

EMORROIDI: UN PICCOLO GRANDE PROBLEMA

Considerate una patologia di scarsa rilevanza medica, le “emorroidi” rappresentano in realtà un problema fastidioso, sovente carico di ansia e imbarazzo. Le emorroidi sono cuscinetti di tessuto sottomucoso riccamente vascolarizzato, che tappezzano la parte inferiore del retto e che servono a chiudere completamente il canale anale, contribuendo, col loro turgore, alla continenza fecale. Quando questa struttura anatomica va incontro a modificazioni patologiche compare il quadro sintomatologico caratteristico che tutti chiamano semplicemente “emorroidi”, ma che sarebbe più corretto indicare come “malattia emorroidaria”. Le emorroidi rappresentano uno dei problemi più comuni dell’intestino, anche se è difficile stabilirne la reale incidenza perché solo una minoranza di pazienti consulta il medico per una diagnosi o per il trattamento. Si manifestano più spesso fra i 45 e i 65 anni e non sembrano esservi differenze fra i sessi per quanto riguarda la loro comparsa. Le ricadute sono frequenti. I sintomi della malattia sono il risultato di una congestione vascolare e di uno scivolamento verso il basso dei cuscinetti emorroidari, dovuto ad una degenerazione del collagene e del tessuto elastico di sostegno. Col tempo la malattia progredisce fino a quando i cuscinetti emorroidari rimangono permanentemente prolassati e con essi anche i vasi sanguigni che perdono il loro supporto e si distendono. Ne deriva una stasi sanguigna, con occasionale formazione di coaguli, edema ed erosione superficiale della mucosa di rivestimento con conseguente sanguinamento. Sulla base del grado di progressione e di gravità della malattia si sono individuati 4 diversi stadi: quello iniziale (1°) caratterizzato da una congestione del tessuto sottomucoso interno, senza protrusioni verso l’esterno; un 2° stadio nel quale le emorroidi fuoriescono durante la defecazione ma rientrano spontaneamente col rilassamento successivo; un 3° stadio in cui devono essere ridotte manualmente e infine un 4° nel quale le emorroidi risultano prolassate all’esterno in modo permanente.

Accanto ad una predisposizione ereditaria, alcuni comportamenti individuali e fattori socio-ambientali esercitano un ruolo eziologico primario nel provocare il deterioramento del tessuto connettivo di sostegno. Tutte le condizioni che comportano una pressione prolungata sulle vene emorroidali giocano infatti un ruolo importante nell’insorgenza della malattia. La dieta povera di fibre, comportando una evacuazione faticosa di feci scarse e dure, a lungo ritenuta una delle cause principali della malattia emorroidaria, viene oggi ricondotta al ruolo di fattore aggravante. Alla stessa stregua della stitichezza, fattori aggravanti sono considerati i lavori che comportano il sollevamento di pesi o l’abitudine a rimanere a lungo seduti sul water. La gravidanza può sia indurre che aggravare le emorroidi, soprattutto nella fase del parto. Le evidenze disponibili non supportano invece la teoria di un ruolo causale dell’ipertensione portale.

Sintomi e segni

Il sintomo più frequente delle emorroidi è costituito dalle perdite di sangue rosso vivo, senza dolore, al momento della defecazione; possono inoltre essere presenti sensazione di fastidio, prurito, prolasso, edema, dolore e perdite di muco. Il fastidio e il dolore sono solitamente dovuti alla parte esterna delle emorroidi che coinvolge la componente epiteliale sensitiva. Il dolore acuto invece si manifesta solo in caso di trombosi, una complicanza delle emorroidi esterne, quando, in seguito a rottura di una varicosità, si forma un coagulo al di sotto della mucosa anorettale. L’edema perianale, impedendo una accurata pulizia dell’orifizio anale dopo la defecazione, è probabilmente la causa del prurito. Quest’ultimo è indotto anche dalle fastidiose perdite che sono conseguenza di una aumentata produzione di muco da parte dei tessuti prolassati.

L’intervento del farmacista

Per svariati motivi (noncuranza, imbarazzo, ecc.) la maggior parte dei pazienti che soffre di emorroidi non consulta il medico, per lo meno fino a quando i sintomi non diventano importanti. Il farmacista diviene pertanto l’interlocutore preferenziale. Poiché la presenza di sangue nelle feci può essere anche la conseguenza di patologie gravi, si dovrà procedere ad una accurata intervista del paziente. Sangue fresco che ricopre le feci è tipico di lesioni del colon

discendente e del retto; quando il sangue è mescolato alle feci che assumono una colorazione dal rosso scuro al nero, la causa può essere individuata nel tratto gastrointestinale più alto -tipicamente un sanguinamento di un'ulcera gastrica o duodenale- oppure può indicare la presenza di polipi, colite ulcerativa, morbo di Crohn o cancro del colon. Quando il sanguinamento si presenta per la prima volta è bene che il paziente consulti il proprio medico. Il farmacista deve limitare il suo intervento alle situazioni in cui la sintomatologia è ricorrente e nota ed il paziente è in grado di offrire una chiara descrizione dei sintomi. Sintomi che potrebbero essere indicativi di patologie importanti e che vanno esclusi sono nausea e vomito, dolore addominale, diarrea, perdita di appetito o dolore intenso (attribuibile ad una emorroide trombosata, ad una ragade o una fistola). Ancora più pressante deve essere la raccomandazione di rivolgersi al medico quando si tratta di anziani, in modo particolare quando viene riferito anche un cambiamento improvviso nella frequenza delle defecazioni: il cancro colonrettale risulta infatti relativamente più frequente in questa classe di pazienti.

Trattamento

Escluse tutte le situazioni in cui è consigliabile inviare il paziente dal medico per una diagnosi precisa, il trattamento demandato al farmacista è di fatto puramente "conservativo", rivolto al sollievo dei sintomi, non essendo nessun farmaco in grado di ripristinare l'integrità anatomica perduta. La stitichezza, qualora presente, deve essere corretta; diminuendo la consistenza delle feci si rende l'evacuazione più facile: un minore sforzo riduce anche l'entità del sanguinamento. Il primo consiglio sarà quello di modificare la dieta nel senso di un maggior apporto di fibre (alimenti integrali, frutta e verdura) e una maggior assunzione di acqua, evitando alimenti soggettivamente "irritanti" come ad es. alcol, spezie, frutta secca, dolci. I prodotti a base di psyllio (es. *Planten*, *Fibrolax*) sono una valida alternativa per chi non riesce a modificare il proprio regime alimentare (da 5 a 10 g con molta acqua 2 o 3 volte al giorno). L'uso di altri lassativi che non agiscono sul volume e sulla consistenza delle feci è irrazionale e, alla lunga, pericoloso. Il prurito può essere alleviato con una accurata igiene locale: vanno usati acqua e sapone acido, asciugando senza sfregare, ma tamponando delicatamente ed evitando saponi e salviette profumate perché irritanti. L'uso di soluzioni disinfettanti è inutile. Un notevole sollievo lo si ottiene da frequenti "bidè" con acqua tiepida (3-4 volte al giorno per alcuni minuti). Altri utili indicazioni da suggerire al paziente sono quelle di assecondare lo stimolo della defecazione, di non stare seduto sul water più a lungo del necessario e di evitare di sollevare oggetti pesanti. Da sconsigliare l'utilizzo di ciambelle gonfiabili in plastica per sedersi, dato che aumentano l'effetto pressorio verso il basso esercitato sulle emorroidi ("effetto water"). Questi provvedimenti dietetico-comportamentali devono sempre accompagnare anche un eventuale trattamento farmacologico. Le numerose preparazioni topiche in commercio contengono cortisonici e anestetici locali associati fra loro e con altre sostanze. I cortisonici esercitano un'azione antiinfiammatoria, antipruriginosa e antiemigena. Alcune specialità contengono idrocortisone, il più debole dei cortisonici, talora a concentrazioni troppo basse. Perché il beneficio possa risultare consistente e duraturo va data perciò la preferenza ai cortisonici più potenti quali fluocortolone (*Ultraproct*) e fluocinolone (*Proctolyn*). La presenza costante di un anestetico locale è criticabile perché, come detto, il sintomo dolore non sempre è presente e inoltre l'applicazione prolungata può indurre sensibilizzazioni. Alcune formulazioni contengono sali di bismuto (es. *Anusol*) sulla base della presunta, ma clinicamente non dimostrata, azione astringente dello ione metallico, legata alla sua capacità di precipitare le proteine e di formare una sorta di rivestimento protettivo sulle emorroidi. Praticamente assente la documentazione scientifica sulla efficacia degli eparinoidi (per le loro vantate proprietà antiinfiammatorie e antiessudative) (es. *Lasonil H*) e dei rutosidi (per la loro supposta proprietà di migliorare la permeabilità dei capillari e di ridurre la fragilità) (es. *Emorril*). L'aggiunta di antisettici (es. benzalconio - *Proctosedyl*) allo scopo di prevenire eventuali infezioni secondarie è di per sé inutile e non giustificata dal momento che la regione anorettale rappresenta un'area fisiologicamente molto contaminata e non è possibile ridurre la carica batterica.

Meglio le supposte o le pomate? Dipende da preferenze personali ma, se richiesto, il consiglio deve orientarsi verso le pomate sia in caso di emorroidi esterne che interne: si applicano più facilmente (applicatore per l'interno e ditale di gomma per l'esterno), il principio attivo si distribuisce meglio e inoltre con le supposte c'è il rischio che, dopo l'inserimento, la loro risalita nel colon non liberi il farmaco nella sede più idonea.

Se nell'arco di una settimana il trattamento non ottiene alcun miglioramento, andrà sentito il parere del medico. Nonostante il miglior trattamento possibile, spesso la sintomatologia si ripresenta. In caso di fallimento ripetuto dei provvedimenti dietetico-comportamentali e farmacologici, si dovrà ricorrere a trattamenti chirurgici (emorroidectomia) o alternativi (legatura con elastici, scleroterapia).

Bibliografia. Abcarria H et al. Benign anorectal disease: definition, characterization and analysis of treatment. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:s185 - Edwards C et al. Perianal and perivulvar pruritus. *Pharmaceut J* 1993;251:378 - Cocchiara JL. Hemorrhoids: a practical approach to an aggravating problem. *Postgrad Med* 1991;89:149 - Dennison AR et al. The management of hemorrhoids. *Am J Gastroenterol* 1989; 84:475