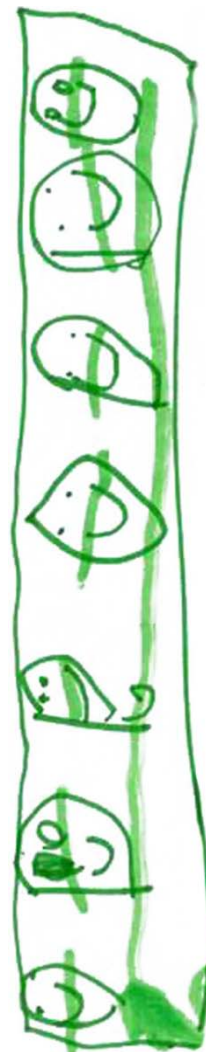


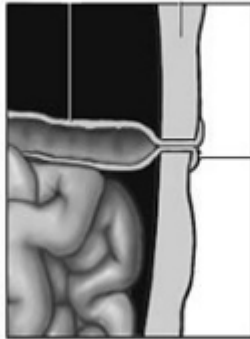
LE STOMIE nel 2014

Dott.ssa Sofia Bencivenni

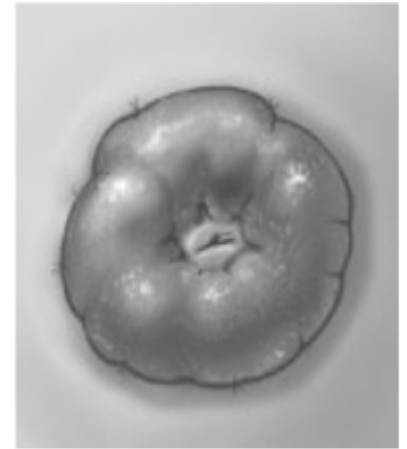
Ospedale "Orlandi" - Bussolengo - (Verona)

ULSS 22





Il termine stomia viene dal greco "stoma" e significa bocca o apertura



Per stomie si intendono le aperture o comunicazioni non fisiologiche del canale alimentare (enterostomie: ad es. colostomia, ileostomia) o dell'apparato urinario (urostomi) con la superficie esterna del corpo e realizzate da un operatore esterno.

Quelle comunicanti con organi interni realizzate da un operatore esterno sono *anastomosi* (ma si potrebbero chiamare stomie interne).
Quelle spontanee o impreviste sono *fistole*

CLASSIFICAZIONE DELLE STOMIE

SCOPO

- **Palliativo**: ad esempio in presenza di tumori inoperabili
- **Di protezione**: tiene "a riposo" il tratto di intestino a valle della stomia, favorendo così i processi di guarigione e di riparazione
- **Di necessità**: in alcuni tipi di intervento dove bisogna asportare la parte terminale dell'intestino

DURATA

- **Temporanee** la stomia viene confezionata come "protezione" e la canalizzazione della parte inferiore dell'intestino verrà ripristinata dopo la risoluzione di eventuali problemi patologici che hanno richiesto l'esclusione temporanea della funzionalità (vengono chiuse dopo circa 1 mese dall'intervento chirurgico di confezionamento)
- **Definitive** il tratto di intestino a valle della stomia è escluso definitivamente dal transito delle feci o è completamente asportato

TIPO

- **Terminali** principalmente definitive, permettono un'esclusione totale al transito della parte di intestino a valle. Il moncone afferente abbocca direttamente alla cute.
- **Laterali o trasversali o a doppia canna di fucile** sia temporanee che definitive. Sia il moncone afferente (che drena all'esterno il contenuto intestinale) che l'efferente (che resta in comunicazione con il segmento colico escluso) vengono abboccati alla cute mentre le pareti posteriori delle anse interessate vengono fissate insieme per mantenere le due anse parallele e fisse

INDICAZIONI

TEMPORANEE

Occlusioni intestinali

Neoplasie

Malformazioni

Lesioni, infiammazioni intestinali, IBD

Traumi con lesioni coliche

Malattia diverticolare complicata

Incontinenza

..... a scopo decompressivo; per mettere a riposo l'intestino; per favorire il consolidamento di anastomosi chirurgiche

DEFINITIVE

Neoplasie rettali

IBD

Carcinosi diffusa

Stenosi post-attiniche non resecabili

..... casi in cui è troppo rischioso o impossibile ricongiungere le due estremità dell'intestino sezionate

COMPLICANZE

- Addominalgie e/o mancata evacuazione intestinale
- Infiammazioni (Dermatite irritativa): contatto della cute con feci o urine. E' dovuta spesso a un foro troppo grande nella placca protettiva o a un dispositivo non ermetico.
- Allergie (Dermatite allergica)
- Granuloma: si manifesta con bruciore e prurito. Si deve intervenire chirurgicamente per curarlo.
- Micosi cutanee
- Ernie regione peristomale: più frequente in soggetti anziani e/o in sovrappeso a causa della lassità dei tessuti. Rischio di occlusione se non si interviene.
- Retrazioni (introflessione): il dispositivo non è più ermetico. La causa potrebbe essere un aumento di peso. Variazioni di peso (aumento/perdita) potrebbero richiedere un riadattamento del dispositivo allo stoma.
- Stenosi (restringimento): evacuazione delle feci più difficile o persino dolorosa; rischio di occlusione se non si interviene con dilatazioni specifiche oppure chirurgicamente.
- Prolasso (dislocazione)
- Emorragie: anticoagulanti; chemio e/o radioterapia.
- Fistolizzazione e necrosi

LOCALIZZAZIONE

Esofago prossimale

Stomaco

Digiuno

Ileo

Colon

ESOFAGOSTOMIA

- Sede cervicale per evitare il deflusso della saliva nell'esofago intermedio o distale sede di patologia deiscenze (fissurazione, fistola, sutura incontinente,..)
- Si tratta nella quasi totalità dei casi di una stomia escludente o terminale

La tecnica di realizzazione è chirurgica esterna

GASTROSTOMIA

- Si tratta di una stomia tangenziale, non escludente, utilizzata nella quasi totalità dei casi come via di apporto di nutrienti, ma qualche volta come via di deflusso a protezione parziale di suture realizzate a valle

La tecnica di realizzazione è per la maggior parte dei casi endoscopica (PEG), ma può essere laparoscopica o laparotomica

DIGIUNOSTOMIA

- interessa il primo tratto dell'intestino tenue
- è tangenziale
- è di apporto di sostanze nutritive perché impraticabile il tratto a monte a causa di patologie o di suture che necessitano di protezione temporanea

Viene realizzata per via laparoscopica o in corso di intervento laparotomico

CLASSIFICAZIONE DELLE ILEOSTOMIE

TIPO CHIRURGICO DI ABBOCCAMENTO



SEDI

terminale (end ileostomy)

- abboccamento chirurgico della parte terminale dell'intestino tenue alla parete addominale
- unico orifizio dal quale fuoriesce il materiale fecale
- mucosa stomale estroflessa rispetto al piano cutaneo per facilitare il deflusso degli effluenti all'interno del presidio di raccolta
- > **di solito definitiva**

trasversale/laterale/a doppia canna di fucile (loop ileostomy)

- abboccamento chirurgico dell'ansa ileale attraverso l'orifizio cutaneo; l'emiparete ileale dell'ansa efferente viene sezionata trasversalmente e poi fissata alla cute dopo averla evertita sull'ansa afferente, rendendola così molto simile all'ileostomia terminale.
- A differenza delle colostomie, in questo caso viene posizionata una bacchetta di sostegno perché la tecnica dell'eversione rende antireflusso l'ileostomia e devia in modo sicuro verso il presidio di raccolta i materiali espulsi impedendone il transito a valle nell'ansa efferente defunzionalizzata.
- > **più spesso temporanea**

Di norma la sua collocazione sull'addome è in fossa iliaca destra, ma in casi particolari la posizione può essere diversa.

FISIOPATOLOGIA ILEOSTOMIA

Non essendo presente uno sfintere non è possibile controllare volontariamente l'emissione di feci.

In seconda-terza giornata dall'ileostomia, le evacuazioni sono inizialmente continue, liquide, verdastre, frequenti ed abbondanti (fino a 1500 ml/die), riducendosi poi, con l'alimentazione del paziente, a circa 600ml/die e ad una consistenza poltacea. In un ulteriore lasso di tempo, con la progressiva stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente, le feci assumono una consistenza semipoltacea e/o liquida (a seconda dell'alimentazione e della quantità di liquidi assunti) e si riducono il numero di scariche diarroiche (fino a circa 3-4 volte/die), grazie anche alla ripresa della funzione drenante renale e/o dell'azione residua ileale.

Il *transito fecale è rapido* (circa 3-8 ore) e la fuoriuscita delle deiezioni avviene *soprattutto dopo i pasti*.

Le feci possono essere *maleodoranti* (a causa di farmaci e/o batteri e/o alimentazione) e anche *particolarmente aggressive*, per la presenza di enzimi digestivi attivi, con possibile irritazione cutanea.

Le conseguenze metaboliche più importanti della perdita della funzione colica sono:

- 1) *disidratazione e perdita di elettroliti*, anche marcate;
- 2) *malassorbimento lipidico* (come anche *degli acidi biliari*) con conseguente colelitiasi (se ampia resezione ileale)
- 3) *malassorbimento delle vitamine del gruppo B* (in particolare *B12*) e *della vitamina K* (se ampia resezione ileale)

la gestione di questa stomia è più complessa rispetto alla colostomia

CONSIGLI DIETETICI ILEOSTOMIE (1)

In conseguenza alla mancata funzione del colon è necessario adottare un regime nutrizionale consono a contrastare gli effetti negativi sul metabolismo determinati dalla notevole **perdita di acqua ed elettroliti attraverso le deiezioni**. In generale i consigli dietetici prevedono una dieta ipercalorica, ricca di minerali, povera di scorie e cellulosa che vengono eliminate indigerite.

Per ottenere evacuazioni più consistenti, possono essere consigliati preparati a base di psyllium, polietilenglicole, lactomannano che, per la loro azione massificante, di viscosità e capacità a trattenere i liquidi, possono contribuire ad un' emissione di feci più compatte.

Dopo l'intervento chirurgico e la fisiologica ripresa dell'alimentazione si consiglia di non abbandonare ed escludere alcun cibo dalla dieta, ma di introdurre un nuovo alimento alla volta per verificarne la tollerabilità individuale e l'effetto che produce sulla digestione, l'assorbimento e l'eliminazione.

(da AIOSS - Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomaterapia)

CONSIGLI DIETETICI ILEOSTOMIE (2)

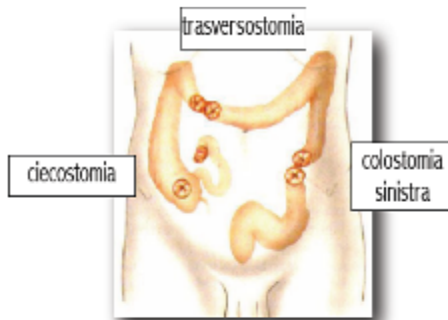
Consigli e raccomandazioni per reintegrare i liquidi persi, migliorare la consistenza delle feci e ridurre il meteorismo.

- **Bere molto durante la giornata:** per reintegrare le perdite è importante assumere 2-3 litri di liquidi sotto forma di acqua, tisane, brodo. Si consiglia di bere in particolare fra un pasto e l'altro. Evitare bibite gassate.
- **Assumere alimenti ricchi di sodio e potassio:** spremute e centrifugati di frutta e verdura, banane, patate, brodo vegetale ed eventualmente integratori salini.
- **Limitare l'assunzione di cibi grassi:** brodo di carne grassa, carni grasse e frattaglie, pesci semigrassi e grassi (orata, salmone, carpa, tonno, triglia etc.); cibi fritti, formaggi molto grassi e piccanti (gorgonzola, mascarpone, pecorino etc.), salumi grassi (coppa, mortadella, salame etc.).
- Per la cottura e la preparazione dei cibi si suggeriscono *preparazioni semplici e poco condite*, con *metodi di cottura al vapore, alla griglia, bollitura, al forno, al cartoccio*. Per i condimenti sono da *privilegiare i grassi vegetali crudi*: olio di oliva extravergine, di mais, di girasole, di soia; *limitare i grassi animali*: burro, lardo, panna.
- **Consumo di frutta e verdura:** poiché questi componenti dietetici sono molto importanti, vanno assunti sotto forma di passati, puree, centrifugati e spremute.
- **Frazionare i pasti durante l'arco della giornata.** *Masticare lentamente e bene* favorisce la digestione, rende più regolare la motilità intestinale e diminuisce la formazione di gas nell'intestino.
- **Evitare l'assunzione di cibi e/o bevande troppo calde o troppo fredde** per prevenire un aumento della peristalsi e l'accelerazione del transito intestinale.

(da AIOSS - Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomaterapia)

CLASSIFICAZIONE DELLE COLOSTOMIE

TIPO CHIRURGICO DI ABOCCAMENTO



SEDI in base al tratto colico abboccato

terminale

- se confezionata mediante una sezione trasversale completa del colon e suo conseguente abboccamento alla cute

> **più spesso definitiva**

trasversale/laterale/a doppia canna di fucile

- abboccamento alla cute della sola parete laterale del colon, coesistendo quindi nello stesso orifizio cutaneo un'ansa afferente prossimale ed un'ansa efferente distale

> **in genere temporanea**

Ciecostomia: in fossa iliaca destra

Trasversostomia: può essere confezionata a destra (trasversostomia dx) o a sinistra (trasversostomia sx) dell'addome in base al segmento colico esterorizzato (prossimale o distale)

Colostomia SX - Sigmoidostomia: a sinistra dell'addome

FISIOPATOLOGIA COLOSTOMIA

Non essendo presente uno sfintere *non è possibile controllare volontariamente l'emissione di feci*, ma *si puo' educare il paziente ad avvertire lo stimolo dell'evacuazione* e con il tempo poter essere in grado di svuotare il colon, con l'ausilio della sacca, a orari abbastanza regolari.

La consistenza fecale è comunque maggiore rispetto alla ileostomia, grazie alla maggior capacità di assorbimento dell' acqua.

Ciecostomia:

La fisiopatologia è simile a quella dell'ileostomia, per la massiva perdita di liquidi e di elettroliti. La valvola ileocecale integra rende possibile una parziale limitazione dall'emissione continua fecale. Non crea di solito alterazioni metaboliche significative, essendo quasi sempre temporanea.

Trasversostomie:

La consistenza fecale varia a seconda della localizzazione (da semiliquida se la stomia è prossimale fino a quasi normale se la stomia è più distale). La stabilizzazione del paziente porta ad un aumento progressivo della consistenza fecale. Attività enzimatica ridotta.

Sigmoidostomia:

L'aspetto delle feci risulta normale per volume, odore, consistenza e presenza di gas. La stabilizzazione del paziente porta ad un aumento progressivo della consistenza fecale, fino ad un aspetto solido. Attività enzimatica ancora più ridotta o assente.

Frequenza di scarica bassa (1-2/die). La funzionalità di assorbimento di liquidi e sali minerali da parte del colon residuo è tale da poter ridurre praticamente a zero le perdite idroelettrolitiche con ripercussioni sullo stato generale quasi nulle.

la gestione di questa stomia è più semplice della ileostomia

CONSIGLI DIETETICI COLOSTOMIE

Dato che il rischio di squilibri metabolici importanti secondari alla colostomia è pressoché nullo, non si impone l'adozione di una dieta alimentare particolare, salvo in caso di patologie concomitanti che inducano restrizioni dietetiche. L'aspetto che influenza negativamente la vita di un individuo colostomizzato è correlato alla **perdita della continenza**, con emissione di feci e gas incontrollata.

Consigli e indicazioni sugli accorgimenti dietologici favorevoli:

- ✓ *la regolare funzione intestinale*
- ✓ *la riduzione del disagio correlato al meteorismo ed all'emissione incontrollata di gas intestinale*
- ✓ *la digeribilità dei nutrienti introdotti con l'alimentazione*

in base all'alvo:

Stipsi: aumentare l'assunzione di scorie presenti in frutta, verdura, alimenti integrali etc.. e di acqua (minimo 1,5 l/die), associando alla dieta anche il movimento fisico e la ginnastica.

Diarrea: evitare l'assunzione di cibi che possono accelerare il transito intestinale (cereali integrali e poco cotti, brodo di carne, le parti grasse di pesce e carne, insaccati, latte intero, formaggi grassi, verdura e frutta ad alto contenuto di scorie alcoolici, bevande gassate, dolci, cibi fritti, caffè, nicotina).

Cattivi odori e meteorismo: evitare bevande gassate e cibi che già naturalmente comportano odore (aglio, cipolla, verza, cavoli, uova soprattutto sode, porro, melone, pesce, funghi, legumi, spezie) e/o meteorismo (legumi, formaggi fermentati, verdure della famiglia dei cavoli, spezie, frutta secca, superalcoolici, pesce fritto, gomma da masticare).

Potrebbe essere utile un approccio graduale nelle modificazioni dietetiche dei pazienti, aggiungendo nella dieta un solo alimento nuovo per volta al fine di controllarne la tolleranza.

CONSIGLI DIETETICI

Valutazione ortodontica in pazienti edentuli e con protesi dentarie (i cibi non ben masticati possono provocare occlusione, situazione che si verifica soprattutto nelle stomie distali del colon).

Una corretta masticazione aiuta a regolare il transito intestinale che può essere aumentato nelle fasi iniziali del post-operatorio con conseguente emissione dallo stoma di cibo indigerito.

Dopo 6-8 settimane in genere si può tornare ad una normale alimentazione. Si consiglia comunque di effettuare un pasto ridotto a cena. Ciò permette di ridurre i risvegli notturni a causa del riempimento della sacca.



CONSIGLI DIETETICI

Segni e sintomi di disidratazione

- Capogiro
- Sensazione di svenimento
- Sensazione di sete
- Bocca e lingua asciutta
- Produzione ridotta di urina
- Urina giallo scura
- Sensazione d'agitazione o inquietudine

Cibi che possono addensare le feci:

- | | |
|-----------------------|------------------|
| ▪ Salsa di mele | ▪ Pane |
| ▪ Burro di Noccioline | ▪ Patate |
| ▪ Banane | ▪ Tapioca |
| ▪ Fiocchi d'avena | ▪ Formaggio |
| ▪ Crakers | ▪ Marshmallows |
| ▪ Pasta | ▪ Farina d'avena |
| ▪ Riso | |

Cibi che possono ammorbidire la feci:

- Alcol (birra, vino e liquore)
- Liquirizia nera
- Cioccolato al succo della prugna
- Legumi
- Cibi speziati
- Bevande che contengono caffeina (tè, caffè, cola)

American Dietetic Association and Dietitians of Canada, (2000)



CONSIGLI DIETETICI

Cibi ricchi di sodio e contenuto approssimativo di sodio

| Articolo | Quantità | Contenuto di sodio |
|-------------------------|--------------|--------------------|
| Tavoletta di sale | 1 cucchiaino | 2373 mg |
| Brodo | 250 ml | 1217 mg |
| Cocktail vegetale | 250 ml | 690 mg |
| Bacon | 1 fetta | 178 mg |
| Formaggio Cheddar | 2 (50g) | 310 mg |
| Prosciutto | 1 fetta | 436 mg |
| Zuppa in scatola | 250 ml | 1660 mg |
| Salamoia | 1 media | 833mg |
| Pizza surgelata | 100 g | 555 mg |
| Salsiccia | 1 | 821 mg |
| Hot dog | 1 | 670 mg |
| Pancake | 1 medio | 368 mg |
| Formaggio Cottage 2% mf | 125 ml | 485 mg |

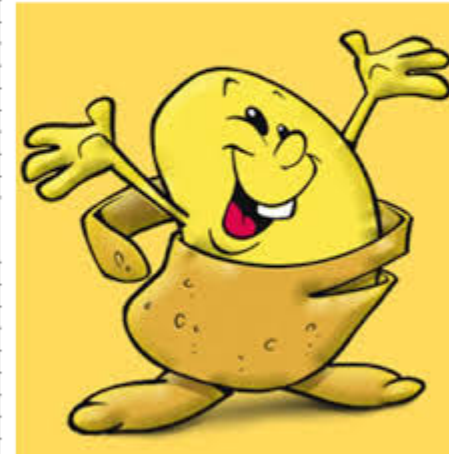
Cibi ricchi di potassio e contenuto approssimativo di potassio

| Articolo | Quantità | Contenuto di sodio |
|-----------------------|----------------|--------------------|
| Banana | 1 larga | 487 mg |
| Albicocche secche | ½ tazza | 930 mg |
| Siero di latte | 250 ml | 466 mg |
| Latte 2% | 250 ml | 473 mg |
| Succo d'arancia | 250 ml | 500 mg |
| Pesca cruda | 1 media | 186 mg |
| Pomodoro crudo | 1 medio | 292 mg |
| Patata cotta al forno | 1 media | 926 mg |
| Patate fritte | Porzione media | 923mg |
| Cereali All bran | ½ tazza | 408 mg |

Contenuto di potassio e sodio nelle bevande sportive

| Articolo | Contenuto di sodio | Contenuto di potassio |
|-----------------|--------------------|-----------------------|
| Gatorade 250 ml | Sodio: 102 mg | Potassio: 28 mg |

(Health Canada, 2008)



CONSIGLI DIETETICI

Segni e sintomi di occlusione della ileo e colostomia

- Dolore addominale con crampi con produzione acquosa o nessuna produzione di feci
- Produzione alta di feci liquide fino a nessuna produzione di feci nessuno flato o riduzione
- Nausea e vomito
- Distensione addominale
- Gonfiore Addominale

Colwell, Goldberg, & Carmel, 2004

Cibi che possono provocare occlusione e da evitare comunemente nelle prime 6-8 settimane dal post-operatorio:

- Crusca di grano comune
- Salsiccia
- Noci
- Vegetali cinesi
- Frutta disidratata
- Popcorn
- Nocciole/semi della frutta
- Sedano
- Germogli di fagiolo
- Funghi crudi
- Mais intero
- Ananas crudo
- Buccia dell'arancia



Cibi che producono comunemente gas:

- Legumi
- Cetriolo
- Melone
- Uova
- Broccoli
- Rapa
- Bibite di cavolfiore
- Cipolla
- Buccia di mele
- Birra
- Cavolo cappuccio
- Lattuga
- Bevande gasate
- Cavoli di Bruxelles

Cibi che comunemente aumentano il cattivo odore e scolorano le evacuazioni:

- Aglio
- Pesce
- Asparago
- Uova
- Barbabietole - possono scolorare le urine, provocando una tinta rossastra

IRRIGAZIONE

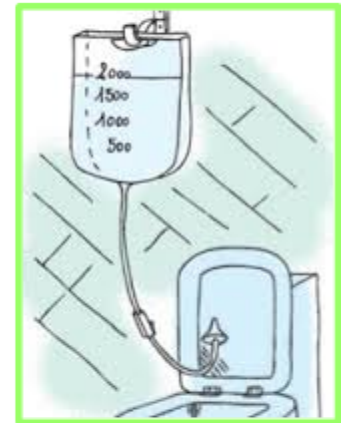
INDICAZIONI: *pazienti portatori di colostomia terminale sinistra ed in alcuni casi portatori di trasversostomia.*

METODICA: *lavaggio periodico del colon attraverso lo stoma con acqua tiepida (37-38° C); la sua efficacia è basata sull'azione meccanica dell'acqua che provoca un'evacuazione massiva ed immediata, ammorbidendo le feci e stimolando la peristalsi. Deve essere praticata regolarmente dopo circa un mese dall'intervento, alla stessa ora, immediatamente dopo i pasti; il tempo da dedicare è di 45–60 minuti.*

SCOPO: *regolando il ritmo delle evacuazioni, la persona può avere 24 – 48 ore di relativa continenza; la sacca tradizionale può essere sostituita da una mini sacca o, in qualche caso, da una semplice copertura di protezione.*

MATERIALE OCCORRENTE

Il set è costituito principalmente da una sacca di plastica con capacità di circa due litri di acqua fornita di un gancio per essere sospesa a un sostegno. In basso la sacca continua con un tubo di scarico munito di valvola per la regolazione del flusso e termina con un cono morbido da introdurre nella stomia. Se questa è stenotica il cono può essere sostituito con una sonda molle, tipo Nelaton.



CONTROINDICAZIONI

Correlate a:

→ *colon residuo (le feci devono avere una certa consistenza)*

Formazione ricorrente di ulcerazioni

Malattia diverticolare

Morbo di Crohn

Colon irritabile

→ *colostomia*

Ernia peristomale

Prolasso stomale

Stenosi stomale

Recidiva neoplastica stomale

→ *condizioni generali del paziente*

Inabilità fisica

Inabilità psichica

Chemio/radioterapia

VANTAGGI

- *Scelta del momento dell'evacuazione*
- *Recupero della continenza*
- *Riduzione del meteorismo*
- *Meno disagio con i gas, i rumori e gli odori intestinali*
- *Riduzione delle dermatiti da contatto*
- *Migliore svolgimento delle proprie attività*
- *Migliore stato psicologico*
- *Migliore capacità di reinserimento professionale*
- *Possibilità di adottare il metodo anche fuori di casa*
- *Riduzione dei costi sull'acquisto dei presidi stomali*

Qualità di vita migliore

GRAZIE E BUON RIENTRO A
CASA

