

## INFORMAZIONI SULL'INTERVENTO CHIRURGICO PER POLIPO DEL RETTO

1. **Natura e caratteristiche della malattia:** *i polipi sono escrescenze patologiche che crescono dalla mucosa (lo strato più superficiale della parete) dell'intestino crasso (colon o retto) e sporgono nel canale intestinale (lume). Alcuni polipi hanno una larga base d'impianto (sessili), altri hanno un gambo (peduncolati). I polipi sono una delle condizioni più comuni che colpiscono il colon-retto, si verificano in una percentuale che varia dal 15 al 20 % della popolazione adulta.*
2. **Opportunità della polipectomia** (= asportazione del polipo): *anche se la maggior parte dei polipi sono benigni, è stata verificata la relazione tra un tipo di polipo (l'adenoma) e il cancro del grosso intestino. La maggior parte dei cancri del colon-retto deriva infatti dalla trasformazione in senso maligno di adenomi benigni, ma solo una piccola percentuale di adenomi si trasformerà in neoplasia maligna. Un polipo adenomatoso del colon-retto può evolvere in un cancro in base al tempo trascorso dalla sua iniziale formazione (in genere, anni) e alle sue dimensioni (quanto più grosso e il polipo stesso, tanto maggiore è la possibilità che si stia trasformando). Poiché non vi è un modo infallibile di valutare con la sola osservazione endoscopica se un polipo sia già maligno né di prevedere se lo diventerà in futuro, è consigliata la rimozione totale di tutti i polipi individuati.*
3. **Possibili alternative terapeutiche:** *la stragrande maggioranza dei polipi possono essere rimossi per via endoscopica, ambulatorialmente e col minimo disagio. Solo alcuni polipi che, per le dimensioni o per la posizione, non possano essere rimossi endoscopicamente, dovranno essere asportati chirurgicamente.*
4. **Procedura chirurgica:** *viene proposta alla luce delle indagini preoperatorie effettuate. I polipi situati nell'ampolla rettale (= la parte del retto più vicina all'ano) vengono asportati per via transanale, divaricando l'ano con uno strumento detto divaricatore, e suturando la base di impianto del polipo.*
5. **Vantaggi dell'intervento chirurgico:** *l'asportazione di un polipo adenomatoso ne impedisce la futura trasformazione maligna e comporta la scomparsa dei sintomi a esso collegati e la completa guarigione.*
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; 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;
  - 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. Possibilità di **recidive** a distanza variabile di tempo dall'intervento: *più che recidive locali, è possibile che nel tempo si formino altri polipi, detti metacroni, in qualsiasi segmento del colon-retto, per cui si raccomanda la sorveglianza endoscopica periodica dopo l'asportazione di uno o più polipi del grosso intestino.*
12. **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**, in genere rare e precoci:

- **sanguinamento post-operatorio**: in genere è modesto; se fosse abbondante, potrebbe richiedere una revisione chirurgica, anche in sala operatoria, per effettuare l'emostasi (= tecniche per arrestare l'emorragia);
- **dolore post-operatorio**, in genere controllabile con opportuna terapia analgesica;
- **febbre** da batteriemia (= passaggio di germi intestinali nel sistema circolatorio) transitoria;
- **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;
- **suppurazione** della ferita chirurgica o **perforazione del retto**, con possibilità di:
  - formazione di **ascessi** pararettali e pelvici;
  - conseguente formazione di **ragadi** e **fistole perianali** e **retto-vaginali**;
  - 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**;
  - sviluppo di uno **pneumoretroperitoneo** (= presenza di gas, proveniente dal focolaio chirurgico, al di dietro del sacco peritoneale);
- **lesioni dei muscoli sfinteri dell'ano**;
- **urgenza defecatoria** (= stimolo a evacuare imperioso), che in genere si risolve in alcune settimane;
- **difficoltà a trattenere gas o feci liquide**, che 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**);
- **trombosi venosa profonda**.

Si tenga comunque presente che a qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacológica 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.