

## CHIRURGIA PROCTOLOGICA

Direttore Dr. R.D. Villani

### INTERVENTO CHIRURGICO IN CASO DI ASCESSI E FISTOLE NELLA REGIONE ANALE

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

Gentile paziente, cari genitori

Le infezioni nella regione anale hanno origine generalmente dalle ghiandole anali che sfociano nel canale anale in piccole insenature (cripte anali). Le infezioni possono manifestarsi come accumuli di pus incapsulati (ascesso anorettale, vedi fig.1) che, nel corso del tempo, possono rompersi e formare tragitti di comunicazione (fistole) fra il canale anale e la superficie o l'interno del corpo.

La fistola ha due orifizi, quasi sempre identificabili: uno interno al canale anale ed uno esterno nella regione cutanea intorno all'ano (vedi fig.2); esistono però fistole con due aperture esterne (fistole a ferro di cavallo) o con diramazioni anomale (fistole atipiche) e comunicazione con vari organi (intestino, vagina, vescica, ossa).

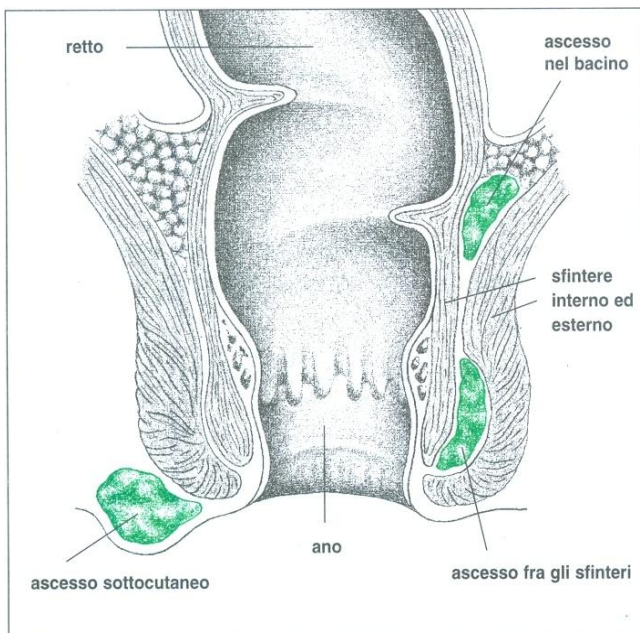


Fig. 1: Esempi di ascesso anale

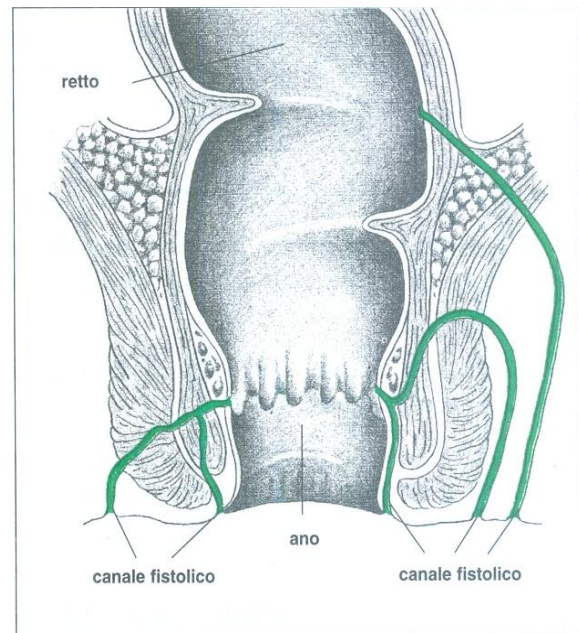


Fig. 2: Esempi di sviluppo di fistole anali

Gli ascessi provocano gonfiori molto dolorosi, arrossamenti e febbre. In caso di fistole tali disturbi potrebbero non presentarsi. Un primo segnale potrebbe tuttavia essere costituito dalla presenza sulla biancheria intima di secreto purulento o fecale fuoriusciti dall'apertura esterna della fistola. Nel caso di fistola, i dolori si manifestano il più delle volte, soltanto se il secreto non riesce a defluire da un'apertura ostruita della fistola.

A volte la causa di fistole è un'altra malattia (p.es. morbo di Crohn, colite ulcerosa), ma possono anche insorgere senza precedente patologia del canale anale.

Gli ascessi e le fistole di regola non guariscono spontaneamente. Alcuni ascessi si aprono verso l'esterno o nell'intestino; in questi casi i disturbi migliorano però di solito solo temporaneamente; quasi sempre rimane una fistola. Questa porta a continue infezioni che si estendono al tessuto adiacente (p.es. sfintere, organi

genitali), danneggiandolo di continuo e possono perciò portare ad una pericolosissima infezione generalizzata del sangue (sepsi)

Il trattamento di un ascesso con soli medicinali (antibiotici) determina solo raramente la completa guarigione.

Noi le consigliamo l'intervento chirurgico.

#### PROCEDURA DELL'INTERVENTO

L'intervento viene condotto in anestesia generale o regionale. La terapia di queste manifestazioni infettive (ascesso e fistole) è chirurgica ed è costituita dall'incisione, evacuazione del materiale purulento e messa a piatto / asportazione del tramite fistoloso. E' previsto l'intervento di seguito contrassegnato:

- L'ascesso viene aperto con una generosa incisione in modo che il pus possa defluire. Il tessuto già distrutto viene asportato per prevenire una ricaduta.
- Tutta la ramificazione della fistola viene enucleata ed escissa / incisa e messa a piatto dall'apertura esterna a quella interna.
- Posizionamento di seton all'interno del lume della fistola e curretage-asportazione di tessuto infetto circostante
- Posizionamento di Plug protesico riassorbibile all'interno del lume della fistola.

A volte però le fistole attraversano una porzione importante di muscoli sfinteri. In questi casi la totale asportazione o messa a piatto potrebbero compromettere la continenza. Le fistole possono essere trattate, in questo caso, sia con il posizionamento di un "plug" (dispositivo con forma tubulare) riassorbibile all'interno del lume che introducendo nel canale della fistola un filo (Seton) che evita la formazione di ulteriori diramazioni fistolose ed opera una sezione lenta ed atraumatica degli sfinteri. Il posizionamento di seton costituisce solitamente il primo passo del trattamento chirurgico ed è seguito in un secondo momento dall'asportazione /messa a piatto della fistola (con una sezione chirurgica degli sfinteri limitata). Il posizionamento di "plug" è una metodica relativamente "innovativa" con indicazioni piuttosto ristrette e viene solitamente utilizzata come terapia di 2° livello, in caso di ripetuto insuccesso delle metodiche tradizionali.

Se il canale della fistola sbocca in alto nell'intestino, può essere necessario riparare il difetto formatosi nell'intestino, asportando della mucosa intestinale o la parete intestinale stessa. Soprattutto le fistole ramificate possono richiedere più interventi.

A volte, soprattutto in caso di fistole complesse, per proteggere la sede dell'intervento dalla contaminazione delle feci, deve essere confezionato un ano artificiale (anus praeter, stoma) che generalmente può essere ridislocato dopo circa tre mesi.

La ferita che ne consegue e che in caso di ascesso è spesso relativamente grande, generalmente non viene suturata per far defluire il pus ed il secreto per garantire la completa guarigione. Inoltre, in casi di accessi molto profondi, può essere introdotto un drenaggio.

## POSSIBILI ESTENSIONI DELL'INTERVENTO

A causa dei forti dolori in caso di ascesso, spesso non è possibile eseguire un esame clinico approfondito prima dell'operazione e di conseguenza, molte volte la presenza di una fistola si evidenzia solo durante l'intervento.

Dipende in primo luogo dal decorso anatomico della fistola, se potrà essere asportata subito o soltanto con un successivo intervento.

La preghiamo di esprimere il suo consenso per modifiche, estensioni o utili variazioni della tecnica concordata che potrebbero rendersi necessarie nel corso dell'intervento previsto, allo scopo di non dover procedere ad un'ulteriore intervento operatorio con relativa anestesia.

## QUALI COMPLICANZE O EFFETTI COLLATERALI POSSONO INSORGERE?

L'intervento chirurgico per ascesso o fistola nella regione anale fa parte degli interventi chirurgici di routine. Le complicanze severe e permanenti sono rare.

Purtroppo, soprattutto in caso di fistole complesse, un solo intervento può non essere sufficiente per una cura completa e definitiva.

In seguito a lesioni dello sfintere può insorgere un temporaneo indebolimento dello sfintere (disturbi al controllo ed alla percezione della defecazione). E' possibile tuttavia, soprattutto in caso di fistole complesse, l'insorgenza di una vera e propria incontinenza a gas e feci.

Piccole lesioni alla mucosa anale possono sanguinare occasionalmente, provocare bruciore o prurito, ma di solito guariscono spontaneamente.

Assai rare sono le lesioni da perforazioni della parete rettale e ancora più rare lesioni ai vasi sanguigni più grandi e/o ai nervi. Temporanei disturbi dello svuotamento della vescica possono determinare l'introduzione di un catetere vescicale.

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

Poiché la ferita non viene suturata, nei primi giorni successivi all'intervento possono manifestarsi forti emorragie secondarie che richiedono un trattamento medico. Alle volte resta una cicatrice ben visibile che però non sempre può essere corretta in seguito. Il raro restringimento cicatrizzante (stenosi) dell'ano ha come conseguenza una defecazione difficile e dolorosa.

Sono possibili infezioni con conseguente formazione di nuove fistole o di un'ulcera difficile da guarire.

Se si è dovuto ricorrere all'asportazione di mucosa intestinale o della parete intestinale stessa possono generarsi nuove fistole.

Discuteremo con lei sull'importanza che rivestono per l'intervento eventuali malattie precedenti e/o concomitanti (p.es. cardiache, circolatorie, polmonari, epatiche, disturbi metabolici, ormonali, della coagulazione del sangue).

Non esiti a chiedere ulteriori informazioni se lo desidera.

Tutte queste complicanze possono implicare la necessità di un nuovo intervento.

## SUCCESSO DEL TRATTAMENTO

Le prospettive di guarigione dopo l'intervento sono in complesso buone. Dopo l'apertura dell'ascesso i disturbi spariscono di solito velocemente. La cicatrizzazione della cavità della ferita può però durare più settimane; è necessario un costante controllo medico.

Eventualmente è necessario un ulteriore trattamento chirurgico della ferita o l'escissione di canali fistolosi rimasti in sede.

Se l'infiammazione ha già distrutto il tessuto vicino, ciò può determinare temporanee o permanenti limitazioni funzionali, p.es. in caso di ascessi vicino al retto possono verificarsi disturbi dello svuotamento della vescica più raramente un danno permanente dello sfintere.

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.

Nome Cognome ed indirizzo del paziente

---

## CONSENSO

Dopo una riflessione approfondita acconsento alla chirurgica

- Apertura dell'accesso
- Trattamento della fistola anale in una delle sue varianti: FISTULOTOMIA, FISTULECTOMIA, POSIZIONAMENTO DI SETON, POSIZIONAMENTO DI PLUG

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

Specificare eventuali interventi/misure che si intendono rifiutare:

---

solo in caso di rifiuto dell'intervento

- Non acconsento all'intervento proposto.
- Sono stato informato che con ciò la diagnosi e la terapia della mia malattia possono essere ritardate e diventare più difficili.

---

Luogo, data, 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.

## DOCUMENTAZIONE DEL COLLOQUIO INFORMATIVO

Da firmare solo dopo il colloquio informativo!

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: scelta della procedura, vantaggi e svantaggi rispetto ad altri trattamenti chirurgici o medici esposti, possibili complicanze, fattori particolari interventi concomitanti e successivi, prospettive di successo, terapie successive, rischi particolari dell'intervento previsto, istruzioni, nonché:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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