

## INFORMAZIONI SULL'INTERVENTO CHIRURGICO PER EMORROIDI (CON O SENZA PROLASSO MUCOSO RETTALE COESISTENTE)

### 1. Natura e caratteristiche della malattia:

- Le **emorroidi** sono una dilatazione varicosa delle vene del plesso emorroidario; esse possono rimanere all'interno dell'ano (emorroidi di 1° e 2° grado) o prolassare (= abbassarsi fino alla fuoriuscita) all'esterno di esso (emorroidi di 3° e 4° grado).
- Il **prolasso mucoso rettale** si costituisce per lo scorrimento della mucosa (lo strato più superficiale della parete rettale) sugli strati profondi della parete stessa; nel prolasso mucoso rettale interno il suo apice non raggiunge il canale anale; nei gradi maggiori l'apice del prolasso si impegna nel canale anale, fin oltre il margine anale. Esso è spesso associato, nella donna, alla presenza di un rettocele (= ernia della parete anteriore del retto verso la parete posteriore della vagina) di dimensioni variabili. Il prolasso mucoso rettale associato alle emorroidi è definito anche **prolasso muco-emorroidario**.

### 2. Procedura chirurgica: viene proposta alla luce delle indagini preoperatorie effettuate ed è influenzata dal quadro clinico intraoperatorio [indicare la procedura da eseguire]:

- a.  **Emorroidectomia** (= asportazione delle emorroidi),

oppure, in presenza di un importante prolasso mucoso rettale coesistente alle emorroidi:

- b.  **Prolassectomia e anupessi con suturatrice meccanica, o stapler** (= posizionamento e fissazione delle emorroidi, che vengono così conservate nella loro sede normale all'interno del canale anale), eventualmente associata all'**obliterazione del rettocele** (= chiusura della "porta erniaria").

La scelta definitiva sulla procedura da impiegare avviene soltanto all'inizio dell'intervento chirurgico quando, in conseguenza del rilasciamento indotto dall'anestesia, si può definitivamente valutare la reale entità del quadro che si presenta.

### 3. Opportunità dell'intervento chirurgico: sia le emorroidi che il prolasso mucoso rettale tendono a peggiorare nel tempo, aumentando di dimensioni e dando sintomi sempre più frequenti e intensi.

### 4. Vantaggi dell'intervento chirurgico: guarigione delle emorroidi operate, con scomparsa dei sintomi a esse collegati.

### 5. Possibili alternative terapeutiche: il trattamento curativo delle emorroidi di maggiori dimensioni (3° e 4° grado) è esclusivamente chirurgico. Altri tipi di trattamento, spesso non risolutivi, sono riservati alle emorroidi di minori dimensioni (1° e 2° grado) e ai pazienti che, per le loro condizioni generali, non possano essere trattati chirurgicamente.

### 6. Possibilità di una modifica intraoperatoria del programma preventivamente stabilito, che può rendersi necessaria:

- se si constatino difficoltà a eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta;
- se si riscontrino alterazioni non evidenziate preoperatoriamente;
- se sopravvenga un pericolo imminente e/o un danno grave alla persona da operare, non altrimenti evitabile.

In queste circostanze verranno poste in atto tutte le pratiche idonee a scongiurare o limitare pericoli o danni ed eventualmente a portare a termine l'intervento chirurgico in tutta sicurezza.

### 7. Tipo di anestesia da eseguire: **anestesia spinale o epidurale** (= iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata se necessario a sedativi; in alternativa e in situazioni particolari, può essere impiegata l'**anestesia generale**.

### 8. Qualche giorno prima del ricovero, la persona da operare effettuerà presso il <Nome del Centro> il **pre-ricovero** (prelievo di sangue a digiuno, informazioni su eventuali malattie di cui abbia sofferto o di cui soffra e sui farmaci regolarmente assunti, visita cardiologica con elettrocardiogramma, radiografia del torace, visita dell'Anestesista, cui potrà chiedere informazioni sul tipo di anestesia, sui rischi a essa connessi e sul trattamento del dolore postoperatorio).

9. **Il ricovero** avverrà in genere lo stesso giorno dell'intervento. **Prima del ricovero** sono previsti:
- il **digiuno** dalla mezzanotte per gli interventi eseguiti al mattino;
  - oppure una **colazione con soli liquidi** in caso di intervento pomeridiano;
  - l'esecuzione a casa, al mattino presto, di un **clistere** (confezione monouso).

10. **Dopo l'intervento:**

- la persona operata sarà seguita non solo dal Dr. <Nome del Medico>, ma anche da un *team* di medici ed infermieri esperti che lavorano nel <Nome del Centro> e sono coinvolti quotidianamente in questo tipo di chirurgia; ogni problema che possa presentarsi potrà così essere rapidamente valutato e trattato nel modo appropriato;
  - un catetere venoso (= sottile tubo di plastica inserito in una vena di in arto superiore e collegato a una sacca di liquidi) servirà per l'idratazione post-anestesia e la terapia antibiotica e del dolore;
  - si potrà bere dopo qualche ora e mangiare, in genere, il mattino successivo (tranne in caso di comparsa di nausea e vomito);
  - sarà possibile muoversi e alzarsi dal letto, con l'aiuto dagli infermieri, quando saranno riprese la sensibilità e la motilità degli arti inferiori; per alcune ore la persona operata dovrà porre attenzione alla sensazione (ostacolata dall'anestesia) di vescica piena di urina e urinare rimanendo a letto, chiedendo agli infermieri il pappagallo o la padella;
  - la dimissione, in assenza di complicanze, avverrà entro alcune ore in caso di intervento per emorroidi o, al massimo, entro pochi giorni in caso di intervento per prolasso muco-emorroidario; è opportuno che, alla dimissione, la persona operata venga accompagnata da un adulto;
  - alla dimissione sarà prescritta la terapia opportuna e fornite istruzioni su controlli e medicazioni e sul corretto regime igienico e dietetico;
  - nel primo periodo dopo l'operazione sarà necessario osservare il riposo, non prendere decisioni importanti né intraprendere lunghi viaggi; potrebbe essere necessaria una sostituzione frequente delle medicazioni, anche con l'aiuto dei familiari;
  - la persona operata potrà riprendere una normale attività, compreso il lavoro, entro pochi giorni e
  - dovrà contattare il Dr. <Nome del Medico> se avrà notato uno dei seguenti problemi:
    - *Dolore in aumento, rossore, gonfiore o perdite*
    - *Sanguinamento importante*
    - *Difficoltà nella minzione (= svuotamento della vescica)*
    - *Febbre oltre i 38°C o con brividi*
    - *Nausea o vomito.*
11. Possibili **sequele**: *esiti cicatriziali e inestetismi di estensione variabile in funzione delle particolari caratteristiche della malattia e delle attitudini cicatriziali della persona da operare.*
12. Sono possibili **recidive** a distanza variabile di tempo dall'intervento.
13. **Problematiche connesse alle condizioni cliniche** della persona da operare, **alle terapie** da essa seguite e **agli eventuali rischi e complicanze**, anche non strettamente correlate all'intervento, che si possono presentare nel corso dell'intervento o successivamente ad esso.

**Complicanze relativamente più frequenti:**

- **sanguinamento post-operatorio**, precoce (entro 12/24 ore dall'intervento) o tardivo (fino a 15 giorni dall'intervento): se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica, anche in sala operatoria, per effettuare l'emostasi (= tecniche per arrestare l'emorragia);
- **dolore post-operatorio**: più intenso nell'emorroidectomia, nei primi giorni dopo l'intervento; è controllabile con opportuna terapia analgesica;
- **ritenzione urinaria**: si può presentare soprattutto nei pazienti con malattie della prostata e potrebbe rendere necessaria l'applicazione di un catetere urinario nelle prime 12/24 ore dall'intervento;
- altre complicanze minori (**dermatite** reattiva perianale, **prurito**).

**Complicanze più rare** (osservabili soprattutto dopo emorroidectomia):

- **stenosi** (= restringimento cicatriziale) dell'ano: può avere come conseguenza l'emissione di feci sottili (a forma di matita) e dolori alla defecazione;
- **lesioni dei muscoli sfinteri dell'ano**;
- **difficoltà a trattenere gas o feci liquide**: in genere si risolve in alcune settimane;
- **incontinenza** a gas, muco, feci liquide o, molto raramente, a feci solide: si manifesta soprattutto in soggetti anziani con preesistente presenza di alterazione della continenza ed è in genere transitoria (a meno che non sia dovuta a **lesioni dei muscoli sfinteri dell'ano**).

**Complicanze più rare** (osservabili soprattutto dopo prolassectomia):

- **dolore anale** prolungato o anche cronico;
- **urgenza defecatoria** (= stimolo a evacuare così imperioso da rendere necessario correre in bagno), che in genere si risolve in alcune settimane;
- **perforazione del retto**;
- **pneumoretroperitoneo** (= presenza di gas, proveniente dal focolaio chirurgico, al di dietro del sacco peritoneale

**Complicanze più rare** (osservabili sia dopo emorroidectomia che dopo prolassectomia):

- formazione di **ragadi anali** post-operatorie;
- **suppurazione** della ferita residua alla caduta del tessuto legato, con possibile formazione di ascessi anali (da cui residuano **fistole anali** o **retto-vaginali**), fino allo sviluppo di una **sepsi** (= grave malattia sistemica dovuta alla risposta dell'organismo all'invasione di tessuti normalmente sterili da parte di microrganismi patogeni o potenzialmente patogeni) o di una **gangrena** perineale.

Si tenga comunque presente che a qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica possono seguire **complicanze generiche**, talvolta molto gravi e potenzialmente mortali: lesione di vasi e nervi, lesioni della cute e dei tessuti dovute a correnti elettriche, calore (p.es. materassini riscaldabili) e/o disinfettanti, reazioni allergiche, complicanze a carico del sistema cardio-circolatorio (flebiti e trombosi venose con possibili embolie, alterazioni del ritmo cardiaco, occasionalmente infarto cardiaco, insufficienza cardio-circolatoria), dei polmoni (ditelectasie, cioè collasso di piccole aree polmonari con aumento del rischio di broncopolmonite, insufficienza respiratoria), dei reni e delle vie urinarie (insufficienza renale, infezioni delle vie urinarie), del fegato (insufficienza epatica), dell'encefalo (disturbi del circolo cerebrale, reazioni psicotiche), ecc., soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (cardiopatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (immunodepressione, diabete mellito, obesità, turbe della coagulazione, deperimento organico, tabagismo, ecc.).

Il trattamento di queste complicanze può prolungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche, anche un nuovo intervento chirurgico; il <Nome del Centro> è dotato di adeguate attrezzature per la pronta rianimazione del paziente e di struttura autonoma di terapia intensiva postoperatoria.