

INFORMAZIONI SULL'INTERVENTO CHIRURGICO PER FISTOLA PERIANALE

1. **Natura e caratteristiche della malattia:** la **fistola perianale** è, il più delle volte, una conseguenza dell'ascesso ed è costituita da un sottile canale di comunicazione tra la sede d'origine dell'ascesso, nell'ano-retto, e uno o più orifizi cutanei esterni posti nella regione perianale, a maggiore o minore distanza dall'ano. La fistola può essere anche espressione di una malattia cronica intestinale o, in rarissimi casi, di una neoplasia; l'esame istologico del tessuto prelevato può indirizzare verso tali patologie. La **fistola perianale** viene classificata in base al tragitto e ai suoi rapporti anatomici che instaura con i muscoli sfinteri esterno e interno dell'ano, che possono essere più o meno complessi.
2. **Procedura chirurgica:** viene proposta alla luce delle indagini preoperatorie effettuate ed è influenzata dal quadro intraoperatorio. Il trattamento delle fistole anali e ischio-rettali è spesso complesso, varia a seconda del percorso anatomico dei tragitti fistolosi ed è comunque in funzione della sede della fistola e della quantità di sfintere coinvolto; di frequente, una corretta programmazione del tipo di intervento è possibile solo intraoperatoriamente quando, grazie al rilasciamento prodotto dall'anestesia, possono essere più agevolmente studiati i rapporti anatomici della fistola con i muscoli sfinteri esterno e interno dell'ano. L'intervento consiste, nei casi più semplici, nella **fistulotomia** (= la sezione della fistola), mentre, nelle fistole profonde, nella **fistulectomia** (= l'asportazione della fistola) con eventuale **posizionamento di un setone** (= un grosso filo) a cavallo dello sfintere isolato, con lo scopo di drenare l'infezione residua e di permettere la sezione progressiva del muscolo interessato, evitandone l'immediata sezione completa. Il setone sarà in genere inizialmente lasso e successivamente messo, se necessario, in tensione. Tutto questo procedimento può richiedere periodi di tempo molto variabili (2/3 mesi nei casi più semplici e fino a 6/8 mesi nei casi più complessi). Tra le tecniche chirurgiche proposte di recente per salvaguardare l'integrità dei muscoli sfinteri anali interno ed esterno si annovera la **LIFT** (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract, cioè Legatura Intersfinterica del Tragitto Fistoloso), che ha dimostrato ottimi risultati in termini di guarigione, di recidiva e di gradimento da parte del paziente.
3. **Opportunità dell'intervento chirurgico:** la cura delle fistole anali e ischio-rettali è esclusivamente chirurgica e prevede, a seconda della complessità del caso, uno o più interventi con tempi lunghi di guarigione e necessità di numerose visite e medicazioni.
4. **Possibili alternative terapeutiche:** è estremamente raro che una fistola guarisca spontaneamente e, al momento, non esistono alternative alla chirurgia; un trattamento non chirurgico non è risolutivo e comporta rischi infettivi e la possibilità che sopravvengano, nel tempo, degenerazioni neoplastiche (= tumorali).
5. **Vantaggi dell'intervento chirurgico:** lo scopo del trattamento è identificare la natura della fistola e curarla, spesso in più interventi.
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 loco-regionale** (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 soffre 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; 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. **Rischi specifici** della chirurgia della fistola anale e ischio-rettale: *il mantenimento della **continenza anale** (= capacità di controllare e trattenere il contenuto intestinale) è di grande importanza nella scelta del trattamento; comunque, per la maggioranza dei pazienti, l'intervento non comporta l'incisione di una significativa porzione dei muscoli anali, per cui la continenza non è, in genere, a rischio. Ciononostante, ogni lesione sfinterica può comportare difficoltà di vario grado nel controllo dei gas, dei liquidi (muco e feci liquide) e, molto più di rado, delle feci solide. Per limitare il più possibile questo rischio si attuano procedure come il posizionamento del setone o gli interventi che salvaguardano l'integrità sfinteriale.*

12. Possibili **sequele**: *esiti cicatriziali e inestetismi di estensione variabile in funzione delle particolari caratteristiche della malattia e delle attitudini cicatriziali della persona da operare.*

13. Sino possibili **recidive** a distanza variabile di tempo dall'intervento.

14. **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, che possono verificarsi a distanza di tempo variabile (da 12/24 ore fino a 15 giorni) dall'intervento:

- **sanguinamento post-operatorio**: se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica, anche in sala operatoria, per effettuare l'emostasi (= tecniche per arrestare l'emorragia);
- **difficoltà a trattenere** gas o feci liquide: che nella gran parte dei casi regredisce entro alcune settimane;
- **dolore post-operatorio**: in genere controllabile con i comuni analgesici, più intenso nei primi giorni dopo l'intervento;
- **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.

Complicanze più rare:

- **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**).
- **dolore postoperatorio** prolungato;
- **stenosi** (= restringimento cicatriziale) dell'ano: può avere come conseguenza l'emissione di feci sottili (a forma di matita) e dolori alla defecazione:
- **trombosi venosa profonda**.

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.