

## CHIRURGIA PROCTOLOGICA

Direttore Dr. R.D. Villani

### **ANO ARTIFICIALE (Ano preternaturale, stomia): Creazione, correzione, chiusura**

Si prega di leggere il foglio informativo prima del colloquio con il medico!

Gentile paziente, cari genitori per Lei, Vostro figlio si rende necessario un intervento per:

- creazione di un ano artificiale temporaneo : per non sovraccaricare un segmento dell'intestino malato o operato
- creazione di un ano artificiale permanente: se il tratto terminale dell'intestino (retto-ano) è stato reso inutilizzabile da una malattia o asportato chirurgicamente (p.es. in casi di tumori, colite ulcerosa, morbo di Crohn) .
- riparazione o riconfezionamento di un ano artificiale già esistente :nel caso in cui si siano verificati dei problemi (p.es. rottura, prollasso, restringimento) e/o la sede attuale non sia più utilizzabile
- chiusura di un ano artificiale creato in precedenza: Se e quando ciò sia possibile dipende dal decorso della malattia e dalla possibilità di avere uno sfintere anale funzionante.

#### **L'intervento**

L'intervento per la creazione o per la chiusura di un ano artificiale viene eseguito in anestesia generale, aprendo l'addome o, per via laparoscopica. L'intervento per la riparazione di un ano artificiale può essere eseguito anche, a seconda delle circostanze, in anestesia loco-regionale o con la semplice anestesia locale per infiltrazione.

Abbiamo indicato con una crocetta l'intervento previsto per Lei - Vostro figlio.

- Creazione di un ano artificiale:
  - prima di un intervento sull'intestino
  - durante un intervento sull'intestino

Per semplificare le cure, l'ano artificiale viene confezionato in una zona cui è facile accedere. Discuteremo con Lei la posizione più conveniente e la indicheremo sulla cute dell'addome.

Le feci che fuoriescono dall'ano artificiale vengono raccolte all'esterno (generalmente in un sacchetto che aderisce ermeticamente alla cute).

E' previsto:

- Intervento tradizionale (laparotomia)

In anestesia generale viene praticata un'incisione sulla parete addominale ed il segmento intestinale scelto per la creazione dell'ano viene portato a livello della parete addominale.

- Intervento in laparoscopia

Attraverso una piccola incisione di circa 1-2 cm nella regione ombelicale, tramite un tubo guida a tenuta di gas e che veicola la luce, viene introdotto nell'addome uno strumento ottico (laparoscopio) munito di una mini video-camera. Per permettere una buona visualizzazione, s'immette nella cavità addominale, attraverso il tubo guida, o con un ago speciale, anidride carbonica.

Attraverso delle ulteriori piccole incisioni vengono introdotti altri tubi guida a tenuta di gas necessari per l'inserimento in addome e l'utilizzo di appositi strumenti chirurgici (p.es. pinze, forbici, suturatrici).

Il chirurgo esegue l'intervento visualizzando il campo operatorio su di un monitor.

A seconda del tipo, della sede e dell'estensione della malattia, vengono presi in considerazione diversi tipi di ano artificiale. Sui vantaggi e gli svantaggi delle singole tipologie La informeremo nel corso del colloquio informativo .

E' prevista per Lei - Vostro figlio una:

- Colostomia terminale (ano artificiale con un tratto del colon)

Dopo la sezione del colon il moncone a monte, che porta le feci, viene suturato alla parete addominale (vedi fig.1).

Il moncone a valle, non più utilizzato, viene chiuso a fondo cieco e riposto nella cavità addominale, ancorato alla fascia addominale e/o al moncone funzionante nel sottocute oppure asportato assieme al retto e allo sfintere anale.

- Colostomia a doppio lume (ano artificiale con un tratto del colon)

Il segmento del colon interessato viene aperto e suturato alla parete addominale in modo tale che entrambi i monconi comunichino con l'esterno (vedi fig.2). Dal moncone a monte (proveniente dallo stomaco) fuoriescono le feci, dal moncone inferiore a valle (diretto al retto) fuoriesce talvolta del muco prodotto dalla mucosa colica.

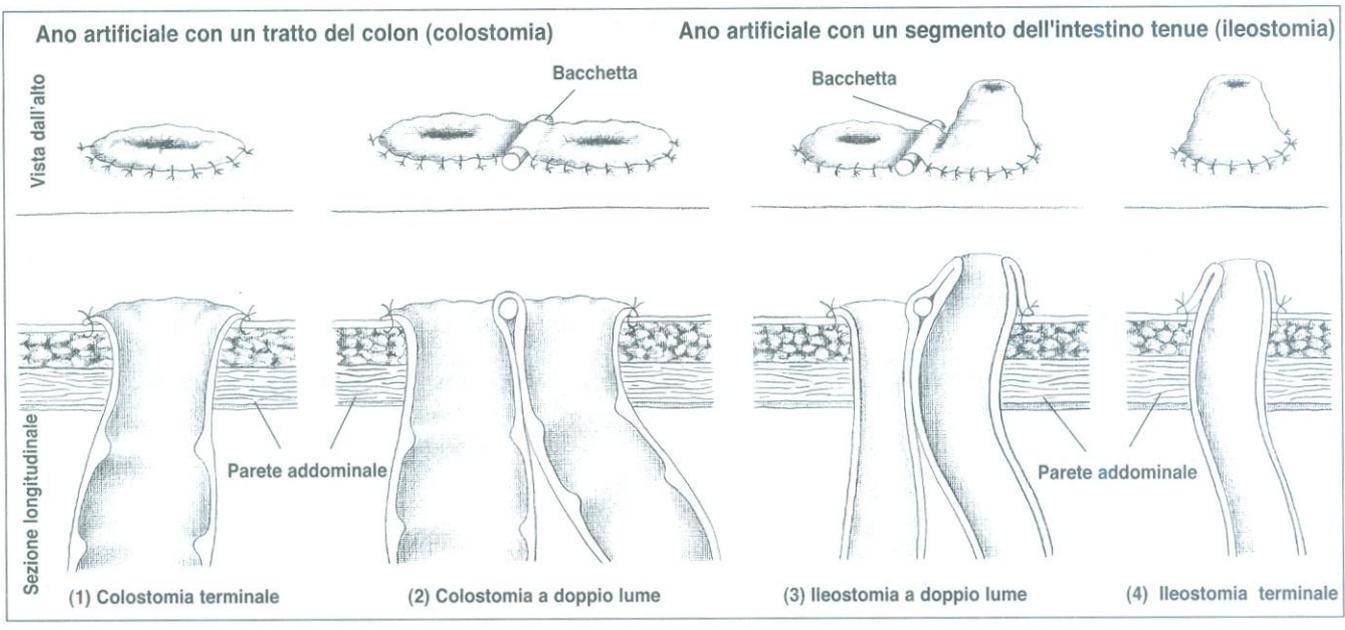
- Ileostomia terminale (ano artificiale con un tratto dell'intestino tenue)

Dopo la sezione dell'intestino tenue il moncone a monte, che porta le feci, viene suturato alla parete addominale (vedi fig. 4). Il moncone a valle, non più utilizzato, viene chiuso a fondo cieco e riposto nella cavità addominale oppure viene asportato assieme al colon, al retto e allo sfintere anale.

- Ileostomia a doppio lume (ano artificiale con un tratto dell'intestino tenue)

L'ansa dell'intestino tenue interessata viene aperta e suturata alla parete addominale in modo tale che entrambi i monconi comunichino con l'esterno. Dal moncone a monte (proveniente dallo stomaco) fuoriescono le feci, dal moncone inferiore a valle (diretto al retto) fuoriesce talvolta del muco prodotto dalla mucosa ileale. Il moncone superiore viene confezionato in modo da sporgere dal piano cutaneo (vedi fig.3).

- Altra procedura : \_\_\_\_\_  
(specificare quale)



#### □ Riparazione o riconfezionamento

In caso di complicazioni stomali, è spesso sufficiente un piccolo intervento eseguito in corrispondenza dello sbocco dell'ano artificiale sulla parete addominale. Altre volte è invece necessario eseguire un intervento che prevede l'apertura della cavità addominale. Sul tipo di intervento previsto La informeremo durante il colloquio informativo.

Se una riparazione non fosse possibile, è necessario confezionare un nuovo ano artificiale in un'altra sede, con modalità simili a quelle del primo intervento.

#### □ Chiusura dell'ano artificiale

Se l'ano artificiale è stato confezionato temporaneamente per proteggere un tratto dell'intestino, dopo 6-12 settimane può essere generalmente chiuso. A tal fine, nel caso di un ano a doppio lume, i due monconi vengono staccati dalla parete addominale e riuniti per mezzo di una sutura. Nel caso di un ano terminale, il moncone intestinale viene staccato dalla parete addominale e unito al moncone inferiore, precedentemente riaperto. Quando possibile, questa operazione viene effettuata utilizzando la breccia della stomia senza dover praticare ulteriori incisioni. Tuttavia, a seconda del tipo di paziente, del tipo di stomia e del decorso della patologia, può rendersi necessaria l'apertura dell'addome attraverso un'ulteriore incisione in diversa sede / di maggiori dimensioni.

#### **Ulteriori provvedimenti chirurgici**

L'ano artificiale non dispone di un proprio sfintere per controllare l'evacuazione come avviene in condizioni normali. In caso di creazione di un ano artificiale definitivo, per evitare o almeno ridurre la probabilità di emissione incontrollata di feci, è possibile talora confezionare:

- uno sfintere artificiale impiegando la muscolatura della parete addominale.
- una tasca (Kock-Pouch) ottenuta dai monconi intestinali che permette la raccolta del materiale fecale. Questa tasca deve essere vuotata 2-3 volte al giorno per mezzo di un catetere.

Se uno di questi interventi è previsto per Lei Vostro figlio, La informeremo durante il colloquio informativo su vantaggi, svantaggi

ed eventuali rischi particolari.

### **Possibili modificazioni ed estensioni dell'intervento**

Conseguenze impreviste (p.es. la presenza di aderenze), caratteristiche anatomiche del paziente, complicanze (p.es. forti emorragie) o patologie concomitanti possono rendere necessaria la modifica o l'estensione dell'intervento previsto. La preghiamo di dare fin d'ora il Suo consenso a modifiche e/o estensioni dell'intervento che dovessero essere necessarie ed opportune. In tal modo si eviterà di doverLa sottoporre ad un eventuale secondo intervento chirurgico.

### **Possibili rischi e complicanze dell'intervento**

Nonostante venga adottata ogni cautela, non si può escludere del tutto la possibilità di lesioni o perforazioni agli organi vicini o ai vasi sanguigni causate dagli strumenti, così come un'imperfetta tenuta delle suture dei monconi intestinali, che possono causare gravi complicanze (p.es. la formazione di ascessi, peritonite, paralisi intestinale, occlusione intestinale, forti emorragie). In seguito ad un'infezione possono formarsi degli ascessi o delle comunicazioni anomale tra l'intestino e organi vicini o verso l'esterno (fistole interne o esterne). Un restringimento delle suture tra i monconi intestinali o dell'ano artificiale può causare dei disturbi risolvibili generalmente per mezzo di dilatazioni.

Aderenze ed ingnocchiamenti dell'intestino o più raramente, un rigonfiamento infiammatorio della sutura, possono compromettere il regolare transito intestinale.

Aderenze formatesi nella cavità addominale possono causare, anche molto tempo dopo l'intervento, dolori cronici o episodi di subocclusione / occlusione intestinale che possono richiedere un nuovo intervento.

Tutte queste rare complicanze possono render necessario un nuovo intervento con apertura della cavità addominale e/o una trasfusione di emoderivati.

Danni derivanti dal posizionamento sul tavolo operatorio (compressione di nervi o parti molli con disturbi della sensibilità o, raramente, paralisi degli arti e disturbi circolatori) così come lesioni della cute e dei tessuti dovute a correnti elettriche, calore (p.es. materassini riscaldabili) e/o disinfettanti, si risolvono in genere spontaneamente e, sebbene possibile, non comportano solitamente gravi sequele. In alcuni casi tuttavia queste lesioni possono richiedere un trattamento prolungato, comportare una parziale e duratura alterazione della funzionalità dei nervi, portare a cicatrici talora permanenti.

Il gas impiegato durante l'intervento con tecnica laparoscopica può causare una temporanea sensazione di compressione e di dolore in corrispondenza del collo e delle spalle, così come un crepitio della pelle. Tutti questi disturbi sono temporanei e si risolvono spontaneamente.

In caso di allergie o di ipersensibilità (p.es. a farmaci, disinfettanti, lattice) possono comparire manifestazioni, di solito transitorie, come gonfiori, prurito, starnuti, eruzioni cutanee, capogiri con 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.

Come dopo ogni intervento chirurgico nelle grosse vene, soprattutto degli arti inferiori, possono formarsi coaguli (trombosi) che, staccandosi dalla parete vascolare, possono andare ad ostruire un vaso sanguigno del circolo polmonare (embolia). Come misura preventiva si può procedere sia all'utilizzo di calze elastiche che alla somministrazione di anticoagulanti (p.es. iniezione di eparina) che potrebbero causare però tendenza al sanguinamento ed assai raramente, disturbi gravi della coagulazione. La necessità o meno di profilassi antitrombotica ed il tipo di farmaco / presidio da utilizzare viene valutato caso per caso in base ai fattori di rischio individuali per trombosi e sanguinamento.

### **Possibili problemi dopo la creazione di un ano artificiale**

Se la cute attorno all'ano artificiale viene a contatto prolungato con le feci, possono verificarsi irritazioni cutanee e infiammazioni

di difficile guarigione che possono eventualmente causare delle fistole. Una corretta gestione della stomia e l'utilizzo di presidi appropriati solitamente evitano questo.

Attorno all'ano artificiale può verificarsi un'ernia della parete addominale, l'ano artificiale può restringersi (stenosi) o fuoriuscire dalla parete addominale stessa (prolasso). Raramente si può avere il distacco dalla stomia dalla parete addominale; in questi casi è necessaria una correzione chirurgica.

Nei pazienti cui è stata confezionata un' ileostomia (ano artificiale confezionato con l'intestino tenue), nel caso in cui di infiammazione intestinale (dovuta a diverse patologie) si può avere un' aumentata perdita di liquidi con conseguente rischio di disidratazione (sia acuta che cronica) ed aumentata insorgenza di calcoli renali e biliari.

Anche queste complicanze possono richiedere un nuovo intervento chirurgico.

A causa di una scorretta alimentazione ed un sovraccarico dell'intestino, è possibile la comparsa di vomito e dolori addominali. Il digiuno e la somministrazione di liquidi per via endovenosa sono in questi casi necessari.

### **Possibili procedure concomitanti e successive**

Anche misure di preparazione concomitanti o successive non sono del tutto prive di rischi. Infusioni o iniezioni p.es. possono causare talvolta danni locali a tessuti (ascessi da puntura, necrosi, irritazioni/infiammazioni ai nervi e/o alle vene). Nonostante la massima accuratezza nella selezione e preparazione di sangue ed emoderivati, in caso di loro utilizzo 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'H IV e degli agenti della BSE o morbo della mucca pazza).

L'autotrasfusione di sangue evita questi rischi. Parleremo con Lei della possibilità o dell'opportunità di un predeposito del Suo sangue. Non esiti a chiedere altre informazioni se lo desidera.

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

#### Prima dell'intervento

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

Prima dell'intervento è necessario che il tratto di l'intestino in cui si deve intervenire sia pulito. Il retto viene pulito per mezzo di uno o più clisteri; la pulizia del colon avviene mediante somministrazione di purganti o una soluzione per lavaggio intestinale che dovrà assumere con 2-3 litri d'acqua, osservando scrupolosamente le istruzioni che Le verranno date.

Sia i purganti che le soluzioni per il lavaggio dell'intestino possono ridurre l'efficacia dei contraccettivi orali.

#### Dopo l'intervento

Nei primi giorni Lei - Vostro figlio sarà nutrito per un periodo variabile attraverso infusioni endovenose.; successivamente l'intestino ricomincerà a funzionare normalmente. Le feci semi-liquide vengono raccolte in sacchetti adesivi che di regola sono a tenuta stagna. Le mostreremo le corrette modalità di cambio e smaltimento dei sacchetti.

Alcuni pazienti sono in grado di programmare l'emissione delle feci dall'ano artificiale attraverso dei lavaggi regolari (irrigazioni con set appositi) e pertanto non devono utilizzare il sacchetto di raccolta. I lavaggi sono tuttavia lunghi (circa un'ora), richiedono abilità specifica e non sono privi di complicanze (pericolo di lesioni).

Dopo circa sei settimane i pazienti possono di nuovo compiere sforzi, sebbene sia sempre meglio non sollevare più di 10-15 kg.

In molti ospedali esiste un servizio di consulenza ed assistenza per i pazienti sottoposti a stomia. Può rivolgersi anche alla Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati (F.A.I.S.) tel.011/3443728, fax 011/3187234, indirizzo internet <http://www.fais.info>.

Da compilare e firmare solo dopo il colloquio informativo!

Nome Cognome ed indirizzo del paziente

---

## COLLOQUIO INFORMATIVO

Da segnare, sottolineare e completare

- Ho letto e compreso il foglio informativo. Ho potuto porre tutte le domande che mi interessavano. Alle mie domande sono state date risposte complete e comprensibili. Osserverò le istruzioni pre e postoperatorie.
- Mi è stata consegnata perché la conservi
- la parte informativa staccabile
- una copia del foglio informativo.

Annotazioni del medico \_\_\_\_\_ che ha condotto il colloquio informativo:  
(nome del medico)

sono stati presi in considerazione tra l'altro: urgenza dell'intervento, scelta della procedura, vantaggi e svantaggi rispetto ad altri trattamenti medici e chirurgici esposti, possibili complicanze, effetti collaterali di farmaci e anestetici, fattori che aumentano i rischi, probabili interventi concomitanti e successivi (p.es trasfusioni di sangue), prospettive di successo, rischi particolari, nonché (Si prega di segnare qui anche eventuali modifiche della parte informativa):

---



---



---



---

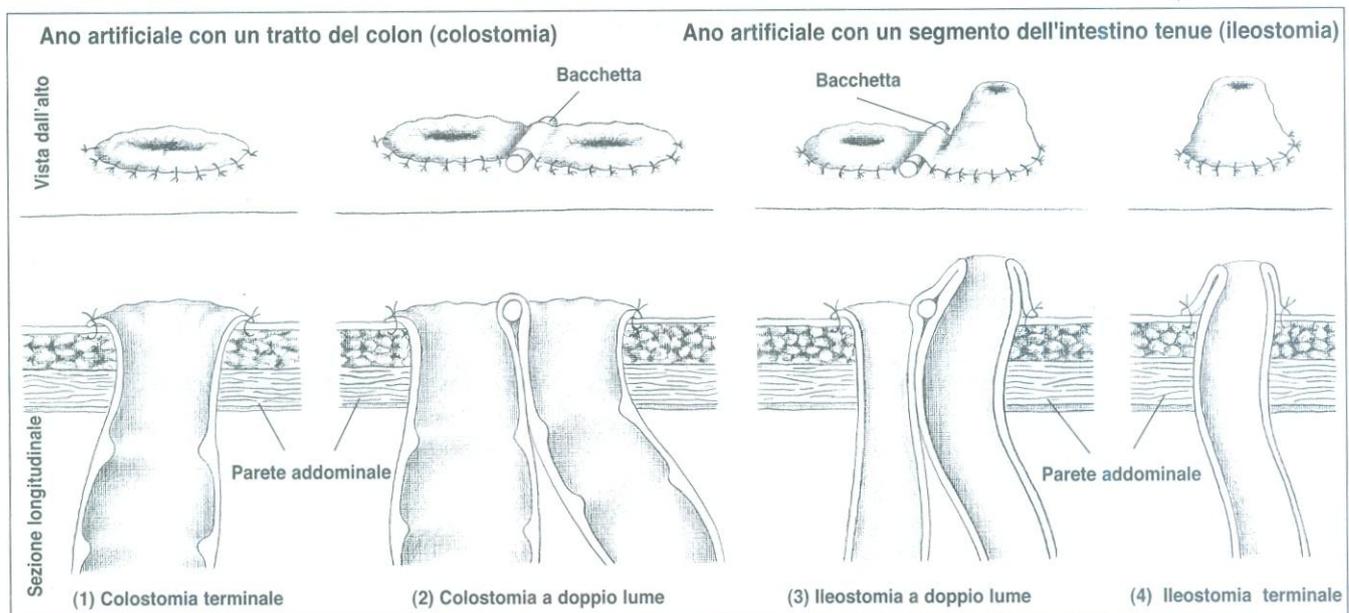


---



---

Data prevista per l'intervento: \_\_\_\_\_



## Consenso

Ho riflettuto profondamente sulla mia decisione; non ho bisogno di altro tempo di riflessione.

**Acconsento** alla:

- creazione temporanea
- creazione definitiva
- riparazione o riposizionamento
- chiusura di una

- colostomia terminale
- colostomia a doppio lume
- ileostomia terminale
- ileostomia a doppio lume  
con tecnica
- tradizionale (laparotomia)
- laparoscopica

Incluse le procedure anestetiche. Acconsento a variazioni o estensioni del previsto intervento, nonché a procedure concomitanti o successive che si rendessero necessarie.

Nel caso intenda rifiutare determinate procedure, specifichi quali:

---

---

---

---

### SOLO IN CASO DI RIFIUTO:

- Non acconsento** all'intervento proposto.

Sono stato informato che con tale decisione il trattamento della mia malattia può diventare più difficile o addirittura impossibile con considerevoli rischi per la salute e la vita.

---

Luogo, Data e ora

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.