

<b>DOMUS NOVA</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>	<b>Informativa per</b> <b>Prolasso rettale/Rettocele</b>	<b>SAN FRANCESCO</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>
<b>C117 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 1 a 6</b>		

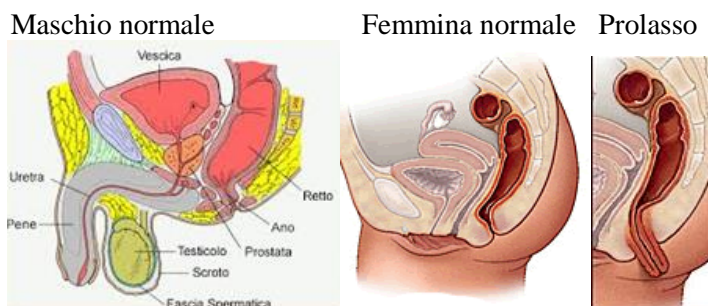
Gentile Signore/a,

ogni atto medico richiede l'assenso dell'interessato/a dopo adeguata informazione. Le chiediamo pertanto di leggere con calma questo documento (impiegherà circa 20 minuti).

#### INTRODUZIONE

Il prolasso rettale è una condizione in cui il retto (l'estremità inferiore del grosso intestino, situato appena sopra l'ano) si allunga all'esterno e sporge fuori dall'ano. Può essere distinto in prolasso parziale o mucoso (tipico dei bambini), nel quale è la sola mucosa del retto ad essere coinvolta e che fuoriesce dall'ano, e un prolasso completo o totale, nel quale si ha la fuoriuscita a tutto spessore del viscere per una lunghezza variabile (5-20 cm) che viene dislocato all'esterno del canale anale. Occorre ricordare anche la forma di prolasso retto-rettale o invaginazione retto-ale o intussuscezione, che si presenta come l'invaginazione di un tratto prossimale di retto in un tratto distale. Una debolezza del muscolo che costituisce lo sfintere anale è spesso associata al prolasso rettale in questa fase, con conseguente perdita di feci o muco. Anche se la condizione si verifica in entrambi i sessi, è molto più comune nelle donne rispetto agli uomini.

Diversi fattori possono contribuire allo sviluppo di prolasso rettale. Può essere causato da una lunga abitudine a sforzarsi per evacuare o come conseguenza tardiva del parto sebbene sia frequente anche in donne che non hanno avuto gravidanze. Raramente, ci può essere una predisposizione genetica. Sembra essere una parte del naturale processo di invecchiamento in molti pazienti che soffrono di stiramento dei legamenti che sostengono il retto all'interno del bacino così come di un indebolimento dei muscoli dello sfintere anale. A volte il prolasso rettale è il risultato di una generalizzata disfunzione del pavimento pelvico, e si associa a incontinenza urinaria e al prolasso degli organi pelvici. Anche alcuni problemi neurologici, come una lesione o altre malattie del midollo spinale, possono portare al prolasso. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, non si può identificare una singola causa.



Il dato esatto d'incidenza del prolasso rettale è sconosciuto. Sicuramente i casi appurati sono meno di quelli reali. I soggetti più colpiti sono le persone adulte, soprattutto quelle di età avanzata (ultracinquantenni) e di sesso femminile. Tuttavia, il prolasso rettale può insorgere anche in alcuni individui giovani (raro) e nei bambini di età compresa tra uno e tre anni.

#### SINTOMI

Alcuni sintomi del prolasso rettale possono essere simili a quelli delle emorroidi: sanguinamento e/o del tessuto che sporge dal retto. Il prolasso rettale, tuttavia, coinvolge un segmento dell'intestino che si trova più in alto nel corpo, mentre le emorroidi si sviluppano vicino all'orifizio anale.

Il prolasso rettale può rimanere a lungo misconosciuto a causa dell'ambiguità della sintomatologia.

I sintomi del prolasso rettale possono essere: stipsi di tipo terminale (localizzata nell'ultima parte del tubo digestivo), che comporta la difficoltà alla emissione delle feci; sensazione di incompleta evacuazione; emissione in più volte di scarsa quantità di feci; prolungato ponzamento, fino alla necessità di eseguire manovre di svuotamento manuale per consentire la defecazione; senso di peso anale e perineale che tende ad accentuarsi con la stazione eretta e dopo la defecazione; tenesmo; prurito; dolore addominale e sacrale.

Si associano spesso soprattutto nel prolasso completo: difficoltà a trattenere i gas e le feci, sotto forma di vera e propria incontinenza (28-88% dei casi); stipsi nel 15-65% dei pazienti; lesione nervosa secondaria da stiramento cronico (neuropatia del pudendo) con associazione di un perineo discendente che pregiudica il risultato funzionale dell'intervento; sanguinamento determinato dalla cronica irritazione a cui è sottoposta la mucosa prolassata; perdita di muco dalla mucosa rettale per effetto della congestione; "ano umido" (fastidio,

<b>DOMUS NOVA</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>	<b>Informativa per</b> <b>Prolasso rettale/Rettocele</b>	<b>SAN FRANCESCO</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>
<b>C117 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 2 a 6</b>		

dermatite perianale, secrezioni mucose, irritazione, bruciore, importante prurito, con concomitante incontinenza fecale).

Nelle donne in menopausa, con gravidanze plurime e parti laboriosi, si osserva, inoltre, con una certa frequenza l'associazione di altri disturbi dell'apparato genito-urinario: prolassi genitali, vescicali (cistocele) con o senza associata incontinenza urinaria.

Il medico può spesso diagnosticare questa condizione con una accurata raccolta della storia clinica del paziente e mediante un esame anoretale completo. Per dimostrare il prollasso, durante la visita del medico i pazienti possono essere invitati "spingere", come se dovessero evacuare. Questo fa sì che il prollasso si evidenzi. Clinicamente il prollasso si presenta come una tumefazione, di colorito rosso, che sporge dall'ano, il più delle volte ricondotta all'interno manualmente. Talvolta, un prollasso rettale può essere "nascosto" o interno, rendendo più difficile la diagnosi: in questi casi alcuni esami possono aiutare il chirurgo colo-proctologo a decidere se un trattamento chirurgico è necessario e quale intervento è più appropriato (defecografia, esame radiologico che consiste nell'acquisire delle radiografie mentre il paziente sta andando di corpo; manometria anoretale che può essere utilizzata per valutare la funzione dei muscoli intorno al retto per valutare come questi si contraggono durante l'atto defecatorio).



Talvolta possono coesistere alterazioni della minzione (incontinenza urinaria e/o difficoltà alla minzione).

Spesso il rettocele si inserisce in un quadro di sindrome da perineo discendente e diviene sintomatico in seguito ad interventi chirurgici quali l'isterectomia.

#### PROGNOSI E PREVENZIONE

La prognosi del rettocele dipende dal grado di severità del disturbo. Più lieve è la forma di rettocele, migliore è la prognosi. Tuttavia, non va dimenticato che, qualora non si praticino gli esercizi di Kegel (che consistono nel contrarre e rilassare, secondo determinate modalità e sequenze, i muscoli pubococcigei, che si possono facilmente individuare sforzandosi di interrompere il flusso urinario durante la minzione, da utilizzare solo per identificare la muscolatura corretta; eseguirlo regolarmente potrebbe interferire con il normale svuotamento della vescica, con possibili conseguenze infettive. Una volta individuato il muscolo responsabile dell'interruzione del flusso dell'urina, si può continuare a esercitarlo anche in qualsiasi altra circostanza e momento della giornata, mediante ripetizioni più o meno frequenti e durature, con contrazioni più intense o più dolci, facendo brevi pause fra una contrazione e l'altra) e si trascuri la propria condizione patologica, le probabilità di un peggioramento del rettocele aumentano.

#### TRATTAMENTO

L'approccio alla patologia pelvica prevede una interattiva collaborazione tra diversi specialisti: il ginecologo, il coloproctologo e l'urologo, insieme col neurofisiologo, il fisiatra e il geriatra.

Le opzioni terapeutiche oggi disponibili sono varie e possono essere classificate in conservative (o rieducativi-riabilitative) e chirurgiche.

##### Terapia conservativa

Un pessario vaginale può controllare alcuni dei disturbi causati dal prollasso. Ci sono diversi tipi e diverse misure di pessari e possono essere necessari più tentativi per trovare la misura giusta. Una volta inserito necessita di essere cambiato ogni qualche mese. L'anello non impedisce di avere rapporti ma non sono raccomandabili per tutti i pazienti. L'effetto è soprattutto sul prollasso degli organi dalla vagina ma non sui disturbi funzionali del retto.

La riabilitazione del pavimento pelvico può essere definita come un insieme di tecniche specifiche di tipo conservativo (non si parla di metodiche chirurgiche e/o farmacologiche) che hanno come obiettivo la correzione di molteplici disfunzioni.

I trattamenti riabilitativi per i disturbi anorettali consistono in:

- Sedute di riabilitazione mediante biofeedback: con il biofeedback, il terapeuta aiuta a migliorare la sensibilità rettale e la coordinazione dei movimenti dei muscoli del pavimento pelvico di un individuo. Ci sono varie tecniche efficaci utilizzate per il biofeedback. Alcuni terapisti allenano i pazienti, insegnando loro ad espellere un piccolo palloncino inserito nel retto. Un'altra tecnica utilizza una piccola sonda posta nel retto o nella vagina o elettrodi posti sulla superficie della pelle intorno all'ano e sulla parete addominale. Questi strumenti rilevano quando un muscolo si sta contraendo o rilassando e forniscono un feedback visivo dell'azione dei muscoli. Questo feedback visivo aiuta l'individuo a capire il movimento dei muscoli e lo aiuta a migliorare la coordinazione muscolare. Circa il 75% degli individui con disfunzioni del pavimento pelvico avverte un

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>Informativa per Prolasso rettale/Rettocele</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato</b>
<b>C117 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 3 a 6</b>		

significativo miglioramento con il biofeedback. Le sedute riabilitative vanno eseguite con il ritmo di una o due a settimana. Va inoltre sottolineato come i risultati ottenuti possano con il tempo decadere: è consigliabile quindi praticare una o più sedute di "richiamo" o "consolidamento" ogni mese.

- Elettrostimolazione: nell'ambito del trattamento conservativo dell'incontinenza anale, accanto al Biofeedback training viene utilizzata l'elettrostimolazione transanale.

L'obiettivo dell'elettrostimolazione sfinteriale è quello di ottenere una contrazione passiva della muscolatura striata (sfintere anale esterno del canale anale) per ottenere una migliore performance contrattile utilizzando correnti elettriche a maggiore voltaggio e migliorare la coordinazione muscolare nelle dissinergie del pavimento pelvico usando correnti elettriche a voltaggi minori.

L'approccio conservativo deve comprendere anche il miglioramento dello stile di vita e l'applicazione di norme igieniche, utili ad ottenere feci non troppo compatte e quindi di facile emissione. Tra questi: raggiungere il peso forma; seguire un'alimentazione ricca di fibre e povera di alimenti raffinati; bere molti liquidi; praticare un'attività fisica costante; trattare una eventuale tosse cronica; smettere di fumare; abituarsi a evacuare a orari fissi; non reprimere lo stimolo all'evacuazione; utilizzare tecniche di rilassamento.

Anche se la stipsi e lo sforzo defecatorio possono contribuire allo sviluppo del prolasso rettale, la semplice correzione di questi problemi non è necessariamente sufficiente a migliorare il prolasso una volta che questo si sia già instaurato.

Terapia chirurgica

L'indicazione ad un intervento chirurgico per via addominale o per via rettale tiene conto di diversi fattori, tra cui l'età, la condizione fisica, l'entità del prolasso e i risultati delle varie indagini diagnostiche.

Ci sono molte tecniche che possono essere usate ed eventualmente associate fra di loro a seconda del tipo di problema.

Un intervento addominale con approccio per via laparoscopica (rettopessi laparoscopica ventrale con protesi biologica) può essere indicato solo in pazienti selezionati..

A seconda del grado del rettocele sono previsti alcuni diversi tipi di intervento chirurgico. Nei casi in cui il rettocele è di piccole dimensioni (I° grado o digitiforme) si può procedere ad una tecnica di correzione per via transanale mediante utilizzo di suturatrice meccanica (PPH) che ha lo scopo di eliminare il tessuto rettale erniato.

Nel caso le dimensioni siano maggiori (II°-III° grado), l'operazione consiste in un intervento di chirurgia coloretale. La procedura, attuabile per via addominale che riporta il retto nella sua posizione originaria; quindi si effettua una plastica di accostamento dei muscoli (miorrafia) o di plicatura della parete del retto.

Nelle donne si procede per via transanale o vaginale ad una tecnica di scollamento nel setto divisorio dei due visceri (setto retto-vaginale) in modo da isolare quei muscoli divisi che hanno permesso la formazione della ernia; dopo di che si effettua una plastica di accostamento dei muscoli (miorrafia) o di plicatura della parete del retto. Tale intervento ha una percentuale di riparazione anatomica che va dal 76% al 96%.

Se al rettocele si accompagna anche un cistocele o un prolasso uterino, è possibile risolvere entrambi i disturbi con una sola operazione.

- Plastica degli elevatori: correzione del rettocele con approccio attraverso la vagina. Viene fatta una incisione trasversale all'imbocco posteriore della vagina, il retto e la vagina vengono separati e viene fatta una plicatura (plastica) al davanti del retto del muscolo elevatore dell'ano. In alcuni casi può anche essere necessario usare una protesi tra il retto e la vagina per raggiungere una buona correzione del difetto.
- Sospensione al sacro spinoso (o colpopessia): In caso di prolasso della cupola vaginale, dopo isterectomia, questa può essere fissata ad un legamento nella pelvi, il legamento sacro spinoso, per prevenire un'ulteriore discesa o prolasso della parte superiore della vagina.

- Prolassectomia interna: è abbastanza frequente che un rettocele si associ alla presenza di un'intussuscezione interna della parete rettale, altrettanto frequente è che una intussuscezione rettale isolata sia essa stessa motivo di "ostruzione alla defecazione". In tal caso una correzione dell'intussuscezione è necessaria. Viene asportata la mucosa del tratto rettale esuberante (mucosectomia) e viene fatta una plicatura della parete muscolare del retto preparato. L'intervento si conclude con la confezione di un'anastomosi tra i due bordi di mucosa che residuano in modo da correggere il prolasso rettale interno.

- Prolassectomia interna meccanica: viene asportata la mucosa del tratto rettale esuberante (mucosectomia) con una suturatrice meccanica con la confezione di un'anastomosi tra i due bordi di mucosa che residuano in modo da correggere il prolasso rettale mucoso interno.

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>Informativa per Prolasso rettale/Rettocele</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato</b>
<b>C117 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 4 a 6</b>		

· Sling trans-otturatorio: se coesiste un prollasso della vescica (cistocele) o un problema di incontinenza urinaria può essere necessario correggere anche la porzione anteriore della vagina ed eventualmente inserire una benderella sotto l'uretra (sling trans-otturatorio) per creare un sostegno all'uretra.

*Benefici attesi dalla procedura*

Lo scopo della chirurgia è la correzione del prollasso, del rilassamento dei tessuti perineali o del rettocele e degli eventuali sintomi da ostruita defecazione associati. Per molte persone questo comporterà la cura o un significativo miglioramento dei problemi intestinali.

*Rischi connessi alla decisione di non procedere all'intervento*

I sintomi possono rimanere uguali nel tempo o peggiorare, non è facile fare una previsione di questo.

*Prima dell'intervento.*

Viene eseguita una visita di pre-ammissione (pre-ricovero) con esecuzione delle indagini clinico-strumentali e una visita anestesiologicala

Il giorno precedente la procedura può essere necessario assumere un lassativo per pulire l'intestino; in alternativa un clistere per pulire il tratto inferiore dell'intestino prima della chirurgia.

*Ricovero.*

Il ricovero avviene generalmente il giorno stesso della procedura

*Prevenzione delle infezioni area operata.*

Per prevenire le infezioni i peli nell'area soggetta all'intervento dovranno essere rimossi. La rimozione dei peli entro poche ore dall'intervento riduce il rischio di infezioni. Questo significa che i peli sono usualmente rimossi poco prima dell'intervento, eventualmente in reparto di degenza. La pelle è poi pulita con appropriate soluzioni. Questo può lasciare una colorazione della pelle che verrà via col lavaggio. La preparazione dell'area sede dell'intervento non può essere effettuata in autonomia: la preparazione a casa, o troppo prima dell'intervento, aumenta il rischio di infezioni a dispetto di quanta attenzione venga posta. Potrà essere necessario durante l'intervento di procedere alla depilazione di altre aree del suo corpo per posizionare strumenti, per esempio piastra per il coagulatore (usato per chiudere i vasi sanguigni), o suturare alla sua pelle per raggiungere la performance migliore e più sicura. (riferimento: Department of Health. High Impact Intervention No 3: Preventing surgical site infection. Saving Lives: reducing infection, delivering clean and safe care: DH June 2005).

*In sala operatoria*

Prima dell'intervento, verranno somministrati gli anestetici necessari alla tecnica precedentemente illustrata dall'Anestesista: in genere si tratta di anestesia spinale o generale.

L'intervento chirurgico di riparazione di rettocele e prollassi intrarettali e vaginali consiste in una procedura che di solito è usata in donne che hanno un prollasso e/o un rilassamento dei tessuti perineali e/o un rettocele (rigonfiamento del retto nella parete posteriore della vagina) eventualmente associata a disturbi da ostruita defecazione. Qualche volta il prollasso protrude dalla vagina durante il ponzamento o anche a riposo. Il prollasso può coinvolgere la vescica, il retto, la parte superiore della vagina o tutte queste parti. Se anche la parete interna del retto tende a prollassare (invaginazione o intussuscezione) può essere necessaria una sua contemporanea correzione (prolassectomia interna) specie quando il problema si caratterizza per difficoltà all'evacuazione (o ostruita defecazione). Se l'utero è stato rimosso la parte superiore della vagina (cupola) tende anch'essa a prollassare, può essere necessaria anche una sua riparazione contemporanea fissandola ad un legamento nella pelvi: il legamento sacro spinoso. Questa operazione è chiamata sospensione al sacro spinoso (o colpopessia) e previene un'ulteriore discesa o prollasso della parte superiore della vagina. Un'altra alternativa è l'utilizzo di "ancorette" che permettono di fissare la cupola vaginale ancorandola lateralmente all'arco tendineo in vicinanza delle spine ischiatiche.

Qualche volta il prollasso si accompagna ad incontinenza urinaria e può essere necessario inserire una benderella sotto l'uretra (sling trans-otturatorio) nello stesso tempo.

L'intervento può essere condotto in anestesia periferica o generale.

L'operazione di solito è praticata con un accesso vaginale o rettale o con entrambi.

A seconda della necessità una o più delle alternative prima menzionate saranno praticate.

*Dopo l'intervento*

Dopo l'intervento viene lasciato in posizione un catetere venoso (piccolo tubo di plastica in una vena attaccato ad una sacca di liquidi), necessario a somministrare farmaci e liquidi sino a che non sarà possibile assumere cibo e liquidi per bocca.

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>Informativa per Prolasso rettale/Rettocele</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato</b>
<b>C117 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 5 a 6</b>		

Potrebbero essere lasciati in posizione anche altri tubi (drenaggi) in relazione alle esigenze della tecnica chirurgica utilizzata.

Nella fase post operatoria saranno controllati i parametri vitali, la quantità di urine e gli eventuali drenaggi.

Verrà regolarmente valutata la presenza di dolore, per somministrare i farmaci opportuni. Il dolore si ridurrà progressivamente e scomparirà 7 - 10 giorni.

Dopo l'intervento sarà incoraggiato a bere e mangiare tutto quello che può tollerare entro pochi giorni. Non dovrà però sforzarsi a mangiare se non se la sente.

Potrà avere un drenaggio in vagina che sarà rimosso dopo 24 - 48 ore dalla chirurgia. Potrà avere alcune perdite ematiche dalla vagina o dall'ano per le prime 4 - 6 settimane. Se il sanguinamento è importante, chiami il suo dottore.

Di solito dopo l'intervento viene lasciato un catetere in vescica per drenare le urine, che viene rimosso il giorno successivo.

Non si deve spingere per evacuare l'intestino. Il personale controllerà giornalmente e se necessario possono essere utilizzati farmaci appropriati. Alla dimissione viene prescritto un blando lassativo di massa per le prime settimane.

Necessaria la mobilitazione più precoce possibile per aiutare a prevenire complicazioni collegate all'allettamento: per questo è importante sedersi e a muoversi fin dal giorno successivo. Inoltre verrà somministrata con iniezioni sottocute eparina a basso peso molecolare per ridurre il rischio di trombosi delle vene profonde gambe (TVP).

Nella maggior parte dei casi in questo tipo di chirurgia il ricovero dura 1-2 giorni. Il tempo reale di ricovero dipenderà dalle condizioni generali, da quanto sarà rapido il recupero dall'intervento e dall'opinione del chirurgo. Qualche volta particolari condizioni o complicazioni rendono necessario posticipare la dimissione. La dimissione avverrà quando sarà ripresa la mobilità, saranno raggiunte buone condizioni cliniche e un'alimentazione sufficiente; in questa fase saranno concordati i controlli successivi.

Molte persone che hanno avuto questa procedura possono ritornare ad un'attività normale dopo 2-3 settimane; un periodo un po' più lungo è consigliato prima di riprendere attività più vigorose.

#### **CHIRURGIA E GRAVIDANZA**

Se una donna con rettocele è ancora in età fertile e desidera avere figli, si consiglia di rimandare la data dell'intervento al termine della gravidanza. Nel frattempo, può far uso del pessario.

#### **COMPLICANZE**

Le complicanze relativamente più frequenti possono essere:

- sanguinamento post operatorio precoce (entro 12/24 ore dall'intervento); potrebbe rendersi necessario un ritorno in sala operatoria per effettuare l'emostasi
- sanguinamento post operatorio tardivo (generalmente fino a 15 giorni dall'intervento); potrebbe rendersi necessario un ritorno in sala operatoria per effettuare l'emostasi
- dolore postoperatorio: in genere controllabile con comuni analgesici, ma talvolta più prolungato nel tempo
- lieve incontinenza per i primi giorni, ma talvolta settimane
- ritenzione di urina (potrebbe rendersi necessaria l'applicazione di un catetere urinario nelle prime 12/24 ore dall'intervento)
- permanenza delle graphes metalliche all'interno del canale anale per più di un mese.

Le complicanze molto più rare ma descritte possono essere:

- ematoma
- suppurazione
- dolore postoperatorio prolungato
- recidiva emorroidaria
- stenosi
- incontinenza parziale o completa (maggiore frequenza in interventi per fistola anale)
- ematoma
- perforazione del retto
- fistola retto-vaginale
- sepsi pelvica
- pneumoretroperitoneo.

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>Informativa per Prolasso rettale/Rettocele</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato</b>
<b>C117 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 6 a 6</b>		

Le complicanze tardive possono essere:

- disfunzioni intestinali e di svuotamento dell'alvo, anche fino ad 1 anno dall'intervento
- dolore durante l'atto sessuale (dispareunia) in seguito al restringimento dell'aditus vaginale ed alla possibile formazione di cicatrici retraenti o come conseguenza di processi infettivi post-chirurgici, nel 16% dei casi
- possibile recidiva del prollasso 8%

Infine, ad ogni intervento chirurgico possono seguire complicanze generiche (es: sezione e lesione di vasi e nervi, broncopolmoniti, infezioni alle vie urinarie, flebiti e trombosi con possibili embolie, reazioni allergiche, insufficienze respiratorie e/o cardiocircolatorie, decesso).

Ogni complicanza può comportare: un prolungamento della degenza, necessità di numerose medicazioni, rischio di infezioni ricorrenti uro-genitali e la necessità di reintervento per correggere la fistola.

#### EFFICACIA

I dati degli studi clinici spesso dimostrano un sensibile ma parziale miglioramento dei sintomi e questo dipende dal fatto che la cura chirurgica del rettocele risponde solo in parte alle alterazioni anatomiche e fisiologiche del piano pelvico senza risolvere i vari aspetti delle patologie di questa area. Anche la recidiva deve essere considerata come complicanza

#### RACCOMANDAZIONI DOPO L'INTERVENTO

Evitare per due mesi:

rapporti sessuali

tamponi vaginali

lavande vaginali

sforzi

sollevamento oggetti pesanti

esercizi fisici (bicicletta, palestra, ecc)

#### BIBLIOGRAFIA

- Outcomes after the repair of rectoceles with transperineal insertion of a bioprosthesis graft.
- Ellis CN. Dis Colon Rectum. 2010 Feb;53(2):213-8.
- Comment on: Stapled transanal resection of the rectum (STARR) for obstructed defaecation syndrome. Harmston C, Jones OM, Cunningham C, Lindsey I. Ann R Coll Surg Engl. 2010 Jan;92(1):85-6.
- Outcomes after transanal repair of rectoceles. Hammond KL, Ellis CN. Dis Colon Rectum. 2010 Jan;53(1):83-7.
- Rectocele or stool quality: what matters more for symptoms of obstructed defecation? Dietz HP. Tech Coloproctol. 2009 Dec;13(4):265-8.

**Per ogni evenienza o dubbio può contattarci al seguente numero telefonico 0544-508311**

**Altre informazioni richieste dal paziente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Informativa consegnata in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del professionista \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

**Consegnare una copia, datata e firmata, all'U.P.R**

**Allegare la "Dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio": in caso di minore modulo C004,  
in caso di soggetto incapace/con amm. di sostegno/fiduciario modulo C005**