



PROLASSO RETTALE

M C 12/13 C
Rev 1

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO

Io sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____ dichiaro di essere stata/o informata/o sia nel corso della prima visita che durante il ricovero, in modo a me chiaro e comprensibile dal Dr/Prof. _____ che, per la patologia riscontratami:

- **PROLASSO RETTALE CON/SENZA RETTOCELE**
- **OSTRUITA DEFECAZIONE**
- **PROLASSO MUCO-EMORROIDARIO**

è indicato il trattamento chirurgico. Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che il Prolasso Rettale consiste nella fuoriuscita di una parte del retto attraverso l'orifizio anale (PROLASSO RETTALE COMPLETO) o nell'abbassamento di una porzione del retto nel suo stesso lume (PROLASSO RETTALE INTERNO OD INTUSSUSCEZIONE RETTALE).

Sono stata/o chiaramente informata/o che, non esistendo, in letteratura, unanime consenso sulla tecnica di trattamento chirurgico a causa dei molteplici fattori implicati nella genesi del prolasso rettale esistono diverse opzioni chirurgiche.

Dopo la valutazione clinico strumentale a cui è stato/a sottoposto/a e la nostra personale esperienza, riteniamo indicato proporre l'intervento di:

- RETTOPESSI CON RESEZIONE COLICA:** consiste nell'isolamento e sospensione del retto all'osso sacro a cui si associa la resezione di un segmento di colon ridondante. Può essere eseguita anche per via laparoscopica.
- INTERVENTO DI RESEZIONE DI RETTO PER VIA TRANSANALE:** consiste nella resezione a tutto spessore del retto prolassato e la successiva ricongiunzione rettale (ANASTOMOSI) attraverso la via transanale.
- INTERVENTO PROLASSECTOMIA PER VIA PERINEALE:** consiste nella resezione della sola mucosa del retto prolassato associata a plastica della parete muscolare del retto e successiva ricongiunzione (ANASTOMOSI) mucosa.
- ANOPROCTOPESSIA MECCANICA:** consiste nella resezione e sutura della mucosa rettale con suturatrice meccanica circolare. Viene eseguita in regime di ricovero. Dopo l'anestesia locale si dilata il canale anale e uno speculum viene introdotto fino alla porzione inferiore del retto. La mucosa rettale, al di sopra dei noduli emorroidali, viene accorciata mediante una sutura detta "a borsa di tabacco", formando un manicotto di tessuto. Lo stapler viene quindi introdotto nel canale anale, si asporta il manicotto precedentemente preparato e la mucosa viene suturata con una serie di punti metallici.



Attraverso l'accorciamento della mucosa si provvede a riportare eventuali noduli emorroidali che si erano portate all'altezza dell'ano, all'estremità inferiore del retto, sede naturale dei vasi del plesso emorroidario e a ridurre il prolasso mucoso.

Un vantaggio importante della tecnica descritta è lo spostamento della sede dell'intervento della regione anale, molto sensibile al dolore, al retto, praticamente sprovvisto di sensibilità dolorifica.

L'eliminazione del manicotto di mucosa, inoltre, riduce l'afflusso di sangue alla mucosa intestinale e, di conseguenza, ai noduli emorroidali.

I punti metallici applicati con lo stapler cadono da soli dopo alcune settimane e vengono eliminati con la defecazione.

Quali complicanze possono insorgere?

Da alcune ore fino ad alcuni giorni dopo l'intervento possono manifestarsi senso di pressione nella regione anale, bisogno urgente di defecare e/o dolore intenso e bruciore.

Un eventuale gonfiore della regione anale, scompare in genere da solo.

Lesioni dello sfintere anale e rottura della parete del retto con lo stapler sono evenienze molto rare. Questa eventualità renderà necessario un intervento chirurgico per la loro riparazione. Piccole lesioni della cute dell'ano, che possono sanguinare e provocare bruciore o prurito, guariscono in genere da sole.

E' possibile che una temporanea difficoltà ad urinare richieda l'inserimento di un catetere vescicale.

Occasionalmente possono comparire modesti sanguinamenti dalla sutura con punti metallici.

Forti emorragie che richiedono un intervento chirurgico o una trasfusione di sangue sono rare; possono tuttavia manifestarsi anche dopo due o tre settimane dall'intervento.

Raramente dei coaguli localizzati sotto la cute del canale anale o esternamente all'ano, possono essere all'origine di una cosiddetta "trombosi perianale" e possono essere eliminati mediante l'impiego di farmaci o con un piccolo intervento chirurgico.

Infezioni in corrispondenza della sutura con punti metallici vengono trattate con successo con una terapia antibiotica. Molto raramente tuttavia si verificano infezioni gravi del retto o del bacino che richiedono un trattamento chirurgico.

Relativamente frequente è la cosiddetta "incontinenza da stress" che si manifesta come la necessità affannosa di cercare un WC, pensando di non essere in grado di trattenere le feci, quando si avverte lo stimolo. Questo disturbo, che non ha niente a che vedere con la funzione dello sfintere anale guarisce da solo in un periodo variabile da alcune settimane ad alcuni mesi.

Lo spostamento della mucosa accorcia il retto al di sopra del canale anale e ne riduce la capacità. Lo stimolo della defecazione può, in singoli casi, essere più frequente e più fastidioso.

Successo dell'intervento

L'operazione eseguita con lo stapler circolare risolve generalmente subito i disturbi del paziente, compreso l'eventuale prolasso delle emorroidi ed il sanguinamento. Raramente può residuare, alcune settimane dopo l'intervento, un restringimento del retto in corrispondenza della sutura con punti metallici che può provocare senso di pressione e frequente stimolo alla defecazione. Una manovra di dilatazione o un intervento chirurgico possono essere necessari per risolvere il problema.

Solo raramente, dopo alcuni mesi si può manifestare nuovamente un prolasso delle emorroidi e della mucosa del retto o del canale anale; in questi casi può rendersi necessario un nuovo intervento chirurgico.

- **RETTOCELE:** Il Rettocele è una erniazione della parete anteriore del retto in vagina, causata da un indebolimento del setto retto-vaginale, di tipo congenito (raro) od acquisito. Mi è stato detto che le tecniche chirurgiche praticate sono molteplici e tutte prevedono un rinforzo della parete mediante plastica, condotta per via vaginale, rettale (transanale) o perineale o, nei casi associati a patologia del pavimento pelvico, per via addominale (**laparotomia** o **videolaparoscopica**), con eventuale uso di materiale protesico. Sono stata chiaramente informata che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento



previsto consisterà nella **PLASTICA DEL SETTO RETTO-VAGINALE** (per via transanale vaginale addominale).

- EMORROIDECTOMIA:** consiste nell'asportazione radicale dei gavoccioli emorroidali con tecnica non sempre preventivabile prima dell'anestesia. Infatti la scelta della tecnica più idonea da impiegare viene effettuata talvolta solo in sala operatoria ove, in conseguenza del rilasciamento indotto dall'anestesia, si può efficacemente valutare la reale entità del problema e quindi applicare la tecnica chirurgica più appropriata al caso specifico.

Dopo l'anestesia si procede all'asportazione del nodulo emorroidario (che viene tolto assieme ad una porzione di mucosa e di cute confinante) dopo aver legato il vaso che rifornisce di sangue il nodulo stesso. La mucosa e i vasi del plesso emorroidario tra i noduli vengono risparmiati con grande cura.

In alcuni casi i noduli possono essere asportati conservando la mucosa soprastante (emorroidectomia sottomucosa).

La ferita chirurgica può essere lasciata aperta o suturata. La decisione finale sulla procedura da adottare viene spesso presa durante l'intervento. In alcuni rari casi può rendersi necessario, attraverso una trasposizione chirurgica della mucosa, ripristinare il rivestimento interno del retto e, di conseguenza, la funzione di chiusura dell'ano.

Soprattutto in caso di emorroidi molto pronunciate può essere vantaggioso asportare con una prima operazione i noduli più grandi e, dopo la completa guarigione della ferita (p.es. dopo sei mesi), operare i rimanenti noduli che necessitano di asportazione chirurgica.

Quali complicanze ed effetti collaterali possono insorgere?

Da alcune ore fino ad alcuni giorni dopo l'intervento possono manifestarsi senso di pressione nella regione anale, bisogno urgente di defecare e/o dolore intenso e bruciore. Un eventuale gonfiore della regione anale scompare in genere da solo.

Piccole lesioni della mucosa anale possono talvolta sanguinare e provocare bruciore o prurito, ma guariscono in genere da sole. Forti emorragie che richiedono un intervento chirurgico o una trasfusione di sangue sono rare; possono tuttavia manifestarsi anche dopo due o tre settimane dall'intervento. Lesioni della cute o di altri tessuti dovute all'azione della corrente elettrica (elettrocoagulatore), al calore o ai disinfettanti, guariscono generalmente da sole.

Nonostante tutte le cautele adottate, sono possibili lesioni dello sfintere anale o della parete del retto provocate dagli strumenti chirurgici che possono provocare una temporanea debolezza della muscolatura dello sfintere stesso con conseguenti difficoltà nel controllo della defecazione e frequente sensazione del bisogno di defecare, così come gravi infezioni del bacino che possono rendere necessario un nuovo intervento chirurgico.

E' possibile che una temporanea difficoltà ad urinare richieda l'inserimento di un catetere vescicale.

In alcuni casi, all'interno dei noduli che sono stati asportati, si possono sviluppare delle trombosi assai dolorose e i cui sintomi possono essere alleviati con un'opportuna terapia medica.

Infezioni con il rischio dello sviluppo di fistole o di ulcerazioni (ragadi anali) possono richiedere un trattamento medico e più raramente un intervento chirurgico.

Un restringimento dell'ano (stenosi) può portare all'emissione di feci sottili e all'insorgenza di dolore durante la defecazione. In questo caso possono rendersi necessarie delle dilatazioni strumentali, anche per molto tempo.

Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito è perciò sempre possibile per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente.

Gli interventi per via addominale richiedono nel caso della laparotomia una incisione addominale di lunghezza variabile, e sono eseguiti solitamente in **anestesia generale**, quelli per via perineale possono essere condotti in



anestesia **loco-regionale** (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) o **locale** mediante una infiltrazione di anestetico perianale.

Dell'intervento propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e la possibilità di recidiva (ad esempio che alcuni gavoccioli emorroidali si riformino a distanza variabile di tempo dall'intervento), in relazione agli altri tipi di intervento.

Sono stata informata/o che la modalità di ricovero potrà variare e prolungarsi per 2-3 giorni in ragione del grado di prolasso, del tipo di anestesia praticata, delle possibili complicanze e che la sintomatologia dolorosa viene in genere controllata con l'assunzione dei comuni antidolorifici.

Sono stata/o informata/o in maniera esauriente che il trattamento chirurgico non corregge nella maggior parte dei casi la stipsi che spesso accompagna questa patologia e che talora essa può addirittura accentuarsi.

Sono stata informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze intra- o post-operatorie fra le quali le più significative sono:

- **emorragia** intraoperatoria da **lacerazione della milza**, che richiede la sua asportazione ed un successivo trattamento medico (vaccinazione antipneumococcica e talora prolungato trattamento con inibitori dell'aggregazione piastrinica per ridurre il rischio di trombosì).
- **lesione di organi addominali e perforazione del retto;**
- **occlusione intestinale;**
- **emorragia intestinale;**
- **deiscenza dell'anastomosi**, in caso di resezione del sigma, con possibile **peritonite;**
- **fistola retto-vaginale;**
- **ritenzione urinaria**, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale;
- **suppurazione** delle ferite chirurgiche;
- **infezioni cutanee, urinarie e polmonari;**
- **trombosi venosa ed embolia polmonare;**
- **infarto del miocardio** in individui affetti da vasculopatie;
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologia.

Il trattamento di queste complicanze può allungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche anche il **reintervento chirurgico**. Per trattare una fistola retto-vaginale o una deiscenza anastomotica può rendersi necessario il confezionamento di una **colostomia temporanea**.

Le complicanze tardive possibili sono:

- **la stipsi o peggioramento della stipsi preesistente;**
- **il laparocèle** che può richiedere un intervento riparativo della parete addominale;
- **difficoltà a trattenere gas o feci liquide** (di solito di breve durata);
- **la recidiva del prolasso** a distanza variabile di tempo;

La posizione sul tavolo operatorio può dare luogo a danni da compressione a nervi o parti molli con possibile insorgenza di disturbi della sensibilità e, raramente, di paralisi delle gambe che tuttavia, nella maggior parte dei casi, si risolvono da sé.

Come in ogni intervento chirurgico, si possono formare dei coaguli nei grandi vasi venosi (trombosi) che staccandosi dalla parete vascolare possono andare ad ostruire un vaso sanguigno (embolia). Come misura preventiva si procede



fra l'altro alla somministrazione di anticoagulanti (p.es. un'iniezione di eparina) che può causare però tendenza al sanguinamento e un disturbo molto grave della coagulazione.

In caso di allergie o di ipersensibilità (p. es. a farmaci, disinfettanti, lattice), possono manifestarsi effetti di solito transitori come: gonfiori, prurito, starnuti, eruzioni cutanee, capogiri come vomito ed altre lievi reazioni. Complicanze molto serie che possono compromettere le funzioni vitali (cuore, circolazione, respirazione, reni) e danni permanenti (p.es. a carico del sistema nervoso o dei reni, paralisi) sono molto rari.

Anche misure di preparazione concomitanti o successive non sono del tutto prive di rischi. Infezioni o iniezioni p.es. possono causare, alle volte, danni locali a tessuti (ascessi da puntura, necrosi, irritazioni/infiammazioni ai nervi e/o alle vene).

Nella trasfusione di sangue di donatori o di parti di esso (componenti ematiche, derivati del plasma) non si può escludere in assoluto la trasmissione di un'infezione, p.es. molto raramente con i virus dell'epatite e, in casi estremamente rari, con il virus dell'HIV (AIDS).

Tuttavia si fa di tutto per limitare al minimo il possibile rischio residuo. Allo stato attuale non è chiaro se la BSE (morbo della mucca pazza) o la nuova variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob, possa essere trasmessa attraverso i prodotti ematici.

Prima dell'intervento

Il chirurgo decide se e quando farmaci anticoagulanti (p.es. Coumadin, Sintrom, Aspirina, Tiklid, Plavix), sotto controllo del medico curante, devono essere sospesi o sostituiti con un altro farmaco.

Il retto viene pulito generalmente per mezzo di un clistere. La preghiamo di osservarne scrupolosamente le istruzioni.

Dopo l'intervento

Se l'intervento è stato eseguito ambulatoriamente o in day surgery, è necessario che Lei venga a prendere una persona adulta, dato che la sua capacità di reazione può essere pregiudicata dagli anestetici e/o dagli antidolorifici. Le comunicheremo quando potrà riprendere a guidare un veicolo, affrontare da solo il traffico o manovrare dei macchinari in movimento. In questo periodo consigliamo anche di non bere alcolici e di non prendere decisioni importanti.

Informi immediatamente il medico in caso di temperature elevate (sopra i 38,5°C), dolori o arrossamenti alle ferite. Ciò vale anche se dovesse avvertire dolori addominali con disturbi della defecazione (stitichezza, diarrea), anche se questi disturbi sopraggiungono solo alcuni giorni dopo l'intervento.

Se sono presenti ferite esterne, è opportuno che fino alla loro completa guarigione, dopo la defecazione e comunque almeno 2-3 volte al giorno, Lei faccia un bidet. Inizialmente può essere indicato assumere un leggero lassativo, che non dovrebbe essere tuttavia preso per periodi prolungati.

Faccia attenzione all'igiene della regione anale (si lavi con acqua dopo ogni defecazione) e assuma una dieta ricca di fibre per mantenere morbide le feci. Eviti di effettuare sforzi durante la defecazione. Assuma eventuali pomate e medicinali che le sono stati prescritti.



Ciò premesso, **Dichiaro** di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce. **Dichiaro** altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non aver bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente

Acconsento **Non Acconsento** a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

Autorizzo **Non Autorizzo** i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.

Autorizzo **Non Autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

Acconsento **Non Acconsento** a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy:

SITO INTERVENTO

LATO INTERVENTO

--	--

Data

Paziente/tutore/procuratore/persona
con patria potestà *

Medico

* Se firma un solo genitore dichiara anche, con l'apposizione della firma, che è l'unica persona a possedere la patria potestà o che agisce di comune accordo con l'altro genitore.



CONSENSO INFORMATO
UN DOVERE VERSO IL PAZIENTE
UNA RESPONSABILITÀ CHE CI ASSUMIAMO VOLENTIERI