



CONSENSO INFORMATO
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
PROLASSO CON SUTURATRICE MECCANICA

Nella descrizione e nella classificazione dei prolassi del retto ci rifacciamo ad uno dei più recenti consensus raggiunto al 3° World Congress of Coloproctology and Pelvic Diseases (Roma 21-23 giugno 2009) il cui principio informatore è quello di una concezione unitaria fra prolassi interni ed esterni, semplici e complessi, comprendente fra i prolassi del retto anche quello emorroidario. Secondo tale concezione i prolassi rettali vengono suddivisi innanzitutto in prolasso rettale interno o occulto, prolasso rettale esterno o procidente, prolasso retto anale o emorroidario. Le cause di un prolasso del retto sono fondamentalmente due: una debolezza del pavimento pelvico e delle strutture anatomiche di sostegno ai visceri che lo oltrepassano; una eccessiva mobilità del retto.

La debolezza del pavimento pelvico può essere legata ad una neuropatia e/o ad una progressiva degenerazione delle componenti elastiche e fibrose dei tessuti legate al progredire dell'età e probabilmente favorite da sforzi ripetuti dei muscoli e dei nervi pelvici per le gravidanze o in caso di stipsi ostinata e severa con eccessivi e ripetuti sforzi alla defecazione. Il prolasso rettale interno, di semplice mucosa o completo con intussuscezione, lo troviamo come causa determinante della sindrome da defecazione ostruita, ove i pazienti lamentano una sorta di tappo che impedisce loro di espellere le feci, senso di peso perineale, sensazione di incompleta defecazione.

Le tecniche chirurgiche di resezione con stapler del prolasso interno esuberante, STARR (resezione rettorettale con suturatrice meccanica (stapler), hanno proprio lo scopo di disostruire il retto migliorando o eliminando del tutto la sindrome ostruttiva. Nel contempo le stesse tecniche consentono una plastica di rinforzo della parete anteriore del retto, eliminando il rettocele che causava dispersione delle linee di forza anteriormente invece che verso il basso. Altro capitolo è quello dei prolassi esterni propriamente detti, solo mucosi o completi, che riconoscono le stesse cause fondamentali di tutti i prolassi rettali ma che si esprimono con sintomatologie precipue. I sintomi sono spesso eclatanti: il retto prolassato si evidenzia discendendo per un tratto più o meno lungo all'esterno dell'ano durante e dopo la defecazione per poi ridursi spontaneamente o con l'aiuto manuale del paziente. Nei casi più severi la discesa del prolasso si verifica nella stazione eretta prolungata o durante il cammino. La mucosa rettale all'esterno produce muco e sangue e più del 50 % dei pazienti è incontinente. Grazie alla diffusione delle stapler una nuova proposta è rappresentata dalla tecnica definita "di prolasssectomia con stapler".

MUCOPROLASSECTOMIA CON SUTURATRICE MECCANICA

In anestesia generale o in anestesia spinale si dilata il canale anale e uno speculum viene introdotto fino alla porzione inferiore del retto. La mucosa rettale, al di sopra dei noduli emorroidari viene accorciata mediante una o più suture, formando un manicotto di tessuto. Lo stapler viene quindi introdotto nel canale anale, si asporta il manicotto precedentemente

CONSENSO INFORMATO

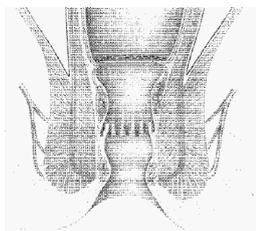
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI PROLASSO CON SUTURATRICE MECCANICA

preparato e la mucosa viene suturata con una serie di punti metallici (prolassectomia, fig. 3-5). La resezione interessa anche fibre muscolari.

L'intervento comporta una degenza post-operatoria di tre / quattro giorni.

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

I punti metallici in titanio applicati con lo stapler cadono generalmente da soli dopo alcune settimane e vengono eliminati con la defecazione. Talora restano in sede per molto tempo, senza particolari problemi. Quando è presente un prolasso rettale interno a tutto spessore, che accompagna o meno un prolasso emorroidario circolare, si renderà necessaria una resezione maggiore, che andrà ad interessare, oltre alla mucosa, anche un fig. 4 segmento completo di retto. Tale resezione con anastomosi retto rettale, si effettua sempre per via transanale.



Relativamente frequente è la cosiddetta "urgenza defecatoria" che si manifesta come la necessità 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 la funzione dello sfintere anale e guarisce generalmente da solo in un periodo variabile da alcune settimane ad alcuni mesi, a meno che non sussistano malattie neurologiche o della colonna vertebrale o si assumano farmaci sedativi.

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 (stenosi cicatriziale) che necessita di dilatazioni o di un banale intervento chirurgico. I punti metallici della suturatrice possono talvolta permanere per molto tempo nel retto, con la formazione di granulomi che ne richiedono l'asportazione.

Complicanze molto più rare possono essere: dolore postoperatorio prolungato, incontinenza fecale completa, ematoma con o senza suppurazione, fistola retto-vaginale, sepsi ed ascesso della pelvi, 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 e su decisione 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 della suturatrice di solito, regrediscono da soli. Singoli casi possono richiedere un trattamento prolungato. Non sempre si riesce a ripristinare la completa funzionalità nervosa.

CONSENSO INFORMATO
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
PROLASSO CON SUTURATRICE MECCANICA

In caso di allergie o di ipersensibilità (per es. a farmaci, disinfettanti, lattice), possono manifestarsi effetti di solito transitori 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 (per es. a carico del sistema nervoso o dei reni, paralisi) sono molto rari, e comuni ad ogni intervento chirurgico.

Nella 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.

Prima dell'intervento il chirurgo decide se e quando farmaci anticoagulanti/antiaggreganti (per 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 o di soluzioni orali. La preghiamo di osservare scrupolosamente le istruzioni che Le verranno date al riguardo.

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?

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. 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, associati o meno al confezionamento di ano colico temporaneo al fianco.

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.

A questo proposito si dispone di non praticare clisteri e di non introdurre nulla nel retto e di non avere rapporti sessuali di nessun genere per almeno due mesi dall'intervento.



Casa di Cura Torina

CONSENSO INFORMATO
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
PROLASSO CON SUTURATRICE MECCANICA

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 una piccola incisione chirurgica.

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) 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