

volevo porli una domanda cosa ne pensa dell'intervento starr per prollasso mucoso emmorrodiale con rettocele di 35 mm ed intussecazione a livello intracanalare che porta defecazione ostruita è sicuro mi può elencare gli effetti secondari dopo l'intervento come sua esperienza sicuramente lei le avrà è pericoloso come intervento le pongo queste domande perché leggendo su internet trovo parole poco confortanti da quelli che l'hanno effettuato cosa puo dirmi a riguardo grazie per una eventuale risposta

Gent.ma Signora La ringrazio per aver consultato il sito web da me curato Credo che l'intervento di resezione rettale transanale mediante l'utilizzo di sutiratrici meccaniche (STARR o Transtar) abbia raggiunto dei ragionevoli margini di sicurezza. E' comunque indispensabile eseguire degli approfondimenti diagnostici ed un corretto consulto colonproctologico al fine di definire le corrette indicazioni chirurgiche, per scegliere l'intervento più idoneo, nel tentativo di ottenere i migliori risultati.

Resto a sua disposizione Dott. Domenico Izzo

Egr. Dott Izzo,

Sono un collega odontoiatra operato per prollasso emorroidario (III grado al limite del IV) secondo la tecnica Longo (della quale sono un sostenitore!) a novembre del 2012, da uno stimato collega ed amico di famiglia. Mi permetto di disturbarti perché ad oggi, dopo quasi cinque mesi, persiste un dolore alle volte moderato, altre volte molto forte sempre dopo circa mezz'ora-un'ora dopo la defecazione. Quando il dolore è moderato si esaurisce in 2-3 ore, quando è intenso persiste anche circa 12 ore. Vado di corpo regolarmente, tutte le mattine, le feci sono morbide, mi alimento con formaggi light, insalate senza aceto o limone, mele, yougurt, qualche toast con tacchino. Evito piccanti, insaccati, formaggi stagionati, crostacei, pomodori e quant'altro possa causare stitichezza e irritazione. Sono stato alle visite di controllo da parte del collega che mi ha operato che mi ha assicurato, mediante l'esplorazione anale, che la guarigione è a posto, sia la sutura (permane qualche minimo granuloma a livello delle grappette) sia a livello dei plessi venosi. Il dolore a me sembra localizzato a carico delle emorroidi esterne, ma il collega pensa che sia invece localizzato a livello della sutura. Sono completamente insensibile agli analgesici od antinfiammatori quali Toradol, Contramal,

Prolasso Emorroidario

Scritto da domenico

Giovedì 21 Novembre 2013 20:02 - Ultimo aggiornamento Sabato 30 Novembre 2013 09:05

Nimesulide, Efferalgan, Aspirina, Optalidon ed alle pomate Luan, Proctolyn, Proctosedyl. Tempo fa ho effettuato anche una terapia di pochi giorni con Mesalazina (Asacol supposte da 1000), ma anche in questo caso non ho visto progressi rilevanti. Se potessi darmi qualche consiglio te ne sarei infinitamente grato.

Grazie,

Il problema di cui ti lamenti e', purtroppo, abbastanza frequente. Ti dirò che nella mia esperienza e' forse tra le problematiche post-Longo più frequenti. Purtroppo la disamina necessaria per approfondire questa sequela chirurgica e' indaginosa e delicata. Le cause del dolore defecatorio e postdefecatorio dopo un intervento chirurgico proctologico possono essere molteplici: proctite, trombosi emorroidarie, granulomi da agrafes ritenute, ragadi anali ed altre. Come puoi ben comprendere una corretta terapia (chirurgica e non) non può prescindere da una corretta diagnosi e dalla comprensione delle varianti fisiopatologiche. Qualsiasi consiglio io voglia darti rischia seriamente di essere inutile o addirittura controproducente se non mirato e supportato dalla comprensione dei momenti etiopatologici più appropriati. Misure igienico sanitarie ed anti stipsi potrebbero essere non sufficienti a garantirti un postoperatorio sicuro se non si capiscono le cause dei tuoi problemi. Per quanto detto fin qui Temo che un nuovo consulto colonproctologico con anoproctoscopia approfondita sia inevitabile. Resto a tua disposizione per ulteriori consigli o domande

Caro Domenico,

ti ringrazio per la pronta risposta. Ovviamente mi sottoporro ad una nuova visita al più presto, nel frattempo ho trovato un inaspettato e rapido giovamento oggi utilizzando, per la prima volta, la trinitroglicerina Rectogesic 4mg: certo un singolo episodio di sollievo (seppur l'unico finora, tutte le altre pomate non sono servite a nulla!) non vuol certo dire che è la terapia giusta. Ho ipotizzato, nella mia ignoranza in materia, che potrebbe esserci una sovrapposizione di ragade; in tal caso la nitro potrebbe essere indicata? Questo farmaco è utile anche per eventuali infiammazioni delle altre parti (plesso venoso, sutura etc.)?

Ancora un sentito ringraziamento,

Fabio

Il Rectogesic e' attualmente uno dei farmaci più efficaci nel trattamento conservativo della ragade anale seppur gravato da alcuni effetti collaterali importanti. Il suo utilizzo può essere utile anche nel trattare tutte quelle condizioni nelle quali il circolo vizioso dolore-spasmo anale-ipoafflusso-dolore e' responsabile di tutti i problemi. Ancora grazie

dovrei effettuare una thd per emmorroidi e prolasso sanguinante di 3 grado. la mia domanda è questa dato che io soffro anche di intussecaziobe rettale e rettocele causa di defecazione frammentata il thd può peggiorare il quadro di stipsi terminare per la pessia che mi verrà messa. il chirurgo che effettuerò l'intervento dice che il mio rettocele è di 2 grado e con la thd solleverà anche questo. io so che questa tecnica è insufficiente ma spero che non mi peggiori il quadro di defecazione dopo l'intervento. in tal caso dopo l'intervento se non riesco ad evuacquare da sola i cristeri potrò farli o possono danneggiare i punti. lui dice che la starr non è adatta a me e preferisce utilizzare questa tecnica lei cosa ne pensa grazie per una eventuale risposta.

Va comunque considerato □ che qualsiasi consiglio espresso in questa sede e con queste modalità non può essere preso in considerazione per eventuali decisioni terapeutiche e scelte cliniche specialistiche. Non avendo un quadro clinico chiaro e definito, in assenza di elementi dirimenti in merito alla sua patologia (non è stato effettuato da me nessun approfondimento diagnostico) le mie considerazioni possono essere solo di carattere generale edinformative in senso lato. Allo stato le due metodiche alle quali lei fa riferimento (THD, STARR) trovano indicazioni precise e specifiche per condizioni clinico-chirurgiche solo apparentemente sovrapponibili. In linea generale una patologia a più indirizzo emorroidario con bruciore rettorragie e dolore etc.. si potrebbe giovare di un dearterializzazione con proctopessi. Al contrario, una □ problematica riguardante la sindrome da defecazione ostruita con tenesmo, defecazioni frammentate e

Prolasso Emorroidario

Scritto da domenico

Giovedì 21 Novembre 2013 20:02 - Ultimo aggiornamento Sabato 30 Novembre 2013 09:05

rateizzate, necessità di digitazioni etc... potrebbe essere più opportunamente approcciata con una resezione rettale transanale (STARR) Resta comunque di esclusiva competenza dello specialista coloproctologo porre l'indicazione chirurgica e scegliere la tecnica più opportuna bL'utilizzo di clisteri evacuatori dopo un breve periodo post operatorio (per la tecnica THD) non dovrebbe essere particolarmente rischioso

grazie per l'eventuale risposta però chiedo la pessia che mi verrà messa a seguito della thd può peggiorare la sindrome di defecazione ostruita o rimane invariata grazie per una eventuale risposta

Non dovrebbe