

INDICE

1.0	SCOPO.....	2
2.0	GENERALITA'	2
3.0	RESPONSABILITA'	2
4.0	ITER DIAGNOSTICO	2
4.1	ACCERTAMENTO DELLA PATOLOGIA	2
4.2	ESAMI STRUMENTALI	2
4.3	INFORMAZIONE DEL PAZIENTE SUL TIPO DI TRATTAMENTO	2
5.0	TERAPIA CHIRURGICA	2
5.1	VALUTAZIONE OPERABILITÀ	2
5.2	PREPARAZIONE PRE-OPERATORIA	3
5.3	PREPARAZIONE OPERATORIA.....	3
5.4	TECNICA CHIRURGICA	3
5.5	CHIUSURA DELLA FERITA E MEDICAZIONE	4
6.0	ASSITENZA POST-OPERATORIA	4
7.0	RISCHI OPERATORI PARTICOLARI	4
8.0	COMPLICANZE	4
9.0	LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO.....	5

Rev.	Motivo	Data
0	Sostituzione del BL0938PRA	07.04.02

EMESSO**Dott. Ferruccio Lucchesi****APPROVATO****DSA – Prof. Rolando Pin**

1.0 SCOPO

Scopo del presente protocollo medico-chirurgico (PM) è quello di fornire al personale medico e sanitario della Casa di Cura Privata M.D. Barbantini -Lucca – le modalità per diagnosi e cura delle patologie considerate.

2.0 GENERALITA'

Il PM descrive l'iter terapeutico per l'intervento chirurgico per emorroidectomia, fornendo ai medici ed operatori sanitari la routine degli esami di laboratorio e la terapia prevista

Il documento è di proprietà della Casa di Cura M.D. Barbantini e non può essere divulgato all'esterno.

3.0 RESPONSABILITA'

Il PM è emesso dal Responsabile della S.O. di Chirurgia Generale ed approvato dalla Direzione Sanitaria.

E' compito dei medici che operano nella disciplina e degli infermieri professionali, di seguire l'iter terapeutico previsto nel presente PM.

4.0 ITER DIAGNOSTICO

4.1 ACCERTAMENTO DELLA PATOLOGIA

Visita medica ed eventuali esami, mirati ad una corretta diagnosi della patologia.

Usare uno retto sigmoidoscopio per escludere altre affezioni rettali quali un carcinoma intestinale che può essere causa di emorragia rettale.

Eeguire sempre un clisma opaco o una colonscopia nei pazienti anziani con emorragia rettale.

L'intervento non deve essere eseguito nei pazienti con patologie intestinali infiammatorie. Va evitato anche durante la gravidanza, perché il parto è di solito seguito da un miglioramento della sintomatologia.

4.2 ESAMI STRUMENTALI

- Retto sigmoidoscopio
- Clisma opaco

4.3 INFORMAZIONE DEL PAZIENTE SUL TIPO DI TRATTAMENTO

Al momento della visita il medico operatore informa il paziente in merito all'intervento chirurgico necessario per la cura della patologia accertata (iter terapeutico, evoluzione post operatoria e eventuali complicazioni). Al termine del colloquio, il medico operatore consegna il Consenso Consapevole ed Informato ad eseguire intervento (rif. § 7.0), redatto in duplice copia, di cui una firmata dal paziente deve essere allegata ai risultati degli accertamenti diagnostici da inserire in Cartella Clinica, ai fini della programmazione per l'intervento chirurgico (lista operatoria).

5.0 TERAPIA CHIRURGICA

5.1 VALUTAZIONE OPERABILITÀ

- Visita Anestesiologica.
- Valutazione della patologia e delle eventuali patologie concomitanti sia locali che generali.
- Definizione della profilassi antitrombotica da attuare.

5.2 PREPARAZIONE PRE-OPERATORIA

Al paziente che viene ricoverato il giorno prima dell'intervento chirurgico, la sera prima gli viene somministrata una supposta di glicerina. Altrimenti tali modalità vengono prescritte prima dell'intervento. Il mattino dell'intervento al paziente gli viene praticato un clistere.

Il giorno prima dell'intervento si iniziano a somministrare lassativi per facilitare l'evacuazione e la ripresa di una regolare funzionalità intestinale.

5.3 PREPARAZIONE OPERATORIA

Viene praticata l'anestesia generale, associata ad una anestesia sacrale per garantire sollievo dal dolore post-operatorio per un periodo fino a 12 ore. Invece l'anestesia generale si può utilizzare l'anestesia epidurale o l'anestesia spinale bassa per gli anziani o per quei pazienti che non sopportano l'anestesia generale.

Dopo aver messo il paziente in posizione litotomica con le natiche sull'orlo del tavolo, la cute perianale viene disinfettata con un antiestetico blando ed il canale anale viene deterso usando una spugna imbevuta di soluzione antisettica. Al paziente vengono poi messi dei gambaletti ed un telo con un buco viene collocato trasversalmente, in modo da consentire l'esposizione del perineo.

In ogni emorroide viene infiltrata lidocaina all'1% con adrenalina (1:300.000) per facilitare la definizione dei piani tissutali, ridurre l'emorragia, ed agevolare un'analgesia post-operatoria.

5.4 TECNICA CHIRURGICA

1. Si esegue una delicata divulsione anale se il canale anale è stretto, per facilitare l'espulsione delle emorroidi e ridurre il dolore post-operatorio.
2. Pinze Dunhill o simili, vengono applicate sulla cute perianale nella zona appena al di sotto della giunzione muco-cutanea di ciascun cuscinetto emorroidario; questi si trovano in una posizione corrispondente alle ore 3, 7 e 11 del quadrante di un orologio. Se sono presenti piccole appendici cutanee, anch'esse devono venire incluse; quindi si esercita una trazione sulle pinze in modo da attirare ciascuna emorroide in fuori nel campo visivo.
3. Una pinza di Burkett o simile viene applicata all'estremità superiore di ogni emorroide ed esercitando trazione su queste pinze si mettono in evidenza la giunzione tra la mucosa emorroidale e la mucosa anale normale.
4. Le emorroidi vengono escisse una alla volta. Per evitare che il sangue ostacoli la visione del campo operatorio, iniziare con l'emorroide delle ore 7, proseguire con quella delle ore 3 e terminare con quella delle ore 11. Le altre emorroidi vengono tenute lontane fissando le pinze precedentemente applicate ai teli con apposite graffe. L'asportazione dell'emorroide procede tenendo le pinze nel palmo della mano sinistra, inserendo l'indice nel canale anale e spingendo in fuori l'emorroide tenendola con il polpastrello del dito. Usando forbici curve, incidere un semicerchio di pelle attorno alla base dell'emorroide ed estenderlo lateralmente ad essa nella superficie mucosa.
5. Con dissezione con strumento tagliente e per via smussa staccare l'emorroide dal sottostante sfintere anale riconoscibile per il caratteristico colore bianco. Questo deve essere riconosciuto prima di procedere con la dissezione.
6. La zona di dissezione viene assottigliata andando verso l'alto ed una volta definito il peduncolo dell'emorroide, questo viene trafisso con un catgut 00 o un'altra sutura riassorbibile. Il laccio viene annodato lasciando il nodo all'interno del lume. E' importante non prendere lo sfintere anale con questo punto, perché ciò provocherebbe un intenso dolore post-operatorio.
7. Una volta asportata l'emorroide lasciando una discreta quantità di tessuto abbastanza lungo distalmente al laccio si tira basso il peduncolo facendo trazione sul laccio in modo da rendere visibile il letto emorroidario e coagulare tutti i punti sanguinanti.
8. Le altre due emorroidi vengono trattate allo stesso modo; devono sempre lasciare adeguati ponti di pelle e di mucosa le zone da cui si sono asportate emorroidi.

9. Se sono presenti emorroidi secondarie, possono venire asportate mediante dissezione al di sotto dei ponti muco-cutanei residui, a meno che questi non siano stretti; in questo caso ci si dovrà limitare all'asportazione delle emorroidi primarie. La ferita deve essere regolarizzata in modo da asportare tutte le piccole irregolarità della cute.
10. Alla fine dell'intervento le incisioni cutanee devono avere forma di un trifoglio con punti cutanei do forma triangolare.

5.5 CHIUSURA DELLA FERITA E MEDICAZIONE

1. Le ferite vengono ricoperte con garze paraffinate piegate a triangolo ed infilate nell'ano in modo da coprire la ferita. Si applica quindi una compressa di garza assorbente tenuta ferma da un bendaggio a "T".
2. L'inserimento di rotoli di spugna o tubi di gomma nell'ano per bloccare l'emorragia post-operatoria è doloroso e si può evitare se il chirurgo perfeziona l'emostasi al termine dell'intervento.

6.0 ASSISTENZA POST-OPERATORIA

La medicazione viene asportata bagnandola nel bagno il giorno dopo l'intervento. Successivamente, il paziente deve fare il bagno ogni giorno e lavarsi attentamente ogni volta che evacua.

Un'esplorazione rettale per controllare l'insorgenza di un'eventuale stenosi viene eseguita in quinta giornata o dopo 2-3 settimane, a seconda del parere del chirurgo. Se presente una stenosi o uno spasmo dello sfintere, al paziente viene consigliato l'uso di un dilatatore anale.

Il paziente resta in ospedale fino a quando non riprende la canalizzazione e lo si incoraggia a seguire una dieta ricca di fibre dopo la dimissione. Una completa cicatrizzazione della ferita avviene solitamente in 6 settimane. Si avverte il paziente che possono esservi perdite dalla ferita fintanto che la cicatrizzazione non è completa.

7.0 RISCHI OPERATORI PARTICOLARI

1. Lesione degli sfinteri anali.
2. Inclusione degli sfinteri nei punti trafissi sui gavoccioli emorroidari. Questo comporta grave dolore post-operatorio.

8.0 COMPLICANZE

1. Emorragia dai piccoli vasi sul margine mucoso o dalla superficie aperta della ferita. Può essere controllata applicando un tampone di garza imbevuto in soluzione di adrenalina (1:200.000), anche se a volte può essere necessario elettrocoagularli. Molto raramente il laccio sul peduncolo può scivolare e l'emorragia essere profusa; in questo caso il paziente viene rianestetizzato, riportato in sala operatoria ed il punto sanguinante chiuso con un punto trafisso.
2. Un'emorragia secondaria può verificarsi tra la prima e la terza settimana post-operatoria ed è il solito dovuta ad infezione. Se si riesce a localizzare il punto di sanguinamento, esso viene chiuso con un punto trafisso, altrimenti il canale anale viene tamponato con garze per 24-48 ore ed al paziente vengono somministrati antibiotici (ad esempio metronidazolo ed una cefalosporina).
3. La ritenzione urinaria acuta è il risultato di un cattivo controllo del dolore post-operatorio. Può rendersi necessario posizionare un catetere vescicale ed in un paziente di sesso maschile va esclusa una patologia prostatica.
4. Può formarsi un fecaloma se al paziente non viene controllato adeguatamente il dolore e non vengono somministrati lassativi.
5. Una stenosi anale durante il periodo di rimarginazione della ferita può essere causata da ponti muco-cutanei troppo piccoli; in questo caso al paziente va insegnato l'uso del dilatatore. Se in questo modo non si ottengono risultati soddisfacenti, l'ano va dilatato in anestesia generale.

6. La cicatrizzazione crociata provoca l'aderenza tra ferite opposte; questo si impedisce col passaggio regolare di feci solide. Una volta formate, le aderenze possono essere rotte in anestesia generale e se ne deve impedire la riformazione prescrivendo regolarmente lassativi con o senza l'uso di dilatatori anali.
7. La formazione di fistole anali è dovuta ad una cattiva cicatrizzazione e possono essere evitate verificando che le ferite siano pulite ed usando, se necessario, un dilatatore anale.

9.0 LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- Atlante Chirurgia - Calne / Pollard