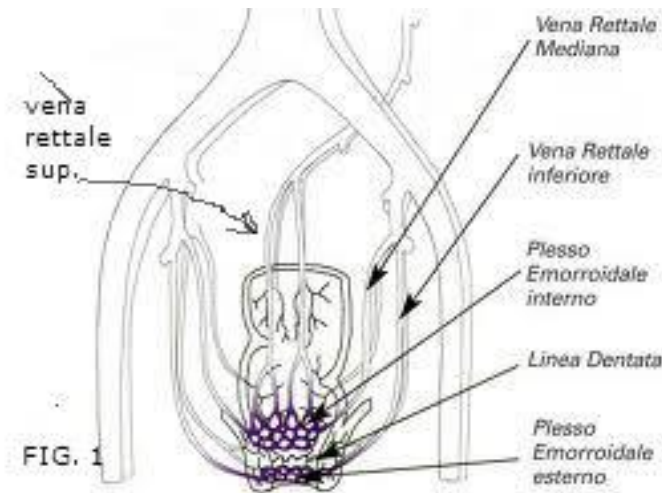


EMORROIDI

ANATOMIA

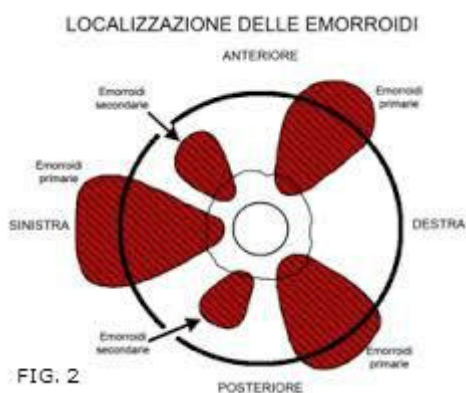


Nella regione perianale sono presenti diversi plessi venosi, un intreccio di vasi anastomizzati. Il plesso venoso emorroidale comunica nella donna con il plesso utero-vaginale e nel maschio con il plesso venoso vescicale. Grazie al plesso venoso emorroidale si viene a stabilire una **comunicazione tra il circolo portale e il circolo sistemico cavale**. I plessi localizzati superiormente alla linea pettinea sono ricoperti dall'epitelio colonnare del retto. Queste strutture costituiscono il plesso emorroidario interno e possono dar luogo alle cosiddette emorroidi interne. Il plesso emorroidario interno è drenato dalle vene rettali superiori e medie. Le

vene rettali superiori sono tributarie della vena mesenterica inferiore, a sua volta ramo della vena porta. Le vene rettali medie sono invece tributarie della vena iliaca interna, quindi della vena iliaca comune che aggetta nella vena cava inferiore. Al di sotto della citata linea pettinata troviamo un plesso venoso ricoperto dall'epitelio squamoso che caratterizza la regione anale e che può dar luogo alle emorroidi esterne. Il plesso emorroidario esterno è tributario della vena rettale inferiore, ramo della vena pudenda interna, a sua volta tributaria della vena iliaca interna (detta anche vena ipogastrica). Come già visto la vena iliaca interna drena nel sistema della vena cava inferiore per il tramite della vena iliaca comune. Le emorroidi interne si verificano a carico del plesso emorroidario superiore, mentre il plesso emorroidario inferiore è sede delle emorroidi esterne. La linea pettinea rappresenta un importante punto di repere anatomico che divide le due regioni.

FISIOPATOLOGIA E CLASSIFICAZIONE

Le emorroidi sono masse e cuscinetti di tessuto fortemente vascolarizzato, localizzate nel canale anale, (Corpo cavernoso del retto) che fanno parte della normale anatomia umana, ma possono diventare una condizione patologica quando si dilatano.



Dal punto di vista anatomico in base ai rapporti con il canale anale si riconoscono tre cuscinetti principali:

1. laterale sinistro,
2. anteriore destro,
3. posteriore destro,
4. Accessorie (in genere due piccole e in posizione variabile).

Le emorroidi sono strutture che non possono essere definite né di tipo arterioso, né di tipo venoso, sono piuttosto vasi sanguigni, più propriamente chiamati sinusoidi, localizzati nel tessuto sottomucoso, cui si

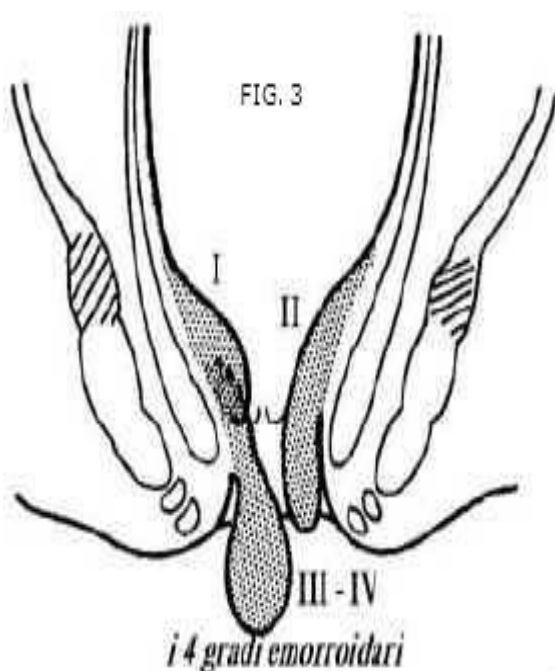
associano stroma connettivale e tessuto muscolare liscio a scopo di sostegno, le vene del plesso emorroidario e gli *shunt* artero-venosi che sono a esse associati.

I sinusoidi differiscono dalle vene, in quanto non hanno tessuto muscolare nelle loro pareti.

Il concetto tradizionale che le emorroidi fossero vene varicose è ormai superato. Thomson nel 1975 le identificò infatti come cuscinetti vascolari dalla posizione relativamente costante (anteriore destro, posteriore destro, laterale sinistro) che con la loro presenza determinano una forma raggiata del canale anale, che appare così stellato e suddivisibile in tre parti.

Le emorroidi giocano un ruolo molto importante nella continenza fecale. Esse, al termine della defecazione, si riempiono rapidamente di sangue e contribuiscono, a riposo, al 15-20% della pressione di chiusura anale. Inoltre agiscono a protezione dei muscoli dello sfintere anale, durante il passaggio delle feci.

Secondo una teoria patogenetica le vene emorroidarie superiori, prive di valvole, vedono aumentare costantemente la pressione al loro interno ogni qualvolta si assume la posizione eretta, e perciò, con il tempo, vengono inevitabilmente a dilatarsi. Questa visione è suffragata dalla relativa rarità della comparsa di emorroidi nei quadrupedi.



Le emorroidi interne, vengono classificate in base alla entità del prollasso.

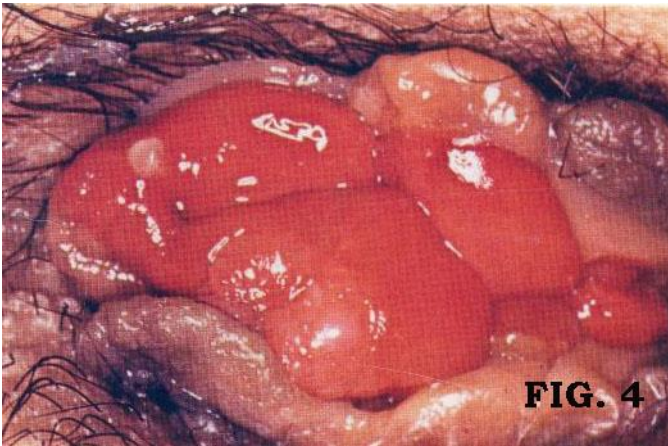
I°: La emorroide è dilatata ma non prolassa mai;

II°: La emorroide prolassa durante la defecazione ma rientra spontaneamente alla fine;

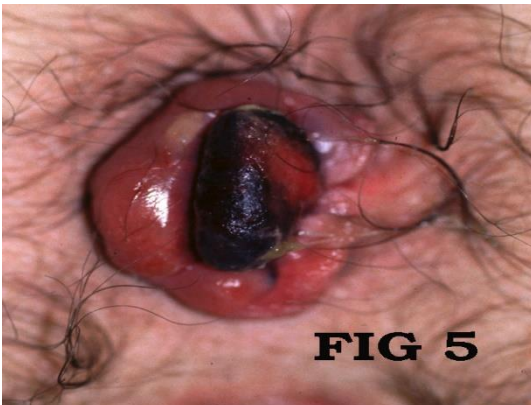
III°: La emorroide prolassa durante la defecazione ma deve essere riposizionata all'interno manualmente;

IV°: La emorroide prolassa e non può essere riposizionata all'interno neanche manualmente. Questo grado corrisponde alla cosiddetta crisi emorroidaria e gran parte della massa del prollasso è costituita da edema.

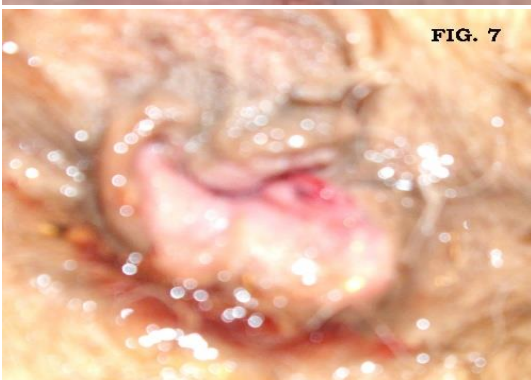
Io nella mia pratica quotidiana completo la predetta classificazione in base ad una serie di quadri morfologici che possono presentarsi associati al grado del prollasso, che vengono caratterizzati da una lettera minuscola e che si relazionano a diversi comportamenti terapeutici:



a) **Edema:** E' caratteristico della crisi emorroidaria o emorroide del IV°; in questa fase è controindicata qualunque terapia chirurgica, la terapia è solo medica (Fig. 4)



b) **Trombosi:** La terapia è la tromboembolectomia immediata senza anestesia che risolve subito i sintomi evitando lunghe e costose terapie mediche; (Fig. 5/6)



c) **Ulcerazione sottopettinea o sovrappettinea mucosa:** In questi casi occorre effettuare prima una biopsia dell'ulcera con relativo esame istologico e poi può essere fatto il trattamento una volta certi della natura istologica dell'ulcera. (Fig. 7)

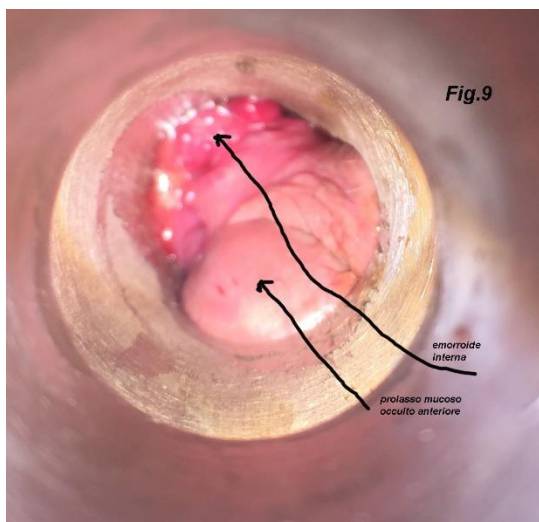
Fig. 8: emorroide esterna ulcerata



d) Ulcerazione su gavocciolo emorroidario: E' indicata la legatura elastica del gavocciolo ulcerato; (Fig. 8)

e) Emorroide con epitelio superficiale normale: Difficilmente vanno incontro a trasformazione neoplastica; eventualmente per motivi non prettamente medici, si può procrastinare il trattamento con legatura elastica.

f) Emorroide con epitelio superficiale degenerato:(di solito caratterizzato da facile sanguinamento) indica una flogosi datante da molto tempo ed è indicato il trattamento precoce per prevenire eventuali trasformazioni neoplastiche; infatti i soggetti di questa classe paradossalmente procrastina molto il trattamento in quanto il sanguinamento decongestiona il plesso venoso per cui il paziente sta meglio e non sente la necessità di ricorrere a trattamenti chirurgici. Questo quadro è, infatti quello più associato ai cancri del retto. Questo quadro inoltre è quello più spesso associato ad anemie croniche per cui un emocromo ed un controllo del ferro e della ferritina va sempre fatto. Infine in questi casi i controlli rettoscopici devono essere fatti almeno ogni 6/12 mesi per evitare brutte sorprese.



g) Associate a Prolasso Mucoso Occulto Anteriore: (Fig.9) In questi casi prima si pratica la legatura elastica delle emorroidi ed in seconda seduta la legatura del prolasso mucoso. Si noti la differenza tra il tessuto emorroidario rosso vinoso (contenente sangue) ed il prolasso costituito da mucosa normale rosea.



Associate a papillite: Le papille anali ipertrofiche vanno legate come le emorroidi anche nella stessa seduta. In Fig. 10 si nota una papilla ipertrofica con papillite.

- h) **Associate a ragadi:** In questi casi prima vanno legate le emorroidi e poi dopo un mese trattata la ragade con la criosfinterotomia che in caso contrario potrebbe provocare una crisi emorroidaria.
- i) **Associate a fistole:** Anche in questo caso prima vengono legate le emorroidi e poi trattata la fistola per gli stessi motivi.
- j) **Associate ed emorroidi esterne:** Entrambi i quadri possono essere trattati nella stessa seduta ma le esterne dopo la legatura vanno criotrattate per ridurre il dolore dovuto ad una legatura cutanea.



k) Associate a Marische: (Fig. 11) Si effettua prima la legatura delle emorroidi e alla fine si effettua la ecissione chirurgica delle marische con sutura per prima intenzione.



Associate ad ascessi comedonici: Si tratta di cisti sebacee perianali spesso ulcerate come nel caso in figura. Vanno escissi in separata sede rispetto alla legatura delle emorroidi.

- l) **Associate ad ascessi perianali:** Vale la stessa procedura del caso precedente.
- m) **Associate a neoplasie benigne (Polipi):** stessa procedura del punto m
- n) **Associate a neoplasie maligne:** In questi casi la patologia emorroidaria diventa ininfluenta in quanto la resezione del cancro interesserà anche il tessuto emorroidario.