

CASA DI CURA ERETENIA

36100 VICENZA – VIALE ERETENIO, 12 – TEL. 0444/994511 – FAX 0444/543644

Responsabile del Servizio di Coloproctologia: Dott. Claudio Missaglia

Consenso Informato

Per i pazienti candidati ad intervento chirurgico per la cura del prolasso del retto, della patologia emorroidaria e della stipsi da ostruita defecazione (O.D.S.)

Consenso Informato

Per i pazienti candidati ad intervento chirurgico per la cura del prolasso del retto, della patologia emorroidaria e della stipsi da ostruita defecazione (O.D.S.)

STIPSI

La stipsi è un disturbo assai comune ed una delle cause più frequenti per cui un paziente si reca dal medico. Se ne distinguono due tipi: primitiva o idiopatica e secondaria. La stipsi idiopatica si manifesta in due forme: da inerzia colica e terminale. La stipsi secondaria è dovuta a cause sistemiche (farmaci, anomalie metaboliche, anomalie endocrine) e/o di origine gastrointestinale. La stipsi idiopatica da inerzia colica, caratterizzata dall'allungamento del tempo di transito colico, è tipica di quei pazienti che defecano meno di tre volte alla settimana e non sentono alcun bisogno di andare al bagno. La stipsi idiopatica terminale è tipica di quei pazienti che sentono lo stimolo alla defecazione ma non riescono a defecare se non e/o soltanto con grosse difficoltà per la presenza di un ostacolo all'espulsione del bolo fecale o per l'incapacità di eseguire correttamente l'espulsione. Le alterazioni che più spesso determinano un ostacolo all'espulsione fecale sono il prolasso mucoso del retto e l'intussuscezione rettale fino al prolasso rettale completo, il rettocele (erniazione della parete rettale anteriore verso la vagina) e l'enterocele (erniazione di anse di tenue tra il retto e la vagina). Queste alterazioni formano un vero e proprio "tappo" rendendo difficile l'espulsione fecale determinando sintomi come: evacuazione frazionata in più volte durante la giornata con numerosi tentativi infruttuosi e sforzi prolungati, sensazione di evacuazione incompleta dovuta all'incompleto svuotamento del retto, necessità di utilizzare clismi o di aiutarsi manualmente con senso di peso perineale. Esistono poi delle situazioni in cui più che un ostacolo all'espulsione fecale la causa della stipsi è l'incapacità di espellere il bolo fecale, ossia un'alterazione dell'utilizzo della muscolatura del pavimento pelvico come nella sindrome dell'ipertonìa del muscolo puborettale, nel difetto della capacità di distensione rettale: tali alterazioni non si possono risolvere chirurgicamente. La terapia della stipsi deve essere per quanto possibile etiologica per cui è fondamentale individuarne le cause. Il trattamento medico e/o chirurgico delle forme secondarie è direttamente correlato alla patologia di base responsabile. Nella stipsi idiopatica terminale inizialmente è possibile adottare una terapia medica associata a riabilitazione del pavimento pelvico attraverso il biofeedback e l'elettrostimolazione. Nei casi in cui vi sia un fallimento dei vari trattamenti conservativi si procede al trattamento chirurgico delle patologie responsabili dell'ODS. In quei pazienti con prolasso mucoso del retto, rettocele di II-III° sintomatico, intussuscezione rettale, la resezione del retto prolapsato può rappresentare un trattamento chirurgico razionale ed efficace nell'ODS. Quando si riscontra un enterocele è necessario un altro tipo di approccio chirurgico, per via perineale finalizzato a ridurre l'erniazione delle anse intestinali tra il retto e la vagina e ad obliterare tale spazio che risulta allargato in maniera anomala.

EMORROIDI

Le emorroidi sono formazioni di origine vascolare, di natura più arteriosa che venosa e risiedono nella sottomucosa anale. Sono strutture anatomiche normali del canale anale, presenti fin dalla nascita hanno un ruolo fisiologico e solo in seguito, a causa di vari fattori, si trasformano in malattia emorroidaria. Le emorroidi vengono comunemente distinte in interne, quelle poste nel canale anale al di sopra della linea pettinata (posta a 1,5 cm. dal margine anale) ed esterne quelle poste nella zona sottocutanea del margine anale. Spesso le emorroidi esterne vengono confuse per quelle interne che, essendo voluminose, prolapsano dall'ano; sono abbastanza rare e si presentano come masserelle più o meno congeste, bluastre.

CASA DI CURA ERETENIA

36100 VICENZA – VIALE ERETENIO, 12 – TEL. 0444/994511 – FAX 0444/543644

Responsabile del Servizio di Coloproctologia: Dott. Claudio Missaglia

Le marische, non sono emorroidi esterne, ma delle piccole escrescenze carnose presenti sul margine anale, le quali spesso sono il segno, rimasto, di pregresse tromboflebiti delle emorroidi esterne o della presenza di una ragade anale. Il sintomo più importante della malattia emorroidaria è il sanguinamento (sangue rosso vivo) che compare spesso al termine della defecazione e deve essere distinto dal medico dal sanguinamento di origine più profonda caratteristica di altre patologie del colon. Il prurito anale è spesso presente. Il dolore è sovente assente, quando presente è contemporaneo alla defecazione. Esso non è caratteristico della malattia emorroidaria ma delle complicanze quali la trombosi emorroidaria interna e/o esterna o di altre patologie anali.

In quei pazienti con emorroidi, sindrome da ostruita defecazione (ODS) con prollasso mucoso del retto, rettocele ed enterocele, questo servizio di Coloproctologia esegue i seguenti interventi:

•**Hal Doppler:** prevede l'individuazione dei rami arteriosi che alimentano le emorroidi e la loro successiva legatura con un punto sotto guida doppler. L'intervento può essere eseguito in regime ambulatoriale, in anestesia locale o locoregionale con la possibilità di riprendere da subito una vita regolare, non necessita di medicazioni.

•**emorroidectomia sec. Milligan Morgan:** prevede l'asportazione dei pacchetti emorroidari esterni ed interni con l'uso di bisturi elettrico. Consigliamo questa tecnica a tutti i pazienti che presentano emorroidi di III-IV° con emorroidi esterne importanti.

•**prolassectomia della mucosa del retto con suturatrice meccanica:** tale intervento viene eseguito per la terapia delle emorroidi di II-III grado- prollasso mucoso associato e ODS lieve. L'indicazione finale viene posta all'atto operatorio: si esegue tale resezione se il prollasso mucoso impronta il Port ma non arriva a metà del Port stesso alla valutazione in anestesia spinale. Si esegue asportando una circonferenza di mucosa rettale interna ridondante al di sopra dei plessi emorroidari senza asportare le emorroidi, mediante l'utilizzo di una suturatrice meccanica circolare che taglia una minima parte di mucosa rettale e contemporaneamente sutura mediante piccoli punti in titanio. Tali punti verranno espulsi nei mesi successivi all'intervento con la defecazione. Il vantaggio di questa tecnica è il minimo dolore ed un recupero post-operatorio rapido.

•**resezione regolata del retto per via transanale S.T.A.R.R. con singola o doppia suturatrice meccanica:** consiste nella resezione del retto distale per via transanale impiegando l'uso di una o due suturatrici meccaniche circolari che asportano una porzione di retto distale a tutto spessore e contemporaneamente suturano mediante piccoli punti in titanio. Tali punti verranno in parte o completamente espulsi nei mesi successivi all'intervento con la defecazione. Tale metodica consiste in una resezione regolabile a seconda della quantità di tessuto prollassato e della gravità dei sintomi da ostruita defecazione e ha il vantaggio di limitare molto il dolore post-operatorio permettendo un rapido recupero. L'indicazione finale viene posta all'atto operatorio alla visita in anestesia spinale, si esegue la resezione mediante un'unica suturatrice se il prollasso intrarettale raggiunge e/o supera la metà del Port, si esegue la resezione con doppia suturatrice se il prollasso supera il margine esterno del Port.

•**Resezione regolata del retto per via transanale con suturatrice CCS30 Contour transtar:** consiste nella resezione del retto distale per via transanale impiegando una suturatrice meccanica contour transtar CCS30. Tale suturatrice esegue una resezione della parte terminale del retto a tutto spessore potendo così eliminare una quantità ancora maggiore di prollasso rispetto alla STARR. La suturatrice taglia il tessuto e sutura mediante punti in titanio che verranno espulsi in parte o completamente con la defecazione nei mesi successivi all'intervento. Il dolore post-operatorio è molto limitato ed il recupero rapido.

•**rettopessi sec. DELORME** si esegue per la terapia del prollasso rettale completo. Consiste in una mucosectomia del retto prollassato con plicatura della tonaca muscolare che riporta il retto nella sua naturale posizione. Si esegue tutto per via transanale.

•**Plicatura del Douglas** si esegue quando si riscontra un enterocele sintomatico, l'approccio è laparotomico o mediante Pfannestiel o mediante laparotomia mediana sotto-ombelicale e consiste nella

CASA DI CURA ERETENIA

36100 VICENZA – VIALE ERETENIO, 12 – TEL. 0444/994511 – FAX 0444/543644

Responsabile del Servizio di Coloproctologia: Dott. Claudio Missaglia

riduzione delle anse intestinali nella loro corretta posizione e nell'obliterazione del cavo del Douglas, mediante plicatura del peritoneo stesso.

Sono stato informato come, allo stato attuale, ci siano diversi approcci chirurgici con particolari indicazioni per la cura del prolasso del retto e della patologia emorroidaria alterazioni che determinano la stipsi da ostruita defecazione (O.D.S.)

L'intervento chirurgico previsto mi è stato illustrato chiaramente dal sanitario specialista. Comunque *la scelta sul tipo di tecnica curativa potrà essere definitivamente effettuata solo in sala operatoria* in tale sede infatti la situazione clinica, rilevata in fase di rilasciamento come effetto delle tecniche anestesilogiche può, in alcuni casi, mostrarsi sensibilmente diversa e consigliare un altro tipo di intervento rispetto a quello programmato. Ho appreso inoltre che l'anestesia, nella maggior parte dei casi, è di tipo locale o loco-regionale (spinale) associata o meno a sedazione.

COMPLICANZE

Gli interventi comportano una serie di possibili complicanze, alcune intraoperatorie altre immediate subito dopo l'intervento ed altre tardive a distanza di mesi.

Tra le intraoperatorie, in rarissimi casi, vi possono essere lesioni dell'apparato sfinterico anale, lesioni del setto retto-vaginale nella donna e perforazione del retto.

Tra le post-operatorie immediate: il sanguinamento, il dolore, la suppurazione anale, la ritenzione urinaria e febbre. Sono informato che il sanguinamento postoperatorio risulta normale e di lieve quantità per un periodo variabile ed entro 20-30 giorni, dopo l'intervento chirurgico e presente principalmente al momento della defecazione. Nel caso che invece si manifesti in modo abbondante nell'immediato periodo postoperatorio è prevista una possibile revisione chirurgica in sala operatoria con una ulteriore anestesia. Per il dolore, nei casi non controllati dal tipo di anestesia praticata, si ottiene un buon controllo con terapia analgesica mediante somministrazioni endovenose protratte nelle ore successive .

Sono informato che l'entità del dolore molto spesso varia per lo stesso tipo d'intervento da soggetto a soggetto in rapporto alla diversa soglia dolorifica dipendente dai ratti psicologici tali da consigliare, a volte oltre all'uso di analgici, farmaci sedativi ansiolitici che potranno essere somministrati. La suppurazione si può verificare nella sede delle cicatrici chirurgiche in conseguenza dell'impianto dei germi presenti nelle feci, di solito si risolve con le adeguate medicazioni ambulatoriali ed una corretta toilette a domicilio con soluzioni antisettiche. Certe tecniche possono comportare una secrezione in sede delle ferite chirurgiche che causano dermatite reattiva perianale con prurito, bruciore e fastidio che normalmente regrediscono alla guarigione delle ferite chirurgiche. In seguito a particolari tecniche anestesilogiche e/o al dolore postoperatorio si può manifestare una ritenzione d'urina acuta, questa è prevalente nei soggetti adulti non più giovani, e può prevedere la necessità di svuotare mediante cateterizzazione la vescica per alcune ore e talvolta giorni. Tra le complicanze tardive è segnalata la stenosi cicatriziale dell'orifizio anale, determinante una difficoltà all'espulsione delle feci, la quale si verifica in una percentuale assai rara di casi e avviene spesso solo quando il paziente per sua volontà non effettua i controlli specialistici consigliati e la terapia postoperatoria con dilatatori anali, inoltre altra complicanza è una ferita a lenta guarigione. In letteratura sono stati inoltre segnalati alcuni casi di incontinenza fecale ai gas o più raramente alle feci, più frequentemente in soggetti per lo più anziani, che però prima dell'intervento avevano già difficoltà a trattenere le feci e che quindi erano predisposti ad un peggioramento dopo l'intervento. Molto spesso l'incontinenza prevalentemente ai gas è transitoria nel postoperatorio e dopo 1-2 mesi la continenza torna completa.

Le tecniche che si avvalgono delle suturatici meccaniche possono determinare **urgenza defecatoria**(fastidiosa sensazione di dover evacuare più volte al giorno e di dover correre al bagno, che di solito tende progressivamente a scomparire nei mesi post-operatori), **l'incontinenza ai gas e/o alle feci liquide** (anch'essa momentanea ma che può, in taluni casi, persistere anche oltre un mese), il **dolore** (peraltro solitamente modesto o quasi assente che può richiedere l'uso limitato di analgesici per qualche giorno), **la ritenzione di punti metallici** nella sutura endoretale (che può portare alla formazione di granulomi

CASA DI CURA ERETENIA

36100 VICENZA – VIALE ERETENIO, 12 – TEL. 0444/994511 – FAX 0444/543644

Responsabile del Servizio di Coloproctologia: Dott. Claudio Missaglia

da corpo estraneo che potranno essere eliminati anche ambulatorialmente nei mesi successivi), **una fistola rettovaginale**, una **deiscenza dell'anastomosi** (che deve essere trattata chirurgicamente in un secondo tempo) **o una perforazione intestinale**.

La complicanza più frequente è **l'emorragia** dalla sutura endorettale che può avvenire sia in prima giornata postoperatoria ma anche a distanza (in letteratura sono descritte emorragie tardive anche a distanza di una o due settimane dall'intervento).

Sono pienamente consapevole che, qualora si verificasse tale complicanza, si può rendere necessaria la revisione della sutura endorettale in sala operatoria e che questo può comportare una seconda anestesia spinale. Può capitare, anche se raramente, di dover ricorrere a trasfusioni di sangue. Sono a conoscenza del fatto che il risultato finale di questo intervento, prevede la presenza di una cicatrice endorettale che dovrà essere controllata ambulatorialmente per un numero di volte a giudizio del medico. La presenza di tale cicatrice non permette rapporti sessuali anali per almeno due mesi.

Anche dopo un corretto intervento chirurgico, le emorroidi a distanza di 5-10 anni possono avere un tasso di recidiva tra il 5 e il 40%.

Io sottoscritto/a
dovendo essere sottoposto ad intervento di :

- Emorroidectomia sec. Milligan Morgan*
- Prolassectomia ed emorroidopessia con suturatrice meccanica*
- Resezione regolata del retto per via transanale S.T.A.R.R. con singola o doppia suturatrice meccanica.*
- Resezione regolata del retto per via transanale con Contour Transtar*
- Rettopessi sec. Delorme*
- Plicatura del Douglas*

Prendo atto e sottoscrivo il consenso all'intervento chirurgico per la cura del prolasso del retto, della patologia emorroidaria e della stipsi da ostruita defecazione ODS, consapevole di aver compreso chiaramente tutti i punti sovraesposti. Si solleva inoltre questa struttura e l'equipe operatoria di qualsivoglia responsabilità civile e penale riguardo alle eventuali conseguenze derivanti dall'atto decisionale di accettazione di quanto sopra esposto, atto da me deliberatamente preso. (Proposto dalla Federazione Italiana di Coloproctologia.)

Data : _____

Il Paziente o Tutore _____

Il Medico _____