

## Esecuzione dell'esplorazione rettale maschile urologica

*L'esplorazione rettale viene raccomandata in presenza di dolore ai quadranti inferiori dell'addome, per i disturbi persistenti delle basse vie urinarie e ano-rettali e, indipendentemente dai sintomi, nello screening urologico e del cancro del colon-retto*

L'importanza di effettuare un esame obiettivo completo è evidenziata da uno studio secondo cui un accurato rilievo dei segni fisici porta a modificare il sospetto diagnostico iniziale e il successivo iter gestionale diagnostico-terapeutico in un paziente su quattro (*Lancet* 2003; 362: 1100-5).

Si dimostra così l'utilità di un uso maggiore della semeiotica fisica, al fine di una diagnosi corretta e precoce e di un ricorso più appropriato alla diagnostica strumentale, riducendo così anche il timore dei medici di trascurare ipotesi diagnostiche incorrendo in responsabilità professionali (*BMJ* 2004; 328: 444-6).

Un esempio di esame obiettivo a rischio legale è rappresentato dall'esplorazione rettale e vaginale (*NEJM* 2007; 357: 1778-9), la cui omissione potrebbe causare un ritardo colposo di diagnosi (*JAMA* 2004; 291: 2705-12), ma la cui esecuzione richiede l'acquisizione di regole etiche per la raccolta di un preventivo consenso informato, esplicitando con tatto al paziente lo scopo e la procedura di questi delicati accertamenti fisici per facilitare il superamento del disagio correlato alla invasività della manovra (*BMJ* 2003; 326: 62-67).

Secondo le linee guida, l'esplorazione rettale è raccomandata per l'iter diagnostico del dolore ai quadranti inferiori dell'addome, per i disturbi persistenti delle basse vie urinarie (*J Urol* 2003; 170: 530-47), per i disturbi ano-rettali e, indipendentemente dai sintomi fa parte dello screening urologico e del cancro del colon-retto

(*Gastroenterology* 2004; 127: 989-90).

Un accurato inquadramento clinico del paziente può consentire infatti di rilevare neoformazioni patologiche, stabilire quali sono gli accertamenti diagnostici più mirati al problema, con quale grado di urgenza devono essere richiesti, chi è lo specialista più indicato a cui indirizzare il paziente: chirurgo, gastroenterologo, proctologo, urologo o psichiatra nel caso di disturbo da conversione o da somatizzazione in assenza di rilievi fisici e strumentali patologici (*BMJ* 2004; 10: 1136).

### Esecuzione dell'esplorazione rettale

Dopo il lavaggio delle mani, il medico infila dei guanti preferibilmente di vinile e/o nitrile (il lattice potrebbe dare allergie) e utilizza un lubrificante sul dito esploratore e nella regione perianale.

La posizione del paziente da sottoporre a esplorazione rettale potrà essere in decubito supino e l'esame rettale potrà essere preceduto dall'esame obiettivo:

■ dei quadranti inferiori dell'addome, alla ricerca di sovradistensione vescicale, timpanismo, punti dolorosi, cicatrici, ernie inguinali, linfadenopatie inguinali;

■ della regione genitale maschile, che sotto il profilo urologico e andrologico riveste una parte importante dell'esame fisico pelvico nel maschio, valutando:

- conformazione del pene;
- aspetto del glande/prepuzio;

- meato uretrale esterno;
- aspetto dello scroto;
- caratteristiche di testicoli/epididimi;
- regioni funicolari;
- corpo spongioso e bulbo uretrale.

Dopo questa fase, accompagnata da domande mirate, brevi e poco impegnative, si invita il paziente a flettere le ginocchia avvicinando i talloni fra loro e divaricando le ginocchia al fine di esporre quanto più possibile la regione perineale. L'obesità e i quadri di spasticità muscolare agli arti inferiori, di paraplegia o paraparesi e di anchilosi coxo-femorale, ostacolano l'esposizione del perineo e rendono nettamente difficile l'esplorazione rettale in tale posizione. Può essere allora necessario adottare il decubito laterale in posizione genu-pettorale (solitamente adottata in ambito proctologico).

Nella pratica clinica, la posizione genu-pettorale in decubito supino è più difficile da attuare autonomamente per il paziente, risulta spesso più sgradita ed è poco praticabile nei pazienti con disabilità motoria degli arti inferiori (è necessaria almeno la presenza di un infermiere per effettuare la manovra di elevazione di gambe e cosce da portare in marcata flessione sull'addome), tuttavia consente una più profonda esplorazione del canale anale.

Nella manovra standard si procede con l'ispezione dell'area perineale centrale e della zona perianale e anale, sollevando opportunamente la borsa scrotale.

Le lesioni più comuni a tale livello

e in modo particolare quelle a carico della cute nella valutazione del suo trofismo e della sua integrità possono essere dovute a psoriasi, traumi, infezioni dell'epidermide/derma, cisti sebacee, secrezioni, orifizi di fistole.

Si esplora la sensibilità del perineo corrispondente alla proiezione dei mielomeri sacrali e si valuta l'eventuale presenza di dolore localizzato in tale zona.

Anche con l'ausilio dell'anamnesi fornita dal paziente a livello anale e perianale possono essere valutate diverse patologie, tra cui marische, emorroidi, ragadi, fistole, ascessi, condilomi, flogosi/ulcere.

Le informazioni più specifiche dovranno quindi essere ricercate attraverso l'ispezione digitale dell'ampolla rettale e solo la palpazione fornirà le informazioni che, secondo uno schema mentale, il medico cercherà di raccogliere come nell'analisi di una mappa topografica:

- esame dello sfintere anale;
- contenuto dell'ampolla rettale;
- parete del retto;
- prostata;
- vescichette seminali;
- ureteri.

### ■ Sfintere anale

Lo sfintere anale in senso lato (è esplorabile fisicamente solo la componente esterna, striata) fornisce informazioni sull'integrità dell'arco riflesso nervoso sacrale e pertanto indirettamente aiuta il medico a valutare anche lo stato funzionale dello sfintere striato dell'uretra.

Caratteristicamente si prendono in considerazione:

- il tono muscolare a riposo (condizioni di flaccidità o spasticità);
  - la competenza o la beanza della rima anale (in base alla minore o maggiore compiacenza del canale al passaggio del dito esploratore);
  - la contrazione muscolare volontaria agita sul dito esploratore;
  - la contrazione muscolare riflessa.
- In particolare, per quest'ultima funzione, viene esaminata la presenza di:

**1. riflesso sfinterico-anale superficiale** (introducendo rapidamente e improvvisamente il dito esploratore per pochi millimetri nel canale anale o effettuando piccoli colpetti con il dito stesso a livello sfinterico: contrazione riflessa dell'ano), che esprime l'integrità a livello dei segmenti S<sub>1</sub>-S<sub>5</sub>;

**2. riflesso sfinterico-anale profondo o riflesso bulbo-cavernoso** (con il dito esploratore posto nel canale anale, si eseguono contemporaneamente con l'altra mano dei piccoli pinzettamenti sulla punta del glande: anche in questo caso la risposta evocata sarà quella di una contrazione riflessa dell'ano) che corrisponde ai mielomeri S<sub>2</sub>-S<sub>4</sub>.

Un'altra attività riflessa consiste nello stiramento laterale e bilaterale sincrono della cute perineale (con manovra di stretching forzato), che produce la contrazione in massa del diaframma pelvico con movimento finale "a soffietto" per la prevalente attività muscolare riflessa del muscolo elevatore dell'ano, che produce la sopraelevazione del piano perineale (manovra che viene eseguita però durante l'ispezione).

L'ordine di ponamento come manovra di Valsalva avrà invece lo scopo di valutare complessivamente il sistema anatomico di supporto pelvico attraverso il criterio di giudizio della discesa o meno del perineo centrale rispetto alle tuberosità ischiatiche (perineo discendente o disceso): il difettoso sostegno del nucleo fibroso del perineo esprime solitamente l'abitudine inveterata del paziente a esercitare forti e prolungate manovre di spinta per agevolare la defecazione in caso di stipsi e nei casi neurologici può esprimere la denervazione del pavimento pelvico con il risultato di una complessiva flaccidità muscolare.

L'esame obiettivo sfinterico ha quindi nella valutazione urologica l'utilità di ricerca dell'eventuale compromissione dei metameri sacrali (da S<sub>2</sub> a S<sub>4</sub>) e di parte dell'inervazione periferica, nelle componenti sensitive e motorie.

L'eventuale dolore all'esplorazione

rettale può essere dovuta alla procedura in sé, ma anche a fattori concomitanti quali:

- pregiudizio/pudore del paziente;
- contrattura muscolare riflessa;
- scarsa lubrificazione del dito esploratore;
- stiramento di peli della cute perianale;
- flogosi emorroidarie concomitanti;
- stenosi del canale anale (per esempio post-attinica), ecc.

### ■ Contenuto rettale

Solitamente l'ampolla rettale è vuota nella fase temporale in cui il soggetto non percepisce lo stimolo defecatorio. La presenza di feci e le loro caratteristiche devono quindi essere considerate e valutate per correlare i dati obiettivi con quelli anamnestici (abitudini alvine particolari del soggetto, defecazione ostruita, ritenzione fecale acuta, impattamento fecale cronico, fecaloma, ecc).

Va tenuto presente che soprattutto nel soggetto anziano una condizione di intasamento fecale con sovradiestensione dell'ampolla rettale spesso induce - in via riflessa e con meccanismo neurologico periferico - la ritenzione acuta d'urina come paresi detrusoriale o come episodio acuto inserito nel contesto di una ritenzione cronica incompleta d'urina.

Al termine dell'indagine andrà osservato il dito estratto per esaminare l'eventuale presenza di sangue o il colore del materiale fecale.

### ■ Parete rettale

La prima struttura da valutare nell'esplorazione interna è lo stato della mucosa e la sua scorrevolezza sui piani sottostanti, tenendo presente le eventuali stenosi, le aree di aumentata consistenza, la percezione di masse adese, la presenza di trigger point per il dolore e di aree flogistiche proprie o adiacenti (criptiti, ascessi pararettali, ecc).

## ■ Prostata

La ghiandola solitamente viene palpata con facilità attraverso la parete rettale anteriore.

La morfologia è triangulariforme, suddivisa in due lobi laterali per l'interposizione del solco mediano e la consistenza è duro-elastica. La sua superficie è uniformemente liscia e tale da apprezzare lo scorrimento della parete rettale su di essa.

La distinzione delle sue caratteristiche è possibile con vescica vuota, in assenza di dolore anale o rettale, a circa 3-4 cm dal margine anale.

Condizioni di obesità o robustezza del paziente ne limitano l'esplorazione, collocandosi la ghiandola più profondamente rispetto al piano perineale.

La sua palpazione in condizioni normali non evoca dolore proprio e comunque essa è limitata alla parete posteriore dell'organo che è anche la più rappresentata.

Le caratteristiche da definire sono: forma, volume, superficie, consistenza, limiti, presenza eventuale di dolore.

■ **Forma:** ricorda quella della castagna, di forma triangolare, simmetrica, ad apice inferiore. Può essere globosa, con scomparsa del solco mediano nell'adenoma, oppure perdere la sua simmetria per la prevalenza di un lobo sull'altro. Solitamente è difficile apprezzare la presenza di un lobo medio.

■ **Volume:** attraverso la palpazione è difficile quantificarne il peso in grammi, che normalmente nel soggetto adulto è di circa 15-20 g. Spesso viene adottato un sistema descrittivo comparativo basato sul volume e la morfologia di "frutti": castagna, prugna, mandarino, arancia, pompelmo. Altrimenti viene descritto come fattore di incremento (x2, x3, x4).

Può essere più piccola negli ipogonadismi e nelle prostatiti croniche sclerosanti.

■ **Superficie:** la presenza di nodularità irregolare è sempre indice di patologia, ma può correlarsi a si-

tuazioni molto diverse fra loro (dalla flogosi acuta o cronica alla neoplasia) che verranno quindi caratterizzate in base alla consistenza e ai limiti delle aree sospette. Una granulia piuttosto fine e dura può essere imputata anche alla presenza di fibrolitiasi.

■ **Consistenza:** il riferimento mentale più utile è quello indicato in *figura 1*: la mano stretta a pugno dimostra che la consistenza dell'eminenza ipotenar è quella normale; l'eminenza tenar ricorda l'adenoma e la prima articolazione metacarpo-falangea è simile al cancro.

La consistenza è duro-fibrotica nelle prostatiti croniche sclerosanti o negli adenomi a forte componente stromale, mentre quella lignea è tipica delle forme neoplastiche maligne. Aree di flaccidità sono tipiche delle prostatiti acute o delle aree ascessuali.

■ **Limiti:** sono netti e ben definiti. Diventano sfumati fino a scomparire in condizioni patologiche infiltrative (flogistiche o neoplastiche), non solo nei confronti dei margini laterali, ma anche di quello della base verso il basofondo vescicale. In alcune circostanze si viene quindi a perdere anche il riferimento topografico delle parti ghiandolari. La condizione avanzata di un processo canceroso è il piastrone ligneo, senza più limiti, duro, fisso, no-

dulare, piatto e senza scorrimento sui piani circostanti.

■ **Dolore:** normalmente assente. Vivo dolore urente o puntorio viene evocato in caso di prostatite acuta o di lesioni ascessuali della ghiandola. L'ipertrofia prostatica solitamente non si associa a dolore che invece, sia pure in forma mal definita e opprimente, può essere presente nelle forme di malignità. Anche la presenza di numerose e sparse concrezioni calcari della ghiandola può determinare la riproduzione del sintomo doloroso.

## ■ Vescichette seminali

Non è sempre possibile potere definire le loro caratteristiche: esse si collocano profondamente nello scavo pelvico, in corrispondenza del margine postero-superiore della prostata, bilateralmente. Inoltre le caratteristiche anatomiche e strutturali proprie non consentono al dito esploratore di discriminarle con precisione. Solo in caso di tumefazione flogistica (empiema), di lesione cistica o neoplastica (rara) si riesce a percepire qualche differenza rispetto alla ghiandola prostatica sottostante.

## ■ Ureteri

In corrispondenza del margine supero-laterale della prostata, su ciascun lato, l'uretere pelvico, nel suo segmento terminale, può essere palpato ma solo in condizioni patologiche quali la presenza di un calcolo a livello pre-vescicale la cui palpazione evoca dolore tipo colico (cosiddetto punto ureterale inferiore di Bazy) o di idroureteronefrosi marcata (megauretere).

L'ultima tappa dell'esplorazione rettale prevede la valutazione di un'eventuale secrezione uretrale indotta dalla palpazione prostatica come secreto filante e trasparente (prostatorea) o come drenaggio di secrezione patologica puruloide, ematica ecc. o anche di liquido spermatico (spermatorrea).

Figura 1

### Riferimento per valutare la consistenza della prostata



- 1 = consistenza normale
- 2 = consistenza adenomatosa
- 3 = consistenza cancerosa