

Master Universitario di 1° livello  
in Nursing Oncologico per Infermieri

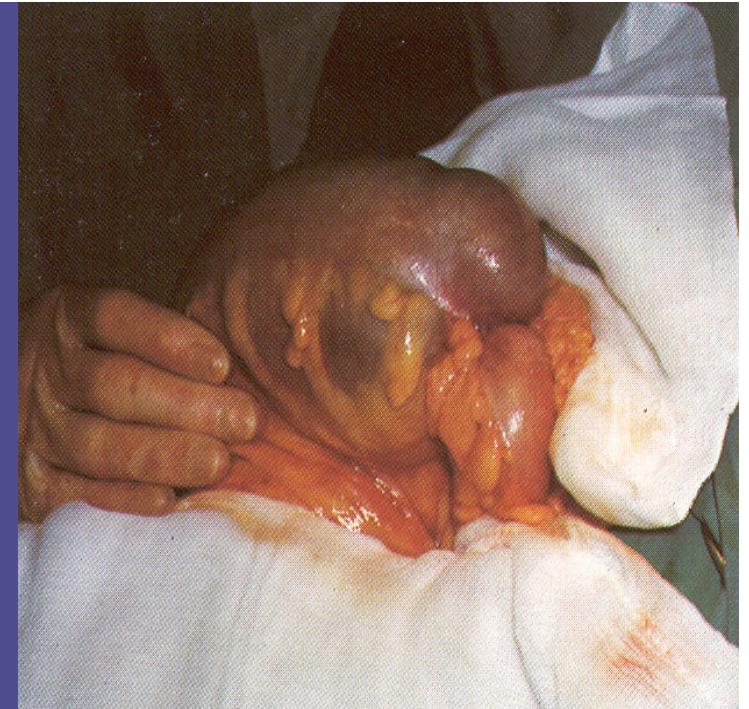
12 Maggio 2003

# L'occlusione intestinale

Giuseppe Clerico  
*Divisione di Chirurgia Generale*  
*UO di Coloproctologia - Ivrea*

Le cause più frequenti di occlusione intestinale di tipo meccanico sono :

- **Aderenze da briglie, volvolo**
- **Neoplasie del colon**
- **Ernie**



*I quadri clinici possono essere diversi a seconda della:*

**Durata della sindrome oclusiva** (durata della malattia)

**Gravità decrescente a seconda della sede:**

Alta gravità: prime anse digiunali

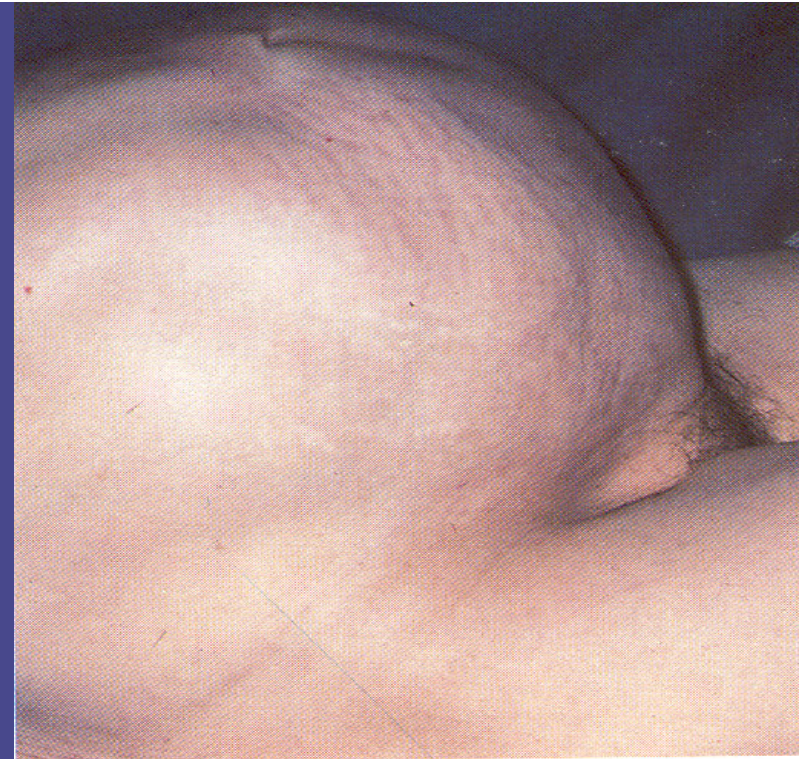
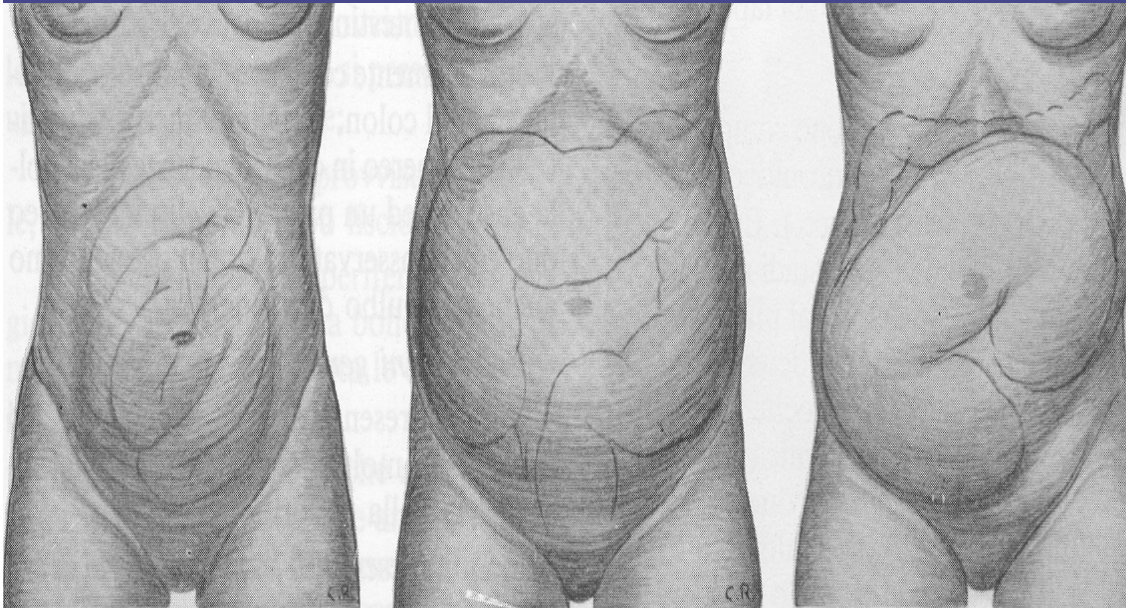
Media gravità: tenue e colon destro

Bassa gravità: restante colon

Occlusione intestinale

# Sintomatologia

- Dolori addominali crampiformi
- Nausea
- vomito
- Distensione addominale



## Gestione del paziente

Valutare condizioni circolatorie

Decompressione intestinale con Sng

Cvc + adeguata idratazione + pvc

Cateter vescicale + diuresi

Bilancio idrico

Ematocimici urgenti, emogas

Terapia antibiotica

Terapia antisecretiva gastrica

## Alterazioni a livello intestinale

- Accumulo di gas
- Accumulo di liquidi
- Distensione intestinale conseguente
- **Meccanismi compensatori:** inversione peristalsi, vomito, riduzione tono muscolare intestinale

## iperpercussioni sull'organismo

- **perdita di acqua ed elettroliti** *vomito, ristagno di liquido nell'intestino disteso, diminuito od abolito assorbimento del contenuto intestinale*
- **perdita di plasma e sangue**
- **assorbimento prodotti tossici**

## Cenni di fisiopatologia

Vi sono differenze sostanziali tra un'occlusione ileale e colica.

Nell'ileo questi gas vengono, in condizioni normali, rapidamente assorbiti.

Nel caso di ostruzione vi è un aumento della flora batterica anaerobia ed aerobia con iperproduzione di gas. La distensione eccessiva e l'edema rallentano l'assorbimento passivo dei gas. Il gas che si accumula maggiormente è l'azoto che essendo presente in eguale concentrazione del plasma non trova un gradiente attraverso la parete

**Nell' occlusione ileale abbiamo un significativo accumulo di liquidi e gas**

# Accumulo di gas

ci sono differenze sostanziali tra un'occlusione ileale e colica

Gas contenuti nell'intestino tenue:

**Azoto**

provenienti dall'aria deglutita

**Anidride carbonica**

prodotta dalla neutralizzazione dei bicarbonati

**Idrogeno, metano, acido solfidrico, O<sub>2</sub>, ecc,**

originati dalla fermentazione batterica

**Nell'occlusione ileale**

*abbiamo un significativo accumulo di liquidi e gas*

**Nell'occlusione colica**

*prevale l'accumulo di gas*

# Accumulo di liquidi

Il tratto gastroenterico superiore, indipendentemente dall'ingestione di cibi, produce **2-3 litri di liquidi nelle 24 ore**

**Sono secrezioni gastrointestinali provenienti da**

- saliva *1000 - 1500 ml*
- succo gastrico *2000 - 3000 ml*
- secreto biliare *300 - 500 ml*
- succo pancreatico *500 - 1000 ml*
- succo intestinale *1000 - 3000 ml*

*L'80% viene assorbito prima di raggiungere il colon*

# Occlusione colica

- Le funzioni secretorie e di assorbimento sono inferiori rispetto a quelle dell'ileo. Scarse le alterazioni idroelettrolitiche e
- prevale l'accumulo e la distensione da parte dei gas
- Spesso il quadro settico precoce ed dovuto ad
  - Alterazioni ischemiche della mucosa
  - Azione dei batteri già presenti in notevole quantità

**L'evoluzione spesso condizionata dalla valvola ileociecale**

Se è incontinente: i liquidi e i gas accumulati possono risalire

Se è continente: sovraddistensione colica e spesso rottura, specie del cieco.

## Situazione critica nell'anziano

- Nell'anziano il patrimonio idrico è ridotto al 58-60% del peso corporeo
- Nel giovane rappresenta il 70-75% del peso corporeo

*ne deriva*

- Scarso capacità di adattamento all'ipovolemia e relativi scompensi

# Approccio terapeutico in urgenza

- Terapia medica di supporto
- Somministrazione di Gastrografin
- Interventi chirurgici:
  - palliativi (stomie, bypass, ecc)
  - protesi
  - resezioni in uno o più tempi

# Livelli di evidenza

|             |   |
|-------------|---|
| Livello I   | Evidenza ottenuta da revisioni sistematiche della letteratura e da <b>trials randomizzati e controllati tutti rilevanti</b>   |
| Livello II  | Evidenza ottenuta da almeno un trial controllato e randomizzato appositamente progettato  |
| Livello III | Evidenze ottenute da trial controllati ben progettati senza randomizzazione; oppure da studi di coorte ben progettati o da studi analitici, preferibilmente multicentrici |
| Livello IV  | Opinioni autorevoli basate su esperienza clinica o report di comitati esperti; questo livello indica la necessità di ulteriori studi.                                     |

**Il livello I è il Gold Standard**

## L'emergenza nel tumore colorrettale

Si presentano come "emergenza" il

30% delle neoplasie del colon  
10% delle neoplasie del retto

Di queste

80% con Occlusione intestinale  
15 % con perforazione

*Il sanguinamento massivo è poco comune*

Mondava et Al. Am J Surg 1996

Repse et Al. AIC 1996

## L'emergenza nel tumor colorettale

I pazienti che si presentano in urgenza sono generalmente

- più anziani
- con patologie associate
- con malattia più avanzata

Ne consegue che

- la degenza post operatoria è più lunga
- la % di stomie definitive è maggiore
- mortalità e morbilità post op (19% vs 8%)
- sopravvivenza 29% vs 39% a 5 anni

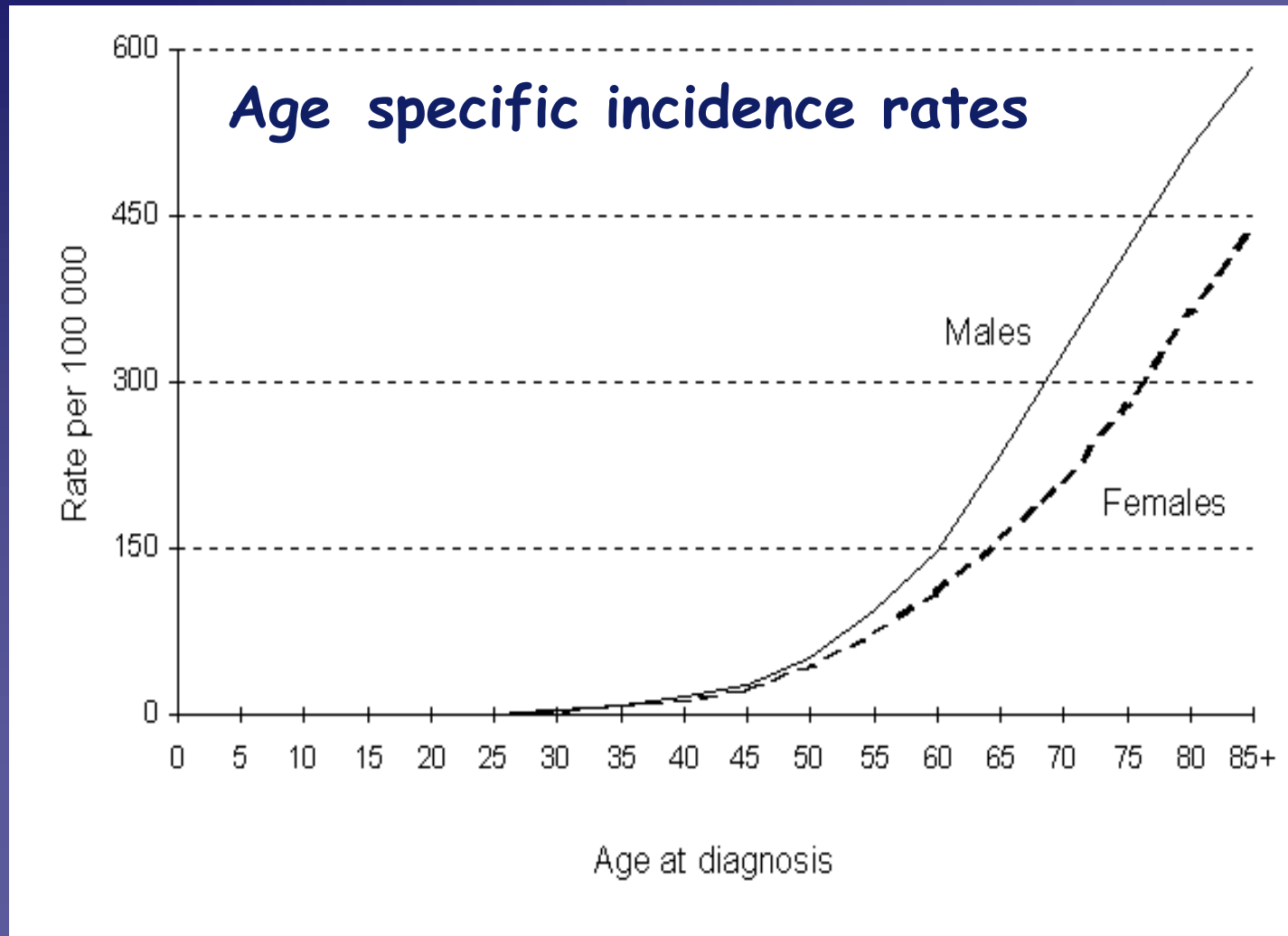
# Epidemiologia

## Incidenza

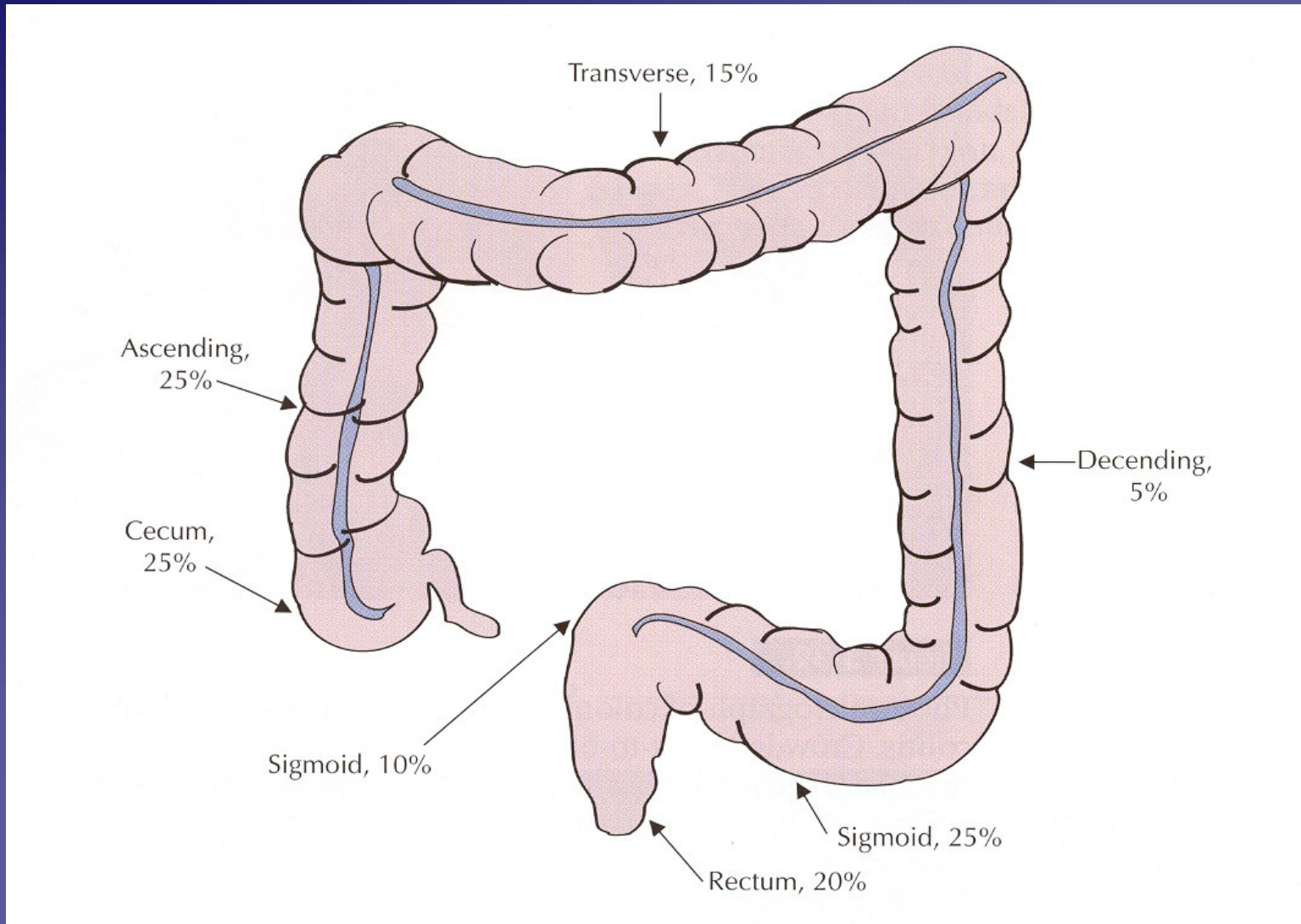
1  
nuovi casi l'anno nel mondo  
in Europa  
in Italia

*L'incidenza grezza nel nostro paese è di 30 - 50 casi ogni 100.000 abitanti con tassi elevati in Italia centro-settentrionale e prevalenza dei tumori del retto per il sesso maschile*

Le neoplasie color et t ali sono essenzialment e  
una pat ologia dell'anziano



# Sedi di localizzazione



# Approccio al paziente sintomatico

Tutti i pazienti con nuovi, significativi, persistenti sintomi colorrettali (da 4 settimane) dovranno essere sottoposti ad accurata anamnesi (compresa la storia familiare), sottoposti a visita generale e ad esplorazione rettale.

## Quali sono i pazienti da sottoporre a valutazione coloproctologica

Pazienti con sintomi riferibili a patologia del grosso intestino e sanguinamento rettale

- ✓ Con fattori di rischio (età o storia familiare)
- ✓ Paziente con oltre 40 anni

Per persone sotto i 40 anni devono essere sottoposte ad indagini diagnostiche se:

- ✓ Storia familiare positiva
- ✓ Non vi è causa identificata dei sintomi
- ✓ I sintomi sono persistenti

# Quantifying risk based on family history

## Category 1 — slightly above average risk

Faecal occult blood testing annually >age of 50

Consider sigmoidoscopy every 5 years >age of 50

## Category 2 — moderately increased risk

Colonoscopy every 5 years starting at age 50, or at an age 10 years younger than the age of first diagnosis of CRC in the family

## Category 3 — potentially high risk

HNPCC: Colonoscopy 1–2 yearly and beginning at the age of 25 years or 5 years earlier than the youngest affected member of the family

APC: Sigmoidoscopy annually from age 10–15 years to 30–35 years

Sigmoidoscopy every 3 years after the age of 35 years

# Diagnostica strumentale

- Colonscopia
- Rettosigmoidoscopia
- Rx clisma opaco
- Rx diretta addominale
- Urografia
- Tc addome
- Ecografia transanale
- Colonscopia virtuale
- Capsula con videocamera

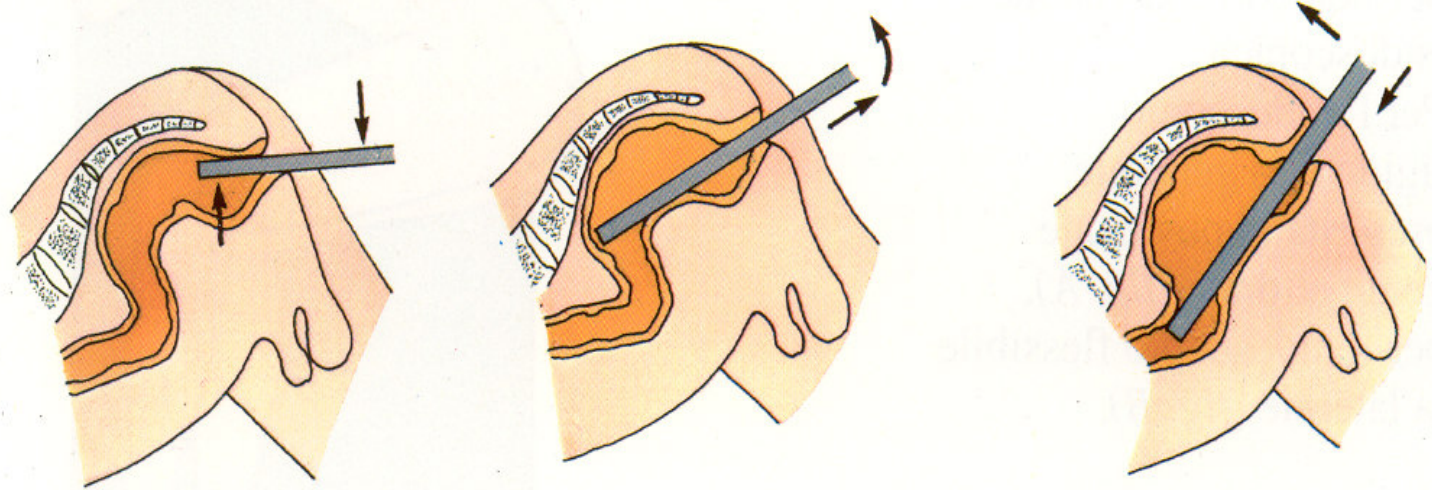
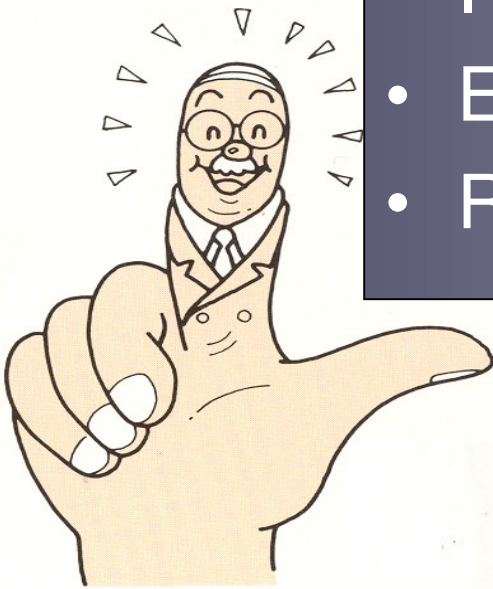


Il futuro,  
forse!

# Neoplasia del retto

## Approccio iniziale al paziente

- Inspezione perineale
- Esplorazione rettale
- Retto-sigmoidoscopia



Il gold standard  
della diagnostica è la  
**colonscopia**

Nelle neoplasie color rettali  
la colonscopia ha:

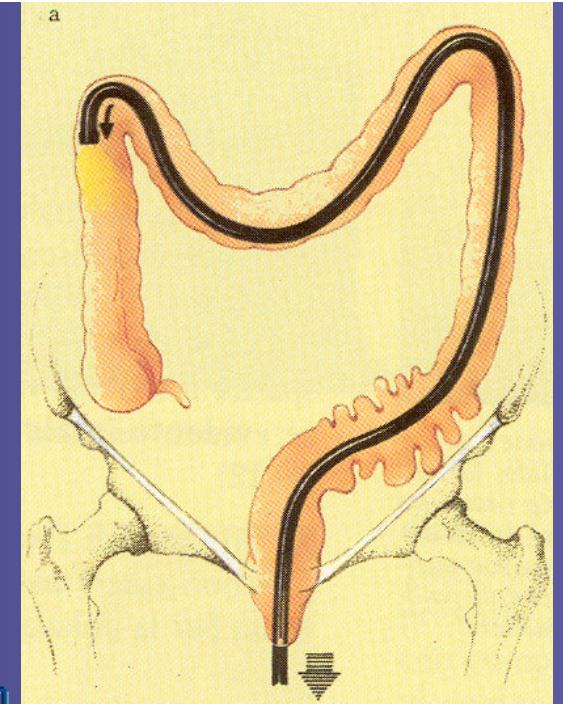
**Sensibilità**  
**Specificità**

*Le mancate diagnosi sono dovute alla presenza di lesioni in aree cieche  
o l'errato convincimento di aver raggiunto il cieco*

Byrd 1988

La **di raggiungimento del cieco** varia dal **al**

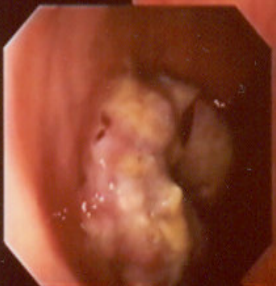
Parry 1995 /// – Church 1994 ///



Neoplasie colon recto

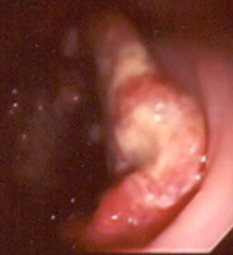
# Neoplasie non stenosant i

26/06/02  
13:03:52



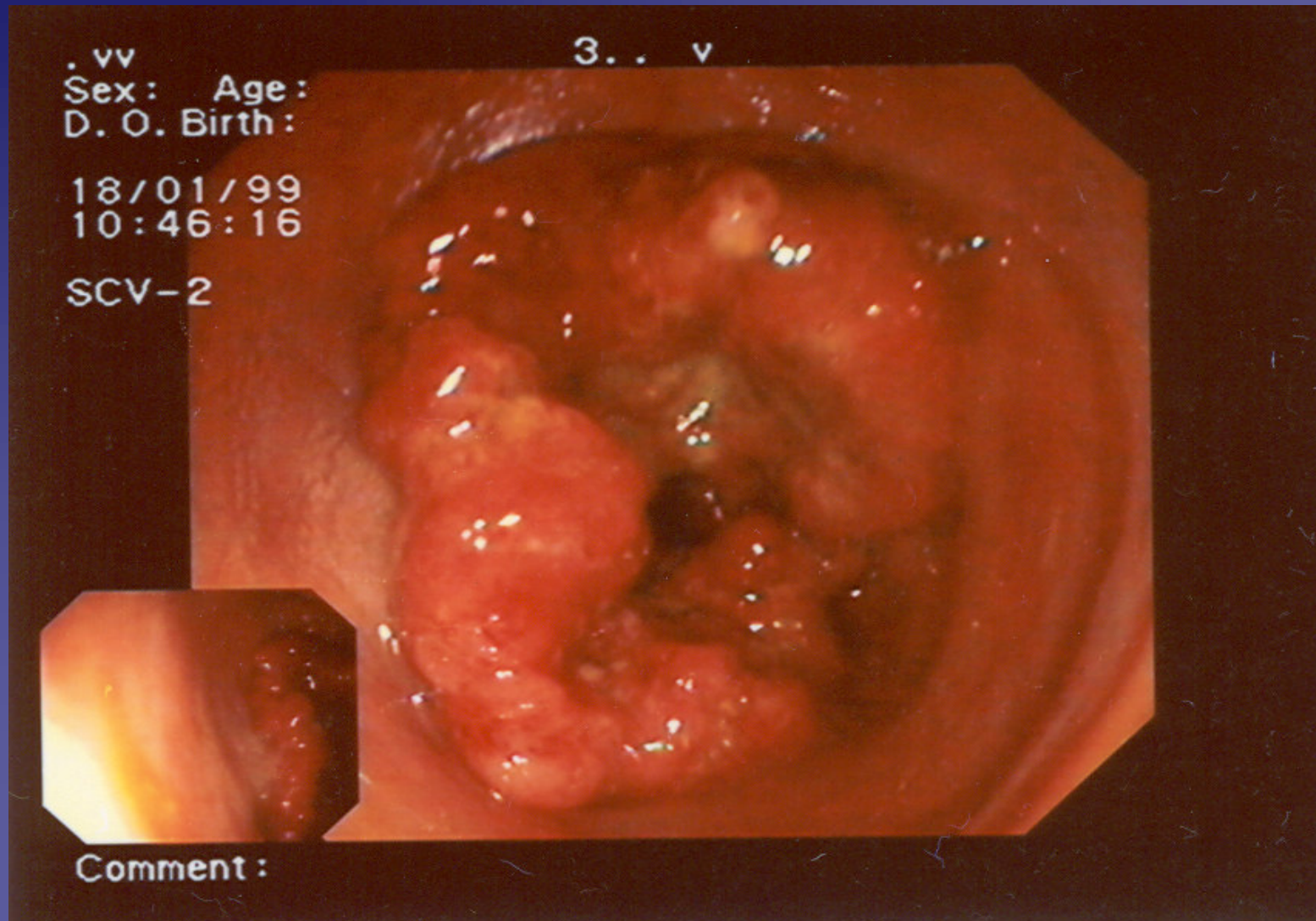
/1

27/05/02  
15:31:48



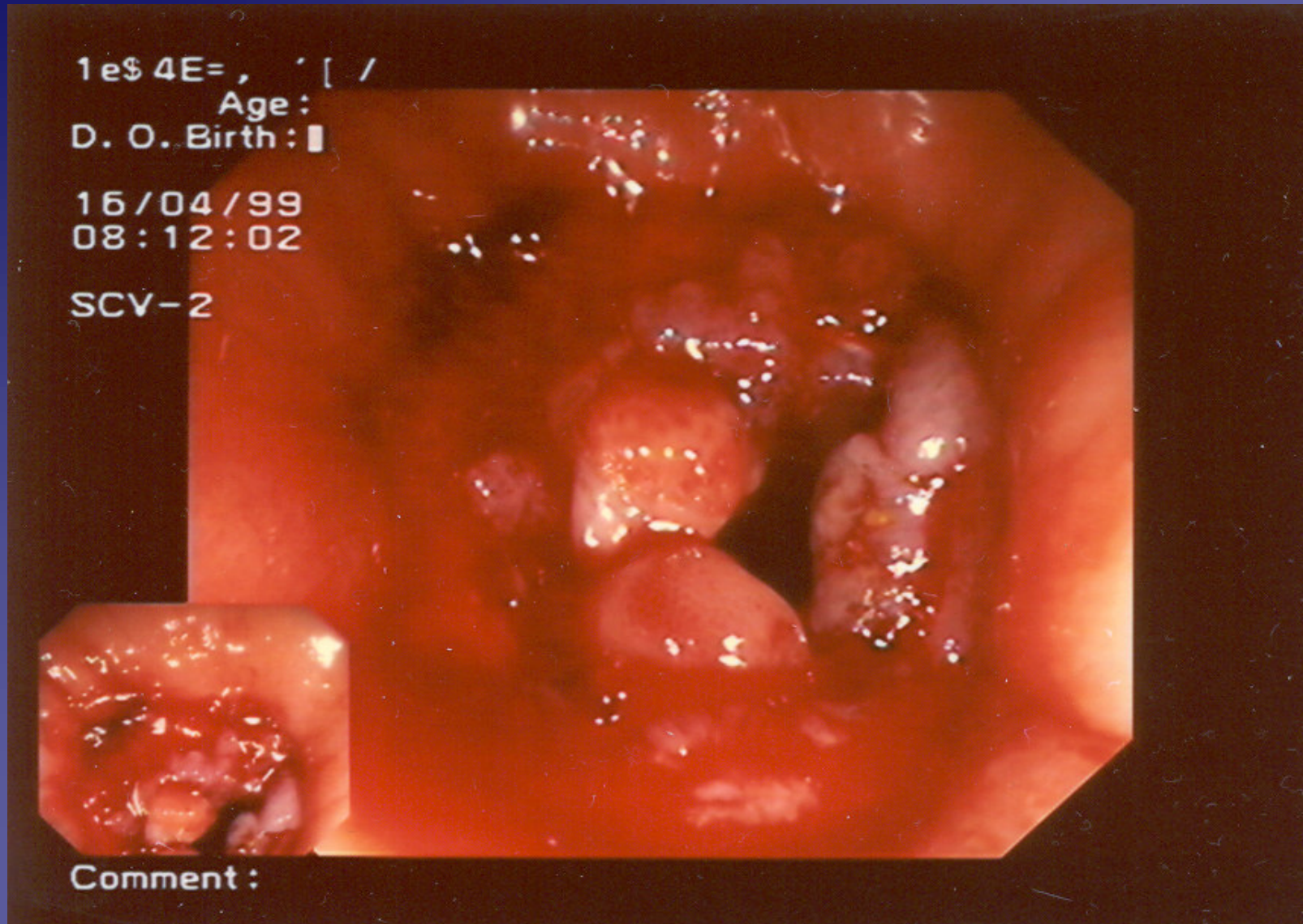
Comment :

# Neoplasia stenozante



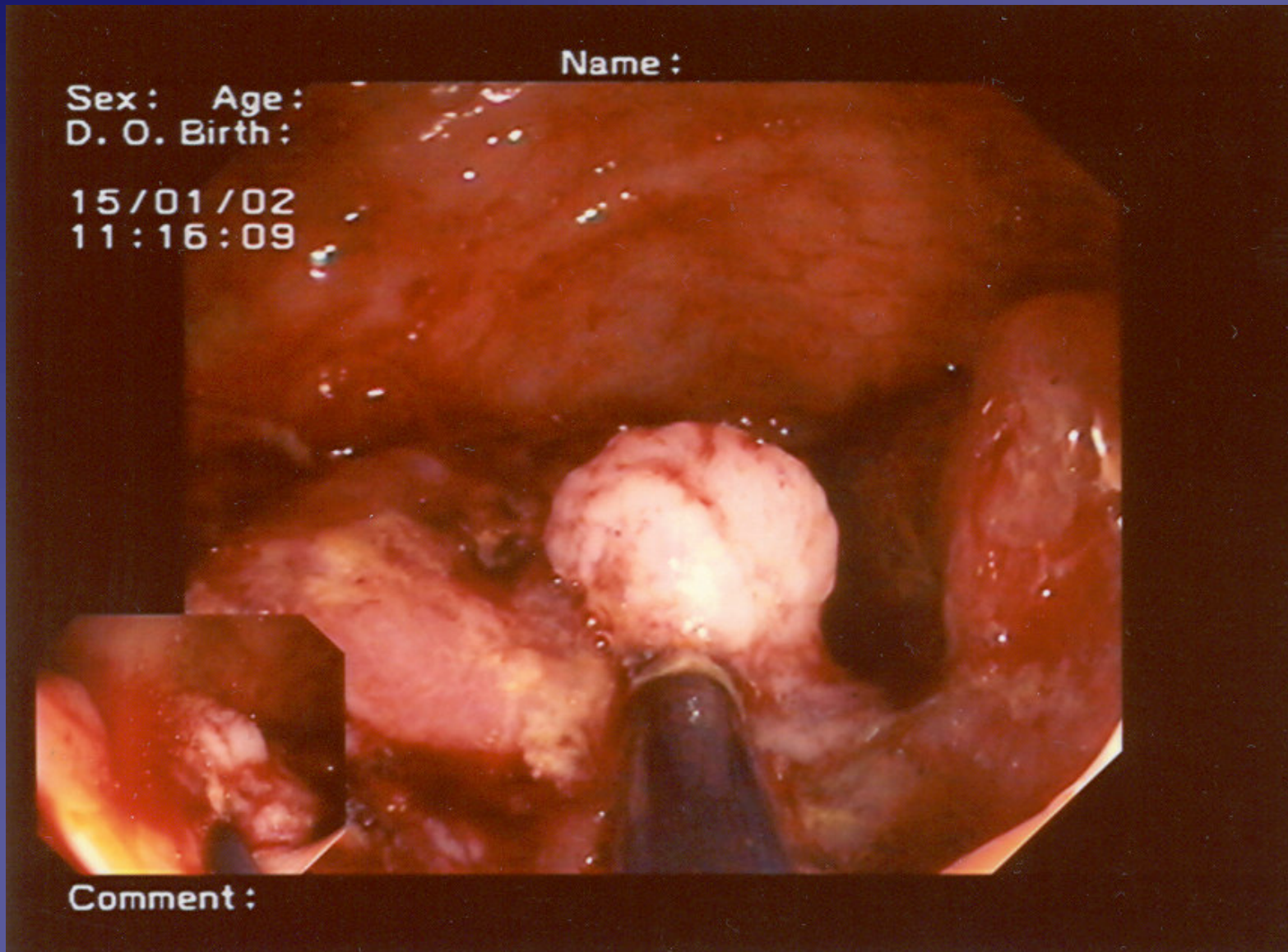
Neoplasie colon recto

# Neoplasia stenosante e sanguinante



Neoplasie colon retto

# Biopsia endoscopica



## Complicanze della colonscopia in urgenza

- Perforazioni 1 %
- Emorragia di grado maggiore 0,3 %
- Mortalità 0.01-0.03 %

Wimawer 1997

*Il paziente deve essere informato dei rischi*

## clisma opaco a doppio contrasto

*Alternativa alla colonscopia*

- Il 5-10% dei clismi sono giudicati insoddisfacenti
- Sensibilità stimata a 55-95%

*valori minori di sensibilità nelle parti più distali  
(cieco-sigma e retto)*

*uillem 1 III  
e enter 1 5 III*

- Complicanze significative 0.03%
- Mortalità 0,003%

# Neoplasie colon retto

