

INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER PROLASSO RETTALE

Mod. 0355

Pag. 1 di 4

Parola chiave:

CH GEN 21

Rev. 02

del 16/10/25

UNITÀ FUNZIONALE DI CH. GENERALE

Informazioni sulla malattia

Il **prolasso rettale** è definibile come la protrusione dell'intestino retto con tutti gli strati della sua parete al di fuori dell'ano (prolasso totale) o all'interno dello stesso (prolasso retto-rettale o retto-anoale o intussuscezione). Il prolasso rettale, quando sintomatico, rappresenta un'evenienza patologica tale da richiedere esclusivamente una cura chirurgica. Nel caso del prolasso interno o intussuscezione, viene diagnosticato con l'esame clinico e radiografico. Il prolasso completo esterno è ben visibile all'esterno specie dopo ponamento (spinta durante l'atto evacuatorio) o in posizione accovacciata e costringe il paziente alla sua riduzione manuale.

L'intervento

In letteratura non esiste unanime consenso sulla tecnica di trattamento chirurgico indicato a causa dei molteplici fattori implicati nella genesi del prolasso rettale. Ciascun intervento chirurgico si differenzia per essere più o meno invasivo, per avere percentuali diverse di complicanze e di successo. Dopo la valutazione clinica e diagnostica, in base alla nostra personale esperienza è stato proposto l'intervento che potrà prevedere:

- **RETTOPESSI:** consiste nella sospensione del retto alle strutture ossee della pelvi con o senza interposizione di una protesi. Può essere eseguita anche per via laparoscopica;
- **RETTOPESSI CON RESEZIONE COLICA:** consiste nella sospensione del retto associata alla resezione di un segmento di colon ridondante. Può essere eseguita anche per via laparoscopica;
- **INTERVENTO DI RESEZIONE DI RETTO PER VIA PERINEALE** (Intervento di Altemeier);
- **INTERVENTO PROLASSECTOMIA PER VIA PERINEALE:** consiste nella resezione della mucosa del retto prolassato associata a plicatura della muscolare. (Intervento di Delorme);
- **INTERVENTO DI RESEZIONE DI RETTO PER VIA TRANSANALE:** consiste nella resezione a tutto spessore del retto e di tutto il tratto di colon prolassato e la successiva ricongiunzione intestinale (ANASTOMOSI) attraverso la via transanale (Intervento sec. STARR o trans-STARR).

La scelta del tipo di intervento può essere soggetta a cambiamenti in sala operatoria, qualora si evidenzino un quadro clinico sensibilmente diverso da quanto riscontrato pre-operatoriamente.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
dichiaro di essere stata/o informata/o sia nel corso della prima visita che durante il ricovero, in modo a me chiaro e comprensibile dal Dr./Prof. _____ che, per la patologia riscontratami, "**PROLASSO RETTALE**" è indicato il trattamento chirurgico, che verrà effettuato dall'equipe di questa Unità Operativa.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che il Prolasso Rettale consiste nella fuoriuscita di una parte del retto attraverso l'orifizio anale (**PROLASSO RETTALE COMPLETO**) o nell'abbassamento di una porzione del retto nel suo stesso lume (**PROLASSO RETTALE INTERNO OD INTUSSUSCEZIONE RETTALE**).

INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER PROLASSO RETTALE

Parola chiave:

CH GEN 21

Rev. 02

del 16/10/25

Sono stato/a chiaramente informato/a che, non esistendo, in letteratura, unanime consenso sulla tecnica di trattamento chirurgico a causa dei molteplici fattori implicati nella genesi del prollasso rettale esistono diverse opzioni chirurgiche.

Dopo la valutazione clinico strumentale a cui è stato/a sottoposto/a e la nostra personale esperienza, riteniamo indicato proporle l'intervento di:

☐ **RETTOPESSI:** consiste nell'isolamento del retto dalle strutture anatomiche che lo circondano, nel suo collocamento in posizione normale e nella sua FISSAZIONE ALL'OSSO SACRO con punti o con una protesi retiforme secondo varie tecniche chirurgiche descritte. Può essere eseguita anche per via laparoscopica.

☐ **RETTOPESSI CON RESEZIONE COLICA:** consiste nell'isolamento e sospensione del retto all'osso sacro a cui si associa la resezione di un segmento di colon ridondante. Può essere eseguita anche per via laparoscopica.

☐ **INTERVENTO DI RESEZIONE DI RETTO PER VIA TRANSANALE:** consiste nella resezione a tutto spessore del retto e di tutto il tratto di colon prolassato e la successiva ricongiunzione intestinale (ANASTOMOSI) attraverso la via transanale.

☐ **INTERVENTO DI RESEZIONE DI RETTO PER VIA TRANSANALE:** consiste nella resezione a tutto spessore del retto e di tutto il tratto di colon prolassato e la successiva ricongiunzione intestinale (ANASTOMOSI) attraverso la via transanale con Stapler (S.T.A.R.R. o Trans-S.T.A.R.R.).

☐ **INTERVENTO DI RIPARAZIONE DEL PROLASSO CON PLASTICA DEL PROLASSO TRANSANALE** su muscolatura e tratto mucoso prolassato consiste nella Plicatura trans anale mucolare e mucosa con punti trans fissi (es. Delorme, Delorme interna, Block et al...).

☐ **INTERVENTO PROLASSECTOMIA PER VIA PERINEALE:** consiste nella resezione della sola mucosa del retto prolassato associata a plastica della parete muscolare del retto e successiva ricongiunzione (ANASTOMOSI) mucosa.

Gli interventi per via addominale, richiedono nel caso della laparotomia una incisione addominale di lunghezza variabile, e sono eseguiti solitamente in anestesia generale, quelli per via perineale possono essere condotti in anestesia loco-regionale (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a sedativi.

Sono stato/a informato/a in maniera esauriente che il trattamento chirurgico non corregge nella maggior parte dei casi la stipsi che spesso accompagna questa patologia e che talora essa può addirittura accentuarsi. Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente.

Dell'intervento propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto agli altri tipi di intervento chirurgico), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze intra- o post-operatorie fra le quali le più significative sono:

INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER PROLASSO RETTALE

Parola chiave:

CH GEN 21

Rev. 02

del 16/10/25

- Emorragia intraoperatoria da lacerazione della milza, che richiede la sua asportazione ed un successivo trattamento medico (vaccinazione anti pneumococcica e talora prolungato trattamento con inibitori dell'aggregazione piastrinica per ridurre il rischio di trombosi);
- Lesione di organi addominali e perforazione del retto;
- Occlusione intestinale;
- Emorragia intestinale;
- Deiscenza dell'anastomosi, in caso di resezione del sigma, con possibile peritonite;
- Fistola retto-vaginale.
- Ritenzione urinaria, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- Suppurazione delle ferite chirurgiche;
- Infezioni cutanee, urinarie e polmonari;
- Trombosi venosa ed embolia polmonare;
- Infarto del miocardio in individui affetti da vasculopatie.

Il trattamento di queste complicanze può allungare sensibilmente la degenza e richiedere, in alcuni casi, oltre a terapie mediche anche il reintervento chirurgico. Per trattare una fistola retto-vaginale o una deiscenza anastomotica può rendersi necessario il confezionamento di una colostomia temporanea.

Le complicanze tardive possibili sono:

- Stipsi o peggioramento della stipsi preesistente;
- Il laparocele che può richiedere un intervento riparativo della parete addominale;
- Difficoltà a trattenere gas o feci liquide;
- La recidiva del prolasso a distanza variabile di tempo;
- Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da _____

Il chirurgo mi ha informata/o sufficientemente sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che questa può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetto/a (_____).

Sono altresì informato/a che residueranno in ogni caso una o più cicatrici a livello addominale nel caso degli interventi per via addominale. Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente, non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero delle difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, 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 prospettatomi.

INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER PROLASSO RETTALE

Parola chiave:

CH GEN 21

Rev. 02

del 16/10/25

Ciò premesso, dichiaro di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce. Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente:

Acconsento ☐ **Non Acconsento** ☐

a sottopormi al trattamento chirurgico, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

Autorizzo ☐ **Non Autorizzo** ☐

i Sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato;

Autorizzo ☐ **Non Autorizzo** ☐

l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

Acconsento ☐ **Non Acconsento** ☐

a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge 676/96 e del D.L. 123/97 sulla privacy.

Data _____

Firma e Timbro del Medico

Firma del Paziente

Firma del Tutore esercente la Potestà o del Genitore

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____