



*SERVIZIO  
SANITARIO  
NAZIONALE*



*REGIONE  
ABRUZZO*

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI CHIETI**

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PER  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

**ANNO 2016**

**Proctalgie**

**A CURA DI:**

**TUTOR DI FORMAZIONE PER LA ASL  
Dott. Ernesto Salerni**

**DOCENTE DI CONTENUTO  
Dott. Gino Palone**

# La PROCTALGIA

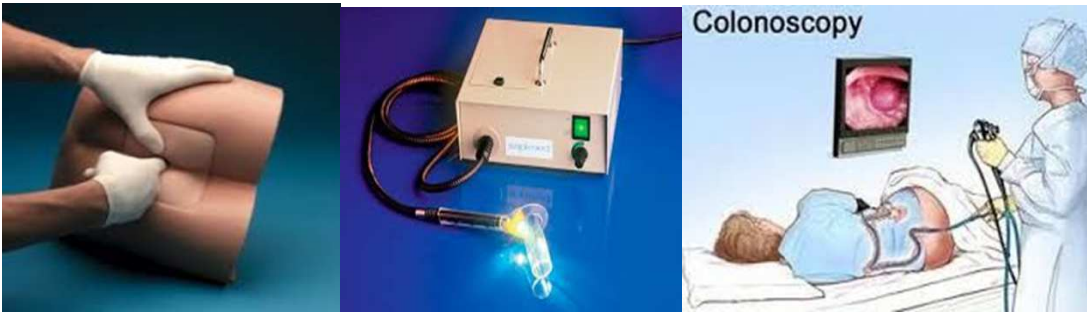


## DOLORE ANALE:

1. BRUCIORE (PATOLOGIE PERIORIFIZIALI: DERMATITI, EMORROIDI, RAGADE SUPERFICIALE, ECC)
2. DOLORE PULSANTE ( DI INTENSITA' CRESCENTE, TIPICO DEGLI ASCESSI)
3. SENSAZIONE DI TUMEFUZIONE ( PROLASSO IRRIDUCIBILE, TROMBOSI, ASCESSO, NEOPLASIE, CONDILOMI)
4. ALGIA ANALE (DOLORE SCATENATO DALLA DILATAZIONE DEL CANALE CUI FA SEGUITO CONTRAZIONE SPASTICA RIFLESSA DELLO SFINTERE INTERNO, TIPICO DELLA RAGADE)
5. TENESMO ( SENSAZIONE DI STIMOLO IMPELLENTE CON RETTO VUOTO, TIPICO DEL PROLASSO RETTALE, NEOFORMAZIONI )

## DIAGNOSI

... you are using your brain, not your finger, really “



CAUSE FREQUENTI:

- 1) RAGADE ANALE
  
- 2) SUPPURAZIONI PERIANALI :
  - a) ASCESSO ANORETTALE,
  - b) SINUS PILONIDALIS,
  - c) IDROSADENITE ,
  - d) CRIPTITE ECC.
  
- 3) TROMBOFLEBITE EMORROIDARIA

CAUSE RARE:

NEURALGIE ANORETTALI (COCCIGODINIA, NEUROPATIA DEL PUDENDO, NEURALGIE DI ORIGINE GENITALE, PSICOALGIE)  
 PROCTALGIA FUGAX  
 HERPER ZOSTER  
 CONDILOMI  
 DERMATOMICOSI  
 NEOPLASIE ANORETTALI

**RAGADE ANALE**

- La ragade anale è una condizione patologica che si presenta come una ferita localizzata fra l'interno e l'esterno del canale anale, generalmente sul margine posteriore, che causa dolore, sanguinamento e/o prurito, specialmente in occasione della defecazione.
- La causa esatta della ragade anale è al momento attuale sconosciuta: sono stati chiamati in causa condizioni predisponenti e fattori scatenanti.

 The diagram shows a cross-section of the anal canal. The internal opening is at the top, and the external opening is at the bottom. A red, crescent-shaped fissure is shown between the two openings, labeled 'Ragade'. Small red dots representing hemorrhoids are visible around the internal opening.

## RAGADE ANALE

### Fattori scatenanti:

- **Stipsi ostinata**  
(trauma meccanico dovuto al passaggio a livello anale di feci troppo consistenti determinanti lacerazioni)
- **Stati infiammatori**
- **Diarrea**



## SINDROME DELLA RAGADE ANALE: **DOLORE**

- E' il sintomo essenziale associato talvolta a rettorragia.
- Si manifesta come bruciore nella zona anale, a difficile localizzazione e a volte irradiato al perineo e ai glutei, di grande intensità.
- Compare durante la defecazione, poi dopo un intervallo libero di 5-10 minuti riprende e si accentua progressivamente fino a diventare insopportabile. Infine si attenua lentamente nell'arco di ore.
- Il paziente pertanto ritarda il momento della defecazione ma la stipsi intenzionale contribuisce a mantenere le condizioni che avevano promosso la comparsa della ragade

## SINDROME DELLA RAGADE ANALE: **DOLORE**

- E' il sintomo essenziale associato talvolta a rettorragia.
- Si manifesta come bruciore nella zona anale, a difficile localizzazione e a volte irradiato al perineo e ai glutei, di grande intensità.
- Compare durante la defecazione, poi dopo un intervallo libero di 5-10 minuti riprende e si accentua progressivamente fino a diventare insopportabile. Infine si attenua lentamente nell'arco di ore.
- Il paziente pertanto ritarda il momento della defecazione ma la stipsi intenzionale contribuisce a mantenere le condizioni che avevano promosso la comparsa della ragade

## SINDROME DELLA RAGADE ANALE: **LA RAGADE**

- E' il terzo elemento che caratterizza la sindrome
- E' tipicamente ovalare a forma di racchetta.
- La sua estremità arrotondata, che è esterna, è spesso accompagnata da una marisca ("emorroide sentinella")
- La sua estremità sottile indica sulla linea pettinea una papilla ipertrofica.
- La sede più tipica è posteriore mediana



# RAGADE ANALE

## TERAPIA CONSERVATIVA

### ■ AMMORBIDIRE LE FECI

Dieta ricca di frutta e verdura

Abbondante idratazione (almeno 1.5 l di acqua die)

Integratori con fibre

Mucillagini a base di psyllum

### ■ RIDURRE L'IPERTONO DELLO SFINTERE INTERNO

Semicupi **tiepido-caldi (miorilassamento)** 3-4 die

Preparati topici a base di nifedipina e lidocaina

Preparati topici con nitroglicerina 0.2%

Cicli di dilatazione meccanica

(Infiltrazione di tossina botulinica)

### ■ CONTROLLO DEL DOLORE

Analgesici (fans- tramadolo)



Alimentazione corretta, evitare la costipazione e mantenere le feci morbide

Per curare le ragadi in modo naturale, mangiare un sacco di fibra che si trova nella frutta, verdura, cereali, pane integrale, ecc.

Bere molto. Gli adulti dovrebbero bere almeno due litri (10-12 tazze) di liquidi al giorno. La maggior parte del fluido è espulso sotto forma di urina, ma una parte entra nell'intestino e ammorbidisce le feci.

La maggior parte delle bevande sono utili, ma gli alcolici possono causare disidratazione quindi bisogna evitarli.

Evitare prodotti contenenti caffeina (che causano disidratazione).

Integratori di fibra.

Se la dieta ricca di fibra non aiuta, si possono prendere degli integratori di fibra come ispaghula, metilcellulosa, crusca o gomma sterculia.

È possibile acquistare questi prodotti in farmacia o su prescrizione medica. La metilcellulosa aiuta anche ad ammorbidire le feci direttamente per facilitare l'evacuazione.

Toilette.

Non ignorare lo stimolo di andare in bagno per evacuare.

Alcune persone sopprimono questa sensazione e aspettano ad andare in bagno più tardi.

Questo può provocare la formazione di feci più grandi e quindi è più difficile l'evacuazione.

Evitare gli antidolorifici che contengono codeina come codamol poichè sono una causa frequente di stitichezza. Il paracetamolo è preferibile per alleviare il fastidio di una ragade.

## In caso di:

- Ipercono sfinterico molto accentuato con dolore parossistico
- Scarsa adattabilità del paziente alla terapia conservativa
- Fallimento della terapia conservativa (recidiva della ragade , scarso beneficio)
- Desiderio del paziente di una risoluzione rapida

## TRATTAMENTO CHIRURGICO

RAPIDO

SICURO

EFFICACE

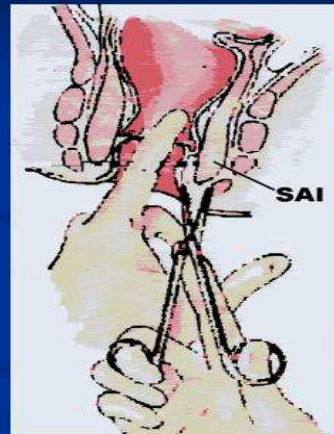
## RAGADE ANALE TRATTAMENTO CHIRURGICO

- **SFINTEROTOMIA ANALE INTERNA LATERALE** (aperta, semichiusa o chiusa)

L'intervento consiste nella sezione modulata della parte inferiore delle fibre del muscolo sfintere anale interno ipercontratto

Si tratta di un intervento che può essere eseguito anche in anestesia locale (di prima scelta) o loco regionale.

Porta ad una rapida scomparsa della sintomatologia dolorosa e ad una guarigione completa della ragade in 4- 6 settimane



Quando la terapia medica fallisce l'intervento chirurgico rappresenta la soluzione alla ragade cronica. L'intervento di scelta è la sfinterotomia laterale interna che ha un successo pari al 98% sebbene gravata in alcuni casi da un rischio di incontinenza prevalentemente ai gas e transitoria e per questo è fondamentale che tale procedura venga eseguita da chirurghi colo rettali esperti con una giusta selezione del paziente. Questa procedura viene eseguita in regime di Day Hospital, in anestesia locale o generale. Lo sfintere anale interno è parzialmente diviso per ridurre lo spasmo e quindi migliorare l'afflusso di sangue e quindi a guarire la ragade. Il dolore legato alla sfinterotomia è solitamente lieve ed è spesso inferiore al dolore causato dalla stessa ragade ed i pazienti nei giorni successivi migliorano fino ad un ritorno alle proprie attività quotidiane in 7-10 giorni.

# ASCESSO ANORETTALE

## ■ PRIMITIVO

Ad origine criptoghiandolare

Ad origine cutanea (foruncoli, pustole e ghiandole infette)

## ■ SECONDARIO

M. Di Crohn

Carcinoma del retto o dell'ano

Traumi anorettali (clisteri !)

Tromboflebite emorroidaria

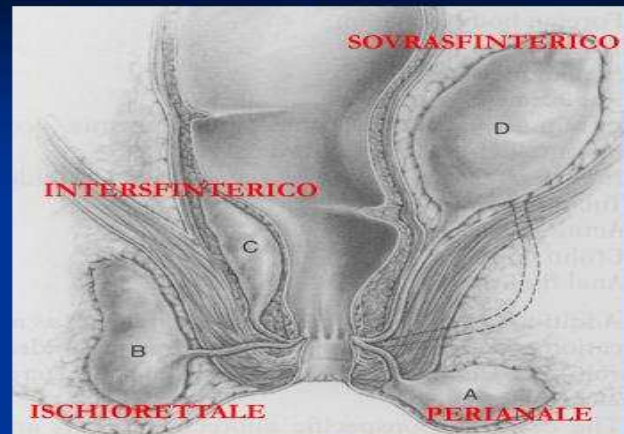
Ragade anale

Postemorroidectomia / I. elastica

Infezioni specifiche (mycobacterium tuberculosis, actinomicosi, sifilide, legionella, amebiasi, nocardiosi, schistosomiasi)

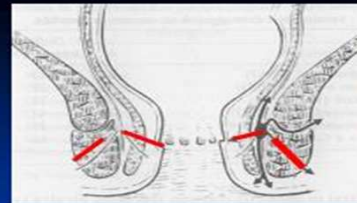
AIDS

Diabete mellito



## ASCESSO ANORETTALE SINTOMI

- **DOLORE:** di tipo pulsante, viene aggravato dalla tosse, dalla posizione seduta e durante la defecazione. L'esplorazione rettale è dolorosa e può rilevare un'area di consistenza aumentata
- **TUMEFAZIONE:** di solito ovoidale, soffice e fluttuante. Negli ascessi ischioirettali è molto più estesa e più dura e tende a coinvolgere l'intera regione perianale
- **FEBBRE:** non sempre presente. Negli ascessi ischioirettali è più frequente ed associata a compromissione dello stato generale



L'ascesso, in termini medici, configura una condizione clinica caratterizzata da una raccolta di pus racchiusa all'interno di una cavità o concamerazione. L'ascesso può localizzarsi in tutte le componenti anatomiche e tra queste la regione perianale. Si manifesta come una tumefazione a calotta posta immediatamente nelle vicinanze dell'ano, ricoperta da cute intensamente arrossata, cosa questa che ne identifica il carattere infiammatorio spiccato, la cui grandezza generalmente raggiunge quella di un mandarino. L'ascesso perianale non si manifesta immediatamente come una tumefazione: in effetti il pus rappresenta l'evoluzione finale del quadro clinico. La causa iniziale, da cui consegue il processo infiammatorio che determinerà la raccolta di pus e quindi l'ascesso, trae origine dalle ghiandole poste all'altezza tra il canale anale e la porzione terminale dell'ampolla rettale, dove hanno sede i cuscinetti emorroidari; in questo ambito anatomico, appunto tra i cuscinetti emorroidari stessi, si creano degli incavi dove hanno sede le ghiandole anali la cui funzione è quella di produrre muco che servirà a lubrificare il canale anale permettendo questa cosa il passaggio delle feci. Queste ghiandole, assolutamente non visibili ad occhio nudo, hanno, per



facilità di esposizione, forma di bottiglia con il collo volto verso il lume del canale anale. Succede che, per cause ancora non meglio identificate, ma che tuttavia possono essere ricondotte alla stipsi, alle proctiti, al colon irritabile, alle sindromi diarroiche, alle malattie infiammatorie croniche come la rettocolite ulcerosa o il morbo di Crohn, il muco prodotto dalla ghiandola diventi estremamente denso tanto da occludere il condottino che veicola il muco dalla ghiandola al lume del canale anale. Di conseguenza la ghiandola, che continua a produrre muco, accumula al proprio interno il muco stesso determinandone il rigonfiamento. A questo punto nel tessuto si instaura un processo infiammatorio come meccanismo di difesa, a cui si sovrappone un'infezione. Il materiale prodotto come conseguenza dell'infiammazione e dell'infezione si fa strada attraverso le strutture muscolari e grassose circostanti al canale anale finché non giunge alla cute perianale dove, per la resistenza opposta dalla stessa, si arresta. Quindi, immediatamente sotto la cute, tutto il materiale prodotto dal tessuto infiammatorio si accumula evolvendo poi in pus. Pertanto il paziente avverte immediatamente un dolore intenso localizzato alla regione perianale dolore che si esacerba alla palpazione e durante la defecazione.



Il dolore può assumere carattere continuo, cioè avvertito dal paziente come tambureggiante tanto da impedire l'assunzione di una postura che possa in qualche modo alleviare il disturbo, in ragione direttamente proporzionale all'evoluzione dell'ascesso; la tumefazione viene avvertita nelle fasi finali-intermedie dal paziente ed a volte viene scambiata per una trombosi emorroidaria. La febbre ed eventuali quadri diarroici o di stipsi serrata accompagnano la sintomatologia dolorosa. Non è infrequente che l'ascesso, per così dire, esploda all'esterno attraverso la cute determinando la fuoriuscita del pus, subito avvertita dal paziente come sollievo della sintomatologia sin lì accusata. E' importante, quando si avverta una tumefazione anale dolente associata a febbre, eseguire una visita proctologica. La terapia antibiotica e chirurgica sono necessarie per determinare la guarigione del paziente.

**La terapia antibiotica non ha alcun potenziale curativo sulla lesione. E' fortemente raccomandata in pazienti con valvulopatia cardiaca o con impianto protesico, affetti da AIDS, da diabete, in terapia immunosoppressiva. Deve essere prescritta in prospettiva del trattamento chirurgico.**

L'ascesso, se ancora non aperto all'esterno, deve essere inciso dal chirurgo, la procedura non è normalmente dolorosa poiché la zona di cute da trattare è poco sensibile, mentre è prevalente il dolore dovuto alla tensione della cute infiammata, l'antibiotico prescritto dal medico dovrà essere assunto fino a quando la zona interessata dall'infezione non sia guarita e comunque su indicazione del curante. Preferibilmente, dato che la maggior parte delle volte l'ascesso perianale viene trattato al pronto soccorso, sarebbe importante che il proctologo potesse trattare in questa sede tale patologia, poiché in una percentuale significativa dei casi, l'ascesso perianale può nascondere una fistola perianale che, se diagnosticata nei tempi giusti, può essere trattata in maniera corretta e tempestiva.

## TERAPIA

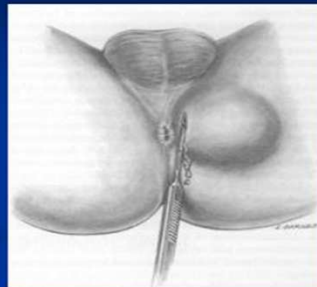
### DRENAGGIO CHIRURGICO!

Se è solo presente eritema senza apparente tumefazione il paziente potrà essere gestito mediante bagni con amuchina, antibiotici ad ampio spettro (per prevenire la batteriemia) e rivalutazione dopo 24 ore.

**In caso di dolore** è però opportuno richiedere subito un parere specialistico.

In ambulatorio, con anestesia locale, è agevole effettuare un sondaggio con un' agocannula per verificare la diagnosi.

L'incisione deve essere, radiale o circonferenziale a seconda del tipo di ascesso, in anestesia locale, effettuata non troppo ampia e nel rispetto delle strutture sfinteriche. Deve essere il più vicino possibile all'orifizio anale. Si posiziona un piccolo zaffo.



## DRENAGGIO CHIRURGICO

- La gestione del paziente è ambulatoriale:  
Rimozione dello zaffo con la medicazione dopo 24 ore in corso di semicupi  
Prescrizione di lavaggio con detergenti specifici (clorexidina) e di protezione con garze.  
Visita di controllo ogni 7 giorni sino a cronicizzazione o chiusura. Anche in questo caso si effettua una ecografia transanale.  
Fistolizzazione nel 25-60% dei casi  
Negli ascessi ischioirettali il drenaggio deve essere effettuato in regime di ricovero, in sala operatoria, con anestesia locoregionale o generale di breve durata, con un'incisione più ampia, zaffaggio dell'intera cavità

CAUSE FREQUENTI:

### 3) **TROMBOFLEBITE EMORROIDARIA**

## TROMBOFLEBITE EMORROIDARIA

- Rappresenta la principale complicanza della malattia emorroidaria
- Provoca vivo dolore a localizzazione intranale
- All'ispezione una o più tumefazioni rosso-bluastre in genere di piccole dimensioni, dolenti e irriducibili
- Quasi sempre si apprezza un cospicuo ipertono sfinterico riflesso
- Evolve verso la necrosi e l'ulcerazione dei gavoccioli o verso la guarigione (esiti: marische o pseudopolipi emorroidari)



La trombosi emorroidaria conosciuta anche come crisi emorroidaria è tra le forme più dolorose di emorroidi.

La trombosi emorroidaria interna rimane all'interno del canale anale e si presenta come una tumefazione rosso-bluastro dolorosa che può durare da qualche giorno a qualche settimana e a volte si esaurisce con una emorragia spontanea.

In molti casi è necessario praticare un'incisione in anestesia locale per far evacuare il trombo.

La trombosi emorroidaria esterna si divide in due forme:

- 1) La trombosi esterna semplice o ematoma perianale che si verifica dopo uno sforzo o in seguito ad un periodo prolungato in posizione seduta. Si manifesta come una tumefazione

bluastro tesa e dolente localizzata sul margine anale. La terapia medica ne determina la guarigione in un periodo di 2-3 settimane con una residua marisca. L'incisione e l'evacuazione del trombo in anestesia locale determina un beneficio immediato.

- 2) L'edema perianale invece è più voluminoso e può essere costituito da più trombi, la guarigione quindi è più lenta rispetto a quella dell'ematoma perianale e l'incisione chirurgica non porta beneficio immediato al paziente.



## TROMBOFLEBITE EMORROIDARIA



### ■ Terapia medica

Semicupi tiepidocaldi + eventuale autoriduzione manuale  
Applicazione topica di antiinfiammatori (cortisonici in supposta o in schiuma) o di eparinoidi  
Terapia sistemica flebotonica (flavonoidi) e con analgesici  
Applicazione topica di creme con nifedipina e lidocaina  
Assunzione di integratori che ammorbidiscono la massa fecale

### ■ Terapia chirurgica

Incisione in anestesia locale e trombectomia (entro 24-48 ore dall'esordio)  
Escissione dell'emorroide trombizzata



INCISIONE



ESCISSIONE

CAUSE FREQUENTI:

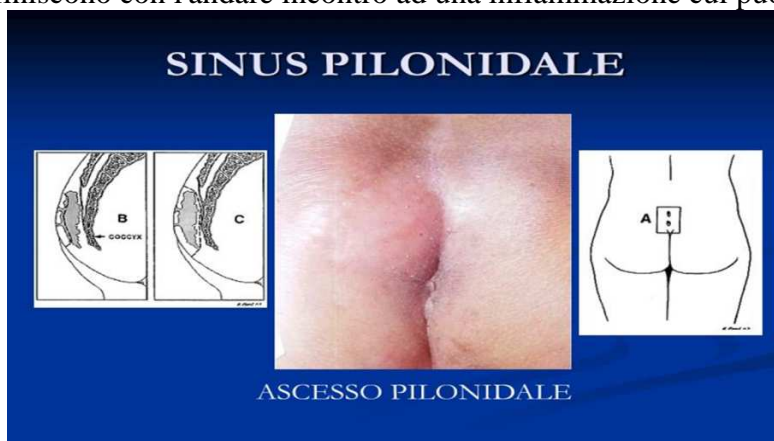
- b) SINUS PILONIDALIS

# SINUS PILONIDALE

- E' una patologia suppurativa della regione perianale localizzata quasi costantemente in sede retrosacroccoccigea
- Origine incerta: (due teorie: congenita ed acquisita)
- Cavità pseudocistica di natura dermo-ipodermica contenente ciuffi di peli spezzati
- Inizialmente asintomatica e non considerata viene poi posta all'attenzione del curante con l'insorgenza dell'infezione: produzione di pus, dolore, febbre, malessere.

Il sinus pilonidalis o cisti sacrococcigea può essere definito come una cavità pseudocistica sviluppatasi nel tessuto sottocutaneo della regione sacro-coccigea. E' più frequente nei soggetti giovani intorno ai 20-25 anni e più frequente nei maschi con un rapporto di circa 3 a 1 rispetto al sesso femminile.

Queste cisti si formano in regione sacrale tra lo strato adiposo sottocutaneo e la fascia muscolare. Nella quasi totalità dei casi contengono peli formati, ma possono contenere anche abbozzi dentari e tessuto tegumentario. Questo fatto, così come la possibilità che il sinus pilonidalis si riformi anche dopo essere stato completamente asportato chirurgicamente ha fatto ipotizzare che nel meccanismo patogenetico sia determinante una azione di sfregamento dei glutei con conseguente intrappolamento dei peli. Queste cisti, sottoposte a microtraumi continui come nella posizione seduta finiscono con l'andare incontro ad una infiammazione cui può seguire la formazione di un



ascesso.

# SINUS PILONIDALE

- In seguito alla comparsa di un ascesso, è necessario un trattamento d'urgenza, che prevede l'incisione e il drenaggio con successivo intervento per l'asportazione radicale della cisti e/o fistola (tecnica chiusa, aperta o semiaperta).



CAUSE RARE:

## NEOPLASIE ANORETTALI

# NEOPLASIE ANORETTALI: DOLORE DA INFILTRAZIONE

- **CARCINOMA DELL'ANO**

Il trattamento è rappresentato ormai da molti anni dalla COMBINAZIONE DI RADIOTERAPIA E CHEMIOTERAPIA, riservando l'intervento di amputazione addomino-perineale ai casi non responsivi o recidivati. Con tale trattamento, si ottiene una sopravvivenza a 5 anni superiore al 60% e la conservazione dello sfintere nel 75% dei casi.

La RESEZIONE LOCALE deve essere effettuata ogniqualvolta sia possibile preservare la funzione sfinterica.



# NEOPLASIE ANORETTALI: DOLORE DA INFILTRAZIONE



CANCRO?



EMORROIDI?

RAGADE?

CAUSE RARE:

HERPER ZOSTER

DERMATOMICOSI

DERMATOMICOSI



HERPES ZOSTER



CAUSE FREQUENTI:

2) SUPPURAZIONI PERIANALI :

c) IDROSADENITE

CAUSE RARE:

CONDILOMI

## IDROSADENITE



## CONDILOMI



I condilomi possono presentare dimensioni variabili che vanno da alcuni millimetri ad alcuni centimetri in quest'ultimo caso si parla di condilomi giganti. E' necessario che vi siano piccole abrasioni o pressioni per facilitare l'infezione, quindi il semplice contatto non è sicuro veicolo di trasmissione. L'infezione da HPV è una causa necessaria nella genesi delle lesioni cutanee e mucose cervicali molti studi hanno ormai dimostrato che l'infezione precede lo sviluppo della lesione e la lesione costituisce un rischio elevato di patologia. Il grado di associazione tra infezione HPV e tumore è 50 volte superiore rispetto la rischio tra fumo di sigaretta e tumore al polmone. Tuttavia la maggior parte delle infezioni è transitoria circa 90%, il rischio è maggiore solo nei soggetti con infezione persistente.

## PRURITO CON LICHENIFICAZIONE PERIANALE



- Eziologia multifattoriale
- Tende ad automantenersi (circolo vizioso)
- Spesso il paziente riferisce prurito associato a dolore (bruciore) anale

ALTRA PATOLOGIA CHE APPARTIENE AL QUADRO DELLE PROCTALGIE E' LA



## **PROCTALGIA FUGAX**

**Dolore ano-retto-perineale improvviso, in pieno benessere, spesso notturno con brusco “risveglio”, della durata di pochi minuti (per l'appunto “fugace”), ma anche molto intenso, a risoluzione spontanea. Può comparire con frequenza variabile, a volte con episodi sporadici ed isolati, in altri casi anche molte volte nell'arco del giorno o della notte: in questo caso, a lungo andare, produce ripercussioni psicologiche anche importanti ed altera, in maniera incisiva, la qualità di vita, portando all'esasperazione.**

**Alcune volte è associato ad una causa organica rilevabile (stress psicofisico, disturbo di somatizzazione, ragadi o altre malattie ano-rettali, prime fra tutte le dissinergie sfinteriche), anche se non è chiara, ne certa la connessione sintomatologica con queste; più spesso non presenta nessuna evidente causa scatenante e costituisce un'entità patologica a se stante.**

**Si manifesta con maggiore frequenza nei giovani adulti, senza particolari distinzioni di sesso, ma può colpire con ampia estensione e casualità.**



**Il meccanismo patologico è dovuto a uno spasmo della muscolatura sfinterica, con irradiazione a quella del pavimento pelvico e l'espressione sintomatologica è molto simile ad un “crampo” di altri muscoli del corpo, ma con una componente di dolore “profondo”, “sordo”, “incombente” che rende la situazione particolarmente sgradevole.**

**Non riconoscendosi una causa precisa non esiste una terapia specifica: tenendo presente che l'attacco doloroso sarà comunque breve, spesso non si adottano misure farmacologiche, ma si ricorre solo a bidet caldi e rilassanti che aiutano la risoluzione dello spasmo muscolare; in teoria (ma non in pratica) possono essere efficaci applicazioni di miorilassanti locali (pomate a base di nitroglicerina) o inalazioni di preparati di salbutamolo (impiegati nell'asma bronchiale), ma sempre con risultati incostanti e senza nessuna evidenza scientifica accertata (EBM).**

**Possibile tentativo anche di terapia con iniezione locale di tossina botulinica.**

## **CAUSE IGNOTE**

## **OBIETTIVITÀ NEGATIVA**

**Nei casi più gravi è possibile eseguire periodicamente Blocco Perineale Posteriore con anestetici a lunga durata di azione, con risultati incostanti e temporanei.**

**In presenza di malattie ano-rettali conosciute, a volte, ma purtroppo non sempre e senza nessuna possibilità predittiva, la cura di queste può portare alla scomparsa o alla riduzione delle crisi di proctalgia fugax.**

- Semicupi caldi



- Autodilatazione

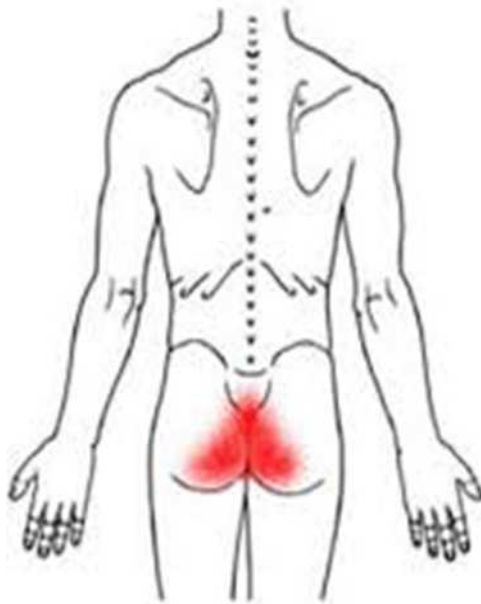
CAUSE RARE:

### COCCIGODINIA

La coccigodinia è una sindrome dolorosa che interessa il bacino, in particolare il coccige o l'area circostante. Le cause della coccigodinia possono essere diverse, di conseguenza anche l'approccio terapeutico è variabile.

La maggior parte dei casi è correlata ad una anomala mobilità del coccige, che innesca un processo infiammatorio cronico responsabile di dolore e degenerazione dei tessuti limitrofi.

Anche se la coccigodinia può colpire individui di tutte le età e di entrambi i sessi, si verifica più frequentemente nelle donne e l'età media di



insorgenza è di 40 anni.

---

Dolore gravativo in sede perianale e coccigea prevalentemente accentuato dalla posizione assisa e non ritmato dalla defecazione

CAUSE varie e non sempre identificabili. Alla base si ritrova frequentemente un'artrosi LSC quasi sempre scatenata ed accentuata da un trauma, in genere da caduta, occorso anche anni prima

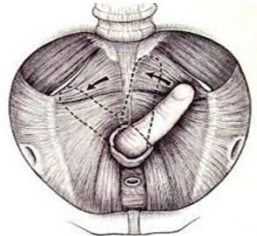
**SINTOMI** Il dolore, prima gravativo, poi urente, assente al risveglio é accentuato dalla posizione ortostatica e alleviato col clinostatismo. Tipicamente, quando il paz è seduto, tende a modificare continuamente la sua posizione



per attenuare il dolore ed il disagio

## DIAGNOSI

Visita proctologica con tipico riscontro,  
all'esplorazione rettale, di  
contrattura dei muscoli ileococcigei



Rx – TAC (?)

## TERAPIA MEDICA



## COCCIGODINIA



via generale e/o locale

TERAPIA MANIPOLATIVA

chiropratica,  
osteopatia

TERAPIA FISICA

Laser , Hilt Terapia ecc.



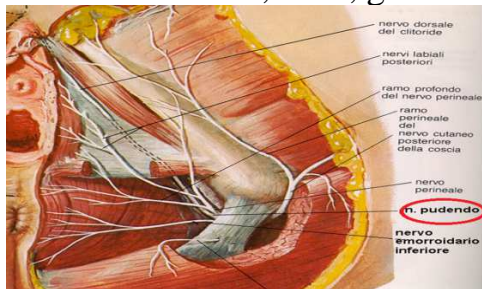
CAUSE RARE:

NEURALGIE ANORETTALI : NEUROPATIA DEL PUDENDO

### NEUROPATIA DEL PUDENDO

Funzioni del n. pudendo

- sensibilità dell'area genitale, anale, perineale
- forza dei muscoli del pavimento pelvico
- controllo vescica, retto, genitali coordinazione per continenza ed evacuazione



### PRINCIPALI CAUSE DI LESIONE DEL N. PUDENDO

Nell'ambito di polineuropatie

- a) dismetaboliche (diabete, vescica, colon-retto.. )
- b) paraneoplastiche
- c) carenziali (deficit nutrizionali, alcolismo)
- d) infettive-infiammatorie (sindrome di Guillain-Barrè)

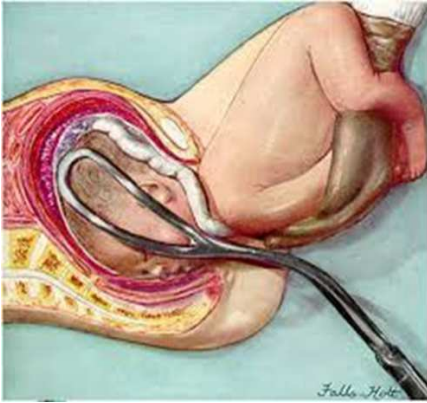
Neuropatie isolate del nervo pudendo

- a) neoplasie pelviche ( tumori ovarici , utero,
- b) traumi pelvici
- c) sindrome compressiva al canale di Alcock
- d) ascessi, ematomi intrapelvici
- e) chirurgia pelvica

### NEUROPATIA DEL PUDENDO

- Fattori di rischio -

- Multiparità
- Forcipe
- Prolungata durata travaglio
- Lacerazioni perianali di III grado
- Peso del neonato > 4 Kg



## NEUROPATIA DEL PUDENDO

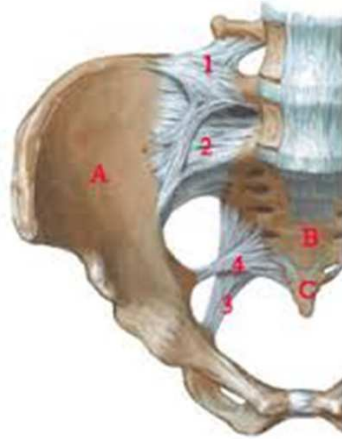
### Sintomatologia

- dolore e bruciore urente nel perineo (mono o bilaterale)
- interessa i genitali, il retto, l'uretra
- è continuo, peggiora nella posizione seduta
- si allevia quando ci si alza in piedi
- possono comparire tenesmo anale e vescicale, eiaculazione dolorosa, deficit erezione, nelle donne vulvodinia, vaginismo, anorgasmia

## NEUROPATIA DEL PUDENDO

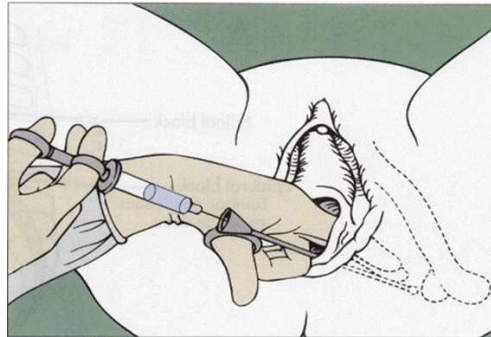
### Diagnosi

- evocazione del dolore con la palpazione del legamento sacrospinoso
- Discesa del pavimento pelvico > 2 cm
- RMN, PNMLT
- Bloccodiagnostico



## NEUROPATIA DEL PUDENDO

### Terapia



**Blocco del pudendo transvaginale**

- Farmaci neurotrofici
- Blocchi nervosi
- Riabilitazione
- Chirurgia

Altra patologia che provoca PROCTALGIA è la

Sindrome del canale di Alcock



Sindrome di Alcock, quel dolore che impedisce di stare seduti

La nevralgia del pudendo, nervo nella regione dello sfintere anale e dei genitali, con funzioni sensitive e motorie. All'origine dei disturbi un'inflammazione o un trauma. La diagnosi è difficile ma la terapia esiste.

Si chiama nevralgia del nervo pudendo ed è una condizione invalidante e poco conosciuta dai pazienti e dagli stessi medici che dovrebbero identificarla. Ne consegue non solo un allungamento dei tempi della diagnosi, con un aumento del rischio di cronicizzazione, ma anche la necessità per chi ne soffre di rivolgersi a molti specialisti alla ricerca di un intervento efficace, spesso affidandosi al passaparola.

## LE CAUSE

«Il pudendo è un nervo periferico che innerva la regione dello sfintere anale e dei genitali, con funzioni sia sensitive sia motorie. Esso controlla anche le funzioni della vescica, dell'alvo e del piacere. All'origine della nevralgia – detta anche sindrome di Alcock - vi è un'inflammazione o un trauma delle fibre nervose che può manifestarsi improvvisamente o evolvere nel tempo». «Tra i fattori di rischio vi sono l'utilizzo prolungato della posizione seduta e della bicicletta, gravidanza e parto, cadute che hanno avuto conseguenze traumatiche nell'area dell'osso sacro, un cambiamento nella forma od orientamento della spina ischiatica indotta da alcune attività atletiche».

## I SINTOMI

La sintomatologia è molto complessa e la nevralgia del pudendo viene spesso scambiata per altri disturbi (prostatite, vaginite, infezione urinaria, cistite, endometriosi, orchialgia, emorroidi, vulvodinia). «Il sintomo principale è il dolore nelle zone innervate. Può essere simile a pugnalate, come punture di spilli, oppure a un bruciore intenso». Tra i sintomi ci sono anche incontinenza, sensazione di non riuscire a svuotare la vescica e urgenza di minzione. La diagnosi è essenzialmente clinica, dopo aver escluso con esami strumentali (risonanze) eventuali lesioni organiche o altre cause della compressione del nervo (tumore, cisti). Al momento, la nevralgia del pudendo non ha una cura specifica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Il dolore pelvico e perianale: eziologia e trattamento (Parte 2) A. LAURETTA, A. INFANTINO
2. L'idrocolonterapia nella moderna igiene del colon-retto B. PALMIERI, G. FISTETTO, S. CAPONE
3. Dearterializzazione emorroidaria per via transanale doppler guidata (THD): risultati preliminari di una nuova metodica per il trattamento della malattia emorroidaria M. DI COSMO, G. PASCALE, L. NUNZIATA, D. DE VITA, D. LULL
4. Bliss DZ, Jung HJ, Savik K, Lowry A, LeMoine M, Jensen L, Werner C, and Schaffer K. Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence. *Nurs Res.* 2001;50:203-13.
5. Norton C and Kamm MA. Anal sphincter biofeedback and pelvic floor exercises for faecal incontinence in adults- a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001;15:1147-54.
6. Osterberg A, Graf W, Holmberg A, Pahlman L, and Hakelius L. Long-term results of anterior levatorplasty for fecal incontinence. A retrospective study. *Dis Colon Rectum.* 1996;39:671-4.
7. Wexner SD, Marchetti F, and Jagelman DG. The role of sphincteroplasty for fecal incontinence reevaluated: a prospective physiologic and functional review. *Dis Colon Rectum.* 1991;34:22-30.
8. Bach-Rojecky L, Relja M, Lackovic Z (2005). Botulinum toxin type A in experimental neuropathic pain. *J Neural Transm* 112:215-219.
9. Gionchetti P., Morselli C., Rizzello F.: Approccio integrato clinico-ecografico. *Ecografia clinica del tratto gastroenterico; a cura di Vincenzo Arienti; ATHENA srl; seconda edizione 2006; 211-220*
10. Dodi G. : *Colonproctologia ambulatoriale 2 vol. - Piccin -1986*