

FOGLIO INFORMATIVO PROLASSO RETTALE

Gentile Signora/e,

questo foglio illustrativo è stato realizzato per dare ai pazienti una serie di informazioni utili per affrontare con maggiore serenità l'impegno che li aspetta.

Un paziente ben informato, un colloquio approfondito ed esauriente con i medici che lo seguiranno sono parte integrante dell'iter terapeutico.

Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti a sottoporle al medico di riferimento.

OGGETTO DELLA PROCEDURA

Il prolasso rettale consiste nella fuoriuscita di una parte o di tutto il retto dall'ano. Nel caso in cui il retto prolassi ma non sia evidente all'esterno dell'ano il prolasso si definisce interno e può prendere il nome di intususcezione rettale. È un'alterazione statico-funzionale ano-rettale che comporta disturbi più o meno accentuati della defecazione.

Esistono diversi interventi per il trattamento del prolasso rettale completo che possono essere eseguiti per via addominale o perineale.

Nel primo caso esistono molte varianti tecniche che prendono il nome dal chirurgo che le ha ideate (Orr-Loygue, Wells, Ripstein, ecc) ma l'obiettivo di tutte è quello di isolare il retto e di ancorarlo al sacro (**RETTOPESSI**); nella maggior parte dei casi questo avviene con una protesi (rete). Quando il colon è molto lungo all'intervento di fissaggio può associarsi a una resezione del sigma.

Nel secondo caso l'intervento viene eseguito per via trans-ale senza incisione addominale.

Esistono essenzialmente due metodiche: **l'intervento d Alteimer (RETTOSIGMOIDECTOMIA PERINEALE)** che prevede una resezione del retto e del sigma per via trans-ale con ripristino della continuità intestinale mediante anastomosi colo-ale e **l'intervento di Delorme** che consiste in una asportazione della mucosa rettale con plicatura della muscolare ed ancoraggio all'ano. Questi interventi sono meno invasivi ma gravati da un'elevata incidenza di recidiva (30-50%).

MODALITA', TEMPI DI ESECUZIONE, EVENTUALI SINTOMI INDOTTI

L'intervento di rettopessi per via addominale viene eseguito in anestesia generale. L'intervento per via perineale può essere eseguito in anestesia spinale o generale. Gli interventi per via addominale possono essere eseguiti per via **Laparoscopica**, cioè mediante 4-5 piccole incisioni di circa 0.5-1,5 cm sulla parete addominale attraverso le quali si gonfia l'addome con un gas inerte (CO₂) e si fanno passare una telecamera ed gli strumenti chirurgici necessari per l'esecuzione dell'intervento e un'incisione addominale di circa 7-10 cm (in sede variabile) per l'estrazione del pezzo asportato o per via **Laparotomica**, ovvero con l'esecuzione di una incisione chirurgica classica di varia estensione in sede mediana. L'approccio laparoscopico deve sempre contemplare la possibilità di convertire la procedura dalla tecnica laparoscopica a quella laparotomica in itinere per qualsiasi motivo precluda o renda rischioso portare a termine l'intervento. In alcuni casi la tipologia di intervento può essere modificata, nell'interesse del paziente, in relazione a particolari aspetti non riscontrati negli esami preoperatori, associando ad esempio eventuali resezioni di altri organi interessati dalla malattia o da patologie concomitanti.

I tempi delle procedure sono variabili ma solitamente durano diverse ore (1-3 h circa). Al risveglio terminate le procedure chirurgiche al paziente saranno già stati posti in sede il catetere vescicale, il sondino naso-gastrico e dei drenaggi addominali; questi presidi verranno rimossi giorni dopo l'intervento. L'alimentazione verrà ripresa gradualmente con il passare dei giorni in base alla ripresa dell'attività intestinale. Il periodo postoperatorio sarà caratterizzato dalla presenza di una sintomatologia dolorosa che verrà controllata farmacologicamente.

RISCHI E COMPLICANZE

È comprensibile che, come tutte le procedure chirurgiche, tali interventi portino con sé un rischio intrinseco, legato all'intervento stesso e/o alla presenza di varianti anatomiche intraaddominali non prevedibili preoperatoriamente e/o di patologie concomitanti.

Si puntualizza, inoltre, che le complicanze esplicitate in questo foglio informativo, logicamente, rappresentano solamente una parte di tutte le problematiche che ogni singolo paziente potenzialmente può sviluppare come conseguenza della malattia da trattare, delle patologie concomitanti, della/e procedure chirurgiche e della sua situazione clinica al momento del ricovero.

Le possibili principali e più frequenti complicanze sono:

- **emorragia ed ematomi postoperatori**, nonché **lesioni dei grossi vasi addominali** che potrebbero comportare la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico;
- **complicanze settiche** da inquinamento intraoperatorio;
- **lesioni ureterali**: possono richiedere il posizionamento di un drenaggio ureterale e/o un

intervento ricostruttivo;

- **deiscenza anastomotica**, nei casi con resezione associata, con possibilità di fistole enteriche e talora necessità di reintervento;
- **insorgenza di stenosi cicatriziale dell'anastomosi**, nei casi con resezione associata, che spesso può esser risolta con semplici dilatazioni per via endoscopica senza richiedere un reintervento;
- **ricidiva del prolasso**: è in relazione alla tecnica chirurgica impiegata. Se si utilizza la rettopessi l'incidenza è inferiore al 10%; negli interventi per via perineale può arrivare sino al 30-50%;
- **aderenze** che si possono formare in cavità addominale ed in casi estremi causare una occlusione intestinale precoce o tardiva che può richiedere un intervento chirurgico;
- **infezione di ferita**;
- **enfisema (presenza di gas) sottocutaneo** (in caso di tecnica laparoscopica);
- **insorgenza di trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari**;
- **formazione di aree atelettasiche o di addensamento polmonare** con successivi fatti infettivi a carico dei polmoni ed eventuale versamento pleurico;
- **laparoccele**: ernia dalle ferite chirurgiche dovuta a deiscenza della fascia muscolare.

INDICAZIONI E VANTAGGI

Il fine del trattamento chirurgico duplice: da un lato correggere il prolasso e dall'altro ripristinare la funzionalità ano-rettale compromessa dalla/e alterazioni anatomo-funzionali.

Sebbene ogni tipologia d'intervento venga proposta dopo lo studio del singolo caso, nei pazienti giovani o in buone condizioni generali è sempre indicata una rettopessi per via addominale. Se è presente una stipsi importante è possibile associare una resezione del sigma per correggerla. Nei pazienti con scadute condizioni generali o anziani può essere indicato il trattamento con accesso perianale, generalmente secondo la tecnica di Delorme.

ALTERNATIVE POSSIBILI

Non esistono terapie alternative alla chirurgia per la guarigione del prolasso rettale. Con la terapia medica di supporto si può tentare di controllare la sintomatologia e le eventuali complicanze, ma non si può arrivare alla guarigione del caso.

LE EVENTUALI VARIAZIONI NEL CORSO DELLA PROCEDURA

Presentandosi la necessità di salvare da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico, con la tecnica proposta, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico.

ATTIVITA' DELLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA

La nostra Divisione di Chirurgia Generale esegue circa 13 interventi annui per patologia coloretale complessa.

Note

aggiuntive: _____

Cosa chiarire con il medico in vista dell'intervento chirurgico e/o del trattamento indicato:

- Informazioni relative alla mia malattia
- In cosa consiste il trattamento e/o intervento chirurgico
- Quali sono i rischi e le possibili complicanze e/o effetti collaterali
- Quali sono le possibili alternative terapeutiche

Camposampiero ___/___/_____

Ultima revisione Luglio 2019