

CONSENSO INFORMATO
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
PROLASSO EMORROIDARIO

OGGI IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA PATOLOGIA EMORROIDARIA SI AVVALE DELL'UTILIZZO DI PIU' POSSIBILITA' CHIRURGICHE CHE FANNO PARTE DEL BAGAGLIO CULTURALE E TECNICO CHE UN BUON CHIRURGO AGGIORNATO DEVE POSSEDERE E SAPERE UTILIZZARE: NON ESISTE SOLAMENTE UNA TECNICA MA LA TECNICA MIGLIORE PER "QUEL PAZIENTE" E PER "QUELLE EMORROIDI" !

La zona ano-rettale è costituita da una complessa struttura nella quale vengono coordinate le funzioni di diversi tessuti di differente natura istologica ed embriologica. Tale zona è riccamente innervata sia da fibre sensitive che somatiche nonché la presenza di una ricca irrorazione sanguigna, consente a questi tessuti una importante funzione fisiologica, che è quella di regolare la continenza. L'attività congiunta della muscolatura dello sfintere e delle emorroidi permette di regolare al meglio la continenza. I tre cuscinetti emorroidali sono costituiti da una fitta rete di vasi anastomizzati che possono velocemente riempirsi e svuotarsi di sangue, aumentando o diminuendo rapidamente di volume. La rapida variazione di volume e di tensione delle emorroidi permette una sinergica attività contenitiva nei confronti del contenuto del retto.

Il tono e l'attività della muscolatura dello sfintere anale condiziona l'attività dei cuscinetti emorroidari, sia attraverso una diretta compressione meccanica esercitata su questi, sia mediante la modulazione del flusso ematico all'interno delle emorroidi. In questo modo i cuscinetti emorroidari perfezionano l'attività contenitiva del tratto finale del retto. La continenza è perciò regolata dall'attività sinergica dello sfintere e delle emorroidi che fungono da guaina per lo sfintere, sigillando l'apertura dell'ano. È per tale motivo che l'ano riesce a trattenere in maniera efficace non solo materiale solido, ma anche liquidi e gas. Risulta perciò chiaro come il rispetto e la conservazione di tutte le strutture dell'ano risulti fondamentale per non compromettere la funzionalità della continenza.

A causa del prollasso della mucosa del retto, le emorroidi scivolano verso il basso e, non trovandosi più nella localizzazione anatomica fisiologica, possono diventare dolenti e sanguinanti. Spesso in passato, ma ancora molto diffuso oggi, è, in caso di presenza di emorroidi dolenti, l'asportazione del tessuto emorroidario, definita emorroidectomia di Milligan Morgan. Tale intervento, lesionando l'anatomia del retto, compromette la sua continenza, oltre che a rappresentare un intervento cruento e molto doloroso: ancora oggi è utilizzato da chirurghi non completamente aggiornati e non in possesso di tecniche moderne. Anche la emorroidectomia Laser o l'uso di bisturi ad ultrasuoni (Ligasure) non sono altro che una emorroidectomia di Milligan Morgan solo che vengono utilizzati strumenti un poco più moderni e al posto delle vecchie forbici, ma il concetto ed il risultato finale, dolore compreso risulta essere la stessa cosa immutata.

Tecniche ambulatoriali (Parachirurgiche): hanno lo scopo di decongestionare le emorroidi attraverso differenti modalità: Legatura elastica, Scleroterapia, Crioterapia.

Tutte queste tecniche non vengono considerate adeguate per la cura delle emorroidi dalle linee guida scritte dalle società colon proctologiche scientifiche nazionali italiane, come la

CONSENSO INFORMATO
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
PROLASSO EMORROIDARIO

Società italiana unitaria di colon proctologia (SIUCP) e la Società italiana di chirurgia coloretale (SICCR).

TECNICHE OGGI PIU' MODERNE ED IN USO:

[] DEARTERIALIZZAZIONE EMORROIDARIA questa pratica chirurgica non comporta l'asportazione di tessuto, ma prevede la legatura con punto di sutura delle arterie rettali superiori in modo da interrompere l'afflusso di sangue alle emorroidi che di conseguenza si riducono e non sanguinano più. In caso di prollasso la mucosa viene poi riposizionata nella sua sede naturale, sempre con punti di sutura. La totale assenza di ferite esterne riduce notevolmente il dolore e i tempi di recupero post-operatori, con una rapida ripresa delle normali attività. Viene utilizzato in caso di emorroidi di II° grado sanguinanti o di singolo prollasso di tessuto, MAI in assenza di prollasso completo totale esterno del retto, dove il tessuto è prollassato è tantissimo.

[] Mucoprolassectomia secondo Longo con Stapler

Comprendendo nel capitolo unificato dei prollassi anche quello dell'anoderma con il relativo pacchetto emorroidari, secondo l'intuizione di Antonio Longo, il trattamento più razionale della patologia emorroidaria non è più la exeresi dei pacchetti emorroidari prollassati, bensì la loro riposizione nella posizione naturale attraverso una rettoanopessia che realizza una sorta di lifting endoanale. Questa è la rettoanopessi, altrimenti definita come prolassectomia sec. Longo, oggi il trattamento sicuramente più richiesto dai pazienti per l'assenza quasi completa di sintomatologia dolorosa nel post operatorio.

Complicanze molto più rare possono essere: dolore postoperatorio prolungato, incontinenza fecale completa, ematoma con o senza suppurazione, fistola retto-vaginale, sepsi pelvica, retroperitoneo, restringimento o chiusura del retto. Eccezionalmente può rendersi necessario un intervento contemporaneo o successivo addominale con eventuale confezione di stomia (ano artificiale).

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 in casi selezionati a discrezione del chirurgo, si procede fra l'altro alla somministrazione di antitrombotici (per es. un'iniezione di eparina) che può causare, però, tendenza al sanguinamento e un disturbo molto grave della coagulazione.

Danni da compressione a nervi e parti molli con conseguenti disturbi della sensibilità che possono verificarsi a causa del posizionamento durante l'intervento, così come danni cutanei o di altri tessuti causati dalla energia utilizzata (bisturi elettrico, ultrasuoni, radiofrequenza), da calore e/o da disinfettanti, di solito, regrediscono da soli. Singoli casi possono richiedere un trattamento prolungato. Non sempre si riesce a ripristinare la completa funzionalità nervosa. Talvolta possono rimanere delle cicatrici permanenti. Nella

CONSENSO INFORMATO

ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI PROLASSO EMORROIDARIO

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, per 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.

Si prega di seguire scrupolosamente queste istruzioni! A meno di prescrizioni differenti da parte del Suo medico curante.

Dopo l'intervento:

Informi immediatamente il medico in caso di temperature elevate (sopra i 38,5 °C), dolori o arrossamenti alle ferite e soprattutto in caso di emorragie rettali cospicue. 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.

Quali complicanze possono insorgere?:

Il DOLORE POST OPERATORIO è comunque abbattuto dell'80/90% rispetto alle tecniche sec Milligan Morgan o di legatura elastica che comportano la asportazione delle emorroidi e quindi ferite anali che devono essere medicate per almeno un mese dopo l'intervento. 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, rientra nella normalità. Un eventuale gonfiore della regione anale scompare in genere da solo. Lesioni dello sfintere anale e rottura della parete del retto provocate dagli strumenti chirurgici o dallo 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. 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 internamente all'ano, possono essere all'origine di una cosiddetta "trombosi emorroidaria", molto dolorosa, e possono essere eliminati mediante l'impiego di farmaci o con un piccolo intervento chirurgico.

Infezioni o non tenuta dei punti di sutura 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. Infezioni con il rischio dello sviluppo di fistole o di ulcerazioni (ragadi anali) possono richiedere un trattamento medico e più raramente un intervento chirurgico (confezionamento di ano preterminale temporaneo.

Riferimenti bibliografici: Società Italiana di Chirurgia, Società Italiana Unitaria di Colonproctologia e Società Italiana di chirurgia colon rettale