



CONSENSO INFORMATO

ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI

PROLASSO-ALMITER

INTRODUZIONE: Il prolasso rettale (PR), patologia nota sin dall'antichità (1500 a.c.), è caratterizzato dalla protrusione di vario grado della parete rettale attraverso il canale anale. Definiremo il PR completo o a tutto spessore, la fuoriuscita dall'ano della parete rettale intera. Altrimenti, se il retto appare prolassato, senza procidenza esterna, parleremo di PR occulto o interno. Differentemente il PR mucoso identifica la protrusione all'esterno della sola mucosa anale e rettale, riducibile o meno, con i piani muscolari ancorati all'interno del canale anale. Il PR completo rappresenta la naturale evoluzione secondaria di un prolasso rettale inizialmente occulto (1,2). Le condizioni anatomiche predisponenti allo sviluppo di un PR, sono la presenza di un recesso retto vescicale o di una tasca del Douglas di maggiore profondità, la lassità e l'atonia della muscolatura pelvica e del canale anale, la debolezza di entrambi gli sfinteri anali, spesso associata ad una neuropatia del nervo pudendo, la presenza di un mesoretto estremamente mobile e lungo, concomitante ad una eccessiva lassità dei legamenti larghi del retto, l'associazione con rettocele e/o con tratti del colon retto sigmoideo con aspetto ridondante (3,4). Tali anomalie consentono al piccolo intestino, che fisiologicamente giace a contatto con la parete rettale anteriore, di forzare il retto, traslandolo al di fuori, attraverso il canale anale (5,6). Può coesistere la presenza di un' ulcera solitaria del retto causata dal trauma diretto sulla mucosa (Moschcowitz 1912) (7). Una seconda teoria identifica nell' intussuscezione intestinale circonferenziale del retto alto e del colon retto/sigmoideo la causa iniziale. Successivamente i ripetuti ponzamenti, determinano il prolasso verso il basso, addirittura al di fuori dell'ano (Brodén & Snellam 1968) (8). Nella popolazione pediatrica il PR viene diagnosticato intorno ai tre anni di vita, con eguale distribuzione tra i due sessi. Negli adulti vi è una maggiore incidenza dopo la quinta decade di vita, con netta prevalenza del sesso femminile (80-90 %).

I pazienti con PR completo presentano un'importante diminuzione della compliance rettale, che determina un' incontinenza fecale di grado variabile, nel 28-88% dei casi. La stipsi è concomitante nel 15-65% dei pazienti.

Il trattamento chirurgico del PR ha lo scopo di ripristinare per quanto possibile i giusti rapporti anatomici tra le varie strutture, correggendo il prolasso, migliorando la continenza e la stipsi con un range accettabile di recidiva di malattia e di mortalità (1)

Le indicazioni al trattamento chirurgico prevedono il PR di II° e III°, sindrome da ostruita defecazione dovuta a sigmoideocele di III° con compressione del retto durante la defecazione, PR II°-III° associato a malattia diverticolare del sigma.

INTERVENTO SEC. ALTMEIER

La rettosigmoidectomia viene anche intesa come intervento di Altmeier. Pre-operatoriamente si effettuano clisteri di pulizia. L'intervento viene condotto in anestesia spinale con o senza sedazione in posizione litotomica. Si esteriorizza completamente il retto con il prolasso e si pratica un'incisione trasversale a circa 1 cm dal margine anale sull'emicirconferenza anteriore del cilindro esterno attratto al di fuori dell'ano con punti o pinze. Si sezionano i vari strati della parete intestinale del cilindro estroflesso, tenendo ben presente che quasi spesso si incontra il peritoneo, considerato che lo sfondato peritoneale può cadere molto in basso. A tal punto si sezionano sulla semicirconferenza anteriore del prolasso, i vari strati del cilindro interno e si suturano in un unico strato extramucoso con sottili punti staccati di filo non assorbibile con



CONSENSO INFORMATO
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
PROLASSO-ALMITER

quelli della semicirconferenza anteriore del cilindro esterno. Ribaltato in avanti ed in alto il cilindro prolassato, si procede allo stesso modo alla sezione ed alla sutura dei due cilindri, esterno ed interno, sull'emicirconferenza posteriore. Durante tale tempo si deve effettuare un'accurata emostasi, sezionando tra doppie legature il meso del tratto intestinale prolassato (retto o addirittura sigma). L'anastomosi può essere completata da una sutura a punti staccati che comprende la sola mucosa.

la sezione anastomosi può essere effettuata più semplicemente con l'uso di suturatrici meccaniche che sezionano e suturano al tempo stesso o con bisturi ad ultrasuoni e suture manuali secondo la situazione attuale. Alla fine si riduce in cavità il tratto intestinale suturato circolarmente.

L'incidenza di stipsi post operatoria è bassa.

Le complicanze nel post operatorio sono la peritonite, il sanguinamento (rima anastomotica, mesoretto, mesosigma), la sepsi perineale, la deiscenza o la stenosi dell'anastomosi, la recidiva di malattia: infatti molta attenzione va prestata alla mobilizzazione dell'intero tratto di retto ridondante ed al confezionamento dell'anastomosi.

L'incontinenza può peggiorare in quanto la resezione riduce la compliance rettale.

Eventuali **COMPLICANZE DELL'INTERVENTO CHIRURGICO** (comuni a tutti gli interventi):

In generale ad ogni intervento chirurgico possono essere riconducibili le seguenti complicanze:

- Sezione e lesione di vasi e nervi
- Broncopolmoniti
- Flebiti e trombosi con possibili embolie
- Insufficienze respiratorie e/o cardiocircolatorie
- Decesso.

L'approccio perineale (Intervento di Altman) se paragonato alle tecniche con apertura dell'addome, prevede tempi di ospedalizzazione più brevi, con una ridotta incidenza di affezioni nosocomiali, minor dolore. Ciò deve essere considerato un enorme vantaggio per il paziente e in un'ottica di costi, un notevole risparmio. La scelta dell'intervento ricade innanzitutto sulla capacità di esecuzione dell'intervento e sull'esperienza dell'operatore. I dati che emergono dalla letteratura, mostrano che la rettosigmoidectomia associata o meno alla plastica degli elevatori, secondo lo stato anatomico del paziente è di molto preferibile, se paragonata alle altre procedure soprattutto a quelle addominali.

Bibliografia ricavata dal 3° World Congress of Coloproctology and Pelvic Diseases (Roma 21-23 giugno 2009), dal 106° Congresso della Società Italiana di Chirurgia - Roma 2004, e dal 107° Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Cagliari 2005.