

CHIRURGIA PROCTOLOGICA

Direttore R.D. Villani

TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA EMORROIDARIA

(Emorroidectomia/Prolassectomia/STARR/HPS/THD)

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

Gentile paziente, lo sfintere ed il plesso emorroidario garantiscono insieme la chiusura dell'ano. In condizioni normali (fig.1), il plesso emorroidario, formato da un intreccio di vasi sanguigni, perfeziona la continenza. Le emorroidi possono diventare patologiche quando prolassano nel canale anale e/o fuori dall'ano. Tale prolasso può talvolta interessare settorialmente solo i noduli emorroidari, ma molto spesso è circolare e riguarda la mucosa o anche tutta la parete del retto.

Il prolasso emorroidario può a sua volta comportare disturbi importanti come dolore, sanguinamento per rottura di un nodulo, infiammazioni, chiusura di un vaso a causa di un coagulo (trombosi) e fuoriuscita temporanea o costante dello stesso all'esterno del canale anale.

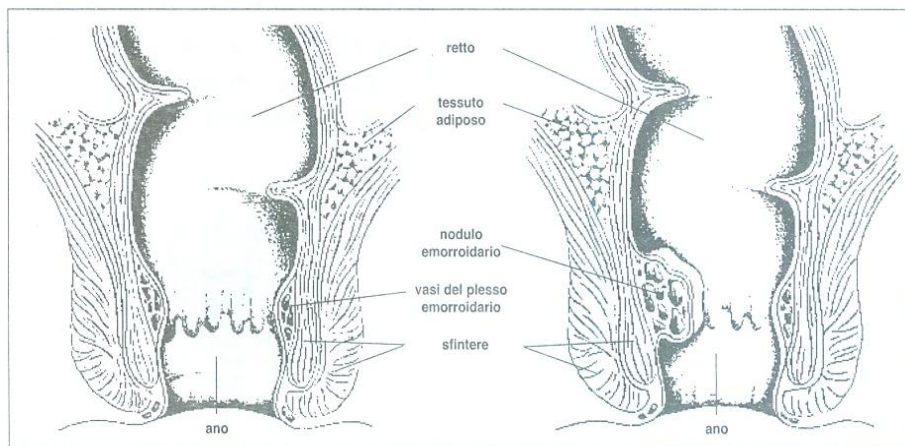


fig.1: Regione anorettale sana

fig.2 Regione anorettale con emorroidi

A seconda dell'entità del prolasso, le emorroidi vengono classificate in 4 gradi.

Per trattare emorroidi sintomatiche di basso grado (primo e iniziale secondo), in cui le emorroidi non sono visibili o si rendono visibili all'esterno del canale anale solo durante lo sforzo della defecazione, può essere indicata, per esempio una terapia con iniezioni sclerosanti oppure la legatura dei noduli con degli elastici oppure l'intervento chirurgico di legatura arteriosa sotto guida doppler (THD) o meno (HPS).

In caso di emorroidi sintomatiche di grado intermedio (secondo ed iniziale terzo) in cui i noduli fuoriusciti dall'ano rientrano spontaneamente o possono essere rimessi nel canale anale o nel retto con una manovra manuale, è indicato l'intervento chirurgico di dearterializzazione emorroidaria e proctopessi sotto guida doppler (THD) o meno (HPS).

In caso di emorroidi di terzo grado (i noduli fuoriusciti dall'ano possono essere rimessi nel canale anale o nel retto con una manovra manuale o risalgono da soli molto lentamente e dopo alcune ore) o di quarto grado (i noduli fuoriusciti stanno sempre fuori), è indicato l'intervento chirurgico di prolassectomia.

Le emorroidi che le sono state diagnosticate necessitano di intervento chirurgico.

La migliore valutazione del prolasso che accompagna la discesa delle emorroidi, viene effettuata dopo l'anestesia, in quanto il rilasciamento muscolare indotto consente di meglio comprendere l'entità ed il tipo di prolasso.

Nel caso di prolasso emorroidario settoriale (limitato ad un solo settore del canale anale), con congestione emorroidaria all'interno del canale anale, è indicato un intervento di asportazione delle emorroidi (emorroidectomia).

Nel caso di prolasso emorroidario sintomatico di grado intermedio, specialmente se asimmetrico, è indicato un intervento di dearterializzazione emorroidaria e proctopessi sotto guida doppler (THD) o meno (HPS).

Nel caso di prolasso mucoso rettale circolare che accompagna il prolasso emorroidario, è indicato un intervento di prolassectomia secondo Longo.

Nel caso di prolasso totale interno del retto, che accompagna un prolasso emorroidario circolare, è indicato un intervento di resezione del prolasso interno del retto (STARR).

Nel caso di prolasso

Nel corso del colloquio informativo le verranno illustrati i vantaggi e svantaggi dei diversi metodi.

INTERVENTO DI ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI (EMORROIDECTOMIA)

In anestesia generale, loco-regionale o eventualmente anche solo mediante una infiltrazione locale di anestetico, si procede all'asportazione dei noduli emorroidari (che vengono tolti assieme ad una porzione di mucosa e di cute confinante) dopo aver legato o coagulato i vasi che li riforniscono di sangue. La mucosa e i vasi del plesso emorroidario tra i noduli vengono risparmiati con grande cura poiché rappresentano il punto di partenza di una corretta cicatrizzazione.

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) asportare i rimanenti noduli. In questo modo si riduce il rischio di complicazioni (soprattutto incontinenza).

INTERVENTO DI DEARTERIALIZZAZIONE EMORROIDARIA TRANSANALE (THD/HPS)

In anestesia generale o loco-regionale, in corrispondenza delle arterie che apportano sangue ai plessi emorroidari (individuate con una sonda doppler in caso di THD) viene effettuata una legatura vascolare che riduce l'apporto ematico ai cuscinetti emorroidari favorendo la progressiva decongestione degli stessi. Nel corso dell'intervento viene inoltre eseguita, mediante suture manuali con filo riassorbibile, corretto l'eventuale prolasso muco ripristinando, quando possibile, la normale condizione fisiologica.

Correggendo il prolasso e riducendo l'iperafflusso di sangue migliora o si risolve del tutto la sintomatologia della malattia emorroidaria senza asportazione di tessuti e con modico dolore postoperatorio (ben controllato con farmaci antidolorifici).

INTERVENTO DI PROLASSECTOMIA E STARR (SECONDO LONGO)

In anestesia generale o loco-regionale si dilata il canale anale ed uno speculum viene introdotto fino alla porzione inferiore del retto. La mucosa rettale al di sopra dei noduli emorroidari prolassati, viene accorciata mediante una o più suture, formando un manicotto circolare di tessuto esuberante. Lo stapler, introdotto quindi nel canale anale, asporta il manicotto di tessuto precedentemente preparato e sutura la mucosa con una serie di punti metallici (prolassectomia, fig. 2-5). La resezione spesso interessa anche fibre muscolari.

Attraverso l'asportazione del tessuto esuberante si provvede a riportare le emorroidi, che si erano portate all'altezza dell'ano, all'estremità inferiore del retto, sede naturale dei vasi del plesso emorroidario.

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

L'asportazione del manicotto di mucosa riduce inoltre l'afflusso di sangue alla mucosa e, di conseguenza, ai noduli emorroidari.

I punti metallici in lega di titanio applicati con lo stapler cadono generalmente dopo alcune settimane e vengono eliminati con la defecazione. Talora restano in sede per molto tempo, senza causare particolari problemi. Quando il prolasso emorroidario è accompagnato da prolasso rettale interno a tutto spessore, si renderà necessaria una resezione maggiore, che andrà ad interessare, oltre alla mucosa, anche un tratto di parete rettale. Tale resezione (STARR), con anastomosi retto-rettale, si effettua sempre per via trans rettale.

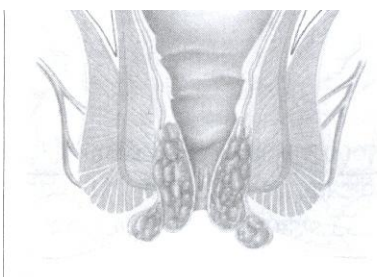


fig. 1: Emorroidi di terzo grado

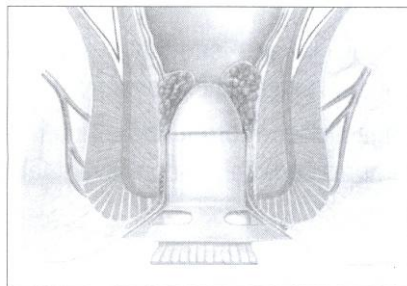


fig. 2

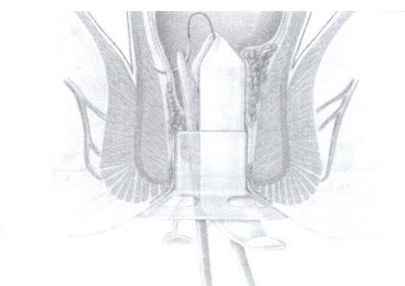


fig. 3

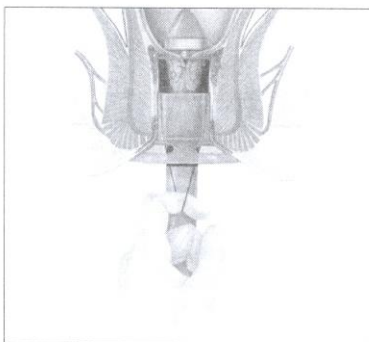


fig. 4

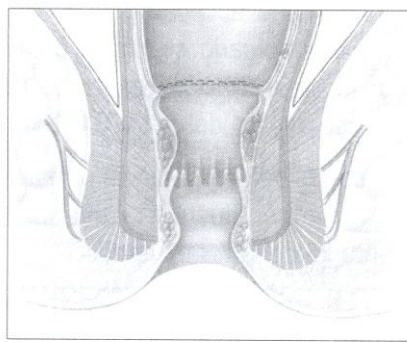


fig. 5

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 spontaneamente.

Nei rari casi di vasti ematomi che non rispondano a trattamenti conservativi o chirurgici minori (farmaci, evacuazione chirurgica) è possibile dover ricorrere ad interventi demolitivi come il confezionamento di una stomia (abboccamento

dell'intestino alla parete addominale con fuoriuscita delle feci che si raccolgono in un apposito sacchetto applicato alla parete stessa). In questi rari casi la deviazione è solitamente temporanea.

Lesioni dello sfintere anale e rottura della parete del retto provocate dagli strumenti chirurgici o dallo stapler sono evenienze molto rare e possono causare incontinenza e feci e gas. Questa eventualità renderà necessario un intervento chirurgico per la loro riparazione.

E' possibile che una temporanea difficoltà ad urinare richieda l'inserimento di un catetere vescicale. Occasionalmente possono comparire modesti sanguinamenti della sutura.

Emorragie anche gravi possono verificarsi nel post operatorio immediato ma anche a distanza. In alcuni rari casi si rende necessaria una revisione dell'emostasi in sala operatoria ed in casi eccezionali la trasfusione di emoderivati. Per i motivi suddetti, nel caso in cui tale evenienza si verifichi dopo la dimissione, sarà necessario contattare un membro dell'equipe chirurgica o recarsi in pronto soccorso. Piccole perdite ematiche possono verificarsi anche a distanza dall'atto chirurgico, ma sono da considerarsi nella norma (es. da distacco delle agraifes metalliche).

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 in corrispondenza della 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) posson richiedere un trattamento medico e più raramente un intervento chirurgico.

Relativamente frequente è la cosiddetta "urgenza da stress" che si manifesta con la necessità affannosa di cercare un wc, pensando di non essere in grado di trattenere le feci, quando si avverte lo stimolo. Questo disturbo non ha niente a che vedere con lo sfintere anale e guarisce generalmente 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. Eccezionalmente si può verificare un restringimento del retto che necessita di dilatazioni o di intervento chirurgico.

Consequente al tipo di intervento ma più frequentemente all'anestesia spinale, può verificarsi una ritenzione urinaria acuta che comporta il posizionamento di un catetere vescicale fino alla risoluzione del sintomo.

Anche se in letteratura viene riportato un tasso molto elevato di risoluzione della stipsi (circa 85% dei casi), è possibile che questa permanga anche dopo l'intervento chirurgico.

Dopo l'intervento chirurgico non vi sono controindicazioni alla ripresa di una normale attività sessuale anche in tempi brevi. Andranno tuttavia evitati rapporti anali, almeno nel primo periodo postoperatorio.

I punti metallici della suturatrice possono talvolta permanere per molto tempo nel retto, con la formazione di granulomi, talora dolorosi, che ne richiedono l'asportazione. Ipsensibilità a questi punti in lega di titanio è evenienza rara e non diagnosticabile preoperatoriamente.

Complicanze molto più rare ma possibili sono: dolore postoperatorio prolungato, incontinenza fecale completa, fistola retto-vaginale, sepsi pelvica, retropneumoperitoneo, chiusura del retto. Eccezionalmente può essere previsto un intervento contemporaneo addominale con eventuale confezione di stomia (abboccamento dell'intestino alla

parete addominale con fuoriuscita delle feci che si raccolgono in un apposito sacchetto applicato alla parete stessa). In questi rari casi la deviazione è solitamente temporanea.

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.

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.

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 il virus dell'epatite e, in casi estremamente rari, con il virus dell'HIV e degli agenti della BSE o morbo della mucca pazza).

Si prega di seguire scrupolosamente queste istruzioni!

(A meno di prescrizioni differenti da parte del suo medico)

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.

Il retto viene pulito generalmente per mezzo di un clistere o di soluzioni orali. La preghiamo di osservare scrupolosamente le istruzioni che le verranno date al riguardo.

Dopo l'intervento

E' necessario che la 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 di non bere alcolici, di non prendere decisioni importanti e di non intraprendere lunghi viaggi. Non devono essere inserite nel retto cannule, sonde o altri strumenti, per evitare che le graffette possano conficcarsi in essi ed essere poi strappate all'estrazione. Informi immediatamente il medico in caso di temperatura corporea elevata (maggiore a 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 alla defecazione (stitichezza, diarrea), anche se sopraggiunti solo alcuni giorni dopo l'intervento.

Da compilare e firmare solo dopo il colloquio informativo!

Nome Cognome ed indirizzo del paziente

COLLOQUIO INFORMATIVO

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.

Annotazioni del medico _____ che ha condotto il colloquio informativo: sono stati presi in considerazione tra l'altro: la scelta della procedura, vantaggi e svantaggi rispetto ad altre tecniche mediche o chirurgiche alternative esposte, possibili complicanze, effetti collaterali di farmaci ed anestetici, fattori che aumentano i rischi, probabili interventi concomitanti successivi, prospettive di successo, residuo di malattia o recidive, nonché (si prega di segnare qui anche eventuali modifiche alla parte informativa): _____

CONSENSO:

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

Accenso al trattamento chirurgico della patologia emorroidaria, incluse le procedure anestetiche. Accenso a variazioni o estensioni del previsto intervento, nonché a procedure concomitanti o successive che si rendessero necessarie. Sono stato informato che il consenso è revocabile. Nel caso intenda rifiutare determinate procedure, specifichi _____ quali:

SOLO IN CASO DI RIFIUTO

Non accenso all'intervento proposto. Sono stato informato che con ciò la cura della mia malattia può diventare più difficile.

Luogo, data, ora

Paziente/tutore/procuratore/persona con patria potestà

Medico

SOLO IN CASO DI REVOCA

Dichiaro di voler **revocare** il consenso _____

Firma

data/ora