



INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PROLASSO RETTALE

MC 12/13 C

Rev: 5

Pag 1/7

08/2024

Gentile Signore/a,

ogni atto medico richiede l'assenso dell'interessato/a dopo adeguata informazione.

Affinché possa decidere in maniera autonoma, libera, consapevole, La invitiamo a leggere attentamente questo documento.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato.

Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

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

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).

Nella donna può essere presente un **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. Le tecniche chirurgiche praticate sono molteplici e tutte prevedono un rinforzo della parete mediante plastica, condotta per via vaginale, rettale (trans-ale) o perineale o, nei casi associati a patologia del pavimento pelvico, per via addominale (**laparotomica** 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 trans anale vaginale addominale).

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 prollasso rettale esistono diverse opzioni chirurgiche.

Dopo la valutazione clinico strumentale a cui è stato/a sottoposto/a e la nostra personale esperienza, riteniamo indicato proporle 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 prollassato e la successiva ricongiunzione rettale (ANASTOMOSI) attraverso la via trans anale.
- INTERVENTO PROLASSECTOMIA PER VIA PERINEALE**: consiste nella resezione della sola mucosa del retto prollassato 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



INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PROLASSO RETTALE

MC 12/13 C

Rev: 5

Pag 2/7

08/2024

introdotta 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 portati all'altezza dell'ano, all'estremità inferiore del retto, sede naturale dei vasi del plesso emorroidario e a ridurre il prollasso mucoso.

Un vantaggio importante della tecnica descritta è lo spostamento della sede dell'intervento dalla 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.

In alcuni casi, come ad esempio in presenza di un enterocele, è indicato eseguire gli interventi con assistenza video laparoscopica.

- 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.

L'operazione eseguita con lo stapler circolare risolve generalmente subito i disturbi del paziente, compreso l'eventuale prollasso 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 prollasso delle emorroidi e della mucosa del retto o del canale anale; in questi casi può rendersi necessario un nuovo intervento chirurgico.

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 prollasso, 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
- **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 vescicole;
- **suppurazione** delle ferite chirurgiche; I
- **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 (coenza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, 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



INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PROLASSO RETTALE

MC 12/13 C

Rev: 5

Pag 4/7

08/2024

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 **laparocoele** che può richiedere un intervento riparativo della parete addominale;
- **difficoltà a trattenere gas o feci liquide** (di solito di breve durata);
- la **recidiva del prollasso** 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/inflammazioni ai nervi e/o alle vene).

Il chirurgo mi ha, altresì, sufficientemente informato/a sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che essa può essere aumentata da eventuali malattie/e associate/e.

Sono stato/a altresì informato/a che l'intervento verrà eseguito in anestesia generale e che in ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale. Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico, con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico.

Sono stata/o informato che, qualora dovesse rendersi necessario durante il ricovero, a giudizio dei sanitari, il mio trasferimento in Unità Operativa specialistica non presente in Casa di Cura Montanari, lo stesso avverrà presso la struttura idonea più vicina, disponibile al ricovero.

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.



INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PROLASSO RETTALE

MC 12/13 C

Rev: 5

Pag 5/7

08/2024

Dopo l'intervento

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.

È essenziale che non sussistano dubbi su qualsiasi aspetto del trattamento prospettato, per cui La invitiamo a chiedere liberamente e serenamente, tutto quello che ritenga importante o non ancora sufficientemente compreso.

Informativa consegnata in data _____

Firma del professionista _____

Firma del Paziente _____



INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PROLASSO RETTALE

MC 12/13 C

Rev: 5

Pag 6/7

08/2024

Io sottoscritto/a _____

Spazio per l'etichetta

- paziente
- genitore esercente la potestà genitoriale
di
- tutore
- amministratore di sostegno di

DICHIARO

➤ di essere stato/a esaustivamente informato/a in modo chiaro e comprensibile, mediante colloquio e modulo informativo

- che sono/che_è affetto/a da PROLASSO RETTALE

che per il trattamento di tale patologia è indicato l'intervento chirurgico di

-
- del tipo e delle caratteristiche dell'intervento chirurgico proposto;
 - delle indicazioni, controindicazioni, possibili benefici ed insuccessi dell'intervento chirurgico proposto;
 - degli eventuali rischi generici e specifici e delle possibili complicanze dell'intervento chirurgico proposto;
 - del fatto che la tecnica chirurgica concordata potrà essere modificata dall'operatore nel corso dell'intervento qualora egli lo ritenesse necessario e/o opportuno;
 - del decorso post-operatorio e dei tempi di degenza medi;
 - dei controlli da effettuare e delle misure igieniche e prescrizioni da seguire a domicilio;
 - delle possibili alternative terapeutiche all'intervento chirurgico proposto e dei relativi rischi e complicanze;
 - delle motivazioni che rendono più indicato l'intervento chirurgico proposto rispetto alle alternative terapeutiche;

- di aver avuto la possibilità di fare domande sulle informazioni ricevute e di aver ricevuto esaurienti risposte;
- di essere stato informato della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento chirurgico proposto;
- di essere stato informato dei rischi in caso di ritardo o rifiuto del trattamento proposto;
- di essere stato informato del fatto che in caso di rifiuto verrò ugualmente curato/a ed assistito/a;
- di aver compreso quanto mi è stato spiegato



INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PROLASSO RETTALE

MC 12/13 C

Rev: 5

Pag 7/7

08/2024

Tutto ciò premesso, in piena coscienza e libertà

. **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 delle leggi in vigore sulla privacy.

Data

Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria potestà

Data

Firma del medico dell'equipe chirurgica che acquisisce il consenso

POSSIBILITA' DI DISSENSO SUCCESSIVO AL CONSENSO DATO

In ogni caso ed in ogni momento lei può rinunciare al piano terapeutico al quale questo documento fa riferimento.

Le sarà sufficiente, anche dopo il suo ingresso in struttura, firmare il suo dissenso qui a seguito riportato, per ottenere la sospensione del piano di cura a cui si riferisce.

Io sottoscritto/a

Dichiaro il mio dissenso alla prosecuzione del piano terapeutico al quale questo documento fa riferimento

Data

Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria potestà

Data

Firma del medico dell'equipe chirurgica che acquisisce il dissenso