

## **Le ragadi anali: lo stato dell'arte**

### **Aldo Ercoli**

La ragade anale è un'erosione cutaneo-mucosa che ha sede nella maggior parte delle volte sulla connessione posteriore. Provoca forti dolori durante la defecazione e nel periodo immediatamente successivo. Si presenta a tutte le età, ma è più frequente dalla terza alla quinta decade di vita. La ragade è la causa più comune di sanguinamento del retto nell'infanzia. Colpisce nella stessa misura sia gli uomini che le donne; talora è associata a stipsi, diarrea, malattie infettive, trauma perianale e malattia di Crohn. E' necessario, prima di ogni altra cosa, porre una diagnosi corretta ad escludere altre patologie del tratto terminale dell'intestino (colite ulcerosa, neoplasie, sifilide, morbo di Crohn, varici emorroidali etc.). Dal punto di vista anatomopatologico e fisiologico va detto che un trauma anale può sopraggiungere in seguito a defecazione: l'irritazione causata dal trauma al canale anale comporta un aumento della pressione a riposo della sfintere interno. Pertanto è l'apporto di sangue allo sfintere e alla mucosa anale che determina una relativa riduzione ematica. Perché la ragade non tende alla guarigione spontanea? Sia per il trauma continuo a cui viene sottoposta la regione anale con conseguente infezione/flogosi legata al passaggio delle feci, sia allo stato di contrattura perenne dello stesso sfintere, al quale, come detto, arriva poco sangue. La lesione può essere facilmente diagnosticata sulla base della sola anamnesi: il classico sintomo è il dolore con sangue rosso vivo, in verità poco abbondante, rispetto a quello associato alle emorroidi. All'esame obiettivo, gran parte delle ragadi risulta localizzata nella posizione posteriore ma, non di rado, anche anteriore. Una ragade in posizione laterale può destare sospetti circa la sua natura benigna e dovrebbero essere escluse malattie sistemiche. Una ragade cronica è indicata dalla presenza di ipertrofia delle papille anali o da un piccolo lembo di mucosa. Alla base della ragade si osservano sovente, in profondità, le fibre circolari dello sfintere interno ipertrofico. Patognomonici sono sia l'aumento della pressione anale a riposo, rivelato dalla manometria, che una deformazione della zona "a dente di sega". Quale terapia adottare? L'approccio è attualmente di tipo conservativo. Si prescrivono farmaci lassativi-emollienti nei pazienti con stipsi, supplementi di fibre nella dieta, anestetici locali (pomate a base di lidocaina o di cortisone), semicupi ... I risultati positivi, dicono le statistiche, sono pari al 60-90%. Personalmente non ci credo. Centinaia sono le ragadi croniche, ossia quelle che durano più di 6 settimane, che necessitano dell'intervento chirurgico. La pomata alla nitroglicerina (0,2%) dà applicazione localmente? Aveva suscitato tanto clamore ed entusiasmo. Ora è quasi scomparsa dal commercio. La tossina botulinica di tipo A, fino a 20 unità, iniettata nello sfintere interno su ogni lato della ragade? All'inizio sembra un problema risolto ... poi dopo alcuni mesi la ragade si ripresenta. L'approccio chirurgico prevede la dilatazione dell'ano ed una sfinterotomia laterale interna. I tassi di recidiva sono meno elevati rispetto alla terapia medica. Peccato però che a ciò si contrappone il rischio di incontinenza fecale a seguito dell'intervento chirurgico. Almeno è così in alcuni casi. Il paziente ... se la fa sotto ... non è in grado di trattenere le feci. Basilare è l'esperienza e l'abilità del chirurgo. La medicina naturale, in particolare la fitoterapia e l'omeopatia, possono esserci di aiuto? Vi sono delle pomate, a base di complessi omeopatici che ci offrono buoni risultati ... molto più di una semplice crema alla propoli applicata con costanza, che personalmente utilizzavo in passato. Valide le regole pertinenti la stipsi di cui ho già detto. Talvolta utilizzo anche una soluzione cicatrizzante completamente naturale. Con una centrifuga faccio preparare un bicchiere di succo di cavolo, di germogli di frumento e di foglie di piantaggine. Poi faccio applicare sulla ragade solo la parte solida e consiglio di bere la soluzione rimanente. A ciò ovviamente associo il rimedio omeopatico più idoneo, il vero simillimun. *Nitric Acidum* (7 CH, 5 granuli 2-3 volte al giorno per almeno 15 giorni). E' utile nelle ragadi che si presentano a limiti netti, come un taglio di coltello, che sanguinano con facilità. Il paziente poi riferisce un dolore di tipo pungente, continuo e persistente, anche se aumenta con l'evacuazione. Le feci sono generalmente molli. *Paeonia* (5CH, stessa posologia della precedente) quando le ragadi sono accompagnate da secrezioni e da varici emorroidarie. Il dolore è intollerabile, soprattutto prima e dopo l'evacuazione.

*Rathania* (5 CH, stessa posologia della precedente). Quando la ragade provoca dolori acuti ed è presente soprattutto stipsi. Vi sono dolori pungenti dopo la defecazione, anche per molte ore.

*Graphites* (5 CH, stessa posologia). Nelle ragadi dolorose accompagnate da una secrezione di tipo mieloso, ma senza tenesmo, né prima, né durante, né dopo la defecazione.

*Berberis* (5 CH, stessa posologia). Nei dolori pungenti, brucianti che cambiano di posizione all'interno dell'ano.

*Fluoricum Acidum* (9 CH, stessa posologia). Quando vi è un "terreno" luesinico con associate emorroidi e voluminose varici agli arti inferiori.

*Luesinum* (30 CH, una dose ogni 15 giorni per 1 mese). Nosode della diatesi luesinica particolarmente indicato nella terapia di fondo della ragade.

Accanto ai rimedi omeopatici mi avvalgo anche della organoterapia.

*Mucosa ano-rettale* 4 CH – *Vena emorroidaria* 4 CH (una fiala di ciascun rimedio, la sera prima di coricarsi per via orale).

Come oligoterapia utilizzo *Manganese Rame*: 1 fiala per via orale al risveglio, 3 volte alla settimana per 1 mese. Dopo ogni defecazione raccomando sempre un'accurata pulizia locale e l'applicazione della pomata a base di complessi omeopatici diluiti e dinamizzati. Talora non disdegno, in quanto sostenitore di una terapia di tipo integrato, l'applicazione di 1 supposta di *Preparazione H*.

## **Bibliografia**

1) *Harrison* "Principi di Medicina interna" – MacGran Hill – New York 2005

2) *Vannier L., Poirier J.* "Précis de matière médicale homeopatigne" – Doin Paris 1979

3) *Brigo B., Mascello* "Omeopatia medicina non violenta" – Boiron 1988

4) "Manuale pratico di Omeopatia" – Giunti editore – Firenze 2001

5) *Ercoli A.* "Clinica Medica Omeopatica" – Tecniche Nuove - Milano 2007

6) *Pommier L.* "Dizionario omeopatico d'urgenza" IPSA – Parigi 2006