

PROGETTO



VISNOVA

START LIVING AGAIN

Insieme contro la SLA



Gestione delle stomie digestive e della disfagia

dott. Paolo Marra
Medico chirurgo

mercoledì 25 settembre 2013
dalle 15.30 alle 19.30

ISTITUTO SUORE BATTISTINE
Via Maddalena Caputo, 17 - Angri (Sa)
Tel. 081 5132859

Patrocinio:



Ordine Assistenti Sociali
della Campania

Eventi accreditati dall'Ordine Professionale degli
Assistenti Sociali della Regione Campania.
Riconosciuti 18 crediti formativi

Progetto finanziato da:
Regione Campania

Promotori

ATS Cooperativa Sociale "C.A.F.H.A." Onlus - capofila
Cooperativa Sociale "L'Arca del Cliente"

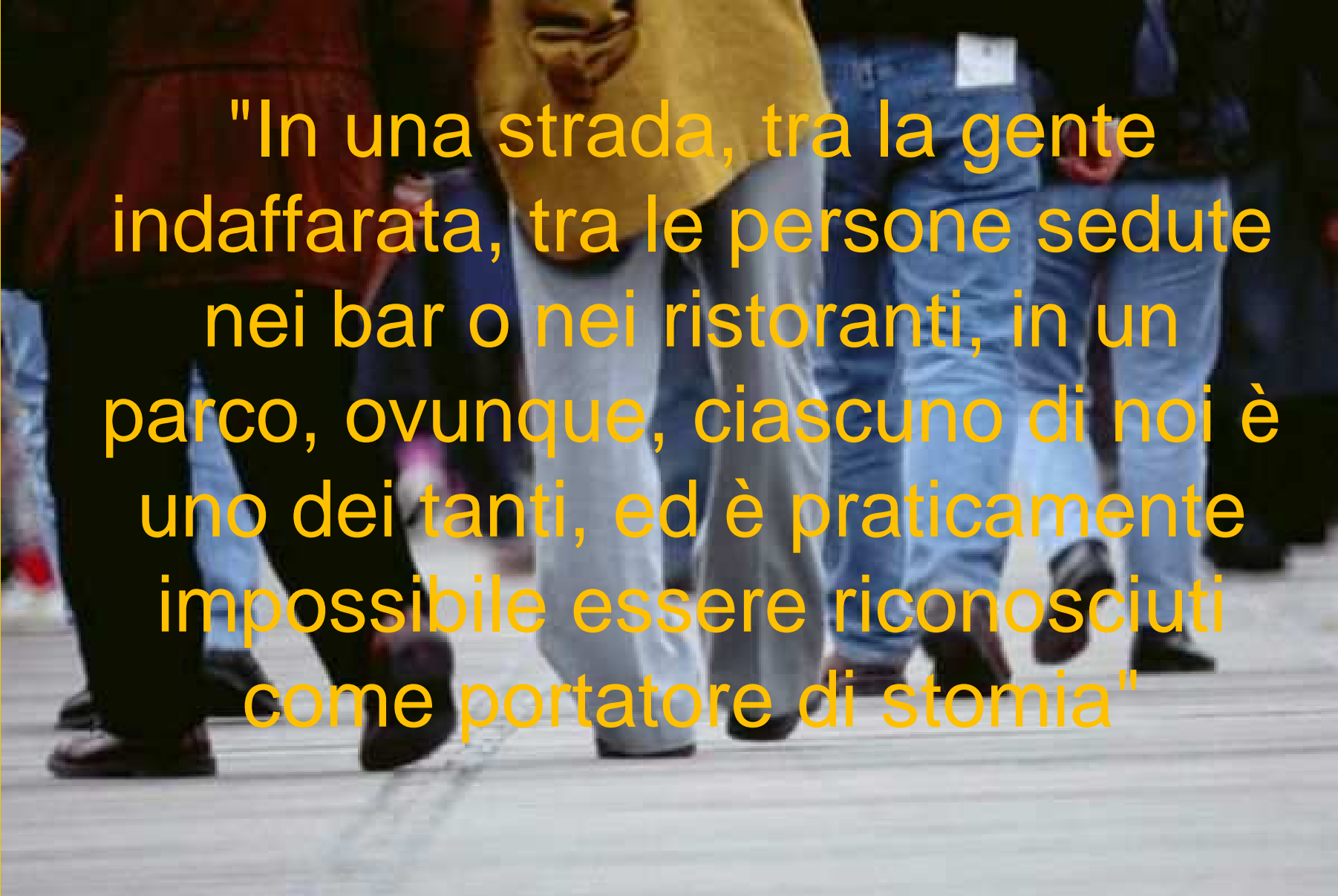
Partner

ASL Salerno
Piano Sociale di Zona S1
Associazione di volontariato "Girnello di Senaga Onlus"
Cooperativa Sociale Hermes
Associazione "Centro Culturale Archa"
Associazione di volontariato "PUER Onlus"

Numero Verde
800 58 73 98

visnova@cafhaonlus.it
www.cafhaonlus.it
Tel. 081 0281305
Fax 081 0281305





"In una strada, tra la gente indaffarata, tra le persone sedute nei bar o nei ristoranti, in un parco, ovunque, ciascuno di noi è uno dei tanti, ed è praticamente impossibile essere riconosciuti come portatore di stomia"

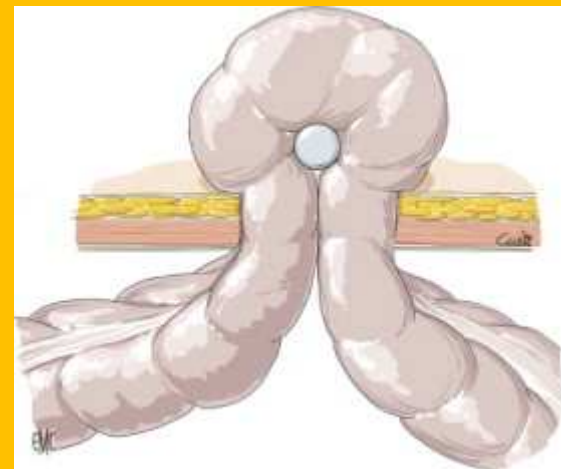


Cos'è una stomia?

La stomia è il risultato
di un
intervento chirurgico
sul tubo digerente
o dell'apparato urinario
che mette in comunicazione
un tratto digestivo o urinario con
l'esterno.



E' un'apertura artificiale creata dal chirurgo sulla parete addominale.



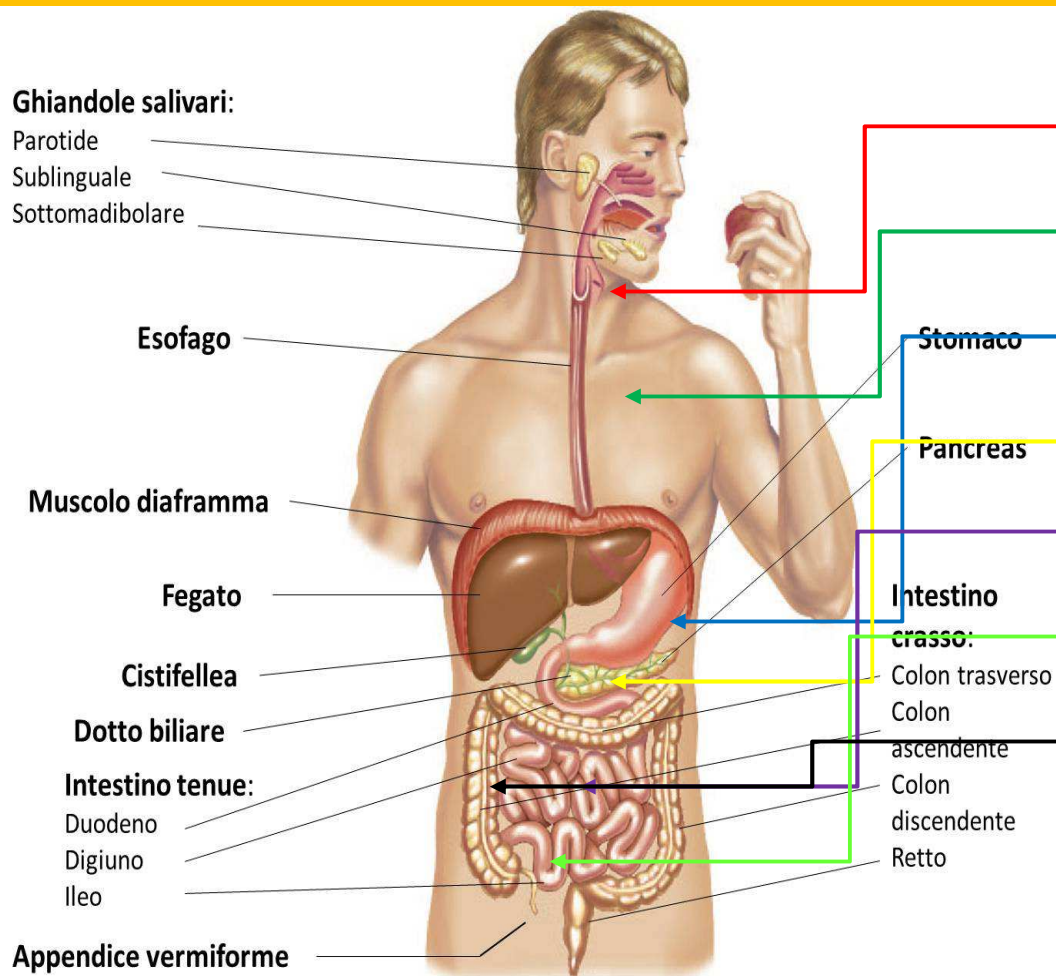


Il termine
“stomia”
deriva dal
greco ed
indica "apertura"
o “bocca”

Ha la funzione di eliminare
all'esterno
feci o urine
attraverso un orificio
non provvisto
di muscolatura
sfinterica,
quindi
incontinente.

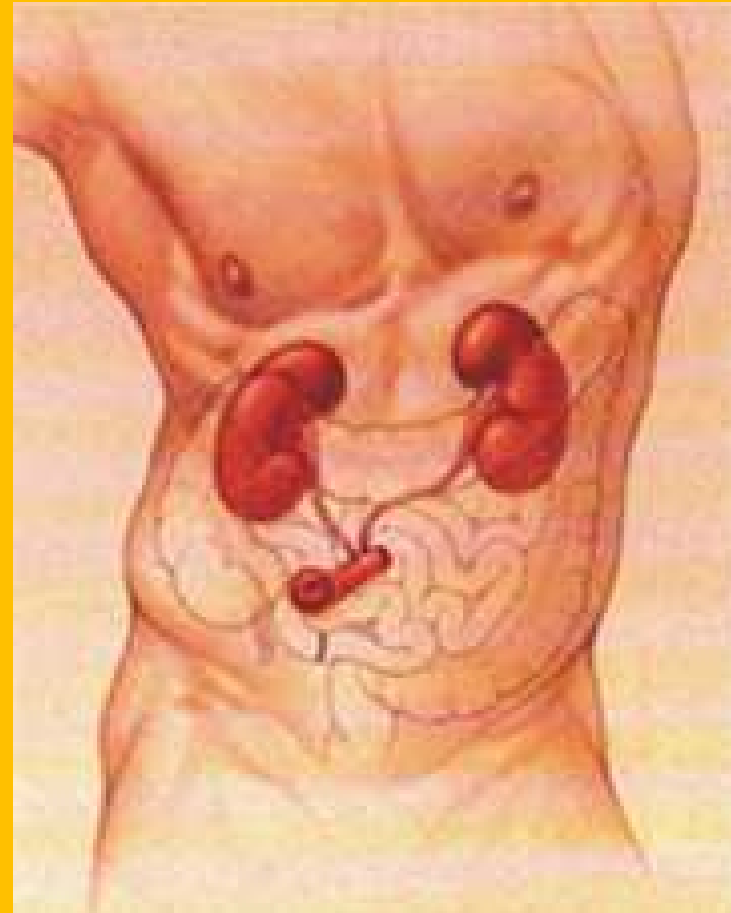


A secondo del tratto digestivo che comunica con l'esterno le stomie si dividono in:



- Faringostomie
- Esofagostomie
- Gastrostomie
- Duodenostomie
- Digiunostomie
- Ileostomie
- Colostomie

Cosa è l'urostomia ?
E' l'abboccamento di un tratto dell' apparato urinario alla parete addominale, che permette la fuoriuscita diretta delle urine.



La stomia è indicata nelle seguenti condizioni:

Occlusione intestinale da stenosi per la quale non è possibile eseguire un'anastomosi in sicurezza

Perforazione intestinale con peritonite

Grave incontinenza che risulta impossibile trattare in altro modo

Neoplasie del retto basso - ano

Neoplasie avanzate della pelvi che provocano difficoltà alla canalizzazione.

Negli ultimi decenni,
la problematica
relativa alle stomie
addominali, ha
acquistato
un'importanza
sempre maggiore.



Fino a pochi anni fa lo
stomizzato, una volta
dimesso

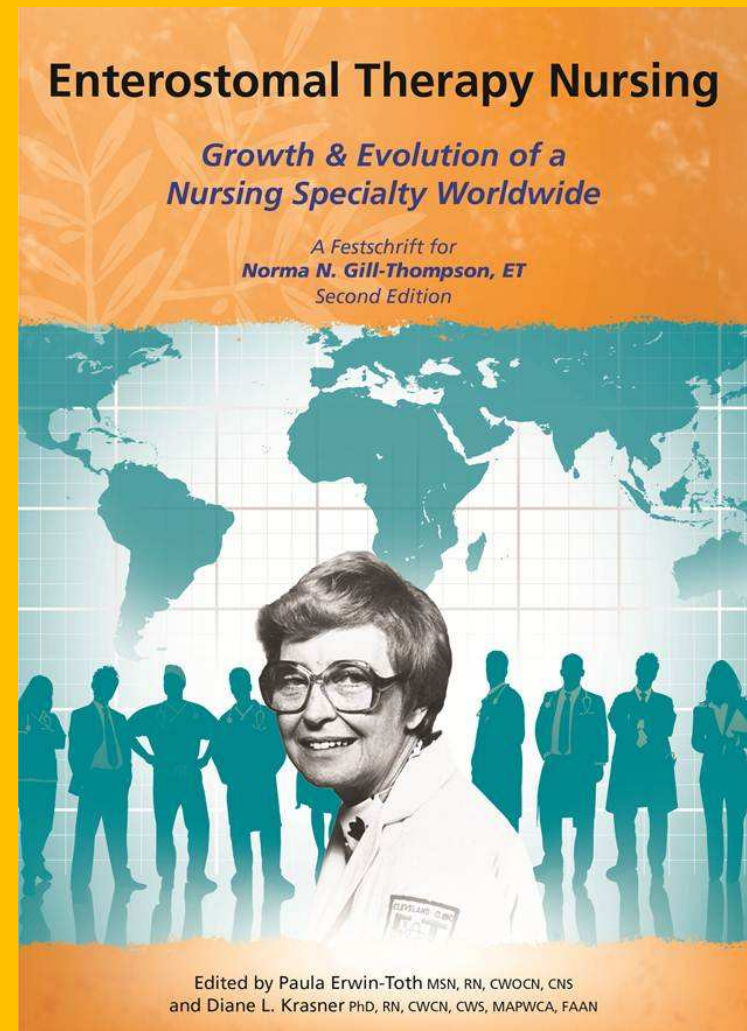
dall'ospedale, rientrava in
una società impreparata ad
accoglierlo, con una
disinformazione sulle varie
problematiche psico-fisiche
e sociali che costellano la
quotidianità di questi
pazienti.



L'augmentata sensibilizzazione verso la gestione dei soggetti portatori di derivazione intestinale e l'affinamento delle tecniche chirurgiche hanno portato, gradualmente, a concrete possibilità di un pieno reinserimento sociale grazie ad una serie di interventi volti a migliorare l'aspetto qualitativo oltre che quantitativo della vita.



Nonostante la terapia stomale sia stata riconosciuta come una componente essenziale della Coloproctologia solamente negli ultimi decenni, risale agli anni 50, ad opera di Norma Gill, la necessità di costituire un vero e proprio servizio di assistenza a pazienti che dovevano adattarsi a vivere con una enterostomia permanente.

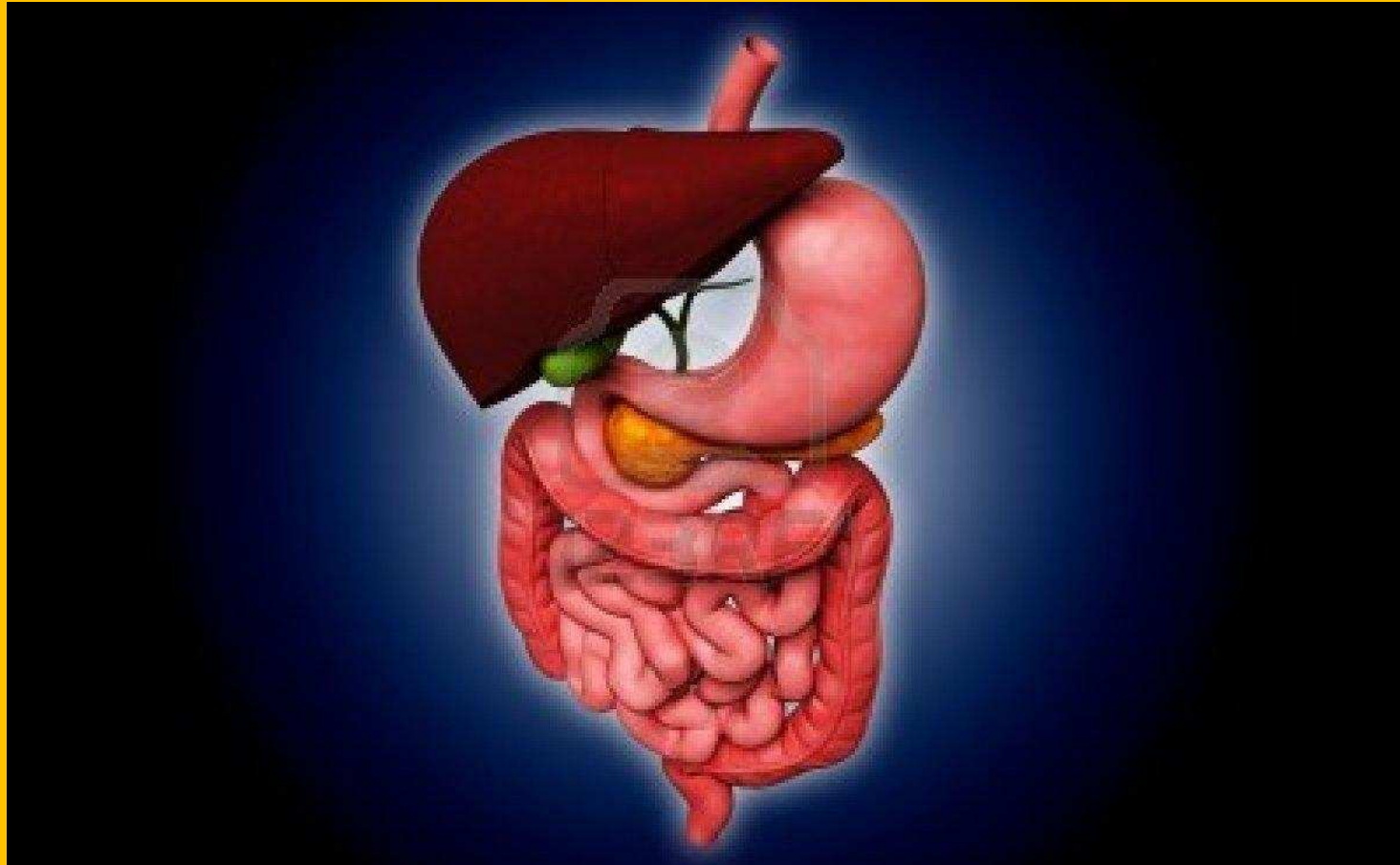


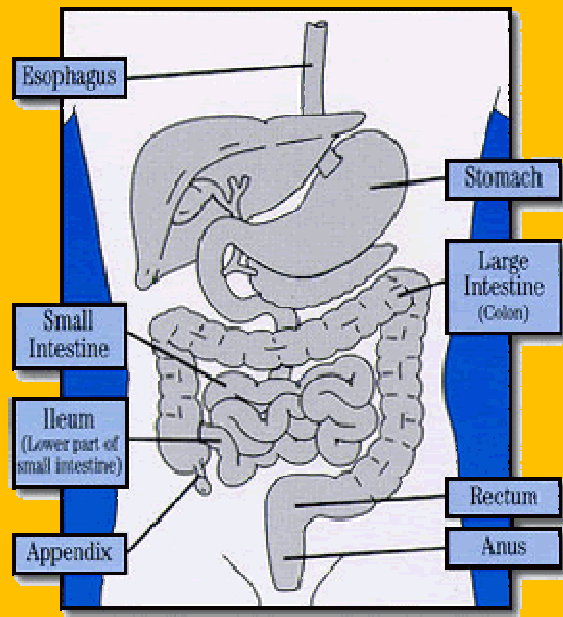
Norma Gill ebbe l'intuizione di creare non solo un servizio di informazione e consulenza per la professione medica ed infermieristica, ma un vero e proprio programma di addestramento per la gestione delle stomie.

la specificità delle tecniche riabilitative richieste, ha portato alla necessità di individuare una figura professionale infermieristica responsabile della riabilitazione e della gestione del paziente stomizzato, attualmente riconoscibile nell'infermiere stomaterapista

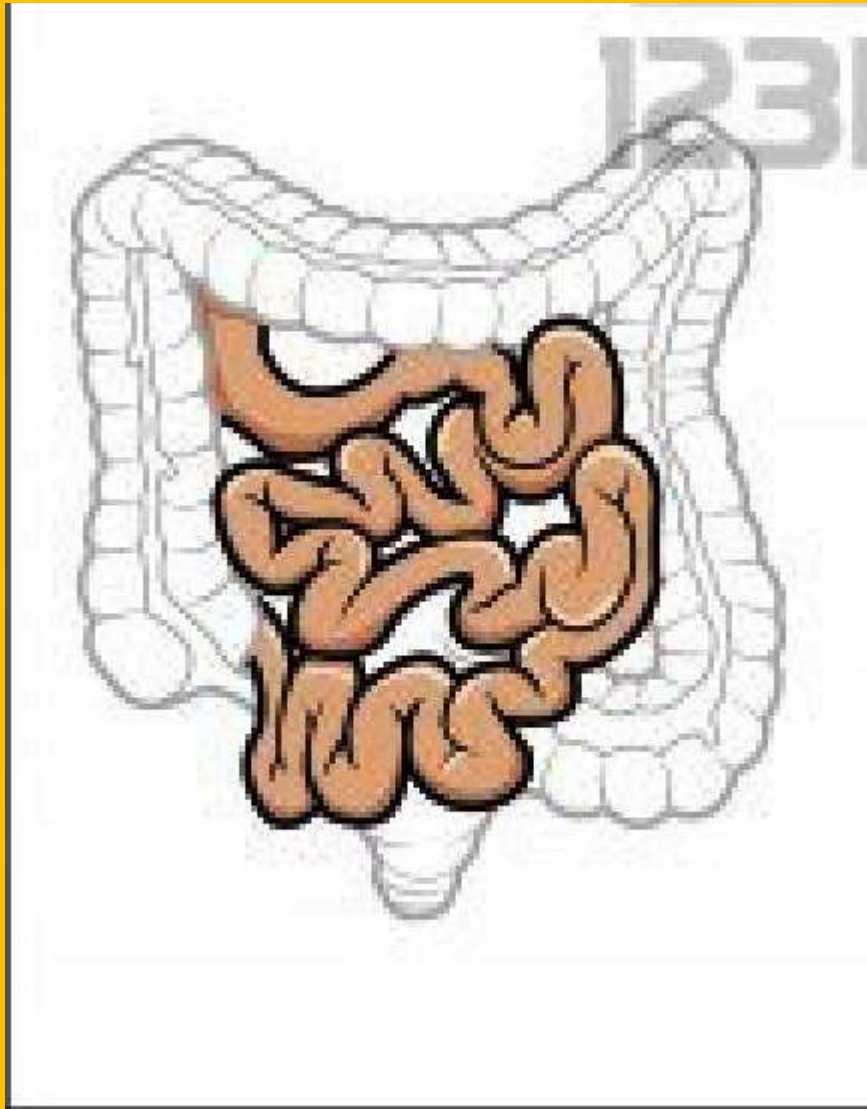


Cenni anatomo-fisiologici dell'intestino



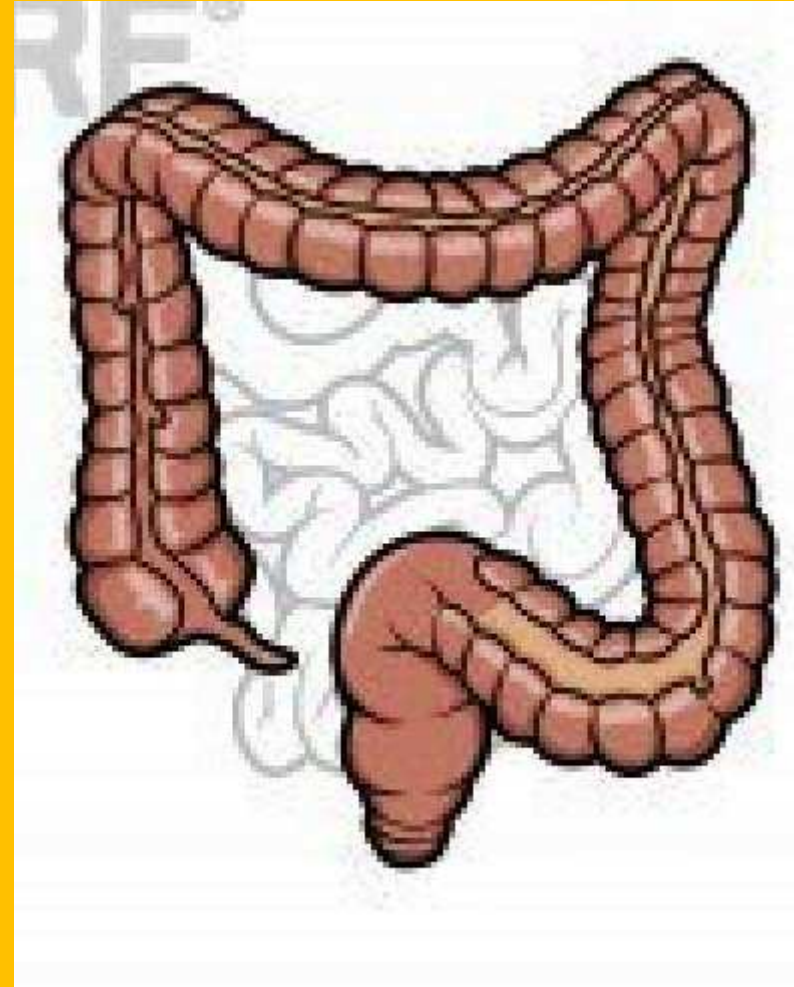


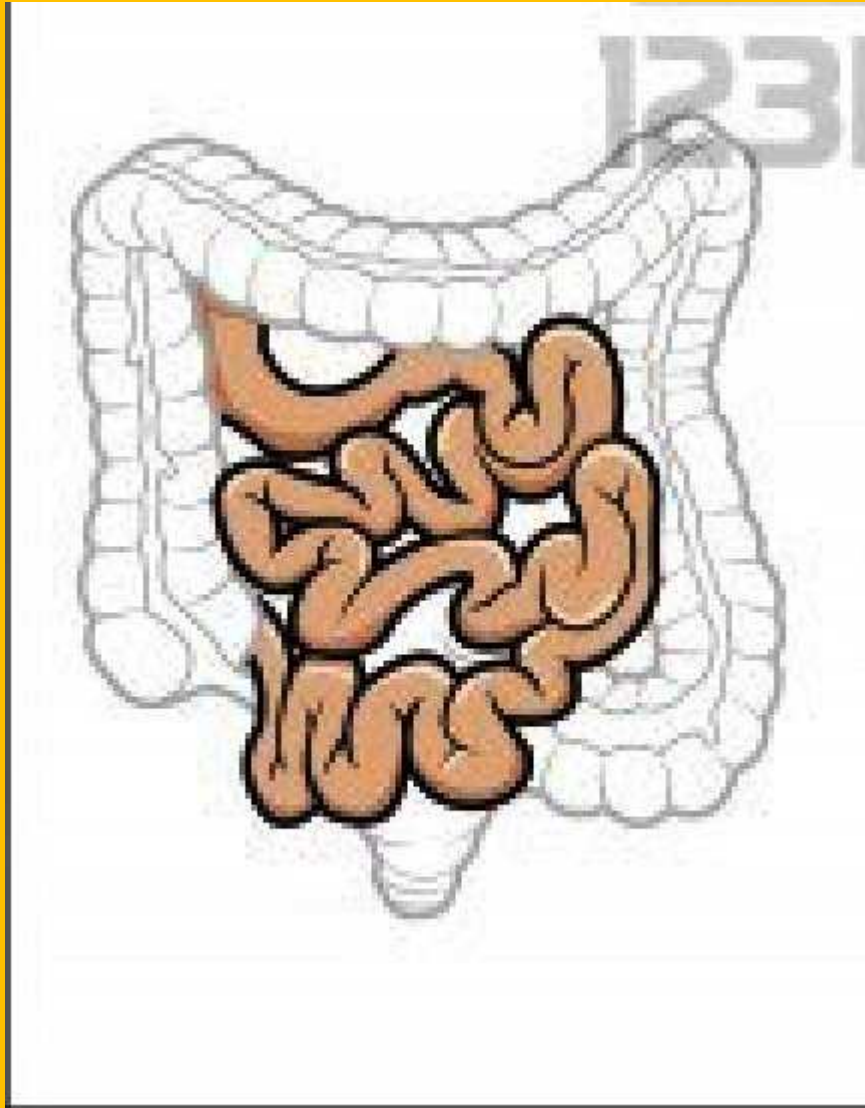
L'intestino è quella parte del tubo digerente che si estende dall'angolo duodeno-digiunale (angolo di Treiz) all'ano, al cui interno transitano gli alimenti che quotidianamente ingeriamo. Le sue principali funzioni sono quella digestiva, assorbente, motoria, immunitaria ed endocrina. L'intestino rappresenta la quasi totalità del tubo digerente e viene suddiviso anatomicamente in intestino tenue e crasso.



L'intestino tenue è il segmento più lungo del tratto gastrointestinale, misura circa 3-4 metri e si estende dall'angolo duodeno-digiunale alla valvola ileo-cecale. E' costituito da due porzioni, il digiuno e l'ileo ed il suo decorso tortuoso forma le anse intestinali.

L'intestino crasso o colon è compreso tra la valvola ileo-cecale ed il canale anale, è lungo circa 1,20-1,50 metri ed anatomicamente è possibile distinguere: il colon ascendente, il colon trasverso, il colon discendente ed il colon sigmoideo o sigma. La porzione terminale dell'intestino crasso è rappresentata dal retto che continua con l'ano.



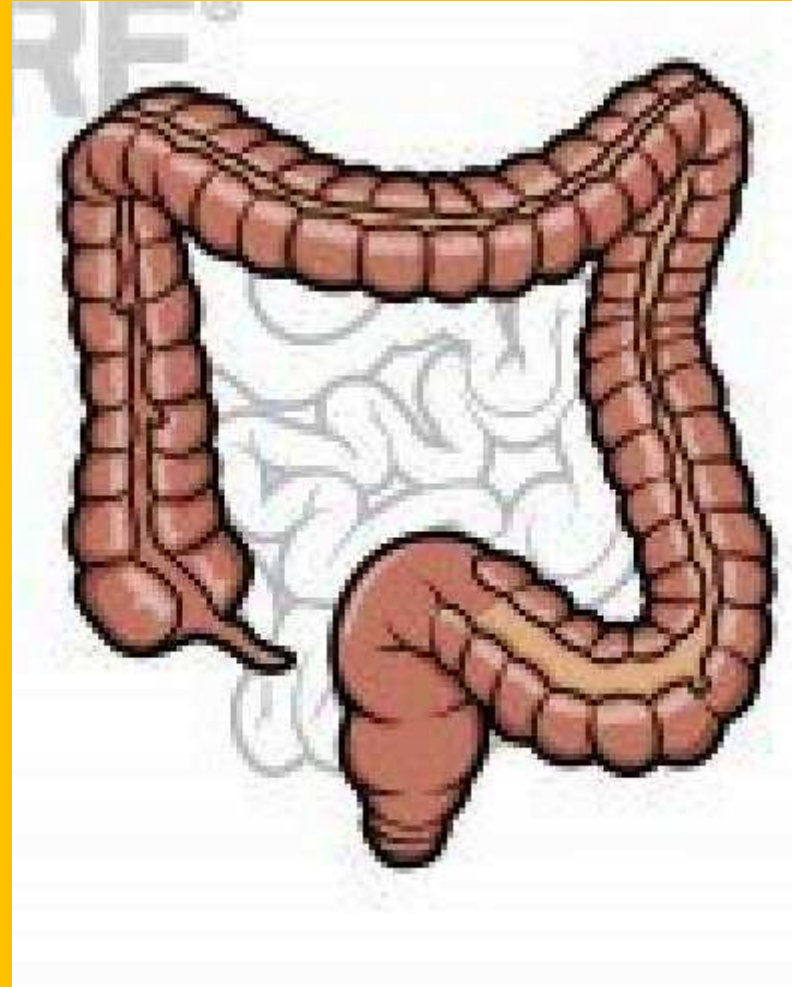


L'intestino tenue è deputato a tre funzioni:

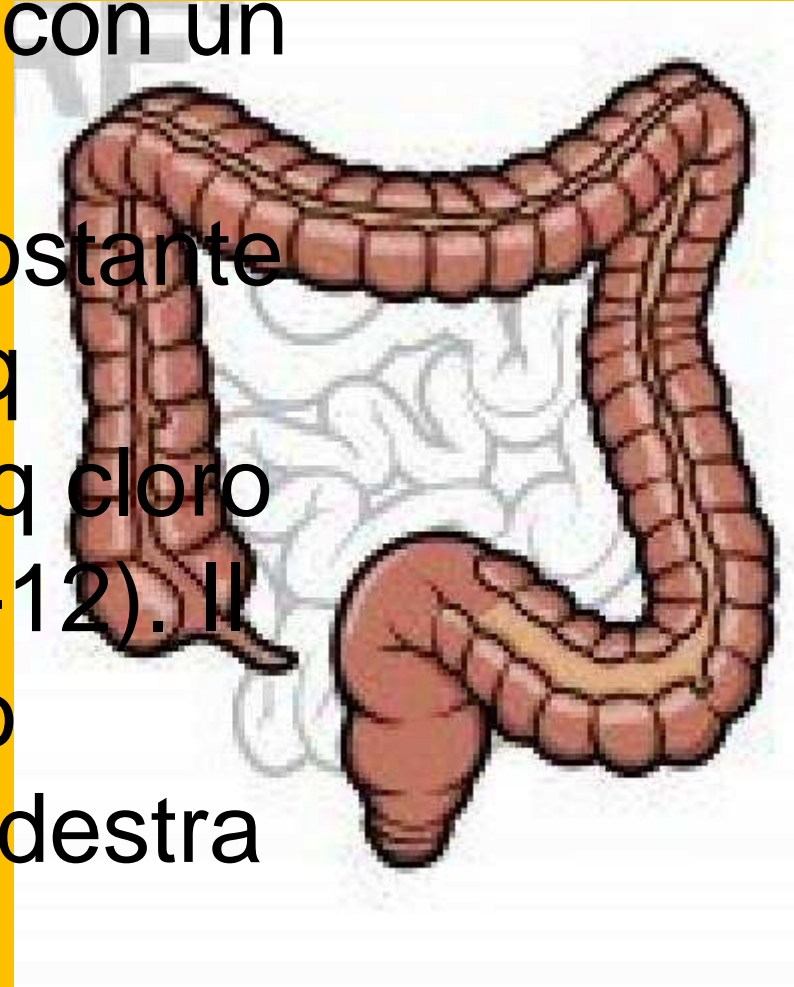
- meccanica: mediante le contrazioni delle pareti permette l'avanzamento del bolo alimentare;
- digestiva: completando la digestione gastrica e bilio-pancreatica;
- di assorbimento: raccogliendo elettroliti, lipidi, glucidi, protidi, vitamine, sali minerali ed acqua in quantità molto importanti assicura la funzione nutritiva dell'organismo.

L'intestino crasso o colon è invece deputato in particolare a due funzioni:

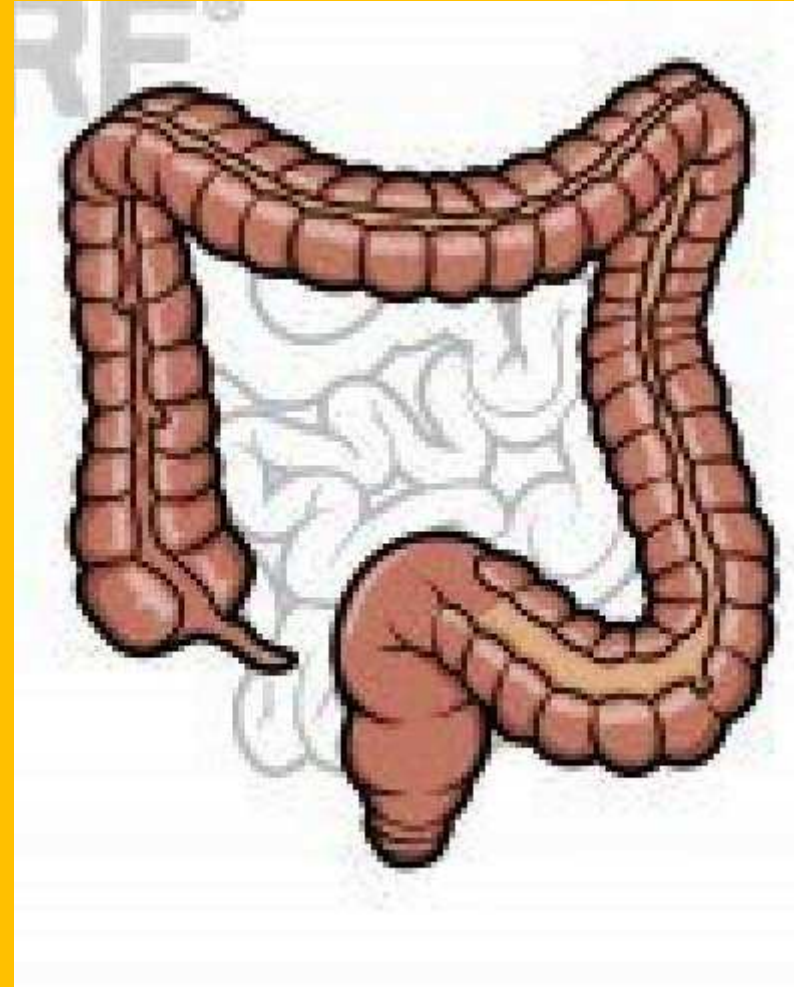
- di assorbimento: prevalentemente di acqua e sali minerali che causano una progressiva concentrazione delle feci che da liquide andranno via via assumendo la loro tipica consistenza.



Al colon giungono nelle 24 ore circa 1500 ml di acqua con un contenuto di elettroliti abbastanza costante (mEq sodio 8-120, mEq bicarbonato 60-70, mEq cloro 40-80, mEq potassio 6-12). Il 90% del riassorbimento avviene nella porzione destra e nel trasverso.

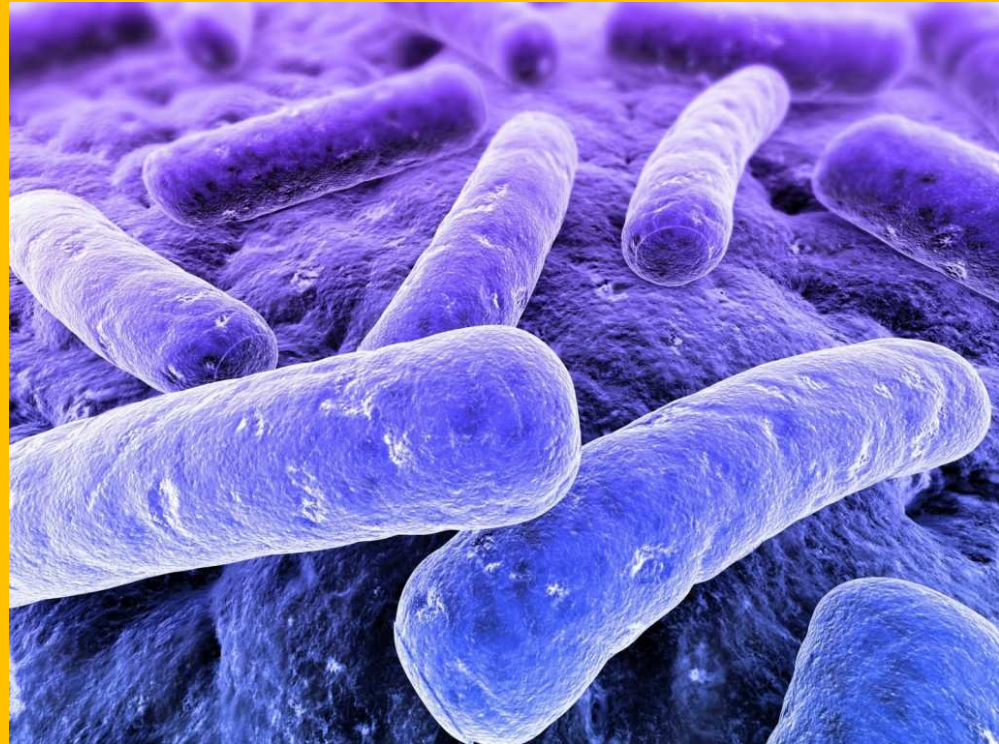


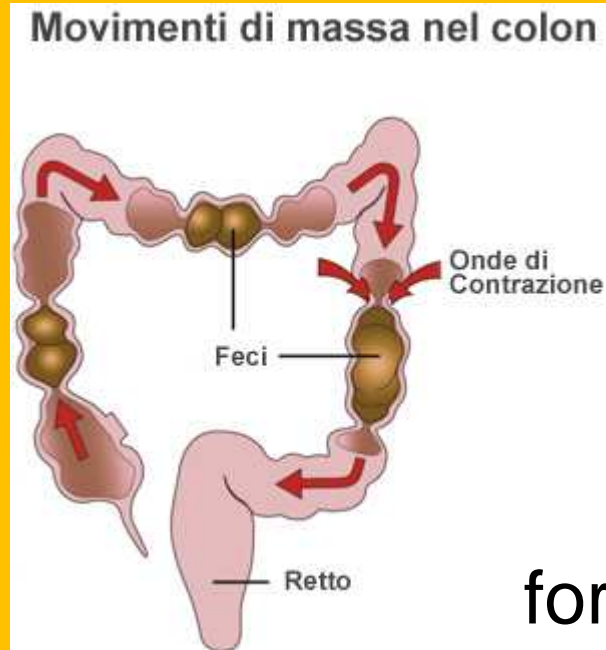
- di secrezione: la mucosa del colon secreta una notevole quantità di muco che ha la funzione di lubrificare ed alcalinizzare il materiale fecale formando come una guaina attorno ad esso. Questa sostanza è caratterizzata da un'elevata concentrazione di bicarbonato che viene secreto nel lume intestinale mantenendo costante l'equilibrio elettrolitico altrimenti alterato dall'assorbimento di sodio e cloro.



All'interno del lume colico è presente anche un'importante flora batterica che aumenta man mano che ci si sposta dal cieco verso il retto. Essa contribuisce a completare la demolizione degli acidi biliari e dei prodotti di scarto

(residui alimentari) provocandone la fermentazione con la conseguente formazione di gas più o meno abbondanti.





Giunte nel retto le feci vengono accumulate nell'ampolla rettale in attesa di essere emesse all'esterno attraverso l'ano; quest'ultimo è costituito da uno sfintere interno involontario, formato da fibrocellule muscolari lisce,

che garantisce la continenza e da uno sfintere esterno costituito da tessuto muscolare striato, controllato volontariamente. Il retto funge quindi da deposito temporaneo per le feci che altrimenti continuerebbero a fuoriuscire in modo continuativo a causa della incessante peristalsi.

Il tipo di feci, alla fine dei due tratti intestinali, risulta essere sostanzialmente
differente:

liquida e ricca di elettroliti a livello ileale,
mentre solide e completamente formate
a livello
rettale.

Il confezionamento di una enterostomia viene eseguito tramite intervento chirurgico che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita del contenuto intestinale e dei gas provocando l'impossibilità del controllo volontario delle evacuazioni e rendendo necessario l'impiego di dispositivi di raccolta delle feci (il sacchetto)



In base al loro carattere temporale vengono classificate in:

-

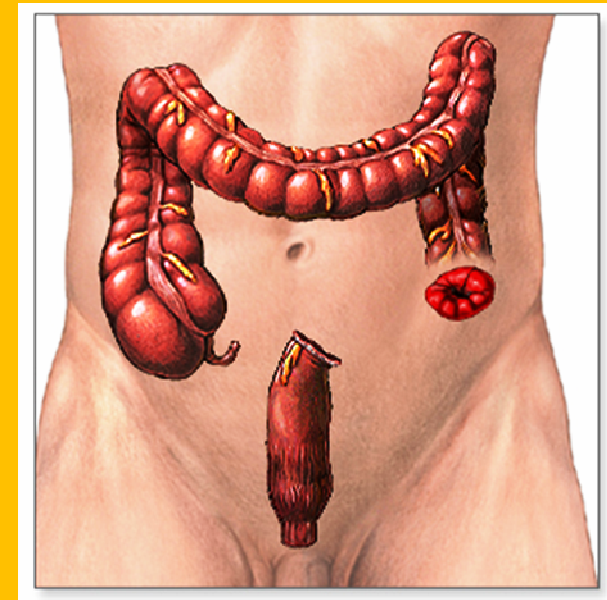
Temporanea o provvisoria: quando la stomia è limitata nel tempo; solitamente lo scopo è quello di dimettere a riposo una parte dell'intestino per un periodo transitorio (1-4 mesi).

-

Definitiva o permanente: quando la stomia permane per tutta la vita.

Viene

confezionata per esempio in casi di processi occlusivi ad eziologia neoplastica non asportabile oppure quando non è possibile ricostruire la continuità intestinale mediante anastomosi.



Le enterostomie sono caratterizzate, a seconda della loro sede di confezionamento, da diversi ritmi e tipi di evacuazione. Nel caso di una colostomia la maggioranza del colon è conservata e quindi gran parte delle funzioni digestive avvengono regolarmente:

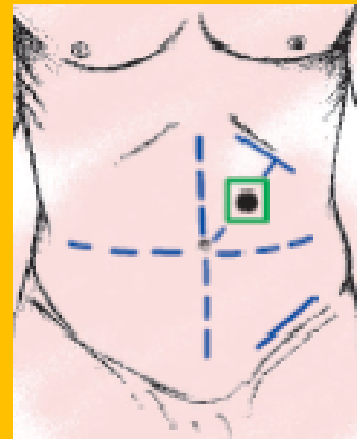
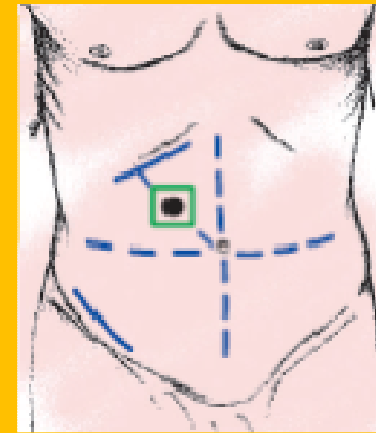
quindi quanto più bassa viene confezionata la stomia nel colon, tanto più solidi sono i residui.



In particolare la sigomoidostomia emette feci poltacee che diventano semisolide dopo uno-due mesi e solide dopo circa 6 mesi dall'intervento. Nel tempo la frequenza delle scariche si va normalizzando passando da evacuazioni pressoché continue ad emissioni saltuarie.



La trasversostomia
emette feci semiliquide
che nel tempo
diventano poltacee
grazie
all'aumento del
riassorbimento a livello
del colon ascendente.



Un colostomizzato non soffre di particolare modificazione a livello di volume e consistenza del flusso fecale, soprattutto nelle stomie distali (colon discendente e sigma).

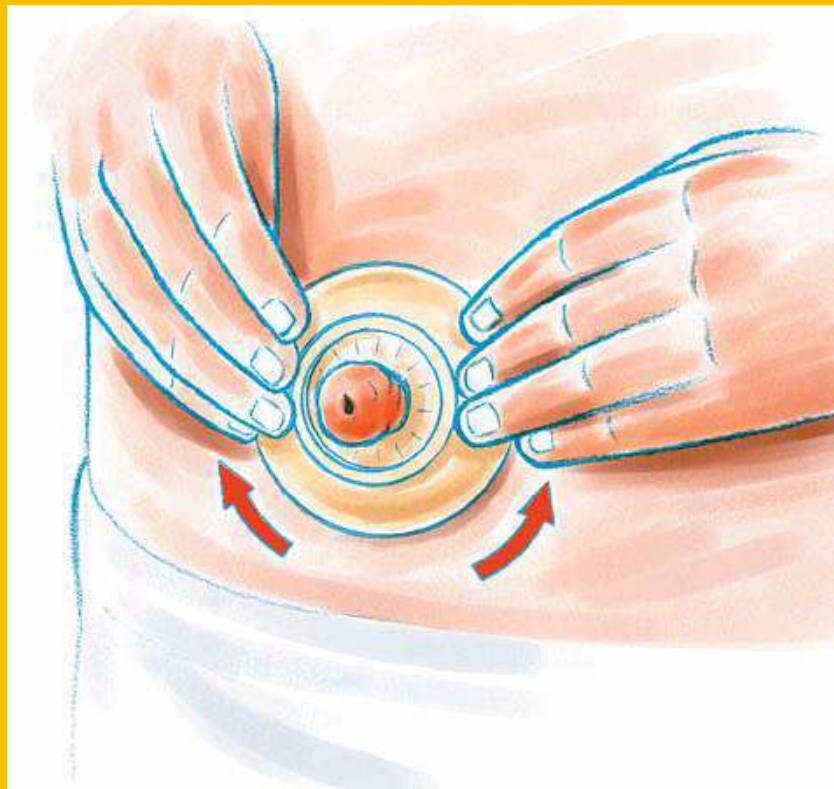
Il grosso inconveniente è invece rappresentato dall'emissione piuttosto frequente di gas e cattivi odori a causa dell'importante flora batterica presente a livello colico.



In caso di confezionamento di ileostomia la totalità del colon e del retto viene asportata e, venendo a mancare gran parte delle funzioni di assorbimento, il materiale emesso è liquido o semiliquido, con fuoriuscita pressoché continua e ingovernabile.



Le principali modificazioni causate dal confezionamento di una ileostomia possono essere così riassunte:



- residui alimentari molto liquidi:
- col tempo l'intestino tenue inizia, in parte, a svolgere la funzione di assorbimento dell'acqua prima deputata al colon cosicché le scariche andranno trasformandosi a poco a poco in una consistenza semifluida.

E' importante ricordare che i tipi di alimenti ingeriti influiscono sulla consistenza e la quantità delle feci.



-feci ricche di enzimi:
- deputati a decomporre gli
alimenti che, se a contatto con
la cute, possono provocare
irritazioni;

-evacuazioni continue:
non avendo alcun luogo dove
accumularsi l'emissione delle
feci è pressoché continua
giorno e notte.



La stomia non è una ferita e pertanto non va trattata con manovre sterili.



Non dimenticare che lo stomaco è umido e privo di terminazioni nervose sensitive e, quindi, insensibile!



COME PRENDERSI CURA DELLA STOMIA

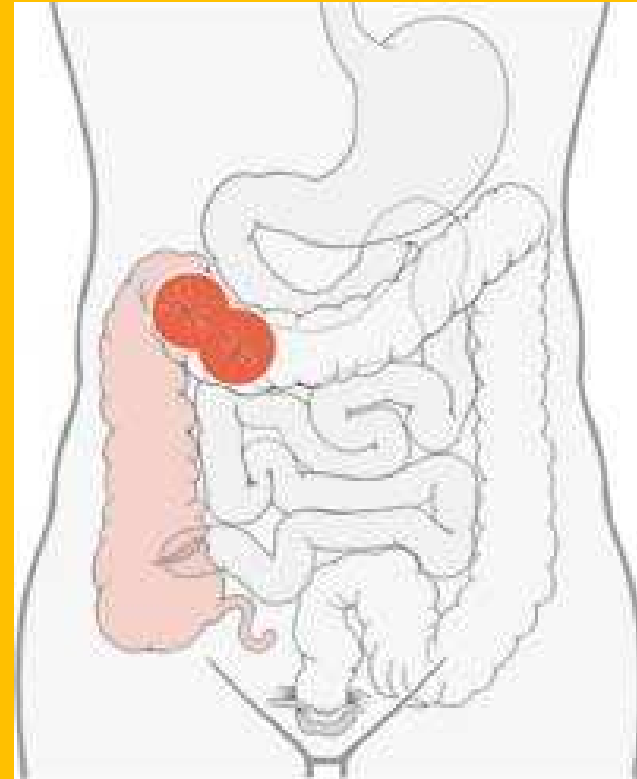


L'epidermide intorno allo stoma acquista una particolare rilevanza e va trattata con la massima delicatezza perché su di questa ogni giorno, in ogni condizione fisica, durante i periodi di febbre, nei ricoveri ospedalieri, sul lavoro, nei viaggi, nell'attività sessuale, nello sport, ecc., dovranno essere applicati i dispositivi medici contenitivi più consoni all'igiene e al confort personale. Questi consentiranno di svolgere con tranquillità ogni attività e, soprattutto, la vita di relazione.



L'epidermide sarà sempre esposta a possibili irritazioni dovute alle deiezioni; in particolare è necessario fare attenzione al materiale emesso dalle ileostomie e dalle colostomie localizzate nella metà di destra dell'addome, e dalle urine, tutti altamente irritanti.

La pratica porterà ad individuare, osservando le reazioni della cute circostante, quali e quanti sono i presidi più idonei alla pelle e alle continue variazioni stagionali (caldo, freddo, umidità e sudorazione).



MATERIALE PER LA CURA DELLA STOMIA

Per una corretta cura ed igiene della stomia sono necessari:

DISPOSITIVO DI RACCOLTA (presidio)

ACQUA TIEPIDA POTABILE (in caso di carenza è possibile adoperare delle salviette umidificate)

SAPONE ISOCUTANEO a pH 5-6, neutro

PANNO, CARTA O SPUGNA

FORBICI, POSSIBILMENTE CON PUNTE ARROTONDATE E RICURVE

MISURATORE DI STOMIA

POLVERE, PASTA, CINTURA ALL'OCCORRENZA

L'IGIENE DELLA STOMIA

Poche manovre per una corretta igiene della stomia...

Rimuovere il sistema di raccolta dall'alto verso il basso, con delicatezza, avendo cura di umidificare la cute

Detergere la cute con movimenti circolari dall'esterno verso la stomia utilizzando una spugna morbida imbevuta di acqua tiepida e sapone neutro.

In caso di carenza di acqua possono essere usati detergenti specifici (flaconi, salviette) reperibili in commercio.





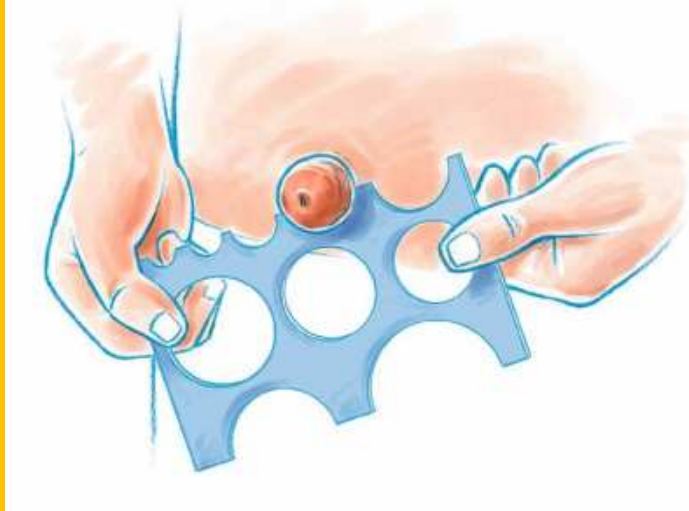
Asciugare la cute tamponando



Verificare le caratteristiche della cute assicurandosi che non ci siano alterazioni
Valutare e, se necessario, applicare pasta e polvere

Non si devono utilizzare mai alcool, benzina, etere, trielina o altre sostanze irritanti, perchè altamente dannose per la pelle e neppure garze o similari perchè lo stoma non è una ferita e non va trattata come tale!

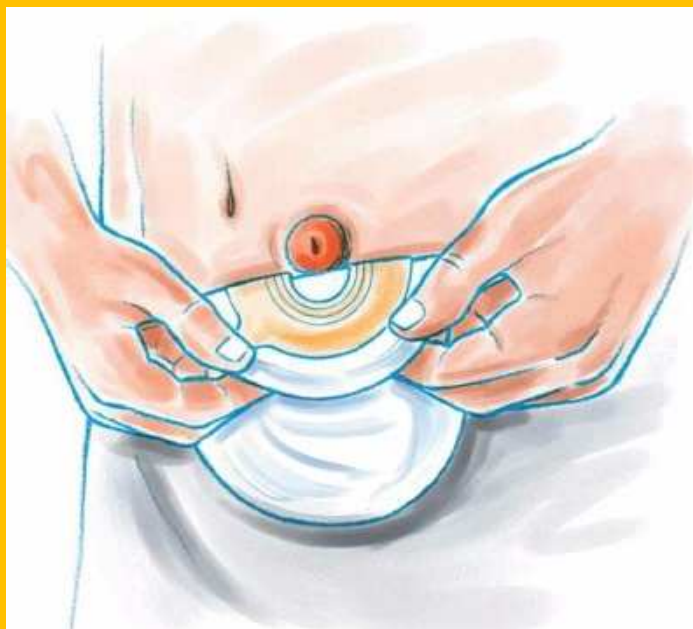




Misurare la stomia e ritagliare il foro della placca uguale o maggiore di 2 mm

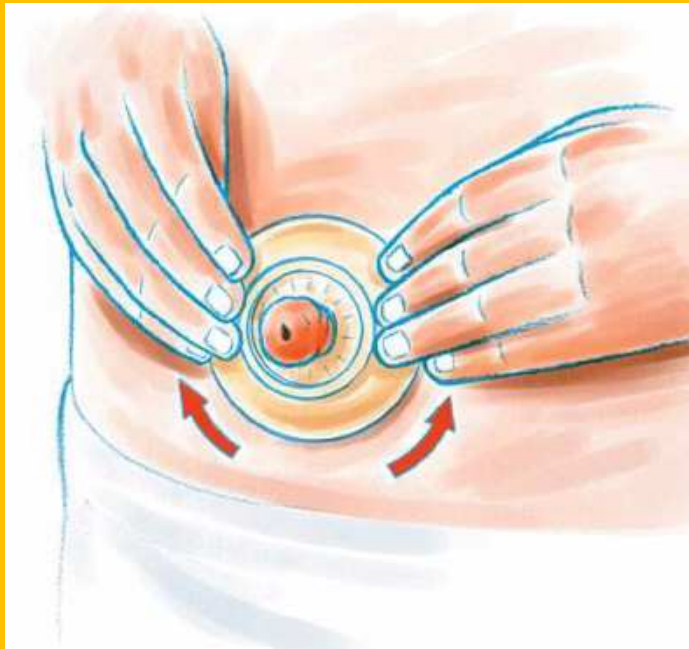
Applicare il dispositivo ed accertarsi della perfetta adesione della placca



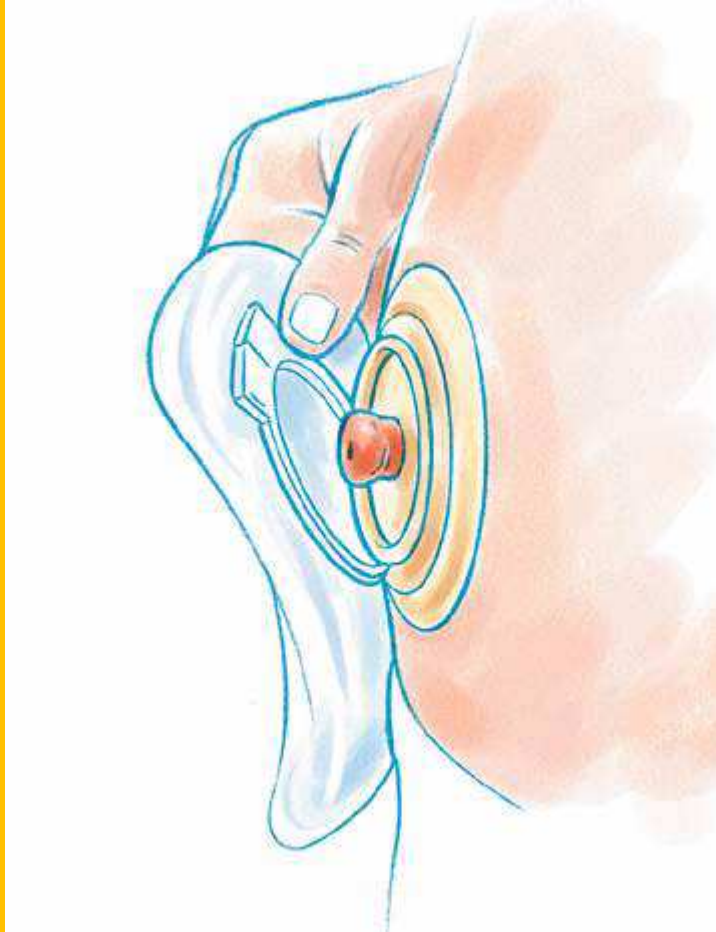


*Dopo aver opportunamente
deterso la zona, rimuovere la
pellicola protettiva e, centrando
bene il foro, applicare la placca
sulle cute. Esercitare una
leggera pressione dal centro
della placca verso l'esterno fino
a quando non si è sicuri della
completa adesione*

Applicazione della sacca a due pezzi



Dopo avere opportunamente deterso la zona, rimuovere la pellicola protettiva e, centrando bene il foro, applicare la placca sulla cute. Esercitare una leggera pressione dal centro della placca verso l'esterno fino a quando non si è sicuri della completa adesione



Agganciare la sacca alla flangia. Inserendo le dita tra la placca e la flangia assicurarsi del corretto posizionamento

*Agganciare la sacca alla flangia.
Inserendo le dita tra la placca e
la flangia assicurarsi del corretto
posizionamento*





Serrare l'aggancio (si sentirà un "click") e controllare la corretta adesione del presidio



Per la rimozione. Liberare l'aggancio (si sentirà un "click"), tenere con una mano la pelle tesa e con l'altra rimuovere, dall'alto verso il basso la sacca. Quindi, allo stesso modo, staccare la placca

ATTENZIONE SE...

STOMIA PIANA O RETRATTA: Usare placca convessa, pasta barriera e/o cintura di sostegno

STOMIA SU BAGUETTE: Posizionare la baguette sopra la placca

DISLIVELLI CUTANEI:

- Applicare la pasta barriera per livellare il piano
- Togliere i residui di pasta con molta delicatezza. Se difficoltoso i residui possono essere lasciati in sede in quanto non arrecano danni alla cute

LESIONI CUTANEE CON ESSUDATO:

Applicare la polvere idraocolloidale

URETEREOCUTANEOSTOMIE

- La detersione va effettuata con manovre a raggiera dalla stomia verso l'esterno
- I tutori ureterali vanno posizionati all'interno della sacca, sopra la valvola antireflusso

In tutti i casi....

Per qualsiasi dubbio rivolgersi allo stomaterapista



Consigli alimentari

CIBI E BEVANDE CHE ACCELERANO IL TRANSITO INTESTINALE

Alcolici (vino, spumante, ecc)
Bevande gassate
Latte intero, panna
Formaggi grassi e fermentati
Dolci
Brodo di carne
Frutta e verdura
Cibi fritti
Carni grasse
Insaccati

BEVANDE RESPONSABILI DELLA FORMAZIONE DI GAS

Pane, pasta o riso poco cotti
Legumi
Pesce fritto
Carni affumicate
Cavoli, cavolfiori , broccoli (e tutti gli ortaggi di questa famiglia)
Spezie, frutta secca
Bevande gassate
Birra, superalcolici
Formaggi freschi
Funghi

CIBI E BEVANDE CHE RALLENTANO IL TRANSITO INTESTINALE

Cereali integrali
Pane, pasta, riso
Pesce cotto al vapore o lessato
Carni bianche
Carote crude
Mele crude
Banane
Patate



CIBI E BEVANDE CHE PROVOCANO ODORE

Asparagi
Peperoni
Broccoli
Cipolle
Cavoli
Cavolfiore
Pesci grassi
Formaggi stagionati
Uova
Aglio
Legumi

Inoltre ricordarsi che:

Non saltare i pasti, anzi consumarli ad orari regolari e mangiare con calma

Masticare lentamente e a lungo

Bere almeno 2 litri di acqua non gasata e non fredda, soprattutto lontano dai pasti

tutti i cibi che prima dell'intervento provocavano costipazione, diarrea o flatulenza, probabilmente continueranno ad avere gli stessi effetti

Non consumare cibi molto caldi o molto freddi

Evitare i cibi fritti e preferire la cottura a vapore, al forno, alla griglia

Utilizzare esclusivamente grassi vegetali crudi (olio di oliva, di semi, margarine)

Limitare l'uso di alcolici

Limitare il consumo di spezie (pepe, peperoncino, paprika, ecc.)

Consumare cibi ben cotti

Limitare il consumo delle fibre (es. farine integrali) e i vegetali che producono gas (es. legumi)

Provare i cibi nuovi uno alla volta in modo da individuare subito eventuali fonti di problema

In caso di stipsi è opportuno mangiare almeno 30 gr di fibre al giorno, verdure cotte o crude, alimenti integrali

Asparagi, insaccati, acciughe, peperoni, cipolle, cavolfiore, broccoli, pesce, uova, formaggio producono odore ed acidità nelle urine

In tutti i casi... Godersi il cibo che si mangia e cercare di non essere troppo ansiosi in merito a questo problema!

Avere una stomia non significa rinunciare ad un buon pasto, ma solo prendersi un po' di tempo per verificare cosa è meglio per l'organismo.



L'ABBIGLIAMENTO



In realtà non esiste nessun tipo di limitazione nel modo di vestire, ma è consigliabile non indossare abiti troppo aderenti o cinture troppo strette, che possono comprimere la sacca, ed evitare i tessuti sintetici, causa di irritazione per la cute.



L'ATTIVITÀ FISICA

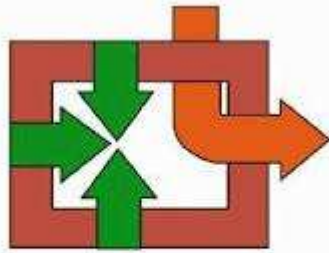
E' consigliabile, per tutti, una moderata attività fisica , evitando soltanto quelle che richiedono un impegno fisico eccessivo o espongono al rischio di contatti violenti. Ad esempio è praticabile anche il nuoto: le donne possono indossare un costume intero, gli uomini un costume a calzoncino, ed applicare un dispositivo adatto, come la sacca mini.





VACANZA, LAVORO E VITA SOCIALE

Non c'è alcun problema, si possono riprendere tutte le proprie attività, compreso il lavoro e relazioni sociali o concedersi una vacanza, breve o lunga. Importante sarà organizzarsi sempre con una "trousse" per il ricambio della sacca. Con un presidio adatto e poche cautele si possono praticare tutte le attività svolte in precedenza, compreso una regolare attività sessuale!



A.I.STOM.

ASSOCIAZIONI

i cui soci sono persone portatrici di stomi
medici, stomaterapisti, sostenitori volontari

FAIS (Federazione Associazioni
Incontinenti e Stomizzati) – via San Marino
10 – Torino. Tel: 800090506 –

www.FAIS.info

ASTOS (Associazione Stomizzati
Toscana) – via Cosimo il Vecchio 2 –
Firenze. Tel: 05532697804 –

astosfirenze@tiscali.it

AISTOM (Associazione Italiana Stomizzati)
– via Orazio Flacco 24 – Bari. Tel:
0805093389 – www.AISTOM.org



GESTIONE DELLE ENTEROSTOMIE

Periodo pre-operatorio:
procedure clinico-assistenziali



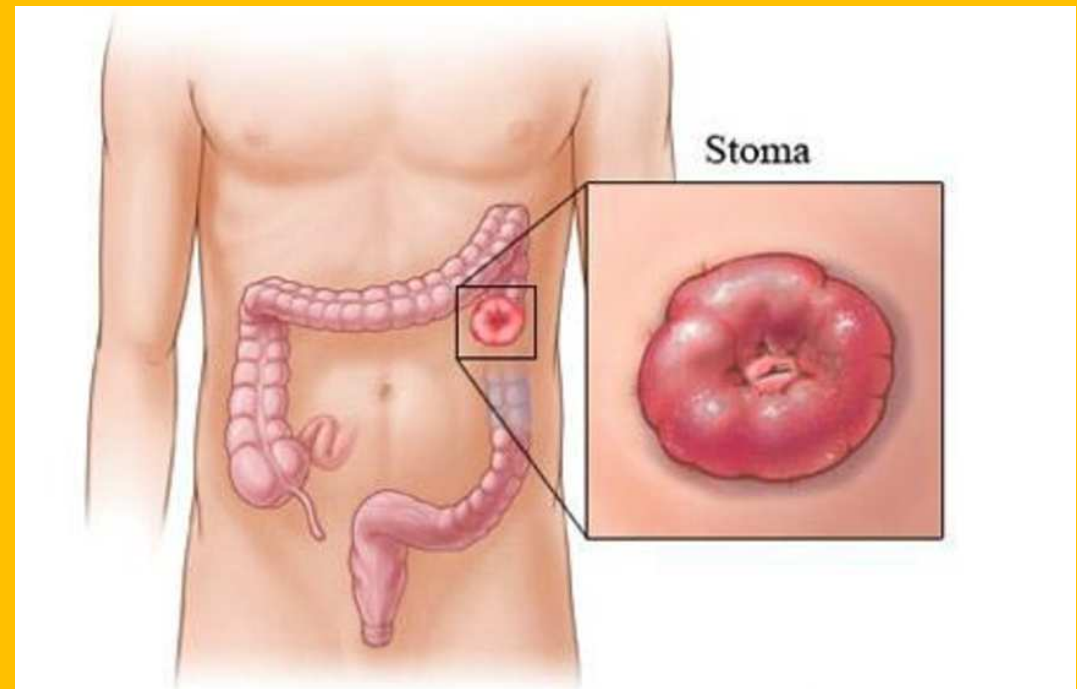
La preparazione del paziente alla chirurgia colo-rettale si presenta complessa e pluriarticolata per i seguenti motivi:

- la chirurgia colo-rettale ha fra le più elevate percentuali di complicanze legate al contenuto fortemente settico del colo-retto;
- è una chirurgia che può essere gravata da pesanti esiti fisiologici e psichici in caso di confezionamento della enterostomia
- l'eventuale confezionamento della stomia presuppone tutta una serie di problematiche chirurgiche e in grado di condizionare pesantemente il futuro del paziente.



Le diverse fasi in cui si articola la preparazione all'intervento chirurgico, che vede coinvolti medico, infermiere e paziente, possono essere, secondo una sequenza temporale, così riassunte:

1. preparazione generale
2. studio della malattia di base
3. preparazione meccanica del viscere
4. profilassi antibiotica
5. scelta della sede della stomia



1) Preparazione generale

L'approccio pre-operatorio al paziente, da parte del medico e dello stomaterapista, inizia con una spiegazione del quadro clinico e dell'intervento chirurgico di confezionamento della enterostomia.

Il primo passo dell'accertamento pre-operatorio è rappresentato dalla valutazione dello stato generale del paziente allo scopo di identificare eventuali alterazioni di organi e/o funzioni.

Si procede assicurandosi delle condizioni respiratorie, cardiocircolatorie, metaboliche, cerebrali, urinarie e nutrizionali del paziente e, se alterate, riportandole quanto più vicino possibile alla norma.

Affinché il paziente arrivi in buone condizioni organiche all'intervento è necessario (specie nelle malattie neoplastiche) evidenziare tra questi problemi, quello della valutazione nutrizionale.

I pazienti malnutriti sono più soggetti a manifestare complicanze post-operatorie, soprattutto di ordine infettivo e di tenute delle suture intestinali.

La motivazione di ciò è data dal fatto che la denutrizione determina una minore resistenza all'aggressione dei germi patogeni ed una rallentata, ed a volte assente, chiusura delle ferite e delle anastomosi.

Per questo il paziente malnutrito deve essere sottoposto ad un regime dietetico ipernutritivo che può essere attuato con una dieta ricca di proteine (carni, pesce, uova) e glucidi (zucchero, pasta e pane).

Qualora le condizioni fisiche non lo permettano, come ad esempio nei tumori a tendenza stenotomica del colon è necessario fornire calorie sotto forma di glucidi, proteine e grassi con soluzioni endovenose.

Talvolta, inoltre, si rende necessario sospendere completamente l'alimentazione orale ed eseguire una completa introduzione delle sostanze nutritive endovena (nutrizione parenterale totale).

2) Studio della malattia di base

Dopo una valutazione generale è necessario iniziare lo studio della malattia di base.

Questa fase presenta vari gradi di complessità in rapporto al tipo di malattia: se la patologia da trattare è una neoplasia lo studio dovrà essere il più accurato ed articolato possibile per evidenziare:

- il grado di infiltrazione parietale e locale del tumore
- metastasi a distanza e periviscerali
- alcuni parametri serilogici definiti “markers neoplastici”, il cui andamento plasmatico seguito nel tempo è indice di ripresa dell’attività neoplastica dopo l’intervento (CEA, alfafeto-proteina, eccetera).

La valutazione del grado di infiltrazione si basa sulle seguenti metodiche: esplorazioni digito-ano-rettale, esplorazione vaginale (nella donna), ecografia endoscopica, rettosigmoidoscopia, colonscopia con esame biottico, tac pelvica, clisma opaco con o senza mezzo di contrasto, urografia.

Per quanto riguarda la ricerca di metastasi a distanza e l'infiltrazione di strutture adiacenti, le metodiche utilizzate sono fondamentalmente la tac pelvica, l'ecografia addome superiore ed eventualmente la laparoscopia..

3) Preparazione meccanica del viscere

Posta l'indicazione ad eradicare chirurgicamente la malattia è necessario iniziare la preparazione meccanica del viscere che, come in tutti gli interventi di chirurgia addominale, deve essere il più pulito possibile. Le complicanze principali della chirurgia colo-rettale sono le sepsi post-operatorie e le deiscenze anastomotiche causate principalmente dalla contaminazione dei tessuti ad opera della flora batterica, che nel colon raggiunge valori elevatissimi.

Una delle metodiche per ridurre notevolmente la carica batterica del colon è rappresentata da una adeguata preparazione del viscere: la preparazione ad un intervento in elezione sarà più meticolosa ed efficace di quella eseguita per un intervento in urgenza, che prevede quando e se possibili, procedure intra-operatorie e tempi brevissimi.

La preparazione meccanica in un intervento d'elezione viene distinta in due metodiche differenti: la preparazione meccanica e la preparazione isoperistaltica.

La preparazione meccanica classica si basa sull'utilizzo di:
- dieta a basso contenuto di scorie

Gli scopi principali della dieta sono quelli di mantenere a riposo funzionale il colon e di ridurre la flora batterica dello stesso. La dieta, che va iniziata 5 o 6 giorni prima dell'intervento, deve essere a basso contenuto di scorie, iperproteica, ipercalorica e arricchita di vitamine.

- lassativi

La loro somministrazione è consigliata solo nei 2-3 giorni che precedono l'intervento e non devono essere troppo energici per evitare l'irritazione e/o l'edema della mucosa e della sottomucosa del colon

- clisteri

Uno dei metodi più antichi adoperato per la pulizia del colon è rappresentato dall'utilizzo dei clisteri. Al fine di non risultare dannosi essi devono essere seguiti con i seguenti accorgimenti: soluzione di lavaggio sterili che non devono superare i 1500 cc per volta; temperatura di infusione non superiore a 37,5 C.; somministrazione limitata a 2-3 giorni prima dell'intervento; pressione di infusione bassa per evitare traumatismo della mucosa.

La preparazione classica, basata sull'uso dei componenti sopra descritti, presenta i seguenti limiti:

- pulizia dell'intestino insoddisfacente nel 35% dei casi
- in presenza di stenosi infiammatorie e/o neoplastiche la pulizia del tratto a monte della stenosi è impossibile

Questa preparazione risulta comunque controindicata in presenza di stenosi di grado elevato, morbo di Crohn, retticolite ulcerosa e processi flogistici cronici dell'ileo e/o del colon.

La seconda metodica di preparazione del viscere in elezione è la preparazione isoperistaltica.

E' chiamata isoperistaltica perché i liquidi di lavaggio si spostano ed agiscono dal colon prossimale a quello distale secondo il flusso fisiologico, contrariamente ai clisteri che agiscono in senso "antiperistaltico".

Tale preparazione consiste nel lavaggio del colon con una soluzione ipertonica che può essere salina o zuccherina (mannitolo).

Il mannitolo al 10% presenta i seguenti vantaggi: sono sufficienti due litri, si può assumere per os, non essendo necessaria l'infusione attraverso sonda naso-gastrica come per le altre soluzioni; non provoca turbe elettroniche rilevanti; dà una soddisfacente pulizia del colon e si assume massimo in due ore il giorno prima dell'intervento.



Facendo un paragone fra le due metodiche utilizzate per la pulizia del viscere, i vantaggi della preparazione isoperistaltica su quella classica sono:

- eccellente pulizia del colon (secondo diversi autori il 90% dei casi contro il 65% della preparazione classica)
- notevole riduzione della carica batterica endoluminale
- maggiore accettabilità dei pazienti (possibilità di somministrazione per os con il mannitolo)
- maggiore rapidità nella preparazione del viscere (1-2 ore)

Diversa è la preparazione meccanica negli interventi d'urgenza in quanto è possibile eseguirla solo sul tavolo operatorio, ad addome aperto, con tutti i rischi di contaminazione che ciò comporta.

Per questi motivi è possibile limitarsi ad eseguire un intervento decompressivo, come una colostomia a monte dell'ostruzione, per poi rinviare l'intervento definitivo dopo detenzione e preparazione del viscere e, soprattutto, dopo aver ripristinato le condizioni generali del paziente.

4) Profilassi antibiotica

Abbiamo visto come una buona preparazione meccanica è in grado di ridurre notevolmente la flora batterica del colon, ma non può fare di più.

Per ottenere una ulteriore riduzione del contenuto settico del viscere, è indispensabile associare ad essa la somministrazione di antibiotici.

Attraverso una corretta profilassi antibiotica è possibile garantire durante l'atto operatorio e nell'immediata fase post-operatoria un livello ottimale di antibiotico attivo nei tessuti, sede di possibile contaminazione batterica.

La profilassi va iniziata poche ore prima dell'intervento e di deve essere di breve durata al fine di impedire l'insorgenza di resistenze batteriche e di infezioni da germi opportunisti.



5) Scelta della sede della stomia

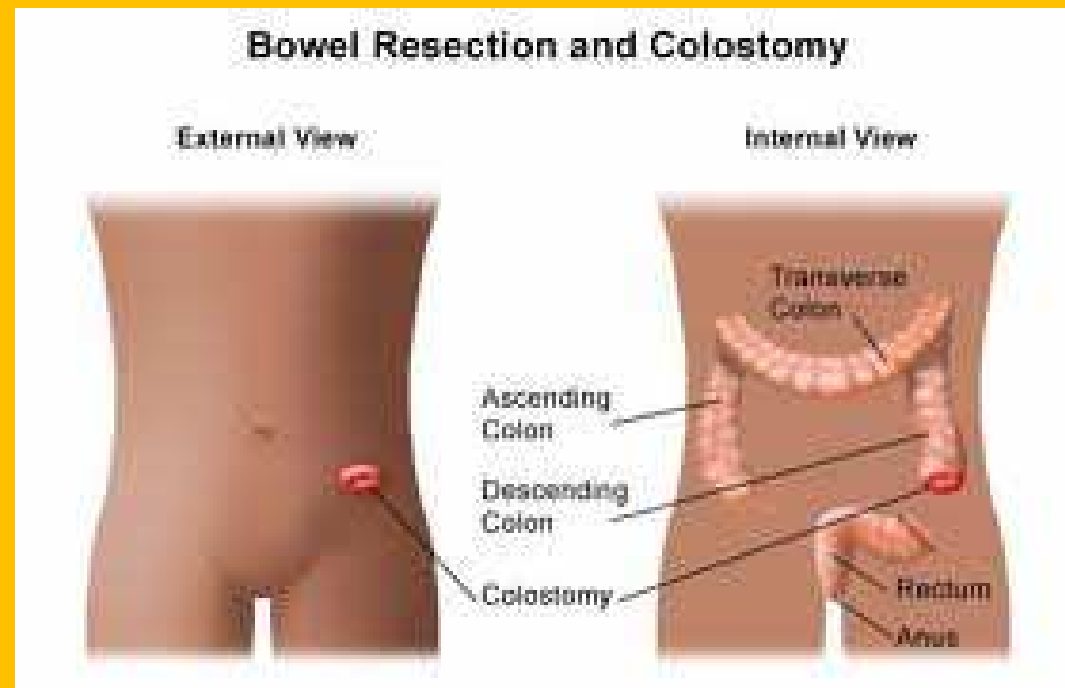
La scelta del punto ideale per il confezionamento della stomia è un momento fondamentale ai fini della riabilitazione post-operatoria.

Un corretto posizionamento della stomia riduce la percentuale di complicanze dello stoma, agevola la cura e le manovre di manutenzione da parte del paziente, favorisce l'applicazione perfetta dei presidi stomali e la futura irrigazione.

In passato si faceva coincidere la sede della stomia con la ferita laparotomica.

Oggi, per diminuire i rischi di contaminazione fecale della ferita e per favorire una miglior adesione dei dispositivi di raccolta, lo stoma viene posto sempre lateralmente alla ferita stessa.

Un corretto posizionamento prevede che la stomia risulti lontana da: salienze ossee, ombelico, cicatrici chirurgiche, pliche cutanee, dalla linea della cintura alla vita e zone addominali in qualche modo compromesse, eventuali ernie che potrebbero interferire con l'adesione delle protesi stomali.



La stomia deve essere facilmente visibile autonomamente dal paziente ed avere una sufficiente superficie cutanea peristomale piana per facilitare l'adesione delle sacche di raccolta.

Il punto ideale di solito si trova all'interno dei triangoli che si ottengono fra la linea ombelico-marginocostale e la linea ombelico-iliaca.

La scelta della sede dello stoma va fatta assieme al paziente, valutando con lui se riesce a vedere e raggiungere facilmente tale punto sia in posizione supina che seduta e in piedi cosicché, una volta dimesso, sia in grado di gestirsi autonomamente.





PRE-OPERATORIO:
PREPARAZIONE PSICOLOGICA



La riabilitazione del paziente portatore di stomia intestinale va iniziata prima della realizzazione della stessa in quanto, un'adeguata preparazione del paziente è importante per il risultato globale dell'intervento e permette una qualità di vita migliore. Una buona preparazione pre-operatoria aiuta ad alleviare alcune delle preoccupazioni del paziente chiarendo i concetti erronei che può avere fornendo informazioni semplici.

Affinché l'insegnamento pre-operatorio risulti efficace è indispensabile che le informazioni fornite non siano strettamente tecniche, ma modulate in base alle capacità di comprensione del paziente.

Le nozioni fornite sulla malattia di base e sulle varie alternative terapeutiche possibili devono essere a lui comprensibili così da metterlo in condizione di scegliere con la sua volontà.



L'articolo 2 della Costituzione stabilisce che “la salute è un fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (...) nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di legge (...)”.



Fornendo chiaramente tutte le informazioni e dopo aver soddisfatto ogni ulteriore richiesta da parte del paziente è possibile far sottoscrivere un valido consenso al trattamento programmato che ne manifesti inequivocabilmente la volontà. Affinché l'informazione e il consenso siano validi devono essere dati e ricevuti personalmente dal paziente.

Una volta ottenuto il consenso del paziente ad effettuare l'intervento è bene coinvolgere nel programma di riabilitazione i familiari e/o gli amici più stretti in modo da renderli partecipi; la loro reazione avrà un significativo effetto su come il paziente si adatterà alla stomia stessa.

RIABILITAZIONE POST-OPERATORIO

Una volta terminato l'intervento chirurgico di confezionamento dello stoma inizia la parte più importante del processo di riabilitazione o stoma-terapia, necessaria per raggiungere una completa autonomia del paziente nell'autogestione del neostoma. Questa fase rappresenta un momento molto delicato e critico per questi pazienti sia dal punto di vista della malattia, che ne ha determinato il confezionamento, che da quello delle conseguenze derivanti dall'essere portatore di stomia intestinale. E' possibile distinguere il processo riabilitativo in "psicologico" comprendente le problematiche di adattamento socio-lavorative e familiari e "fisico" inerenti alla gestione pratica della stomia in sé stessa.

RIABILITAZIONE PSICOLOGICA

Gli interventi chirurgici demolitivi sono considerati dai pazienti come l'unico metodo per superare la malattia ma nel contempo sono vissuti con angoscia in quanto implicano la perdita dell'identità corporea.

La presa di coscienza della realtà della stomia si risolve, in molti casi, in un periodo di depressione.

In relazione alla mancanza del controllo sfinterico diventano vincolanti e prioritari, rispetto alle precedenti abitudini, i ritmi imposti dalle scariche evacuatorie, dalla pratica dell'irrigazione e dalla pulizia dello stoma.

In questa situazione il paziente, per evitare le frustrazioni legate a possibili rifiuti sociali, tende a chiudersi in un progressivo isolamento.

Sentimenti di vergogna e imbarazzo possono inibire la sessualità, anche se la funzione sessuale non è stata compromessa dall'intervento chirurgico.

Nel quadro del processo riabilitativo è importante valutare, in ciascun paziente, le problematiche psicologiche per favorirne l'espressione e l'elaborazione.

Questi aspetti possono essere efficacemente prevenuti ed affrontati da una équipe clinica a tal fine sensibilizzata.

Un soggetto che diventa portatore di un neostoma subisce una menomazione che richiede un riadattamento oltre che fisico, anche psichico.

Nelle enterostomie i problemi psicologici che più frequentemente si riscontrano sono legati alla modificazione dello schema corporeo e della funzione escretoria.

L'esperienza della malattia e l'esito mutilante dell'intervento chirurgico colpiscono, più o meno profondamente, il concetto di sé e le sue componenti ovvero lo schema e l'immagine corporea, l'autostima, il sé ideale, le prestazioni di ruolo e l'identità personale.

Il concetto di sé ossia, il complesso di percezioni, pensieri ed emozioni connessi e derivanti dal rapporto della persona con sé stessa e con la realtà circostante, deve essere positivo poiché costituisce la base necessaria per una adeguata autostima.

L'immagine corporea, che rappresenta il quadro mentale che ognuno ha del proprio corpo ovvero il modo in cui il corpo appare a noi stessi, può essere deformato dalla malattia fino ad annullare il positivo rapporto della persona con il proprio corpo e fra questo e le persone che lo circondano.

Lo schema corporeo costituisce invece il risultato di un'elaborazione delle nostre percezioni corporee (tattili, termiche, posturali eccetera) che accompagna costantemente la nostra esperienza di vita continuamente percepita e modificata nel tempo e nello spazio.

E' dunque chiaro che lo schema e l'immagine corporea sono strettamente legati tra loro ma, mentre il primo concetto fa riferimento alla concretezza delle nostre percezioni, il secondo si riferisce alle modalità di rappresentazione del proprio corpo a sé stessi ed agli altri.

Nei pazienti stomizzati il corpo non è più quello di prima e la mente deve compiere una metamorfosi per reintegrare il senso del sé adattandosi ad un nuovo schema corporeo.

Nel primo periodo dopo l'intervento chirurgico, la stomia viene vissuta come un corpo estraneo, una ferita rimasta aperta.

In questa fase l'atteggiamento dell'enterostomista è di estrema importanza: far capire allo stomizzato che il neo-stoma non è assolutamente né orribile né disgustoso, facendogli prendere gradualmente contatto con questa nuova parte del suo corpo, è indispensabile per riconoscerla come propria ed integrarla nel proprio schema corporeo.

Questa nuova condizione coincide con la modificazione dell'emissione di gas e feci e soprattutto con la perdita del controllo della loro espulsione.

Lo stomizzato adulto sente di essere stato riportato bruscamente indietro nel tempo in quella condizione di bambino, che non riesce a controllare l'emissione del contenuto intestinale, avendo però perso completamente ogni piacere nel contatto con le sue feci.

Gradualmente il bambino impara che le sue feci sono gradite solo in certi luoghi e in certi momenti mentre, in tutte le altre circostanze, sono qualcosa di offensivo.

Lo stomizzato sente di non avere più la capacità di controllare il proprio corpo e si sente privo di difese, sia verso l'esterno, per la ferita aperta sul corpo che verso l'interno per la fuoriuscita ingovernabile degli escrementi. Sta in questo la motivazione inconscia del ritiro dal mondo esterno fino a casi limite di idee suicidarie.

E' quindi indispensabile nell'immediato post-operatorio che il neostomizzato venga rassicurato sul fatto che le sue feci non sono né velenose né mortali e che in lui nulla è cambiato come persona malgrado i mutamenti fisici.

Ecco come il comportamento dei propri cari e degli operatori sanitari assume in questi momenti particolare importanza:

sentirsi accettato da chi lo circonda e che gli altri si occupino della sua stomia e delle sue escrezioni con assoluta naturalezza, determinano nel paziente quella sicurezza che successivamente permetterà di realizzare la riabilitazione fisica.

Nella riabilitazione è importante non avere fretta ed adeguarsi ai tempi necessari di ciascun individuo.

Solo in un secondo momento, quando il paziente si sentirà sufficientemente accettato nella sua nuova condizione, sarà possibile cominciare ad insegnargli a rendersi autonomo nella gestione della sua stomia.

RIABILITAZIONE FISICA

Il funzionamento della stomia, ovvero l'emissione delle feci, inizia generalmente 2 o 3 giorni dopo l'intervento chirurgico.

Durante questo periodo è necessario l'utilizzo di protesi trasparenti per osservare continuamente il colore dello stoma e coglierne eventuali aspetti necrotici.

Per controllare la pervietà è bene che il chirurgo o l'enterostomista introducono un dito (l'indice) guantato e ben lubrificato nello stoma.



Nei giorni seguenti il paziente viene educato al cambio della sacca di raccolta ed all'igiene stomale;

l'enterostomista deve assistere il paziente per insegnargli la corretta applicazione delle protesi che prevede alcuni accorgimenti fondamentali:

- i diametri della stomia e delle protesi devono essere perfettamente sovrapponibili al fine che le feci non possano fuoriuscire da sotto l'apertura della protesi stessa ed irritare la cute circostante provocando irritazioni e dermatiti.
- E' opportuno ricordare che lo stoma tende a restringersi con il passare del tempo ed è quindi consigliabile misurarlo prima di comprare una nuova sacca;

- è opportuno che il collocamento della sacca sia effettuato nella posizione che poi generalmente si mantiene: per collocare la sacca da utilizzare nella giornata si può restare in piedi o seduto, ponendosi davanti a uno specchio che può agevolare l'applicazione;

per la notte è consigliabile assumere la posizione supina affinché l'apertura della protesi combaci perfettamente con lo stoma.

E' indispensabile che al momento della dimissione il paziente sia in grado di provvedere autonomamente alla gestione del proprio stoma.

Rimane buona norma istruire e informare i parenti più vicini al paziente sul corretto utilizzo dei presidi stomali al fine di non abbandonare il paziente a sé stesso al suo rientro al domicilio.

Ulteriori istruzioni possono essere fornite al paziente su base ambulatoriale.

Prima della dimissione il paziente deve essere informato sulle modalità di reperimento delle sacche e dei presidi stomali: se disponibile una certa quota di materiale può essere data in omaggio al paziente per i primi tempi allo scopo di permettere all'enterostomista di valutare se il materiale consigliato è corretto oppure se conviene attuare qualche modifica.

Essere stomizzati significa essere incontinenti 24 su 24, vivere con apposite protesi (sacche adesive per la raccolta delle deiezioni), e con tutte le problematiche a tutto ciò connesse.

Un numero sempre crescente di pazienti portatori di stomia addominale (in Italia sono oltre 43mila) e la specificità delle tecniche riabilitative richieste hanno portato nell'ultimo decennio, alla realizzazione di circa una settantina di Centri di Riabilitazione Enterostomale (C.R.E.) ubicati in ogni località Italia, per la maggior parte al centro-nord.

Le sedi dei centri A.I.STOM. possono essere intra -ospedaliere o extra-ospedaliere. Intra-ospedaliere presso reparti o servizi di chirurgia, urologia, oncologia, geriatria, gastroenterologia, F.K.; extra-ospedaliere presso poliambulatori o associazioni di volontariato.

All'interno dei centri A.I.STOM. il paziente enterostomizzato riceve un'assistenza multidisciplinare e polispecialistica da una equipe così composta:

- chirurgo o urologo
- psicologo o psichiatra
- dietologo
- infermiera stomaterapista

Di primaria importanza è il colloquio con lo psicologo che valuterà se il soggetto è in grado di reinserirsi autonomamente e completamente nell'ambito socio-lavorativo e familiare oppure è più indicato l'affidamento ad un assistente sociale.

L'assistenza al paziente enterostomizzato è sicuramente uno degli ambiti in cui l'infermiere professionale ha trovato una maggiore autonomia d'azione, riconosciuta a livello professionale, anche per l'istituzione di una figura professionale specializzata.

Nel contempo l'enterostomista è inserito in una realtà operativa di equipe, in cui i diversi operatori sanitari (chirurgo, enterostomista, dietologo, psicologo) svolgono in maniera paritetica e integrata il loro lavoro, in un'organizzazione dell'attività ben codificata.

La qualità della vita del paziente stomizzato è naturalmente correlata al suo grado d'inserimento nella società.

A tal riguardo risulta essere fondamentale il ruolo della famiglia, delle associazioni specifiche e naturalmente delle figure professionali impiegate in esse.

Tra i compiti di quest'ultimi oltre a quello di fornire una informazione e un aiuto diretto al paziente riguardo al problema della stomia, c'è anche quello del coinvolgimento dei familiari dell'utente che dovranno dare continuità all'azione di sostegno data dai sanitari e in particolare dall'enterostomista.

Bisogna sottolineare come in realtà il paziente stomizzato, oltre al problema della regolarizzazione delle eiezioni, riferisca come altamente invalidante nelle proprie relazioni sociali il problema dell'emissione degli odori.

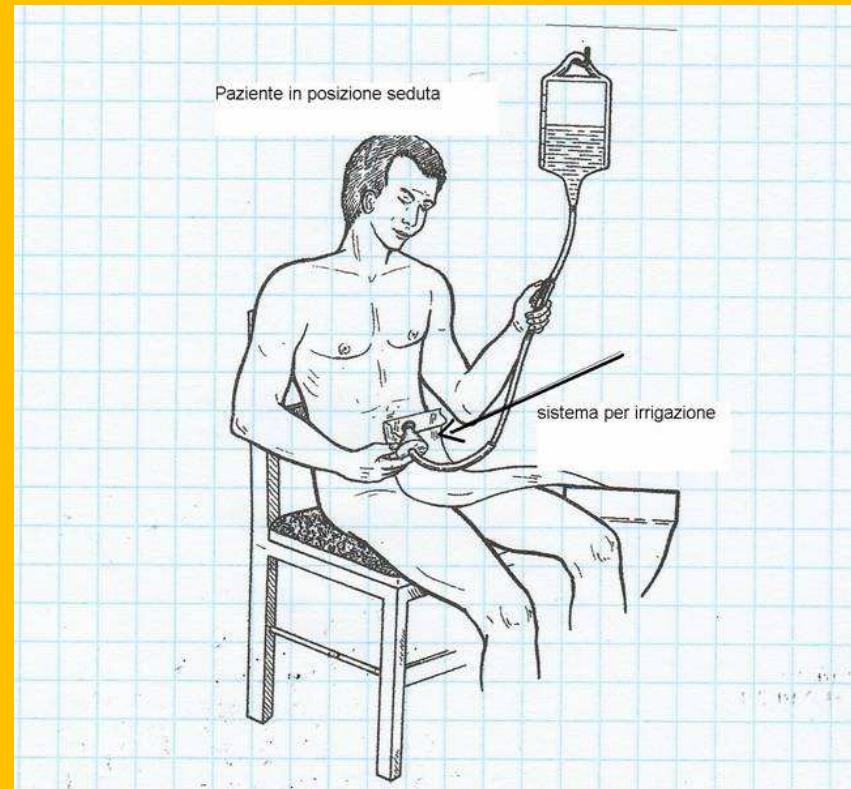
L'emissione involontaria di gas, oltre a poter essere rumorosa, determina, qualora il sacchetto non sia a perfetta tenuta, un persistente cattivo odore. Se nonostante una dieta corretta l'emissione di gas non cessa il rimedio più efficace è rappresentato dai deodoranti, liquidi od in polvere, da mettere nelle apparecchiature di raccolta e speciali filtri di carbone da inserire tra stoma e protesi. In caso di ileostomia, che normalmente non genera cattivi odori, prima di servirsi di deodoranti è importante assicurarsi che non ci sia una infiammazione od un restringimento dello stoma. Qualora i rimedi non siano sufficienti a debellare i cattivi odori il medico potrà consigliare l'utilizzo di farmaci antifermentativi.

La problematica principale a cui il paziente stomizzato deve far fronte è soprattutto la perdita della continenza. La perdita del controllo delle funzioni intestinale, provoca, nel soggetto che ne è colpito, un senso di frustrazione ed infelicità, tale da portarla all'isolamento dalla famiglia e dal contesto sociale – lavorativo.

Un sistema che consente un controllo concreto dell'evacuazioni è l'irrigazione che ha lo scopo di svuotare il colon , attraverso l'esecuzione cadenzata di clisteri evacuativi attraverso la stomia, da gas, muco e feci per consentire al paziente di svolgere le proprie attività sociali e lavorative senza alcun timore di fughe di feci impreviste. Tale tecnica inoltre riduce quantitativamente la flora batterica del colon con notevole diminuzione della produzione di gas intestinali.



L'irrigazione va eseguita in genere ogni 48 ore anche se vi sono dei casi che permettono di praticarla ogni 24 o 72 ore: ogni persona è diversa da un'altra per cui ogni caso va valutato singolarmente.



UN CENNO SULLE DISFAGIE

La **disfagia** è una disfunzione dell'apparato digerente, consistente nella difficoltà a deglutire, ed al corretto transito del bolo nelle vie digestive superiori^{[1][2]}; quasi sempre si manifesta come conseguenza di altri disturbi ostruttivi o motori, come presenza di neoplasie o acalasia. Può riguardare solo i cibi solidi, o anche quelli semiliquidi o liquidi. È da distinguere dall'odinofagia, che consiste in un'algia alla deglutizione. Nei soggetti colpiti da ictus e nelle persone affette da morbo di Parkinson, la disfagia è presente in una percentuale variabile dal 20 al 40% dei casi.

Il trattamento della disfagia

Le modalità di trattamento della disfagia variano a seconda delle cause che possono essere molto numerose e decisamente diverse fra loro.

In caso di disfagia orofaringea è consigliabile, oltre a normali test di routine, un controllo neurologico presso uno specialista che, eventualmente, potrà indirizzare il soggetto da uno specialista nella terapia di deglutizione. Tale tipo di terapia consta generalmente in esercizi mirati in grado di aiutare il soggetto sia a coordinare meglio i muscoli deputati alla deglutizione sia a stimolare i nervi deputati all'attivazione del riflesso di quest'ultima.

Se il soggetto soffre invece di disfagia esofagea si possono prendere in considerazione o una dilatazione esofagea, che può essere effettuata tramite endoscopio, oppure un intervento chirurgico (come nel caso, per esempio, di neoplasie a carico dell'esofago).

Il trattamento della disfagia può anche essere di tipo farmacologico; è il caso per esempio dei soggetti affetti da malattia da reflusso gastroesofageo.

In caso di disfagia grave può essere necessario intervenire tramite tubo di alimentazione (si agisce bypassando la parte del meccanismo di deglutizione che non funziona in modo adeguato).



