

Elena Sofia Pieri

UOC di Pediatria, Ospedale San Donato,

Arezzo

elenasofia.pieri@gmail.com

[FAKE NEWS]

Ragadi anali: tra tabù, false credenze ed errori comuni

Epidemiologia, diagnosi e trattamento delle ragadi anali.

LA RAGADE ANALE È UNA LACERAZIONE lineare dell'epitelio squamoso del canale anale distalmente alla linea dentata. Le ragadi anali tipiche si localizzano lungo la linea mediana, più spesso posteriormente.^{1,2} Generalmente insorgono come conseguenza del passaggio di feci dure e voluminose e dell'aumento della pressione a livello dello sfintere anale interno. Sono una patologia comune in età pediatrica, con un picco di incidenza nei primi due anni di vita. Sangue rosso vivo nella carta igienica o nel pannolino e dolore alla defecazione sono i sintomi tipici della ragade, che talvolta può dare anche prurito perianale. La diagnosi è clinica, ma è necessaria un'attenta ispezione della regione perianale, molto spesso ignorata, soprattutto nel bambino più grande, per pudore e discomfort del paziente. Talvolta, per individuare la ragade durante l'esame obiettivo si deve procedere ad una delicata dilatazione della cute perianale oppure, se il bambino è collaborante, possiamo chiedergli di spingere, per eseguire la manovra di Valsalva.



È sufficiente l'applicazione di terapia topica per la risoluzione della ragade.

FALSO. Il trattamento principale della ragade mira alla risoluzione della stipsi che l'ha provocata. Infatti, nel bambino la defecazione dolorosa crea un circolo vizioso che peggiora sia la stipsi che la ragade. Il bambino per paura del dolore trattiene le feci, che diventano sempre più dure e voluminose e al loro passaggio contribuiscono a peggiorare la lacerazione dell'epitelio anale, impedendone la

guarigione. Pertanto, per risolvere il problema è necessario ammorbidire le feci, combinando rammollitori fecali (es. macrogol a partire da 1g/kg modulabile in modo tale da ottenere evacuazioni quotidiane di feci morbide) e toilet training (mettere il bambino sul vasino o sul water ad orari fissi, meglio dopo i pasti per sfruttare il riflesso gastro colico, con i piedi ben poggiati a terra o su di un supporto e le ginocchia più in alto del bacino). A ciò si possono aggiungere semicupi (bagno della zona

pelvica-perineale in acqua tiepida per 10-15 minuti) e analgesici topici che donano sollievo al paziente. Tale approccio risulta efficace in più della metà dei casi pediatrici.³

Il trattamento della stipsi può essere interrotto appena scompare la ragade.

FALSO. Come precedentemente detto, la causa della ragade è da ricercarsi nella stipsi. La stipsi funzionale (il 95% dei casi di stipsi in età pediatrica) è caratterizzata da un atteggiamento ritenzionista del bambino che cerca in vario modo (appartandosi, irrigidendosi, incrociando le gambe) di ritardare le evacuazioni trattenendo così le feci nel retto. Per risolvere la problematica, pertanto, oltre ad ammorbidire le feci, è necessario rieducare il bambino alla corretta evacuazione tramite il toilet training. L'acquisizione di una routine evacuativa adeguata richiede, però, molta pazienza e una volta regolarizzato l'alvo è necessario mantenere la terapia per almeno un paio di mesi, prima di cominciare a ridurre gradualmente il dosaggio del lassativo.⁴ La precoce sospensione di quest'ultimo predisporrebbe, infatti, a recidive sia della stipsi che della ragade.

Se il paziente non risponde alla terapia sopracitata dobbiamo ricorrere al trattamento chirurgico.

FALSO. Esistono altre opzioni conservative che, nella minoranza dei casi refrattaria alla terapia standard, devono sempre essere preferite al trattamento chirurgico.

Tra queste, le più studiate in età pediatrica sono state il gliceril trinitrato e i calcio antagonisti (nifedipina e diltiazem), i cui risultati sembrano essere lievemente migliori rispetto

al placebo, a fronte di minimi e reversibili effetti collaterali (prevalentemente episodi di cefalea durante l'utilizzo). Tuttavia, la ricorrenza della patologia alla sospensione della terapia è frequente.¹

Risultati analoghi sono stati raggiunti con l'iniezione di tossina botulinica a livello dello sfintere anale. La tossina agisce sia inibendo il rilascio di acetilcolina dalle terminazioni pre-sinaptiche del muscolo striato, sia bloccando la trasmissione simpatica efferente.⁵ Le dosi e le tecniche utilizzate nei vari studi sono molto eterogenee, ma la tossina botulinica si è dimostrata univocamente efficace nel garantire un rapido sollievo alla sintomatologia del paziente. Tuttavia l'effetto del trattamento è transitorio (3-4 mesi) e il tasso di ricorrenza elevato.¹

Come spesso accade in età pediatrica, anche nel caso delle ragadi i trials clinici che comparano le varie strategie di trattamento conservativo (gliceril trinitrato, calcio antagonisti e botulino) sono scarsi e mancano evidenze chiare su quale sia l'opzione terapeutica ottimale nella minoranza dei pazienti che non ha risposto al trattamento convenzionale.

L'opzione chirurgica (sfinterectomia interna), efficace e utilizzata nell'adulto, non è generalmente raccomandata nel bambino in cui lo sfintere anale è molto sottile e il rischio di incontinenza elevato.⁶

Le ragadi non richiedono mai approfondimenti diagnostici.

FALSO. Sicuramente la diagnosi di ragade anale è clinica, effettuata tramite un adeguato esame obiettivo della zona. Nei casi di ragade singola, in sede tipica non è necessario effettuare ulteriori accertamenti. Tuttavia, quando ci troviamo di fronte a ragadi anali multiple, profonde, in posizioni laterali o di difficile guarigione è sempre necessario pensare a condizioni sottostanti più complesse, come la malattia di Crohn, HIV o casi di abuso. In tutte queste situazioni, sarà opportuno procedere nell'iter diagnostico, effettuando gli specifici approfondimenti del caso.¹

L'autrice dichiara di non avere alcun conflitto di interesse.

Bibliografia

1. Patkova B, Wester T. Anal Fissure in Children. *Eur J Pediatr Surg* 2020; 30: 391-4.
2. Foxx-Orenstein AE, Umar SB, Crowell MD. Common anorectal disorders. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2014; 10: 294-301.
3. Nelson RL, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2012: CD003431.
4. Bramuzzo M. Constipation in children. *Medico e Bambino* 2019; 38: 497-502.
5. Jones OM, Brading AF, Mortensen NJ. Mechanism of action of botulinum toxin on the internal anal sphincter. *Br J Surg* 2004; 91: 224-8.
6. Jamshidi R. Anorectal complaints: hemorrhoids, fissures, abscesses, fistulae. *Clin Colon Rectal Surg* 2018; 31: 117-20.