizzata, rispetto alla sola InfraRed Photocoagulation. Così pure la sintomatologia algo-disfunzionale post-chirurgica (emorroidectomia sec. Milligan Morgan) -dolore, tenesmo, prurito e sanguinamento- si riducono più velocemente e sensibilmente se alla terapia antibiotico-antinfiammatoria si associa il flebotropo diosmina-esperidina micronizzata. Ugualmente nella malattia emorroidaria non complicata da prolasso ma determinante sanguinamento, la terapia con diosmina-esperidina micronizzata migliora comunque la risposta al controllo della sintomatologia rispetto alla legatura elastica delle emorroidi associata all'integrazione dietetica con fibre.

Nella nostra esperienza DERC si è dimostrato efficace nel ridurre sensibilmente i sintomi correlati alla patologia emorroidaria e la sua validità risulta dimostrata tanto più nel suo impiego quale singolo prodotto, ed anche in fase di acuzie, specie in tutte quelle situazioni in cui l'esperienza avrebbe consigliato invece il ricorso a medicamenti loco-regionali e/o sistemici del tipo cortisonici e/o antiedemigeni e/o aggreganti –vedi in concomitanza con gli atti chirurgici e/o para-chirurgici (prolassectomia, emorroidectomia, legatura, iniezioni sclerosanti, incisioni).

Corrispondenza:
Dott. BRUNO NIPOTE
Endoscopia Digestiva Chirurgica
P.O. S. Giovanni di Lagonegro, Potenza
Email: dottornipote@alice.it

Caso clinico

Commento: l'autore presenta un caso di crisi emorroidaria acuta trattata conservativamente mediante l'utilizzo di bioflavonoidi e L-carnitina ottenendo un buon risultato nel controllo dei principali sintomi correlati alla trombosi emorroidaria. Il miglioramento in 4 giorni e la guarigione in sette rappresentano una tempistica tipica pur nella grande variabilità da caso a caso.

Trattamento di crisi emorroidaria con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina

LUCA BORDONI, FRANCO PAVESI

U.O.S. di Proctologia Azienda Ospedaliera e Fondazione Macchi, Varese

INTRODUZIONE

Si riporta l'evoluzione della sintomatologia emorroidaria in fase di acuzie valutando i disturbi lamentati e come essi siano cambiati durante e dopo trattamento con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina. Si tratta di un paziente già sintomatico per patologia emorroidaria cronica in cui vengono valutati i sintomi rappresentati da dolore, tumefazione anale prodotta dalla congestione emorroidaria e sanguinamento.

CASO CLINICO

Paziente maschio di 46 anni, in buono stato di salute, svolge attività lavorativa dinamica. Nato a termine da parto eutocico, sviluppo normale. Anamnesticamente non si segnala nessuna patologie degne di nota se non plurime fratture e trauma cranico in età giovanile senza esiti. Da anni soffre di patologia emorroidaria condizionante disturbi locali quali edema e tumefazione anale, procidenza mucoemorroidaria in ponzamento con sanguinamento saltuario, lieve dolore durante l'evacuazione e prurito anale. Giunge all'osservazione ambulatoriale per patologia emorroidaria in fase acuta caratterizzata da emorroidi di terzo grado, tumefazione edematosa circonferenziale, proctorragia e dolore lieve alla evacuazione. All'esplorazione rettale tono sfinterico valido e conservato, non dolore importante, all'anoscopia si conferma la presenza di emorroidi congeste e prolasso mucoso circonferenziale.

Il paziente è stato sottoposto a terapia con diosmina esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina con 3 bustine die per 4 giorni, poi 2 bustine die per 3 giorni e in ultimo 1 bustina die fino alla nona settimana.

L'osservazione è stata eseguita con controllo settimanale per nove settimane consecutive. La prima settimana il controllo è stato eseguito in ambulatorio, mentre i successivi controlli sono avvenuti per contatto telefonico.

Il paziente ha riferito beneficio dopo i primi quattro giorni di terapia, con riduzione dell'edema e scomparsa del sanguinamento, così come è regredito il dolore all'evacuazione con ulteriore miglioramento soggettivo e remissione completa dell'edema emorroidario esterno circonferenziale dopo sette giorni.

Alla seconda settimana abbiamo assistito a remissione completa dei sintomi: il dolore, l'edema ed il prurito sono scomparsi. I successivi controlli a tre e quattro settimane hanno dato esito favorevole, il paziente ha continuato ad assumere 1 bustina di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina al dì migliorando il tono vascolare emorroidario.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Nello studio si è valutata l'evoluzione della sintomatologia emorroidaria e come i sintomi sono cambiati assumendo un'associazione di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina; i sintomi sono stati mi-

TABELLA riassuntiva dei controlli e parametri valutati.

Sintomi / Segni	**T0 Anamnesi 6 mesi precedenti**	**T0 Esame obiettivo**	**Terapia conservativa o parachirurgica**	**T1 7 giorni**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
grado emorroidi	//	3		*	*	*	*
sanguinamento (0..27)		2		0	0	0	0
dolore basale VAS (0..10)	//	2		//	//	//	//
dolore alla esplorazione VAS (0..10)	//	2		*	*	*	*
dolore alla defecazione (0..27)	9	9		3	0	0	3
tumefazione (edema/trombosi) % circonf.)		2		0	0	0	*
tumefazione riferita U (uguale) R (ridotta) S (scomparsa)	//	U		R	S	S	*
tono sfinterico	//	2		*	*	*	*
grado prolasso mucoso	//	2		*	*	*	*

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

surati con scala di riferimento nota allo studio. Si è osservato come solo dopo quattro giorni di terapia con 3 bustine al giorno del prodotto la sintomatologia si sia attenuata garantendo un notevole sollievo al paziente e tutto il corredo sintomatologico dell'episodio acuto ossia la tumefazione circonferenziale, il sanguinamento ed il dolore, siano completamente regrediti dopo tre settimane di terapia. Ciò grazie alle proprietà dei flavonoidi che migliorano il tono venulare del plesso emorroidario, con il potenziamento ed aumento del tono muscolare delle strutture di sostegno del plesso emorroidario indotto dalla Carnitina. L'uso del multicomponente per le successive nove settimane è stato cautelativo e di sollievo, garantendo una persistenza di benessere per almeno tre mesi consecutivi.

Corrispondenza:
Dott. LUCA BORDONI
Email: lbordoni67@gmail.com

Caso clinico

Commento: Otto anni dopo l'anopessi con suturatrice meccanica (PPH o intervento sec. Longo) per emorroidi di 3° grado, si è osservata la recidiva con ricomparsa di emorroidi di 3° grado. La terapia conservativa si è articolata tra provvedimenti di carattere igienico, bioflavonoidi e trattamenti mini-invasivi.

Un caso di patologia emorroidaria recidiva dopo anopessi con stapler trattato con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina

ELISABETTA CASTELLARO

Ospedale Castelli, Verbania

INTRODUZIONE

I sintomi in qualche modo collegati alla malattia emorroidaria (dolore, sanguinamento, incontinenza, stipsi) hanno un'intensità variabile da caso a caso e nello stesso paziente in tempi successivi, ma risultano essere spesso invalidanti per un periodo anche di più giorni.

DATI ANAMNESTICI

Donna di 52 anni, menarca a 12, cicli mestruali regolari, due gravidanze a termine con parto cesareo. Non fuma, saltuaria assunzione di alcoolici, vita sedentaria, lieve sovrappeso, alvo tendenzialmente stitico (4 -5 evacuazioni a settimana), corretto con tisane lassative. In anamnesi appendicectomia e colecistectomia laparoscopica. Nel 2003 intervento di prolassectomia mucosa secondo Longo per emorroidi di 3° grado sanguinanti. Nessuna assunzione abituale di farmaci, non riferite allergie o intolleranze farmacologiche.

DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO

La paziente giunge alla nostra osservazione nel Febbraio 2011, lamentando dolore perianale e sanguinamento dopo evacuazione, sintomatologia iniziata alcuni mesi prima a seguito di una sindrome influenzale accompagnata da diarrea e durata alcuni giorni; si era poi andata progressivamente aggravando, tanto da spingerla a rivolgersi al nostro ambulatorio di colon proctologia.

L'esame obiettivo e l'esplorazione rettale evidenziavano emorroidi di 3° grado, con tono dello sfintere conservato; la proctoscopia confermava la presenza di gavoccioli emorroidari di 3° grado, con erosione mucosa e tendenza al sanguinamento senza evidenza di altra patologia proctologica

Alla paziente veniva prescritto un controllo degli esami ematochimici, comprendente emocromo, coagulazione, prove di funzionalità epatica, markers tumorali (CEA, alfa feto proteina, Ca 19-9) risultati nella norma e una colonscopia condotta fino al cieco e risultata negativa .

Alla paziente venivano prescritti bagni con acqua tiepida o calda e soluzione detergente, una crema a base di oli vegetali e corticosteroidi per uso locale, multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina in dose di attacco di 3 buste/die per 4 giorni poi due buste/die per 3 giorni. Ad un primo controllo dopo una settimana si riscontrava un sensibile miglioramento del dolore e una riduzione degli episodi di sanguinamento. Al controllo successivo dopo 2 mesi la paziente riferiva una sensibile riduzione dei sintomi, in particolare del dolore con regressione pressoché totale, mentre persistevano saltuari sanguinamenti.

Alla visita non si evidenziavano emorroidi esterne, nè ipertono dello sfintere, migliorava la tolleranza alla proctoscopia, e persistevano 2 gavoccioli emorroidari a destra e a sinistra che venivano trattati mediante legatura elastica. Si

TABELLA riassuntiva dei controlli e parametri da valutare.

Sintomi	**T0 Anamnesi 6 mesi**	**T0 Esame obiettivo**	**Terapia conservativa o parachirurgica**	**T1 7 giorni**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
grado emorroidi	//	3		3*	*	2*	1*
sanguinamento	2	18		15		8	/
dolore basale VAS (0..10)	//	7-8		//	//	//	//
dolore alla esplorazione VAS (0..10)	//	9		7*	*	*4	2*
dolore alla defecazione (0..27)	4	9		6		2	0
tumefazione (edema/trombosi) % circonf.)	//	100%		80%*	*	20%*	100%*
tumefazione riferita u(uguale) r (ridotta) s (scomparsa)	//	u		r		s	s
tono sfinterico	//	cons		Si*	*	Si*	cons*
grado prolasso mucoso	//	SI		SI*	*	NO*	NO*

//: non rilevabile

*: rilevabile in caso di visita al paziente

congedava quindi la paziente con la raccomandazione di proseguire la terapia con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina per 1 mese alla dose di 1 busta al giorno .

Al controllo successivo avvenuto dopo 2 mesi la paziente era asintomatica. Al successivo follow up di 4 mesi la paziente manteneva il buon risultato ottenuto.

CONCLUSIONI

È stata verificata l'efficacia del multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina in un caso di recidiva emorroidaria dopo intervento. La regressione pressoché totale del quadro sintomatologico è stata possibile con il supporto della dieta, dell'uso di sostanze detergenti ed emollienti e grazie alla semplice legatura elastica di due gavoccioli emorroidari residui.

Corrispondenza:

Dott. ELISABETTA CASTELLARO
Chirurgia generale e vascolare
Ospedale "Castelli"di Verbania
emcs@live.it

Caso clinico

Commento: Caso di trombosi anale insorta in seguito a sforzo per defecare in paziente con emorroidi di 3° grado. Che l'insorgenza della trombosi comporti la classificazione della malattia emorroidaria al 4° stadio è discutibile. Il prolasso mucoemorroidario di 3°- 4°grado costituisce generalmente una indicazione chirurgica, ma tale decisione compete al paziente cui va sempre consentita l'opzione conservativa. La trombosi emorroidaria non è da considerare una manifestazione paraneoplastica.

Trombosi anale in paziente con prolasso mucoemorroidario

GIANLUCA ARRIGONI

Casa di Cura Palazzolo, Bergamo

INTRODUZIONE

Il prolasso occulto della mucosa rettale, associato a congestione e ipertrofia dei gavoccioli dei plessi emorroidari interni e marginali, è la condizione fisiopatologica predisponente alla complicanza trombotica emorroidaria, in condizione di impegno espulsivo e/o alterazioni di transito (stipsi o diarrea). A sua volta la trombosi è fonte di complicanze immediate locali (settiche o lacerazioni da stiramento dell'anoderma) e residuo di marische con flogosi cronica perianale. Talora, su di un terreno già predisposto, la complicanza trombotica può manifestarsi come spia di patologie organiche espansive della pelvi, inducenti aumento di pressione locale.

CASO CLINICO

La paziente A.F. di anni 47, normotipo, 169 cm/67kg, para 2.0.1.2., presentava storia clinica di appendicectomia e di stipsi perdurante da anni e trattata con fibre e lassativi vegetali antrachinonici. Il tipo di stipsi sembrava essere misto, dovuto in parte a rallentato transito colico (tempi di transito patologici nel 2006, coloscopia con dolicocolon e dolicosigma nel 2008) e in parte a sindrome da defecazione ostruita (defecazione incompleta e frammentata), con necessità di manovre facilitatorie vaginali. Da anni presentava sanguinamenti espulsivi moderati, con bruciori e prolasso mucoemorroidario marginale che 6 mesi prima, ad una visita di controllo era stato giudicato di 3° grado. La paziente inoltre aveva eseguito vari controlli ginecologici ed una ecografia transvaginale non aveva segnalato patologie di apparato (ultima nel novembre 2010).

Nel settembre 2011 si era presentata presso l'ambulatorio coloproctologico con una voluminosa trombosi emorroidaria del margine anale (30% della circonferenza anale) insorta in seguito ad uno sforzo defecatorio tre giorni prima dolore intenso (VAS 6/10), prurito intenso (6/10).

Alla visita il prolasso era giudicato di grado 4 e oltre alla trombosi emorroidaria si riscontrava una ragade della commessura posteriore, con forte ipertono sfinterico all'esplorazione rettale (+2/2)

Il dolore alla defecazione era riferito 8/10 e all'esplorazione 9/10.

L'anoscopia possibile solo con strumento pediatrico dimostrava intensa congestione dei plessi emorroidari e segni di proctite.

Per esplicita richiesta della paziente non si procedeva ad incisione e drenaggio chirurgico e pertanto si sottoponeva la paziente a trattamento conservativo con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina 1 busta ogni 8 ore per 4 gg, poi 1 ogni 12 ore per 3 giorni, e infine 1/die per 9 settimane, associando solo detersione e crema barriera + 2 buste di PEG al dì, per tutto il periodo.

La terapia ha permesso una risoluzione della complicanza trombotica. Nel corso del follow-up veniva riscontrata una neoformazione cistica accrescitiva dell'ovaio di sinistra di 6 cm di diametro con markers neoplastici negativi, per la quale veniva programmato un intervento ginecologico laparoscopico che consentiva di asportare con l'ovaio una cisti endometriosica. Inizialmente tale lesione era stata considerata una possibile concausa dell'evento trombotico anale.

COMMENTO

La complicanza trombotica emorroidaria è una delle evenienze più frequenti e più fastidiose per il paziente, con perdita di giornate lavorative e inabilità alle normali attività, della vita sociale e ricreativa. La trombosi comporta classificazione al 4° stadio della malattia emorroidaria.

Il trattamento chirurgico consiste in genere nella semplice incisione del gavocciolo e drenaggio della raccolta ematica in anestesia locale in ambulatorio o nell'asportazione

TABELLA 1.

Sintomi	T0 Anamnesi	T0 Es. obiettivo	Terapia conservativa	T1 7 giorni	T2 3 settimane	T3 9 settimane	T4 4 mesi
grado emorroidi	3	4		4	3	3	3
sanguinamento	9	6		3	3	0	0
dolore basale VAS	6	6		4	2	1	0
dolore all'esplorazione VAS		9		6	2	2	0
dolore alla defecazione VAS	3	8		4	2	2	1
tumefazione edema/trombosi	0	30%		30%	15%	10%	0
tono sfinterico		2		2	1	0	0
prolasso mucoso		4		3	3	3	2

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

dell'emorroide, con legatura del peduncolo vasale in sala operatoria, in anestesia locoregionale. Entrambe le procedure comportano un trauma chirurgico, con necessità di riposo e medicazioni. L'alternativa di tipo conservativo medico, a fronte di una più lenta risoluzione della trombosi, consente al paziente di controllare la sintomatologia dolorosa e differire secondo opportunità ed esigenze proprie la terapia eziologica.

La valutazione di questo caso dimostra la necessità di trattare la stipsi che sembra mantenere un regime ipertensivo nel tessuto emorroidario protruso. La somministrazione di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-carnitina secondo lo schema descritto si dimostra valida sia nel controllo dei sintomi soggettivi che nella risoluzione della trombosi, ed è quindi un'opzione efficace nel trattamento conservativo della malattia emorroidaria anche in fase avanzata e complicata.

Corrispondenza:
GIANLUCA ARRIGONI
UO Chirurgia Casa di Cura Palazzolo
Via S.Bernardino, 56
Bergamo
gianlucaarrigoni@gmail.com

Caso clinico

Commento: Caso di emorroidi di 2°grado a rapida risoluzione della sintomatologia con trattamento conservativo, caratterizzate da sanguinamento e dolore, quest'ultimo essendo caratteristico solo delle emorroidi complicate ossia in caso di trombosi o strozzamento del prolasso.

Emorroidi di 2° grado: terapia conservativa

ENRICO LAURO

Chirurgia Generale, Ospedale S.M. del Carmine di Rovereto (TN)

INTRODUZIONE

Scopo di questo lavoro è documentare l'evoluzione di un singolo caso di malattia emorroidaria sintomatica in trattamento con il multicomponente a base di Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina all'interno di una serie di esperienze relative a circa 30 soggetti, osservati da altrettanti specialisti, affetti da patologia emorroidaria con condizioni sintomatologiche, fisiopatologiche e terapeutiche diverse, il cui comune denominatore è per tutti il trattamento con il multicomponente.

Nell'anamnesi e nell'esame obiettivo il sanguinamento e il dolore alla defecazione sono stati valutati mediante il sistema di classificazione e stadiazione della malattia emorroidaria di Dodi 1 con score univoco da 0 a 27:

Sanguinamento (0..27):			
0	0	mai	assente
1	2	occasionale	lieve
3	6	frequente	moderato
9	18	continuo	intenso

Dolore (0..27):			
0	0	mai	assente
1	2	occasionale	lieve
3	6	frequente	moderato
9	18	continuo	intenso

Il dolore anale basale all'esplorazione è stato classificato mediante una scala analogica visiva (VAS) da 0 a 10: 1..3=lieve; 4..7=moderato; 8..10= intenso.

CASO CLINICO

Anamnesi patologica remota

Paziente di 34 anni, femmina, con storia di stipsi cronica. Presenta sanguinamento emorroidario riferito come occasionale e lieve (0..27=3). Nei 6 mesi precedenti lo studio il dolore alla defecazione è riferito frequente e di intensità moderata (0..27=9). Ha eseguito colonscopia nel 2007 negativa per lesioni sanguinanti. Pregresso episodio di crisi emorroidaria acuta trattata conservativamente con corticosteroidi e antiinfiammatori topici, flebotropi e antiossidanti per os 3 mesi prima dell'arruolamento nello studio.

Anamnesi patologica prossima (T0)

Al momento dell'inizio del trattamento (T0) la paziente presenta un quadro di patologia emorroidaria di 2° grado con episodi di sanguinamento occasionali di entità lieve (0..27=3) in occasione della defecazione. Non è presente dolore basale (VAS=0) e alla defecazione il dolore è riferito come frequente e moderato (0..27=9). La tumefazione riferita è presente solo in occasione della defecazione.

Esame obiettivo (T0)

Ispezione anale: non ragadi, plesso emorroidario interno modicamente congesto e prolassante sotto ponzamento con tendenza alla riduzione spontanea a fine manovra.

Esplorazione ano-rettale: moderata dolorabilità (VAS 4), lieve ipertono anale (+1), ampolla vuota.

Anoscopia: emorroidi interne congeste (non edema), non fonti di sanguinamento attive. Non prolasso mucoso.

Diagnosi: emorroidi di 2° grado. Inizio del trattamento per os con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina, 3 bustine al giorno per 4 giorni e poi 2 bustine al giorno per altri 3 giorni.

Evoluzione

- T1 (controllo telefonico): dopo 7 gg di trattamento il sanguinamento è riferito assente (0..27=0), è presente dolore alla defecazione occasionale e lieve (0..27=3) e la tumefazione riferita è ridotta (R). Prosegue trattamento per os con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina, 1 bustina al giorno.
- T2 (controllo telefonico): a 3 settimane dall'inizio del trattamento la paziente nega episodi di sanguinamento (0..27=0), il dolore alla defecazione è assente (0..27=0) e la tumefazione riferita è ridotta (R) rispetto a T0. Prosegue trattamento per os con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina, 1 bustina al giorno.
- T3 (controllo ambulatoriale): 9° settimana di trattamento. Si rilevano all'esame obiettivo emorroidi di 2° grado senza prolasso mucoso all'anoscopia, il sanguinamento è assente (0..27=0). Non è presente dolore all'esplorazione (VAS 0) o alla defecazione (0..27=0). Non si rileva edema e la tumefazione riferita è ridotta (R). Tono sfinterico nella norma (0).
  Sospensione della terapia con diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina.
- T4 (controllo ambulatoriale): emorrodi di 2° grado senza prolasso mucoso all'anoscopia. La paziente riferisce sanguinamento alla defecazione occasionale di entità lieve (0..27=3) e dolore alla defecazione riferito come occasionale di intensità lieve (0..27=3). Lieve dolore all'esplorazione (VAS 3). La tumefazione riferita è uguale a T0 (U). Lieve ipertono anale (+1).

DISCUSSIONE

La frazione flavonoica purificata micronizzata (MPFF) agisce migliorando la permeabilità dell'endotelio vasale attraverso l'inibizione di alcune vie della risposta infiammatoria e riducendo l'edema per aumento della pressione oncotica, diminuendo così la dispersione delle proteine attraverso l'endotelio e migliorando il drenaggio linfatico.[2]

La MPFF inibisce l'attivazione, l'adesione e la migrazione dei leucociti nell'endotelio vasale,[3] questo gioca un ruolo fondamentale nell'evoluzione della patologia vascolare cronica[4] ed è stato ipotizzato che questo fattore protettivo vasale abbia un ruolo determinante anche nel miglioramento dei sintomi correlati alla patologia emorroidaria.[5]

Inoltre è dimostrato che il processo di micronizzazione ne aumenta la biodisponibilità.[6]

In precedenti lavori è stato appurato che il sanguinamento anale da emorroidi interne non prolassanti (grado 1 e 2) risponde favorevolmente alla somministrazione di MPFF[2,7] e che le recidive di sanguinamento emorroidario diminui-

TABELLA riassuntiva dei controlli e parametri valutati.

Sintomi / Segni	**T0 Anamnesi 6 mesi precedenti**	**T0 Esame obiettivo**	**Terapia conservativa o parachirurgica**	**T1 7 giorni**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
grado emorroidi	//	2		*	*	2	2
sanguinamento (0..27)	3	3		0	0	0	3
dolore basale VAS (0..10)	//	0		//	//	//	//
dolore alla esplorazione VAS (0..10)	//	4		*	*	0	3
dolore alla defecazione (0..27)	9	9		3	0	0	3
tumefazione (edema/trombosi) % circonf.)	//	0		*	*	0	0
tumefazione riferita u(uguale) r (ridotta) s (scomparsa)	//	presente solo alla defecazione		R	R	R	U
tono sfinterico	//	+1		*	*	0	+1
grado prolasso mucoso	//	0		*	*	0	0

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

scono di un 18% in più nei pazienti trattati con MPFF rispetto a pazienti controllo trattati con solo placebo.[8]

La patologia emorroidaria sanguinante è di frequente riscontro nella pratica clinica e può presentarsi come unico segno di manifestazione della patologia emorroidaria associata o meno a prolasso mucoso, con o senza dolore basale o defecatorio. Porre indicazione a trattamento chirurgico può essere una conseguenza della frequenza e/o della intensità degli episodi di sanguinamento, anche in assenza di altre alterazioni anatomo-patologiche come l'edema, la trombosi o il prolasso emorroidario.

Il controllo del sanguinamento emorroidario si è riscontrato già dopo la prima settimana (T1) di terapia il multicomponente a base di Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina e si è protratto fino a 9 settimane dall'inizio del trattamento (T3), ricomparendo alla sospensione dell'assunzione del preparato.

A T1, dopo 7 giorni di trattamento, la tumefazione emorroidaria riferita si è ridotta in relazione all'effetto anti-edemigeno del preparato.

Nelle 9 settimane di trattamento (T0-T3) si è riscontrato una riduzione graduale fino alla scomparsa del dolore anale alla defecazione associata a diminuzione del tono basale sfinteriale rispetto a T0; l'effetto sul tono anale seppur non rilevato strumentalmente, potrebbe essere imputabile all'effetto anti-infiammatorio del preparato con secondaria diminuzione del dolore alla defecazione che interromperebbe così il circolo vizioso *dolore anale = spasmo antalgico sfinteriale*.

CONCLUSIONI

Quando il sanguinamento è il segno principale di presentazione della patologia emorroidaria, soprattutto in assenza di segni di anemizzazione grave, il trattamento conservativo può essere la scelta più facilmente accettata dal paziente e comunque dovrebbe rappresentare il primo *step* del percorso terapeutico prima ancora di interventi più invasivi, ambulatoriali o meno.

Il preparato a base didiosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina si è dimostrato in questo caso clinico un valido aiuto per il controllo del sanguinamento emorroidario grazie alla sua dimostrata azione protettrice sull'endotelio vasale.

La somministrazione orale di multicomponente a base di Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina ha giocato un ruolo positivo anche sul controllo della tumefazione riferita e nella diminuzione del dolore alla defecazione.

La riduzione del tono sfinteriale è ipotizzabile come effetto indiretto del prodotto e andrebbe obiettivato mediante misurazioni manometriche più precise.

I dati favorevoli riscontrati sono stati suffragati da un peggioramento del quadro clinico dopo sospensione della terapia orale (T4) con il multicomponente a base di Diosmina, Esperidina e Troxerutina in miscela micronizzata e L-Carnitina.

BIBLIOGRAFIA

1. Dodi, Classificazione e stadiazione della malattia emorroidaria. It J Coloproct 2001; 20: 139-142
2. Ho YH, Tan M, Seow-Choen F. Micronized purified flavonidic fraction compared favorably with rubber band ligation and fiber alone in the management of bleeding hemorrhoids: randomized controlled trial. Dis Colon Rectum 2000;43:66–9.
3. Takase S, Pascarella L, Leroncl L, et al. Venous hypertension, inflammation and valve remodeling. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004;28:484-493.
4. Aravind B, Davies AH. Role of inflammation in varicose vein aetiology. Phlebology 2004;19:55-56.
5. Godeberge P. Role of the venous component in the development of hemorrhoidal disease: Pathophysiological insights and therapeutic implications. Medicographia 2004;26:178-181.
6. Gamer RC, GarnerJV, Gregory S. Comparison of the absorption of micronized (Daflon 500 mg) and non micronized 14 C-diosmin tablets after oral administration to healthy volunteers by accelerator mass spectrometry and liquid scintillation counting. J Pharm Sci 2002;91:32-40.
7. Dimitroulopoulos D, Tsamakidis K, Xinopoulos D et Al. Prospective, randomized, controlled, observer-blinded trial of combined infrared photocoagulation and micronized purified flavonoid fraction versus each alone for the treatment of hemorrhoidal disease. Clin Ther 2005; 27: 746-54.
8. Godeberge P. Daflon 500 mg in the treatment of hemorrhoidal disease: A demonstrated efficacy in comparison with placebo. Angiology 1994;45: 574-578.

Corrispondenza:

Dott. ENRICO LAURO
U.O. di Chirurgia Generale
Ospedale S.M. del Carmine di Rovereto (TN)
Email: enrico.lauro@ymail.com

Caso clinico

Commento: Nel caso descritto l'associazione del flavonoide con FANS appare una valida alternativa nel trattamento della trombosi emorroidaria, specie quando il paziente si presenta all'osservazione del proctologo dopo 2 giorni dall'insorgenza della stessa, inficiando per buona parte l'efficacia di una eventuale evacuazione chirurgica. Viene qui definita come "prolasso emorroidario" la trombosi esterna (vedi la figura), mentre per "prolasso" si dovrebbe intendere la fuoruscita dall'orifizio anale delle emorroidi interne. Questa terminologia difforme si presta a molti equivoci nel definire il grado delle emorroidi, e quindi nel comprendere le reali conseguenze delle diverse terapie.

Il trattamento della trombosi emorroidaria acuta con multicomponente a base di diosmina, esperidina e troxerutina in miscela micronizzata ed L-carnitina

IGNAZIO CITRO

Chirurgia Generale e d'Urgenza, Ospedale San Giovanni di Dio, Gorizia

INTRODUZIONE

È difficile definire la prevalenza reale della patologia emorroidaria perchè si tratta di una patologia sovente misconosciuta e socialmente percepita ancora come un "tabù".

Il tasso di persone interessate, dalla patologia emorroidaria, nel computo generale della popolazione oscilla tra il 5 e il 40% a seconda del lavori.[1-3]

Si può dire però che:

- esiste un picco di incidenza tra i 45 e i 65 anni
- una leggera predominanza nel sesso maschile

e che i fattori di rischio che aggravano la patologia emorroidaria sono rappresentati da:

- alterazioni del transito intestinale
- obesità
- alterazioni responsabile di un aumento della pressione addominale
- elevato livello socio economico e vita cittadina
- resta il dubbio sul significato della familiarità e sull'effetto dannoso di spezie, caffè, alcol.

CASO CLINICO

Il caso clinico in oggetto tratta di un uomo di 32 anni giunto alla nostra osservazione per trombosi emorroidaria esterna. L'anamnesi patologica remota e prossima fa emergere che il paziente ha da sempre un alvo tendenzialmente stitico con feci di consistenza aumentata con rari episodi di sanguinamento.

Da qualche mese riferisce che gli episodi di sanguinamento sono andati aumentando di intensità e si è associato nell'ultimo periodo un "fastidio", con sensazione di ano umido, che è poi divenuto dolore dapprima di modica entità e che nelle ultime 24/48 ore tale sintomatologia dolorosa è aumentata in condizioni basali amplificandosi con la defecazione. Il paziente riferisce di aver fatto ricorso ad antidolorifici minori per os e applicazione topica di pomate, avvertendo in un primo momento un lieve miglioramento e poi una inefficacia della terapia.

Alla visita proctologica (T0), con il paziente in posizione laterale sinistra (posizione di Sims), si evidenzia un prolasso muco-emorroidario (Grado 3) sinistro che coinvolge circa il 30% della circonferenza, edematoso ed in preda a flogosi acuta con trombo in via di organizzazione che determina dolore al tentativo di riduzione (Figura 1). Dolore basale (VAS 5). La cauta divaricazione non evidenzia ragadi o raccolte perianali. L'esplorazione rettale, che esacerba il dolore (VAS 7), evidenzia un lieve ipertono sfinteriale. 1 L'anoscopia rileva la presenza di un prolasso mucoso circonferenziale con gavoccioli emorroidali di II grado ad ore 3 e 5 (grado 2) anch'essi congesti ed edematosi e con i segni del recente sanguinamento.

Il paziente è pertanto sottoposto a terapia conservativa e gestione ambulatoriale con diosmina esperidina troxerutina e L-carnitina 1 bustina tre volte al dì per quattro giorni, 1 bustina due volte al dì per tre giorni e a seguire 1 bustina al dì per sessanta giorni. E' associato per i primi 5 giorni di terapia e/o fino a quando ritenuto necessario un antidolorifico minore per os (tipo Tachipirina sec. lo schema 1 cpr 3 volte die o Nimesulide 1 bustina due volte al dì).

Viene consigliata una terapia dietetica ad elevato apporto di fibre e di liquidi (2/3L) e semicupi con acqua tiepida.

Vengono altresì programmati controlli ambulatoriali a scadenza:

T1: a 7 giorni dall'inizio del trattamento
T2: a 3 settimane dall'inizio del trattamento
T3: a 9 settimane dall'inizio del trattamento
T4: a 4 mesi dall'inizio del trattamento

Al primo controllo ambulatoriale (T1) il paziente riferisce un lieve miglioramento della componente dolorosa sia come tono basale che indotta dalla defecazione. È stato ne-

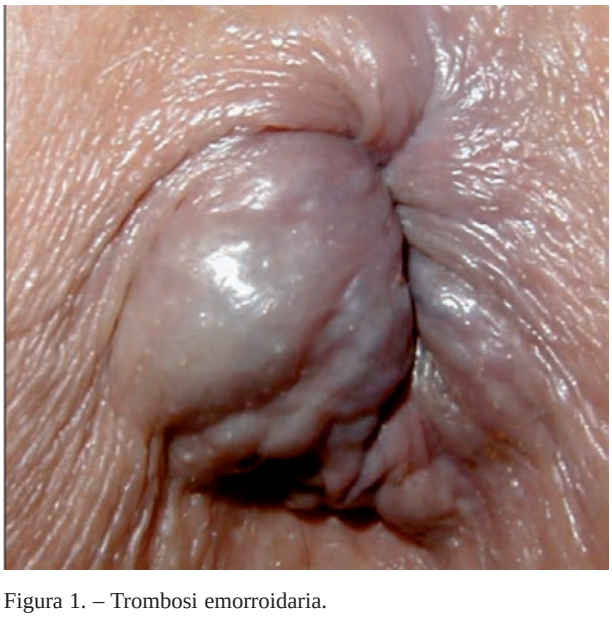


Figura 1. – Trombosi emorroidaria.

TABELLA 1 — Evoluzione dei segni e sintomi in funzione del trattamento.

Sintomi / Segni	**T0 Anamnesi 6 mesi precedenti**	**T0 Esame obiettivo**	**Terapia conservativa**	**T1 7 giorni**	**T2 3 settimane**	**T3 9 settimane**	**T4 4 mesi**
grado emorroidi	//	3		2	2	//	2
sanguinamento (0..27)	//	14		12	10	8	5
dolore basale VAS (0..10)	//	5		3	3	2	0
dolore alla esplorazione VAS (0..10)	//	7		5	4	//	2
dolore alla defecazione (0..27)	//	15		12	10	8	2
tumefazione (edema/trombosi) % circonf.)	//	30%		30%	20%	10%	5%
tumefazione riferita U (uguale) R (ridotta) S (scomparsa)	//	//		U	R	R	S
tono sfinterico	//	1		1	0	//	0
grado prolasso mucoso	//	3		2	2	//	2

//: non rilevabile
*: rilevabile in caso di visita al paziente

cessario utilizzare antidolorifici minori (Tachipirina + Codeina) tre volte al dì per 5 giorni, persiste il sanguinamento.

Alla visita persiste prolasso emicirconferenziale sinistro che occupa il 30% della circonferenza con un minor grado di edema. All'esplorazione rettale si evidenzia ipertono anale sostanzialmente invariato rispetto a T0. L'anoscopia, dolore all'esplorazione (VAS 5), evidenza prolasso mucoso circoferenziale con minor grado di edema e di congestione dei gavoccioli emorroidari ad ore 3 e 5.

A 3 settimane (T2) il paziente riferisce che il dolore non è più continuo ma ci sono momenti di benessere, persiste, attenuato, dolore alla defecazione. Il prolasso emicirconferenziale sinistro è ridotto di dimensioni occupando meno del 20% della circonferenza, è riducile con minor grado di edema. All'esplorazione rettale si evidenza un normotono sfinteriale (0).

L'anoscopia, con modesto dolore all'esplorazione (VAS 3), conferma la presenza di gavoccioli emorroidari ad ore 3 e 5 senza segni di congestione e senza segni di recente sanguinamento.

A 9 settimane (T3) il controllo è fatto per via telefonica. Riferisce la riduzione del prolasso emorroidario, il dolore basale è lieve, persiste "fastidio" durante la defecazione (moderato). Saltuario il sanguinamento.

A 120 giorni (T4) il controllo ambulatoriale evidenzia una scomparsa dell'edema del prolasso che appare completamente risolto, risulta una marisca. Lo sfintere si presenta normotonico (0). L'anoscopia evidenzia emorroidi di II grado non congeste né sanguinanti.

DISCUSSIONE

La trombosi emorroidaria acuta è la principale complicanza delle emorroidi esterne e si associa a gonfiore con formazione di un trombo che determina dolore severo e persistente.

Il trattamento, farmacologico e/o chirurgico, è da lungo tempo dibattuto ed in letteratura sono presenti diversi lavori a favore dell'una o dell'altra gestione. Jongen 4 riporta nei paziente trattati chirurgicamente in anestesia locale con emorroidectomia con asportazione del trombo fino alla linea dentata presenza nel 2,1% di fistola o ascessi, prurito anale nel 21,1%, dolore nel 9,4% e marische nel 8,1%. Greenspon[5] riporta nei pazienti sottoposti a trattamento chirurgico una maggiore incidenza di dolore, sanguinamento e tumefazione ma una più rapida (3,9 gg.) risoluzione dei sintomi rispetto al gruppo trattato conservativamente (24 gg.). Secondo Halverson 6 la risoluzione dei sintomi si verifica nell'arco di 7 giorni associando analgesici orali, integratori di fibre e lavaggi con acqua tiepida per ridurre il tono sfinterico.

L'approccio da noi ritenuto più confortevole per il paziente è quello conservativo/farmacologico.

Infatti a fronte di un maggior tempo impiegato per una completa guarigione il paziente non necessità di intervento chirurgico sia esso trombectomia o emorroidectomia, non è costretto ad eseguire continui lavaggi disinfettanti nel postoperatorio, non ci sono perdite siero-ematiche con disconfort del paziente, tantomeno ferite del margine ano cutaneo che lasciate guarire per seconda intenzione impiegano diversi giorno per rimarginarsi. Da circa un anno il trattamento della patologia emorroidaria nella nostra U.O.C. prevede l'utilizzo della diosmina esperidina troxerutina sia nella gestione cronica, sia nell'acuzie, sia nella gestione postoperatoria del paziente proctologico con notevole soddisfazione da parte dell'operatore e dei pazienti. La triplice azione dell'associazione diosmina esperidina troxerutina e L-carnitina agendo su un aumento del tono venoso, migliorando il microcircolo e inibendo l'aggregazione delle emazie con conseguente diminuzione del tenesmo e della congestione, ha consentito, nel caso in oggetto la risoluzione del quadro clinico associando nei primi giorni 7 giorni antidolorifici minori non steroidei a dose fissa ogni 8 ore per 3 giorni oltre a dieta ricca di scorie e liquidi.

CONCLUSIONI

Il trattamento farmacologico con diosmina esperidina troxerutina con dose di attacco e mantenimento ha risolto il quadro di acuzie dovuto alla trombosi emorroidaria esterna associando nei primi giorni un antidolorifico per via orale a schema fisso per i prime cinque giorni ed una dieta ricca di scorie e liquidi. A nostro avviso si è dimostrato un valido presidio da tenere in conto nella gestione del paziente proctologico.

BIBLIOGRAFIA

1. JD Zeitoun, V deParades. Pathologie hémorroïdaire: de la physiopathologie à la clinique Emc tome 2011; 40 n°10-11.
2. Madoff A. American gastroenterological association: technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. Gastroenterology 2004 126: 1463-73.
3. Wexner SD, Baig K. The evaluation and physiologic assessment of hemorrhoidal disease: a review. Tech Coloproctol 2001;5:165-8.
4. Jongen J, Bach S, Stubinger SH, Bock JU. Excision of thrombosed external hemorrhoid under local anesthesia: a retrospective evaluation of 340 patients. Dis Colon Rectum 2003;46:1226-123.
5. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. Dis Colon Rectum 2004;47:1493–1498.
6. Halverson Z. Hemorrhoids. Clin Con Rectal Surg 2007 20: 77-85.

Corrispondenza:

IGNAZIO CITRO
Chirurgia Generale e d'Urgenza
Ospedale San Giovanni di Dio
Via Fatebenefratelli 134, Gorizia
Email: ignazio.citro@ass2.sanita.fvg.it

Antropologia

Il perineo fra medicina, cultura e metafora

MARIO LISE

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche, Università degli Studi di Padova

Riassunto: Il perineo è l'aspetto superficiale del pavimento pelvico, regione complessa del corpo umano, non solo dal punto di vista medico, tanto da richiedere talvolta competenze multidisciplinari, ma anche per i numerosi riferimenti di tipo antropologico e simbolico che ne fanno un luogo "culturale" dell'umanità. Questa regione ha attratto l'attenzione dell'uomo in differenti tempi e modi. Basti pensare alle varie manipolazioni praticate sugli organi genitali femminili e maschili presso diverse etnie (senza possibilità di escludere la nostra) e al concetto più generale di pudore riferito all'attrazione sessuale e sviluppato, in tempi e luoghi diversi, attraverso le categorie del mostrare e del coprire. Pudore rivolto, oltre che alla sfera della sessualità, anche a quella della libertà o della riservatezza dell'atto di eliminare le proprie deiezioni corporee. Tuttavia è nell'ambito della sessualità che, a partire dal perineo, si sono espressi nell'essere umano la più varia fantasia e il più ambiguo desiderio sia pur compresi fra i confini del libertinaggio e quelli della più castigata continenza. Il perineo non sfugge inoltre all'attribuzione di vari significati metaforici come ad esempio quello del dominio dell'uomo sulla donna testimoniato dai vari tipi di mutilazione genitale femminile, sia nelle più crudeli ed efferate pratiche di tortura dove alla sofferenza si unisce l'umiliazione. Si può quindi attribuire al perineo una rappresentazione complessiva, che oltrepassa i suoi confini prettamente medici e "occidentali" e che in virtù delle implicazioni culturali e metaforiche ad esso collegate, in popolazioni diverse, nella storia e nel presente, ne fanno una metafora globale: un crocevia del vivere umano.

Parole chiave: Antropologia; Pavimento pelvico; Sessualità; Defecazione; Organi escretori.

The perineum between medicine, culture and metaphor

Abstract: : The perineum is the superficial aspect of the pelvic floor. This latter can be considered a complex region of the human body, not only from the medical perspective where a multidisciplinary approach enables a broader understanding of integrated pelvic function, but also from the perspective of the perineum as a symbolic cultural site with anthropological and other symbolic meanings that recognise it as a cultural site of humanity. Consider the various mutilations practised on the male and female genital organs at different times by various ethnic groups (not excluding our own) and the more general concept of modesty linked to the sexual attraction and developed at different times through the practice of showing and hiding. Modesty relates to sexual function but also to the liberty or reticence in the act of getting rid of corporeal waste. However the human perineum has also been the site of the most various and ambiguous sexual fantasies within the boundaries of a strict moral continence and a wild sexual freedom. The perineum can also be the source of various metaphorical meanings like, for instance, the supremacy of men over women as it is expressed in the performance of female genital mutilations and in the most cruel and ruthless practice of torture that combines suffering and humiliation. Therefore the pelvi-perineal region can be imagined as having a wider profile which overcomes the typical medical and "occidental" boundaries, due to its cultural and metaphorical implications that allow us to regard it as a cross-section of the complete human being.

Key words: Antropology; Pelvic floor; Sexuality; Defecation; Escretory organs.

Spero che i lettori di questa rivista non trovino scandaloso il tentativo, avanzato con questa breve nota, di spostare la loro attenzione al di fuori dei perimetri strettamente medici e professionali, per mettere in luce alcuni significati culturali e metaforici collegati alla zona perineale.

Il perineo è un'area del corpo umano che può essere definita "complessa" da diversi punti di vista: da quello anatomico a quello funzionale, da quello della patologia a quello del trattamento medico o chirurgico. Ma sono soprattutto i molteplici riferimenti antropologici e culturali, i significati e i simboli di cui il perineo è carico a farne un sito esclusivo, un "luogo" dell'umanità.

È indispensabile comunque partire dall'anatomia: cosa si intende per perineo? Da testi di Anatomia Umana[1] o dai trattati specialistici[2] si ricava che il perineo è quella regione a forma di rombo o di pentagono che va dall'osso pubico al coccige. Visto in superficie, con la persona sdraiata a cosce allargate e flesse sul bacino, nel modo di posizione ginecologica o proctoscopica, si può anche immaginare come formato da due triangoli, uno anteriore, urogenitale (maschile o femminile) e uno posteriore, anale. In posizione eretta assume invece l'aspetto più lineare di una fessura fra la superficie interna delle cosce, da cui, nel maschio, protrude anteriormente l'apparato genitale. In posizione seduta la sua porzione posteriore è affiancata dai glutei che ricoprono le due tuberosità ischiatiche. Questa è un'anatomia a una dimensione, che ci presenta la faccia superficiale del perineo, cutanea, con le sue ghiandole sudoripare e sebacee e cosparsa di peli. Ma il perineo ha anche un'altra dimensione, uno spessore: si estende in profondità, è composto da strati muscolari, fasce, vasi e nervi, fino a raggiungere la cavità peritoneale, dove esso termina: barriera pelvica peraltro attraversata dalle estremità del tubo digerente e degli apparati urogenitali maschili e femminili, visceri che si continuano rispettivamente con retto, vescica e vagina/utero, di cui spesso condividono le relative patologie. Da ciò l'associazione anatomo-clinica e funzionale di quello che vien detto complesso pelvi-perineale o pavimento pelvico. La medicina tradizionale ci ha abituato a considerare i differenti apparati del perineo (urogenitale e anorettale) come organi a sé stanti, ciascuno con caratteristiche e funzioni ben definite (per non dire dei relativi specialisti). Ma che il perineo possa avere un significato unitario lo si apprende non solo dalla patologia che talvolta coinvolge simultaneamente i diversi organi o strutture perineali, ma anche dall'Evoluzione, quando si vede che altre specie animali come uccelli, rettili o anfibi sono spesso dotati di uno sbocco comune per gli apparati digerente e urinario: la cloaca. Non va dimenticata poi l'embriologia umana, dove si osserva che ad un certo stadio dello sviluppo embrionale compare un abbozzo di cloaca la quale poi si suddivide e si differenzia nei due diversi apparati, anteriore e posteriore.

Non sembra necessario, in questa sede, entrare più in profondità nei dettagli anatomici, che sono sicuramente noti. Può essere curioso, invece, rilevare una contraddizione per cui in alcuni testi o pubblicazioni, non necessariamente

mediche, è definita come perineo la zona che va dall'orifizio anale al limite posteriore della vagina o alla radice dello scroto. Definizione forse più facilmente legata a un'origine etimologica (peri-ano), ma eccessivamente limitativa, almeno dal punto di vista medico e della patologia che in essa si può incontrare. Questa porzione di perineo va più correttamente chiamata tratto (o distanza) ano-genitale. Non conosco il motivo di questa differente attribuzione, ma sono tentato di credere che essa abbia una provenienza più culturale che anatomica, legata a una zona di particolare sensibilità erogena o a un punto considerato importante in medicine o discipline non occidentali. Con le conoscenze anatomo-funzionali di cui disponiamo, si può solo accettare la definizione più estensiva già data in precedenza, la quale racchiude i rapporti di vicinanza, di funzionalità, gli aspetti medici di interdipendenza che legano i visceri che attraversano questa zona. A riprova di ciò, specialisti di questi differenti settori, fino a poco tempo fa rigorosamente divisi, hanno sentito il bisogno di creare uno studio clinico e una ricerca multidisciplinare, la pelvi-perineologia, (di cui questa rivista è l'espressione) confrontando, ciascuno per parte sua, le proprie conoscenze con quelle degli altri esperti, per affrontare casi che vedono i tre compartimenti coinvolti allo stesso tempo e che necessitano di soluzioni plurispecialistiche.

Siamo partiti necessariamente da una definizione anatomica per chiarire di cosa stiamo parlando e abbiamo lasciato intravedere alcune implicazioni mediche molto generiche, ma speriamo sufficienti per giustificare l'evoluzione multidisciplinare di questa regione.

Descrivendo le caratteristiche della zona perineale avrei potuto usare la parola normalità, ma volutamente ho evitato questo termine per rispetto a quelle situazioni intermedie, sia che si presentino alla nascita, come malformazioni congenite o genitali ambigui, o che si manifestino durante la crescita dell'individuo, come tendenza o preferenza sessuale. È passato il tempo in cui si pensava di poter tracciare un confine preciso fra la cosiddetta normalità anatomica e le diverse modificazioni indotte da un alterato sviluppo embriologico, per far posto a un criterio di variabilità graduale e progressiva. Non sapremmo con esattezza dove tracciare questa linea, la cui posizione può spesso essere artificialmente (chirurgicamente) corretta. Criterio analogo a quello che, sotto un profilo più funzionale, ha sostituito la definizione di sessualità "normale" maschile o femminile, con quello di "genere" (derivato dall'originale anglosassone gender):[3] parola che lascia spazio a una variabilità non tanto strutturale, quanto di preferenze e attrazioni a metà strada fra il dualismo dei sessi, argomento che è controverso se si possa ancora circoscrivere in uno spazio di anormalità.[4] Qui non sapremmo dove tracciare un confine e sarebbe quanto mai discutibile pensare ad una linea correttiva.

Abbiamo perciò parlato di una realtà che può avere variazioni anatomiche o funzionali le quali tuttavia esulano dal tema del nostro discorso, così come non ne fanno parte gli argomenti di patologia o quelli più generalmente medici che lasciamo agli specialisti. Vorremmo piuttosto considerare altri aspetti che coinvolgono questa regione: il perineo è, come abbiamo detto, un luogo culturale dell'umanità. Questa regione ha attratto il pensiero e l'immaginazione umana, come luogo misterioso e contraddittorio: luogo di piacere e di deiezioni, un luogo di entrata e di uscita, di trattenimento e di liberazione. Un luogo segreto ed esibito, un luogo di piacere e di tortura, di soddisfazione e di malattia, di peccato e di esaltazione: un crocevia del vivere umano.

Ci si potrà chiedere cosa tutto ciò abbia a che fare con la medicina (o la chirurgia) da cui siamo partiti: il rapporto è analogo (anzi forse più accentuato) a quello che la medicina ha con il corpo. Si può pensare che il corpo sia solo anatomia, fisiologia, genetica, patologia e che su queste discipline poggi la medicina. Ma il corpo umano è anche riflessi, sensazioni nervose, arte, trasformazione, tradizioni che ne fanno, allo stesso tempo, un luogo culturale. Una medicina consapevole, e arricchita degli apporti della psicanalisi e della psichiatria, non può ignorare questi elementi, soprattutto in tempi di globalizzazione. La specie umana non si sarebbe separata dall'albero dei primati solo perché l'evoluzione biologica le ha fornito un cervello più grande, ma anche perché è riuscita a sviluppare attraverso i secoli una imponente maturazione culturale. Dove per cultura si intende sostanzialmente il variegato insieme di abilità, di costumi, linguaggio, tradizioni, atteggiamenti e valori, delle diverse popolazioni o società del mondo, che si trasformano e maturano con il tempo.[5]

In questa evoluzione culturale, che ha accompagnato quella biologica, il corpo è stato coinvolto, facendo sì che esso si sviluppasse in tempi diversi più magro o più grasso, più scuro o più chiaro, più peloso o meno, muscoloso, costretto da corsetti, scarificato, tatuato, dipinto o trafisso da piercing, trasformato dalla chirurgia plastica o dai cambiamenti di sesso, oggetto esso stesso di forme d'arte come ad esempio la body art.

Se il corpo nella sua interezza ha avuto un'evoluzione culturale, ciò può essere vero anche per singole parti di esso. Il perineo, con le sue varie componenti, mi sembra emblematico: basti pensare alle modifiche indotte in questa regione, in diversi contesti culturali, sia nel maschio che nella femmina. Nel maschio è di particolare rilievo la circoncisione, cui viene dato significato diverso in differenti aree culturali: da quello di un patto con Dio del popolo di Israele, a quello di "rito di passaggio" in altre comunità, a quello antropopoietico di voler accentuare il genere maschile dell'individuo, asportando la parte femminile (quale sarebbe il prepuzio) dell'organo sessuale, che così assumerebbe il suo carattere specifico maschile nella sua pienezza. Analogamente a ciò nella stessa popolazione, i Dogon, si procede all'asportazione del clitoride, considerato di significato maschile, per una completa femminilizzazione della donna.[6] Nella donna inoltre si ritrovano manipolazioni genitali di vario genere e grado in diverse culture: dalla sola asportazione della parte terminale del clitoride con fuoriuscita di poche gocce di sangue a scopo rituale, alla cosiddetta infibulazione, che nella sua espressione più radicale consiste nell'asportazione del clitoride, delle piccole labbra, della parte interna delle grandi labbra, talvolta con cauterizzazione e successiva chiusura/sutura dell'ostio vaginale, in modo da lasciare solo un piccolo pertugio per la fuoriuscita dell'urina e delle mestruazioni.[7] In alcune etnie un uomo non circonciso può essere giudicato non un vero uomo; la novella sposa con la vulva cucita è pura agli occhi del marito che la prima notte di nozze dovrà aprire la cavità con le sue mani. Nelle stesse regioni, una donna non infibulata può essere giudicata poco seria o svergognata. Il nostro giudizio su queste pratiche non può essere che esplicitamente negativo e contrario a qualsiasi principio su cui la civiltà occidentale si è sviluppata (ma non dimentichiamo le cinture di castità). Non a caso, quando episodi di infibulazione da parte di immigrati vengono alla luce nel nostro paese, si grida allo scandalo, alla barbarie. Tuttavia, a parte situazioni limite come questa, il problema del relativismo culturale, caro agli antropologi,[8] può essere contestato e discusso, ma non ignorato: fino a che punto siamo autorizzati a pensare che la nostra civiltà occidentale sia superiore, tanto da dover essere imposta a culture differenti? Ricordo, per fare un esempio, la recente polemica se sia lecito espor-

tare la "democrazia" con la guerra e con le bombe. Ci sarà obiettato: dobbiamo allora accettare questa barbarie? Sicuramente no. È chiaro che certi atteggiamenti non sono condivisibili, ma la loro soluzione non può essere imposta con la forza bensì con l'istruzione e l'emancipazione della donna, già in atto in molti paesi in via di sviluppo, e con il superamento di ideologie oppressive e di conservazione (anche se apparentemente condivise da chi le subisce) cui sovente non è estranea la componente religiosa. Questo, pur nel suo lento progredire, può essere considerato uno degli aspetti positivi della globalizzazione.

Tornando al perineo, possiamo notare che esso può fare riferimento a sentimenti più estesi e generalizzati, a categorie e a immagini più complesse. Consideriamo per esempio un sentimento come quello del pudore: è verosimile che originariamente gli umani vivessero nudi, come altri animali nel loro stato naturale. Popolazioni di cacciatori-raccoglitori ancora presenti in Africa o in Oceania vanno tuttora in giro nudi, o il loro abbigliamento consiste in una cordicella attorno al fianchi, ma sarebbe erroneo pensare che essi siano privi di pudore, che è soprattutto legato alla sessualità, alla sua discrezione e ai suoi riferimenti. È possibile che indumenti quali pelli di animali o strutture vegetali siano state adottate a scopo protettivo, contro il freddo o la pioggia, soprattutto durante le migrazioni in climi diversi, o per trattenere le mestruazioni delle donne. In alternativa, e col tempo, coprirsi può aver assunto altre caratteristiche, come aspetti magici, di decorazione, di culto o di prestigio.

È probabilmente necessario distinguere fra la copertura del corpo nella sua totalità (o su gran parte di esso) e la copertura delle sole regioni perineali, più intime, per le quali dev'essere scattato, in alcune popolazioni, un meccanismo diverso, quello sollecitato, appunto, dal pudore o dalla vergogna. La Bibbia racconta che dopo il peccato originale, e cioè la conoscenza del bene e del male, Adamo ed Eva si siano coperti le parti intime (suppongo il perineo genitale) per vergogna e per pudore. Tutta la tradizione della Chiesa ha continuato a insistere su questo tema, considerando il nudo come vergognoso, troppo legato al sesso, e che per questo dovesse essere tenuto nascosto. Tuttavia il senso di vergogna per la nudità, più o meno esteso, ha subìto variazioni notevoli nei secoli, a seconda dei tempi e della cultura, ispirata da ragioni di pudore o di spudoratezza.[9] Ci sono stati momenti in cui solo mostrare la caviglia, per una donna, era ritenuto scandaloso. Le nudità talvolta esibite nei capolavori dell'arte rinascimentale sono state spesso giudicate vergognose, con assurdi tentativi di copertura come ad esempio i veli posticci applicati alle figure della Cappella Sistina. Eppure gli angioletti, dipinti dal Correggio, sulla volta del duomo di Parma mostrano allegramente il perineo dal '500 (Figura 1). Oggi il nudismo parziale e talvolta totale è tollerato senza scandali in molte comunità europee, sia pure, per lo più, in luoghi appartati. Quanto al pudore femminile, si può dire che nei paesi occidentali, dalla metà del secolo scorso, esso abbia perduto molte delle sue remore. In altre popolazioni invece, vincolate da diverse idee o tradizioni religiose, il pudore della donna in pubblico è ancora esteso a tutto il corpo e del pudore può far parte il celare i capelli.

Ma il pudore è solo legato alla sessualità? È possibile che nell'uomo primitivo non esistesse un pudore nel liberarsi delle proprie deiezioni davanti ad altri.

I Romani antichi erano noti per avere latrine in comune, drenate da una canaletta di acqua corrente, sedendo sulle quali passavano il loro tempo a chiacchierare[10] (Figura 2). Misura sicuramente più igienica rispetto all'uso – in tempi successivi, ma soprattutto nel medioevo del vaso da notte,

Figura 1. – Angioletto dipinto dal Correggio sulla volta del duomo di Parma.

che, pur permettendo una certa privacy, veniva poi spesso rovesciato in strada dalle finestre.[11] Le magnifiche ville Cinque-Settecentesche, in cui si tenevano fastosi ricevimenti, erano circondate da un vigoroso olezzo di urina poiché, essendo quasi sempre sprovviste di strutture igieniche adeguate, (Figura 3) costringevano gli ospiti ad accomodarsi all'esterno. È con la diffusione relativamente recente del gabinetto, collegato al sistema fognario, che l'eliminazione delle deiezioni diventa un atto ancora più privato, nascosto, quasi vergognoso. Insomma: un pudore che comprende, in modi diversi, tutto il perineo, quello della sessualità e quello delle deiezioni.

Figura 2. – Latrina romana.

La faccia opposta del pudore è l'esibizionismo: non è forse negli organi perineali che trova spunto l'esibizionismo? Esibizionismo che si presenta in diverse forme: da quello anteriore dello psicopatico a quello posteriore, un po' beffardo e spregiativo di mostrare le natiche a chi si vuole offendere. La pattinatrice che esegue il suo esercizio più spettacolare con una gamba sollevata in verticale esibisce, coperto s'intende, il perineo alla immaginazione degli spettatori (Figura 4). Ottimo esercizio atletico che forse non merita di essere giudicato con malizia. Ma esiste anche un esibizionismo in senso stretto che è visibile in certi tipi di danza come in alcune danze folcloristiche, ma non solo: perché era scandaloso il can-can della belle epoque (Figura 5), a differenza di quello che vediamo ora noi al cinema o alla televisione? Perché allora, almeno in certi locali di più facili costumi, le ballerine non portavano le mutande e quindi sforbiciando le gambe o sollevando le gonne mentre

Figura 3. – Latrina in Villa Palladiana, (Palazzo Chiericati -Vicenza).

si chinavano con la schiena rivolta al pubblico esibivano il perineo nella sua spudorata interezza.

E che dire della sessualità in quanto tale che nel perineo trova la sua espressione più vitale, sia essa rappresentata dalla sessualità eterologa anteriore o da quella concentrata sul triangolo perineale posteriore, la regione anale. L'ano è ritenuto da molte culture una zona del corpo tabù, cioè un'area con una forte proibizione o interdizione in fatto di comportamenti e consuetudini, quali le pratiche sessuali a esso collegate, definite col termine di sesso anale. Di fatto, e non solo nella cultura occidentale, tali pratiche sono considerate un'importante fonte di piacere sessuale, nelle sue varianti etero o omo-sessuali, ottenuto con la stimolazione dell'orifizio direttamente con parti del corpo oppure con oggetti. Non abbiamo certo l'intenzione di aprire un capitolo di sessuologia che non troverebbe spazio logico in questa sede. Sta di fatto che l'intelligenza umana, con il progredire storico delle società complesse, ha prodotto una serie di comportamenti sessuali, centrati, anche se non solo (pensiamo per esempio alle varie forme di feticismo), sul perineo, dando libero sfogo alla fantasia e al piacere, dove altri potrebbero usare la parola lussuria o perversione. Il confronto con questi problemi è assai variabile: alcune società hanno accettato apertamente questa volubilità sessuale, altre hanno definito alcune di queste attività come improprie e contrarie alla morale, altre addirittura, essenzialmente su base religiosa, hanno indicato la sessualità come appropriata solo se eterologa e destinata alla procreazione, o quanto meno confinata all'interno del matrimonio. Altri ancora hanno scelto come via preferenziale l'astinenza sessuale e la castità.

Figura 4. – Figura di alta acrobazia in pattinaggio artistico

In che termini, possiamo infine considerare il perineo sotto forma di metafora? Varie parti del corpo sono assurte a metafora: la testa per l'intelligenza, il cuore per l'amore, il respiro o "pneuma" per la forza vitale, le braccia la forza fisica, l'ombelico la centralità. Il perineo sarebbe la più complessa delle metafore legate alla corporeità. Certo non si usa la parola perineo nel linguaggio corrente per farne una metafora, ma parti di esso si, molto frequentemente, con significati oltraggiosi, oppure di apprezzamento o di solidità di carattere. Ma sotto altri punti di vista si può dire che il perineo, o parti di esso, sono una metafora mostrata, esibita, maliziosamente nascosta, dipinta, esecrata, demonizzata, coperta, negata, mutilata. Se ricordiamo le varie mutilazioni, che abbiamo descritto, degli organi genitali maschili e femminili ci si rende conto della loro componente metaforica. Dalle cinture di castità di un tempo, all'infibulazione, che nella forma più drastica si accompagna ad una diminuzione del piacere sessuale, è chiaro che il maschio agisce su questa parte del corpo per affermare il suo potere sulla donna e per accentuarne il carattere di subalternità. Inoltre il perineo è l'oggetto delle torture più efferate e oltraggiose, dalla evirazione all'impalamento, dove non è presente solo la sofferenza fisica, ma anche una notevole componente di umiliazione che conferisce all'azione un forte significato metaforico. Differente forse dalla castrazione, che pure ha avuto in passato un duplice significato: sia quello di menomazione crudele (ma era percepita come tale?), sia quello di un interesse pratico, per far crescere consiglieri fidati o custodi dei propri harem, o cantanti con voci delicate e sottili per le musiche di un tempo.

Per chiudere il cerchio, possiamo quindi attribuire al perineo una rappresentazione complessiva, che oltrepassa i suoi confini prettamente medici. Al di la di una regione su cui trova applicazione una disciplina nella sua evoluzione multispecialistica, la pelvi-perineologia, potremmo vedere questa zona, con le sue implicazioni culturali e metaforiche, come la raffigurazione di una medicina non più così ristretta in un modello riduzionista, tecnologico e "occidentale", bensì aperta ad altre culture, ad altri costumi, in un più approfondito confronto con l'altro, il diverso, in un rapporto dialettico, sia pure contraddittorio e di discussione, ma anche di comprensione e di integrazione, quale parte di una concezione del vivere più umana e tollerante, più attenta al-

Figura 5 a-b. – Figure di ballo del Can-can in versione castigata.

le varie implicazioni della relazione medico-paziente.

Siamo tornati alla medicina da cui eravamo partiti, spero con qualcosa in più, qualcosa di utile per superare una visione soltanto tecnica e settoriale del problema, oltre che un aiuto a rinforzare il carattere multidisciplinare che si vuol dare a questa regione e alla sua patologia.

BIBLIOGRAFIA

1. Gray, H.(2000) Anatomy of the Human Body; Bartleby.com. (Philadelphia: Lea & Febiger, 1918).
2. Gordon, P.H., Nivatvongs, S (1999) Priciples and Practice of Surgery for the Colon Rectum And Anus. Quality Medical Publishing. St. Louis Missouri.
3. Hellman H., Cecil G. Culture Health and Illness. Butterworth Heinemann, London 2000.
4. Remotti F. (2008) Contro natura. Laterza, Bari-Roma.
5. Taylor E. B, Primitive Culture. New York Harper (1871: London, MacMillan).
6. Griaule Marcel (1972) Dio d' acqua. Garzanti, Milano.
7. Remotti F. (2009) Il primo libro di antropologia Roma-Bari-Laterza.
8. Aime M. (2008) Il primo libro di Antropologia. Einaudi, Torino.
9. Selz M. (2005) Il Pudore- Un luogo di libertà. Einaudi, Torino
10. http://www.romanoimpero.com/2011/04/latrine-romane.html
11. Dodi G. (1999) L' uscita segreta, Piccin, Padova.

Corrispondenza:

Prof. MARIO LISE
Professore Emerito di Chirurgia Generale
Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche
Università degli Studi di Padova
Via Giustiniani, 2 35128 Padova, Italy
email: mario.lise@unipd.it

SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

PROGETTO EDUCAZIONALE NAZIONALE IN UROGINECOLOGIA

La Motivazione

Rendere omogenei, attraverso il confronto, i programmi didattici indirizzati agli Specialisti interessati alla fisiopatologia del Pavimento Pelvico:

- Ginecologi e Ostetrici
- Urologi
- Chirurghi Colo-Rettali
- Medicina Fisica e Riabilitazione

L'Obiettivo

Divulgare lo "stato dell'arte" inerente il percorso diagnostico ed il trattamento delle disfunzioni pelviche femminili secondo gli aggiornamenti delle Commissioni Internazionali:

- ICS International Continence Society
- ICI International Consultation on Incontinence.

Finalità

Formare e aggiornare Specialisti competenti nella fisiopatologia del Pavimento Pelvico

Strutturazione :

- A) Corsi educazionali (didattica)
- B) Corsi formativi (chirurgia)
- Sono previsti 5 corsi per ogni tipologia nel 2012 e altrettanti nel 2013

2012

Corsi formativi: Novara (U), Bergamo (O), Monza (U), Roma (O), Catanzaro (U), Padova (P)

Corsi educazionali: Palermo (O), Bari (U), Rimini (O), Cagliari (U), Matera (O)

2013

Corsi formativi: Milano (U), Benevento (O), Udine (U), Magenta (O), Firenze (U), Padova (P)

Corsi educazionali: Carpi (O), Brescia (U), Torino (O), Genova (U), Lecce (O)

Programma Scientifico Corso Educazionale
I DISORDINI DEL PAVIMENTO PELVICO

IL PERCORSO CLINICO DAI SINTOMI AL TRATTAMENTO
INCONTINENZA URINARIA e VESCICA IPERATTIVA
Epidemiologia
La storia clinica
Il "Work-Up" Diagnostico
Urodinamica
Imaging e endoscopia
INCONTINENZA URINARIA e PROLASSO UROGENITALE
Valutazione Clinica del Prolasso Urogenitale:
I difetti fasciali, Halfway System, POP-Q (video)
Il trattamento
Farmacologico
Riabilitativo
Chirurgico
INCONTINENZA ANALE e DEFECAZIONE OSTRUITA
Criteri clinici e strumentali di classificazione ed opzioni di trattamento
OUTCOME e QUALITA' DI VITA
Strumenti e criteri di misura

Il futuro del Progetto SIGO. In Italia non esiste attualmente alcun programma didattico/formativo standardizzato riguardante le disfunzioni del pavimento pelvico, finalizzato ai Corsi di Laurea, alle Scuole di Specialità, alla acquisizione della "subspecialty".

Proposte. Formulazione di programmi codificati per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e per la Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, Urologia e Chirurgia, Medicina Fisica e Riabilitazione in accordo ai programmi di altri Paesi UE. Stesura di un progetto di formazione post-specialistica (subspecialty) in Uroginecologia *(come peraltro già esistente nel Regno Unito, Canada, Australia e Nuova Zelanda),* che possa servire da progetto pilota anche per la ginecologia oncologica, la medicina fetale, la fertilità, la perineologia.

***Educazione Continua in Medicina (ECM).* Sviluppo Scientifico**

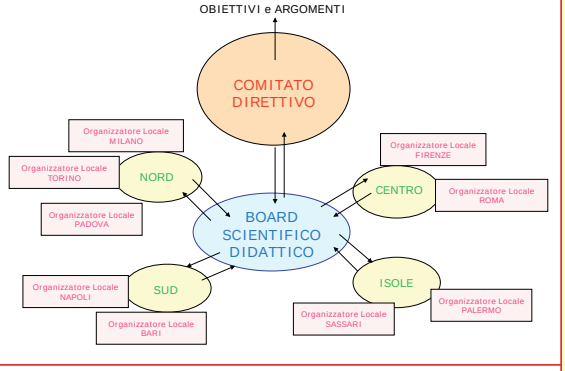
Formazione di un Board di Clinici facenti parte dell' **AIUG, SIPUF**, **SICCR, SIUD, GLUP, SIGO** che definisce gli obiettivi scientifici e il piano didattico/formativo. Detto Board costituisce il **Comitato Direttivo** del progetto: SIGO Prof N. Surico. AIUG Dott. A. Perrone, SICCR …, SIUD Dott. S.Sandri, SIPUF Prof. M. Porena, GLUP Dott. M. Meschia

Individuazione e coinvolgimento da parte del Comitato Direttivo di specialisti del settore (12 persone) per condivisione e diffusione negli incontri sul territorio degli standard identificati nel programma didattico.
Tali specialisti formeranno il **Board Scientifico Didattico**
Possibili candidati: Biroli -Cappellano -Carone - Di Benedetto - Dodi - Costantini - Meschia - Minini - Salvatore -Soligo -Trezza -Tubaro

Identificazione delle Sedi e degli Organizzatori sul territorio nazionale per gli incontri didattici e chirurgici
Indicativamente vengono proposte per i corsi chirurgici:
Bergamo Frigerio, Milano Candiani, Benevento Trezza, Monza Milani, Novara Surico, Sassari Dessole, Catanzaro Zullo, Roma Cervigni, Magenta Meschia, Udine Marchesoni, Padova Dodi

Identificazione delle sedi e degli organizzatori sul territorio nazionale per gli incontri didattici e chirurgici
Vengono proposte le seguenti sedi per la didattica: Bari/Cicinelli, Lecce/Perrone, Brescia/Sartori, Matera/…, Carpi/Marchesin, Palermo/Alio, Firenze/Marchionni, Rimini/Battagliarin, Genova/Costantini, Torino Del Tetto.

Diffusione negli incontri sul territorio nazionale da parte degli Organizzatori Locali coinvolti – affiancati dai membri del Board Scientifico Didattico – degli standard di lavoro riguardanti le tematiche prestabilite.



Educazione Continua in Medicina

Step Organizzativi

Riunione COMITATO DIRETTIVO
AIUG, SIGO, SIPUF, SIUCP, SIUD, GLUP
condivisione del progetto e dei contenuti scientifici,
definizione degli obiettivi e dei programmi,
identificazione e valutazione dei membri del Board Scientifico Didattico,
sedi e Organizzatori Locali

Riunione COMITATO DIRETTIVO e BOARD SCIENTIFICO DIDATTICO
presentazione del progetto e dei contenuti scientifici
definizione calendario e sedi dei corsi
definizione materiale scientifico didattico: presentazione e discussione
sviluppo scientifico della giornata sul territorio: scaletta delle relazioni, relatori ecc

Educazione Continua in Medicina

Step Organizzativi

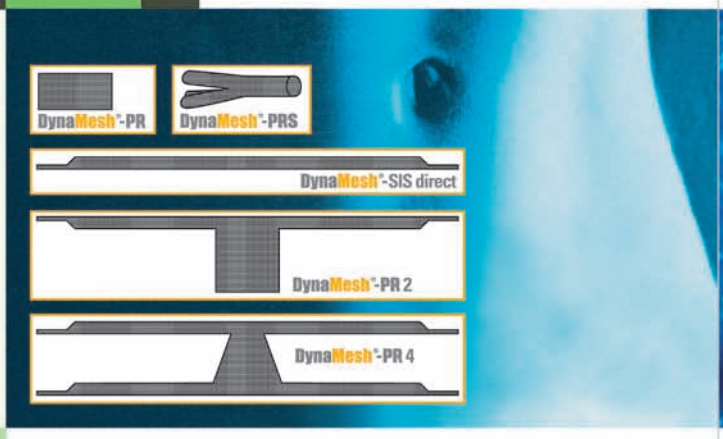
Riunione collegiale del
COMITATO DIRETTIVO, BOARD SCIENTIFICO DIDATTICO
e ORGANIZZATORI LOCALI
presentazione del piano incontri e consegna materiale didattico
condivisione del canovaccio delle presentazioni scientifiche
durante gli incontri sul territorio

Svolgimento dei Corsi E.C.M. sul territorio
(durata una giornata, partecipazione di 50 specialisti)

Questi Corsi potrebbero diventare appuntamento annuale nelle varie sedi
come momento permanente di aggiornamento e formazione

Per informazioni: Prof. RODOLFO MILANI - Tel. 039 233 9508/7 - rodolfo.milani@unimib.it

DynaMesh®-PR



Reti Chirurgiche
per Ricostruzione
del Pavimento Pelvico

100% PVDF

CONTASURE ANCHORSURE

Nuova tecnologia minimamente invasiva
per la riparazione del pavimento pelvico
con ancoraggio regolabile.

neomedic international
The Continence Company

PER INFORMAZIONI:

Distrex
PARTNER IN CHIRURGIA

Via P. Donà, 9 • 35129 Padova
Tel. 049/775522 • Fax 049/8073996
www.distrex.it • e-mail: infodistrex@distrex.it

CardioQ ODM

**SISTEMA DI MONITORAGGIO
DELLA FUNZIONE CARDIACA E DELLO STATO DEI FLUIDI
METODICA MINI-INVASIVA
CON SONDA DOPPLER ESOFAGEA**

Risposta in tempo reale alle variazioni
delle condizioni cliniche del paziente.

Visualizzazione, battito su battito,
dei parametri critici del paziente,
inclusi valori di precarico,
contrattilità e postcarico.

Trattamento rapido e mirato dei fluidi.
Ottimizzazione della gittata sistolica e cardiaca.
Riduzione delle complicanze post-chirurgiche.

Medival

Medica Valeggia S.p.a.
Via P. Donà, 9 - 35129 Padova - Italy
Tel. +39/049-775477 r.a. Fax +39/049-775884
www.medival.it e-mail: marketing@medival.it

Sistema Qualità certificato
CSQ CSQ MED