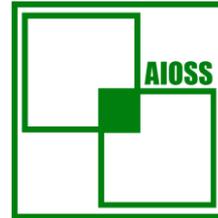


LARS: MULTIDISCIPLINARIETÀ, PERCORSI E CURA DELLA PERSONA; OLTRE LA STOMIA



Il ruolo dello stomaterapista nel
paziente affetto da sindrome da
resezione anteriore del retto:
un'esperienza

Antonio Valenti

FERITE DIFFICILI!

STOMATERAPIA!

Potenziamento attività

2015

Delibera Aziendale

2008

il TEAM

2004

Delibera Regionale

2003

Attivazione **AMBULATORIO**

2001

Centro Stomie A.O. Mauriziano

Linee guida Piemonte



AO ORDINE
MAURIZIANO
DI TORINO

DGR Regione Piemonte n 15-11497 del 2004

*“Il Centro per la Cura della Stomia è il punto di riferimento
cui il portatore di stomia si rivolge
per ogni problema insorgente”*

Nel nostro modello
gli stomaterapisti
del Team sono la porta
di accesso
al Centro



Nutrizione
e dietetica

Servizio
sociale

NOCC

Ambulatorio

Stomaterapista
e
Chirurgo
responsabili

IL NOSTRO TEAM

Infermieri Centro
Stomie

Pazienti

Urologia

Psicologia

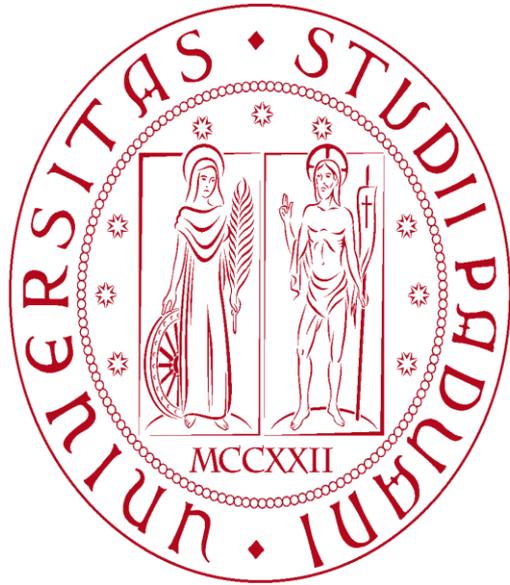
GEL

Case manager

Degenze

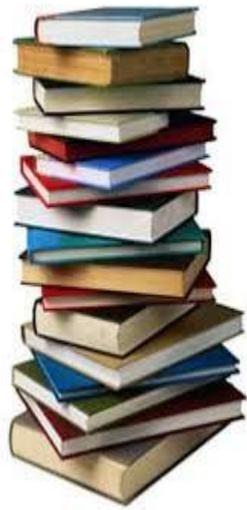


- Assenza di percorsi dedicati
- Mancanza di informazioni
- Mancanza di sensibilità
- Rete regionale dedicata inesistente



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**2017 Formazione dedicata alla
gestione
dell'incontinenza/riabilitazione
del pavimento pelvico**



2018



Gli interventi: piano d'azione

Cosa spetterà ad ogni membro dell'equipè, e in quale sequenza, con quali strumenti e quali momenti di verifica



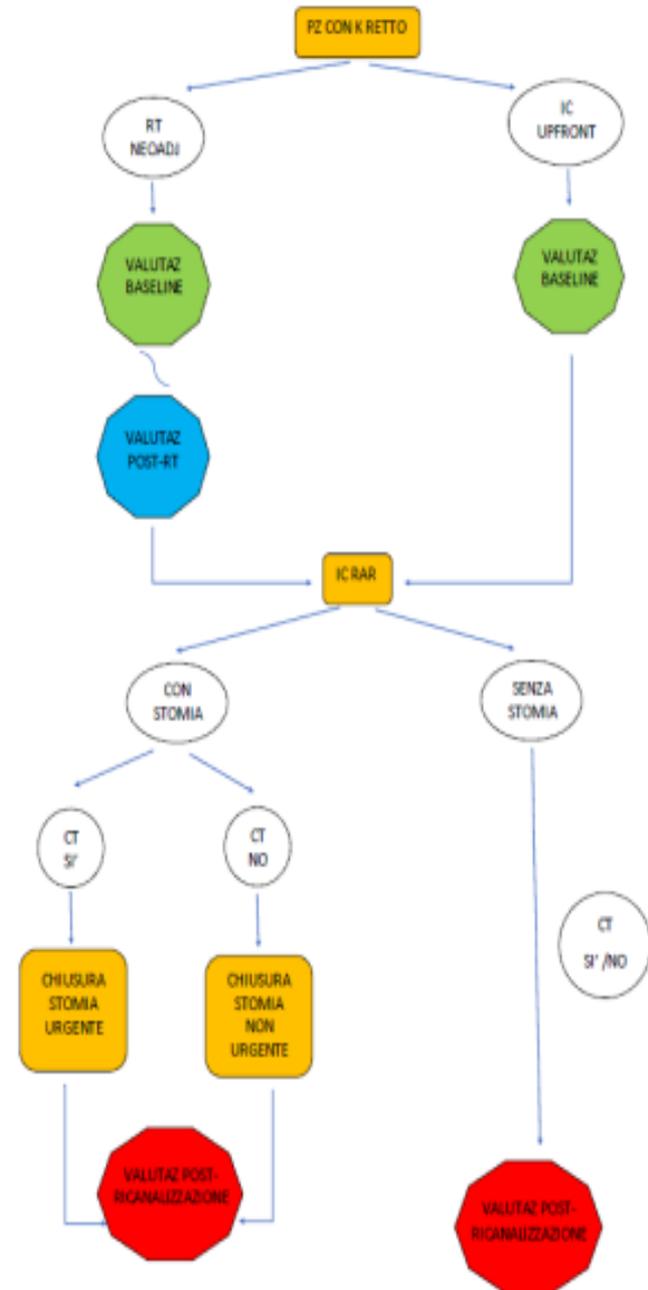
Flow chart decisionali

Strumenti

Modalità di refertazione

Ambulatorio dedicato

Progetti di ricerca



1

In ambito tecnico

- sedute individuali
- utilizzo di scale validate (POLARS score, LARS score, Bristol....)
- strumenti rieducativi

2

In ambito cognitivo

- materiale informativo
- problem solving



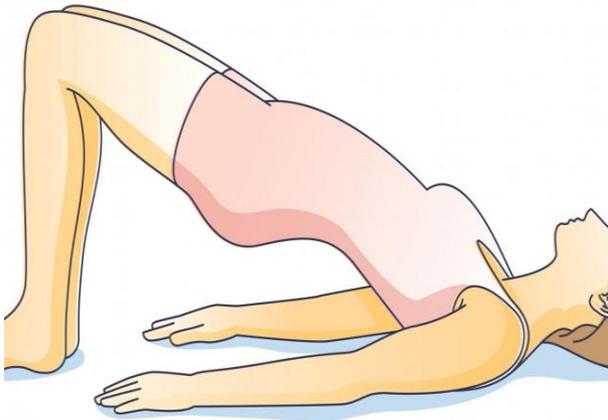
In ambito relazionale

- counseling
- questionari
- discussione di situazioni.

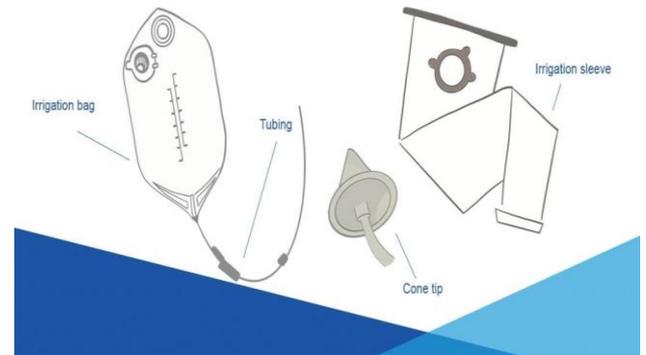
3



KEGEL EXERCISES



1



Comportamenti di autogestione

- Semicupi
- Abitudini adeguate alla toilette (ad es. ginocchia sollevate)
- Uso di creme/barriere per la cute perianale
- Evitare sostanze irritanti (ad es. , salviettine imbevute di alcol)
- Espressione delle emozioni
- Comunicazione con gli altri pazienti
- Conoscere l'ubicazione del bagno più vicino
- Pianificazione di attività sociali relative alle abitudini intestinali
- Portare con sé salviette/farmaci/biancheria extra.....

Modifiche dietetiche

- Evitare stimolanti (ad es. caffeina, alcol, cibi piccanti)
- Appropriato apporto di fibre
- Diario alimentare
- Introduzione graduale di nuovi alimenti
- Evitare determinati tipi di frutta e verdura...



2

Il livello culturale e di alfabetizzazione dei destinatari è un aspetto fondamentale da considerare per la comprensione e la possibilità di catturare l'attenzione.

Scarse conoscenze possono influire sulla capacità di una persona di rivolgersi ai professionisti e ai servizi sanitari più adatti alle proprie necessità



Richiesta
materiale
informativo
cartaceo

- Penneçot C et al. Consensus Recommendations for the Use of Simulation in Therapeutic Patient Education. *Simul Healthc.* 2020 Feb;15(1):30-38.
- Mohamed NE et al. Unmet informational and supportive care needs of patients following cystectomy for bladder cancer based on age, sex, and treatment choices. *Urol Oncol.* 2016 Dec;34(12):531.e7-531.e14.

Initial Management of Fecal Incontinence

Active screening in high-risk groups

Patient presents with fecal incontinence

Basic assessment
(history, examination, medication, and diet review)

Remove from algorithm

- Alarm signals: referral for investigation
- Impaction: treat, then evaluate
- Surgical evaluation needed: rectal prolapse, recent sphincter injury, rectovaginal fistula, for example

Address reversible risk factors, such as medication, toilet access, loose stools

- Education for patient or caregiver (or both)
- Bowel habit and training
- Constipation management
- Diet (soluble fiber for loose stool, for example)
- Medication (loperamide [Imodium] for loose stool, for example)
- Pelvic floor muscle training or anal sphincter exercises
- Adequate containment (pads or plugs, for example) and practical management advice

If initial management fails to achieve adequate symptom relief, consider diagnostic testing, biofeedback, irrigation

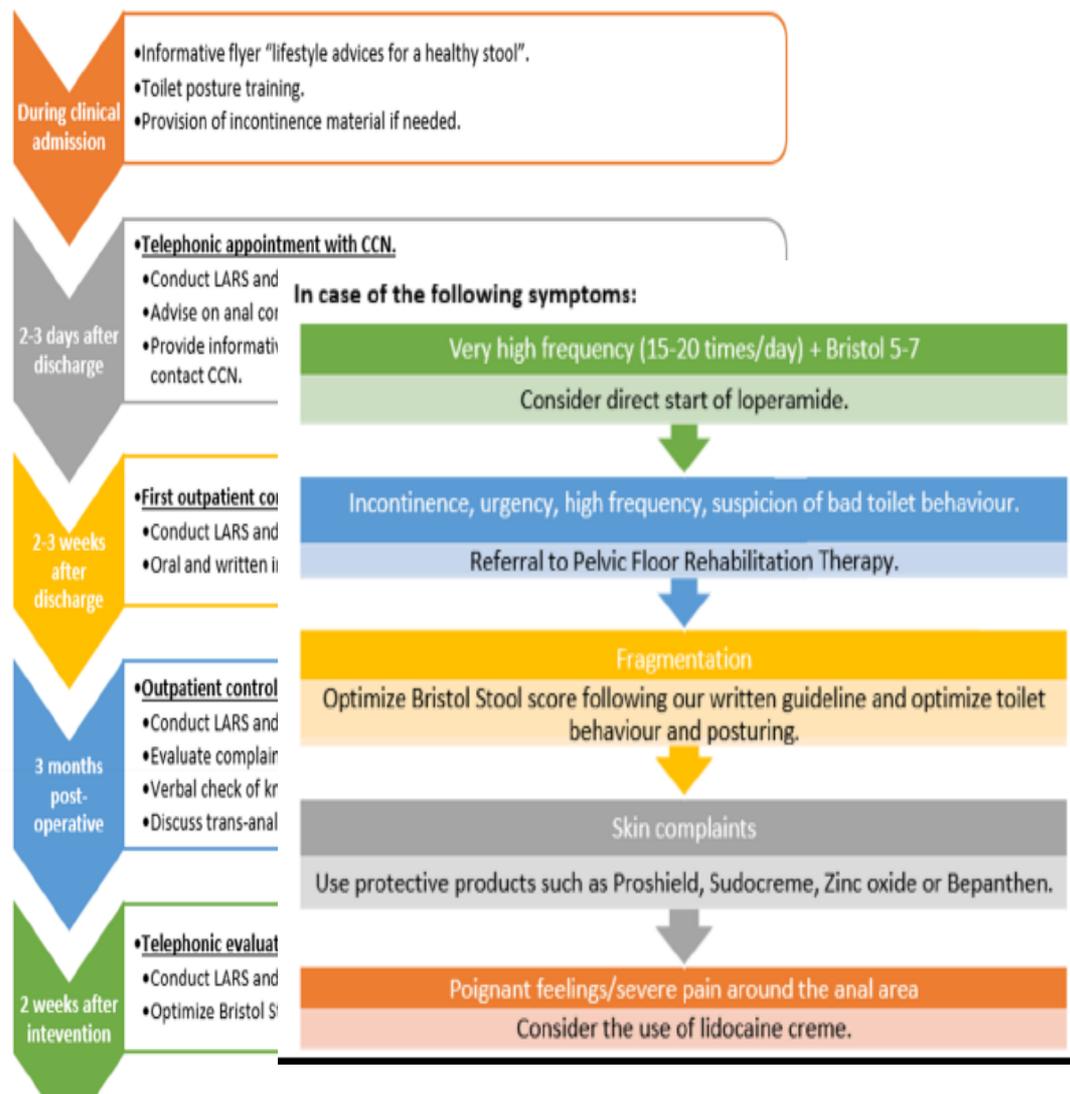
Surgical evaluation or symptom management if adequate relief isn't obtained from conservative management, depending on symptom severity and patient preference

Appendices:

Appendix A: Flowchart of the protocol for the screening and treatment for LARS.

Flowchart LARS Protocol

Flowchart post-operative guidance protocol for LARS patients. Abbreviations: CCN; colorectal care nurse. LARS; Low Anterior Resection Syndrome.



Amount of fiber in different foods

Food	Serving	Grams of fiber
Fruits		
Apple (with skin)	1 medium apple	4.4
Banana	1 medium banana	3.1
Oranges	1 orange	3.1
Prunes	1 cup, pitted	12.4
Juices		
Apple, unsweetened, with added ascorbic acid	1 cup	0.5
Grapefruit, white, canned, sweetened	1 cup	0.2
Grape, unsweetened, with added ascorbic acid	1 cup	0.5
Orange	1 cup	0.7
Vegetables		
Cooked		
Green beans	1 cup	4.0



AMBULATORIO LARS



Visite sempre in amb. LARS del mart pomeriggio
(2 chirurghi/1 chirurgo + stomaterapista + infermiere di ambulatorio)

VALUTAZIONE BASELINE:

Si esegue il martedì successivo al **GIC**

Consiste in:

- Questionario
- Visita proctologica
- Manometria
- ecoTA (per valutazione sfinteri=rapida)

Tempo previsto: 20-30 min



VALUTAZIONE POST-RT:

Si esegue durante il prericovero, dopo la RM (che si fa a 6-8 settimane dal termine della RT)

Consiste in:

- ER
- EcoTA (ristadiazione, confronto RM)

Tempo previsto: 20 min

VALUTAZIONE POST-RICANALIZZAZIONE

Si esegue entro 45 giorni dall'intervento chirurgico di ricanalizzazione (RAR senza stomia o chiusura stomia)

Consiste in:

- Questionario
- ER
- Manometria

Se LARS+ → avvio/proseguimento percorso riabilitazione

Tempo previsto: 20 min

VALUTAZIONE FOLLOW-UP

Si esegue ad 1 anno dalla ricanalizzazione

Consiste in:

- Questionario
- ER
- manometria

Tempo previsto: 20 min

Resezione anteriore del retto senza allestimento di ileostomia

Visita proctologica di controllo (*a circa 2 settimane, agenda lunedì o giovedì pomeriggio*)

Visita stomaterapica: esercizi di Kegel, counseling, problem solving (*dopo visita proctologica*)

Visita presso ambulatorio LARS (*a circa 45 giorni, agenda martedì pomeriggio*)

Visita oncologica

Intervento di chiusura di ileostomia dopo resezione anteriore del retto

Visita chirurgica per rimozione punti (*a circa 10-15 giorni, agenda mattina*)

Visita stomaterapica: proseguimento esercizi di Kegel, counseling, problem solving dopo visita chirurgica

Visita presso ambulatorio LARS (*a circa 45 giorni, agenda martedì pomeriggio*)

Resezione anteriore del retto con allestimento di ileostomia

Visita proctologica di controllo (*a circa 2 settimane, agenda lunedì o giovedì pomeriggio*).

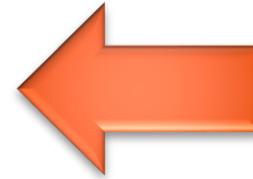
Visita oncologica.

Se non indicata chemioterapia o al termine della chemioterapia, contattare la segreteria del reparto di Chirurgia (011-5082590) per avvio prericovero per chiusura ileostomia.

Visita stomaterapica (dopo definizione percorso oncologico conferma da visita proctologica: counseling, esercizi di Kegel, materiali informativi, irrigazioni (timing in relazione a tempi di ricanalizzazione))

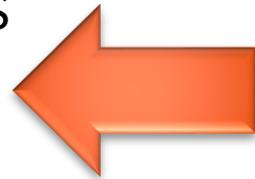
FASI PERCORSO RIABILITAZIONE PAZIENTI AFFETTI DA LARS

I liv: esercizi rieducazione pavimento pelvico
counseling dietetico-comportamentale
biofeedback



farmaci (imodium, questran...) clisteri e fibre solubili

II liv: se fallimento I liv dopo 3-4 mesi → rivalutazione amb LARS
Eventuale proposta peristeen 3-4 volte a settimana per 6
mesi



III liv: se fallimento II liv dopo 1 anno

Neuromodulazione sacrale (SNS) presso centro riferimento

IV liv: se fallimento III liv dopo 2 anni
stomia

Anno	N casi
2018	7
2019	12
2020	16



Anno	N casi
2021	24
2022	31



Major Lars	10	18%
Minor Lars	24	44%
No Lars	21	37%



età media	59.3
Sesso M	57%

No presidi per incontinenza	44
Presidi per incontinenza	3
Irrigazione del colon	4
Stomia	4



Coping strategies and considerations regarding low anterior resection syndrome and quality of life among patients with rectal cancer; a qualitative interview study

Birgitte Schantz Laursen^{1,2*}, Gitte Kjær Sørensen³,
Margit Majgaard³, Line Byskov Jensen³,
Karen Irene Jacobsen¹, Dorte Kløve Kjær¹, Therese Juul³,
Peter Christensen³ and Anette Højer Mikkelsen¹

- Adattamento nuova situazione di vita
- l'alterazione della percezione della vita
- l'importanza delle relazioni.

...strategie di coping incentrate sul problema e sulle emozioni.

Mantenere un atteggiamento positivo e avere una buona rete di familiari e amici costituiscono un surplus, consentendo ai pazienti di far fronte al bisogno di cambiamento.



Burch Jennifer (Orcid ID: 0000-0003-1200-5688)

“He’s a surgeon, like I’m not going to waste his time”: interviews to determine healthcare needs of people with low anterior resection syndrome (LARS) after rectal cancer surgery.

Jennie Burch, Jeanee Wright, Claire Taylor, Ana Wilson, Christine Norton

Le persone con LARS hanno bisogno di clinici esperti per chiedere informazioni sui loro sintomi intestinali...

I clinici dovrebbero fornire aspettative realistiche, ...utilizzando strategie di gestione a lungo termine.

Received: 29 November 2021 | Revised: 14 February 2022 | Accepted: 18 February 2022

DOI: 10.1111/jocn.16277

Journal of
Clinical Nursing WILEY

ORIGINAL ARTICLE

Information and counselling needs of patients with major low anterior resection syndrome: A qualitative study

Eva Pape RN, MSc, Clinical Nurse Specialist Digestive oncology¹  |

Patients expressed several **needs** regarding the information before rectal cancer surgery and **counselling** of low anterior resection syndrome after surgery.



Effect of Anterograde Lavage via Temporary Loop Ileostoma on the Recovery of Bowel Function in Patients Receiving Stoma Closure: A Retrospective Cohort Study

Dis Colon Rectum 2023; 66: 148–154

Anterograde lavage before stoma closure is safe and noninvasive. For patients receiving anterior resection and planning to have stoma closure, this procedure can potentially help recover bowel function more rapidly.

Paziente di 84 anni. Giunge per rettoraggia e anemizzazione.
In anamnesi 20 dicembre 2022:
Allergie: no
Fumo no, alcol: no
Peso 72 H: 180
Autonomia: parzialmente autonomo
Mobilità: in carrozzina
Alvo: regolare
Vive solo
A. Familiare: negativa
APR: ictus ischemico nel 2009 con difficoltà alla deambulazione
Attualmente in terapia con Eliquis, Trittico, omeprazolo, Lasitone, Enaprilato, Baclofene

Colonscopia: lesione eteroplastica del retto medio (da 5 a 15 cm dal ba)...

Conclusioni: eteroplasia del colon retto.

Il paziente viene inviato al CAS per completare la stadiazione preoperatoria con i seguenti esami:

- TC torace + addome con mdc
- Colonscopia parziale con nuova biopsia (come ultimo esame)
- rmn addome inferiore con mdc
- Ematochimici:

The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer.

Vogel JD, Felder SI, Bhama AR, Hawkins AT, Langenfeld SJ, Shaffer VO, Thorsen AJ, Weiser MR, Chang GJ, Lightner AL, Feingold DL, Paquette IM. Dis Colon Rectum. 2022 Feb 1;65(2):148-177.

Nel retto medio è possibile osservare la nota eteroplasia segnalata durante l'esame endoscopico, visualizzabile come ispessimento della parete destra del viscere non stenosante, a sviluppo semicirferenziale, con spessore massimo di 23 mm ed estensione longitudinale di circa 6 cm.

Nella compagine dei tessuti molli adiacenti la lesione sopradescritta si osserva la presenza di alcuni linfonodi sub-centimetrici, privi di franche caratteristiche adenopatiche, associati a congestione dei vasi in tal sede. ...non sono visualizzabili linfadenopatie....



Nougaret S, et al. MRI restaging of rectal cancer: The RAC (Response-Anal canal-CRM) analysis joint consensus guidelines of the GRECCAR and GRECCAR groups. Diagn Interv Imaging. 2023 Mar
ACR Appropriateness Criteria® Staging of Colorectal Cancer: 2021 Update.

Quale proposta terapeutica





Visita ambulatorio LARS

Paziente di 84 anni.

In prericovero per k retto medio.

Scarsa mobilità

Non riferisce incontinenza ai gas e alle feci, non portatore di pannolone.

EO ano e perineo: di norma

ER: non apprezzabile lesione del retto, normotono basale, scarsa contrattilità e rilasciamento

Manometria ano-rettale:

Pressione resting 53 mmhg

Squeeze max 83 mmHg media 69 mmHg

Endurance 4.2 sec

Strain media 65 mmHg

In considerazione della visita, della manometria e delle condizioni generali del paziente, si ipotizza più verosimilmente una resezione sec Hartmann.

Chi facciamo
salire?





***Grazie
dell'attenzione***