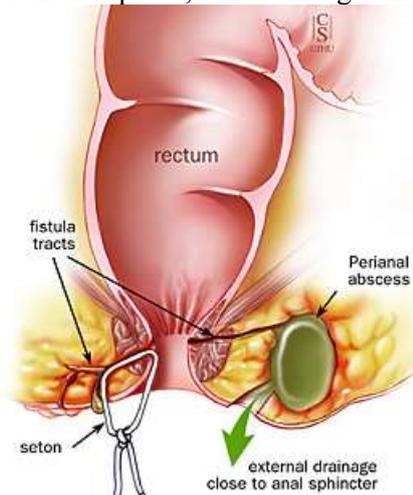


	Modulo Informativo	ALL05_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
	ASCESSO-FISTOLA PERIANALE	Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

Gentile Sig./Sig.ra

L'esame clinico e gli accertamenti eseguiti hanno evidenziato una **ASCESSO e/o FISTOLA PERIANALE** per cui è indicato il trattamento chirurgico.

L'ascesso perianale è una cavità ripiena di pus causata dall'infezione di alcune ghiandole situate nel canale anale; la fistola è un piccolo tunnel che mette in comunicazione la sede d'origine dell'ascesso e l'orifizio cutaneo e spesso, è una conseguenza dell'ascesso.



La cura degli ascessi e delle fistole anali 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.

L'intervento previsto consiste nell'**INCISIONE (E DRENAGGIO) DELL'ASCESSO**, in **anestesia locale** (o locoregionale, mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale, associata, se necessario, a sedativi) per permettere la fuoriuscita del pus. Il trattamento della **FISTOLA** è molto più complesso e varia a seconda dell'anatomia dei tramiti fistolosi. Spesso 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 con i muscoli dell'apparato sfinterico. Il trattamento comunque è in funzione della sede e della quantità di sfintere coinvolto. L'intervento può consistere, nei casi più semplici e per le fistole più superficiali, nella **FISTULOTOMIA** (ovvero nella sezione della fistola). Nelle fistole complesse che coinvolgono una porzione maggiore di sfintere, il trattamento avverrà in più tempi. Talvolta, quando la fistola appaia complessa e le indagini preoperatorie non siano state sufficientemente chiare nel definire il percorso del tramite fistoloso ed il coinvolgimento degli sfinteri potrà essere indicato eseguire una **VISITA IN SEDAZIONE PROFONDA** per programmare i successivi tempi di trattamento.

La **FISTOLECTOMIA** prevede l'asportazione di tutto il tramite fistoloso, dall'ano alla cute. A seconda delle condizioni evidenziate al momento dell'intervento e sulla scorta di dati pre operatori si deciderà se procedere al posizionamento di un **SETONE**, cioè di un grosso filo, o di un **ELASTICO** che hanno lo scopo di far uscire tutto il materiale presente nella fistola. Il setone o l'elastico potranno essere periodicamente messi in trazione per sezionare lentamente il tessuto muscolare (**ELASTODIERESI** o **SEZIONE LENTA**). Nei casi in cui il tramite fistoloso residuo fosse superficiale, il trattamento consisterà nella fistulotomia altrimenti si procederà ad un intervento più complesso che consisterà in una **PLASTICA SFINTERIALE, CHIUSURA DELL'ORIFIZIO FISTOLOSO INTERNO E PLASTICA CON LEMBO MUCOSO**.

In casi particolari, quando indicato, il tramite fistoloso potrà essere chiuso con l'**INIEZIONE DI COLLA DI FIBRINA**, materiale autologo biocompatibile.

Un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito può comunque rendersi necessario per il riscontro di alterazioni non evidenziate preoperatoriamente.

	Modulo Informativo	ALL05_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
	ASCESSO-FISTOLA PERIANALE	Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

L'intervento necessario per la cura della fistola avverrà in **anestesia loco-regionale** (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a sedativi; in alternativa ed in situazioni particolari, può essere impiegata l'**anestesia generale**.

Inoltre esiste la possibilità che la fistola si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento e/o che l'ascesso recidivi, se è stato trattato solo in urgenza col drenaggio.

Di solito è necessario un ricovero che può durare da poche ore ad alcuni giorni in ragione dell'entità del problema da trattare e del tipo di anestesia praticata e la sintomatologia dolorosa viene in genere controllata con l'assunzione dei comuni antidolorifici.

Le complicanze immediate o tardive possono essere:

- **sanguinamento**, che se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria;
- **difficoltà a trattenere gas o feci liquide**, che nella gran parte dei casi regredisce entro 3-4 settimane.
- **ritenzione urinaria**, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- **suppurazione** delle ferite chirurgiche;
- **incontinenza ai gas** o più raramente **alle feci**, soprattutto in soggetti anziani con preesistente presenza di alterazione della continenza.
- **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, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica, ecc.

L'incidenza di queste complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e di cui è affetta/o.

Relativamente alla convalescenza la informiamo che:

- il periodo di recupero e di guarigione delle ferite varia a seconda della complessità del trattamento - sarà necessaria una rigorosa e scrupolosa gestione della ferita con automedicazioni
- potranno essere necessari frequenti controlli medici ambulatoriali.

La chirurgia, ed in particolare quella eseguita in urgenza, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi e l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da comorbilità preesistenti. Presentandosi un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche di cui sopra, 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. Per qualsiasi altra delucidazione sull'intervento e/o complicanze è possibile rivolgersi al personale medico di reparto.