

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA EMORROIDARIA MEDIANTE INTERVENTO  
LASER EMORROIDI HeLP**

Si intende per consenso informato l'accettazione, da parte del Paziente, di una terapia i cui fondamenti sono stati spiegati dal Medico Specialista al Paziente stesso e da questi sono stati ben compresi.

Esistono diversi tipi di trattamento chirurgico o parachirurgico delle emorroidi: dai classici interventi di emorroidectomia selettiva (il più eseguito è quello di Milligan-Morgan), si passa all'intervento di Longo che trova indicazione soprattutto nei casi di emorroidi complicate da prollasso rettale, sino ad arrivare ai trattamenti di sclerosi o di legatura elastica che hanno il pregio di essere meno cruenti, ma che in un elevato numero di casi espongono a complicanze e a recidive. Tali interventi, nessuno escluso, hanno un comune denominatore: l'asportazione diretta o provocata delle emorroidi e di una porzione di tessuto ad esse circostante, fatto questo che spiega il dolore postoperatorio avvertito dal paziente e le non infrequenti complicanze emorragiche o della funzionalità sfinteriale.

Oltre a quelli sopra citati esiste tuttavia (ormai da più di 10 anni) un altro approccio al trattamento delle emorroidi che si differenzia sostanzialmente dai primi in quanto non si pone l'obiettivo di asportare le emorroidi, ma di "asciugarle" eliminando il rifornimento di sangue alla emorroidi stesse normalmente garantito dai rami delle arterie emorroidarie superiori. Tale intervento è noto tra gli esperti o come intervento di Morinaga (il chirurgo giapponese che l'ha ideato), e sulla scia del successo di detta procedura sono seguiti altri interventi analoghi ormai perfettamente collaudati e rispetto al primo sicuramente migliorativi. Ricordiamo, tra questi, l'intervento di dearterializzazione e di plicatura mucosa che nelle ultime linee guida della Società Italiana di Chirurgia Coloretale viene considerato come uno degli interventi di scelta per il trattamento delle emorroidi non complicate da prollasso rettale irriducibile. L'intervento viene in genere eseguito in anestesia generale o spinale, anche se nei casi più favorevoli è possibile procedere con la sola anestesia locale. Introdotto l'anoscopio nel retto, le arteriole emorroidarie vengono identificate per mezzo di un rilevatore di flusso (doppler) ed occluse con punti transfissi; l'eventuale prollasso mucoso viene infine ridotto con una sutura retraente.

Negli anni 2007-2008, è stata proposta una ulteriore variante dell'intervento di Morinaga, il cosiddetto HeLP (Hemorroid Laser Procedure). Le arteriole che riforniscono le emorroidi (come sempre identificate per mezzo del doppler) non vengono più legate con un punto, bensì fotocoagulate mediante un raggio laser mirato. La risoluzione parziale o totale dell'eventuale prollasso la si ottiene grazie alla retrazione cicatriziale della mucosa rettale danneggiata dal calore. Il grande vantaggio di quest'ultima soluzione è quello di consentire l'esecuzione dell'intervento senza anestesia alcuna (neppure locale!), tuttalpiù ed in casi selezionati con una leggerissima sedazione che ha l'unico scopo di favorire il rilassamento del paziente. Grazie ad HeLP il trattamento delle emorroidi diventa assolutamente incruento, indolore (sia durante che nel dopo), sostanzialmente privo di complicanze gravi e di tipo ambulatoriale. Il paziente lascerà il Centro Medico dopo poco più di un'ora autonomamente.

**-Indicazioni** – Emorroidi di 1°, 2° e 3° grado iniziale.

**-Decorso postoperatorio** – Assenza di dolore, tenesmo (sensazione di dover evacuare) nel 50% dei casi e per 3-4 giorni, possibile evacuazione per qualche giorno di muco o secreto con tracce di sangue (40% dei casi), normale attività lavorativa dal giorno successivo all'intervento.

**-Complicanze** – Sanguinamento intraoperatorio da rottura di arteriola emorroidaria tale da richiedere sedazione profonda e controllo dell'emorragia con punto di sutura (1% dei casi), sanguinamento postoperatorio significativo (1% dei casi).

**-Evoluzione della malattia** – Risoluzione del quadro clinico preoperatorio nell' 80% dei casi. Ciò avviene, solitamente, entro la 3°-6° settimana. Nei pazienti con prollasso mucoso (3° grado) o anche in situazioni di grado inferiore può occasionalmente rendersi necessario, al fine di completare la retrazione mucosa e quindi di far regredire maggiormente il prollasso e/o di ridurre ulteriormente la vascolarizzazione delle emorroidi, un secondo trattamento a distanza di 3 mesi circa dal primo.

**Trattamento proposto** .....

.....

**Lo specialista responsabile del trattamento** .....

**Il paziente** .....

**Milano, li** .....