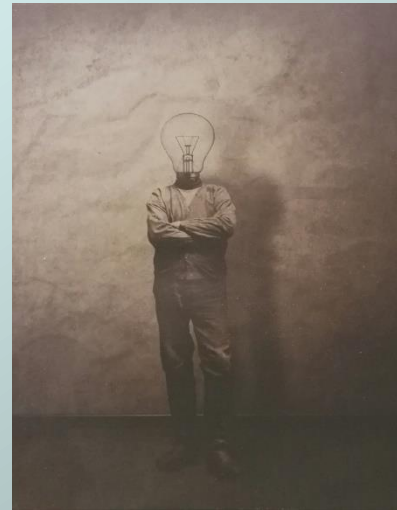
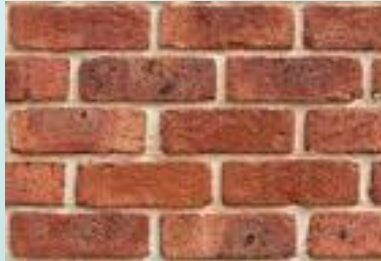


LARS, SINDROME DA RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO: MULTIDISCIPLINARIETÀ, PERCORSI E CURA DELLA PERSONA; OLTRE LA STOMIA

Irrigazione trans colica: sintesi della letteratura e indicazione clinica

A cura di:
Fabrizio Alessi, Marco Della Sanità







Analisi ileostomie di protezione anno 2022

Età	Data intervento	Dimissione	Giornata dimissione	Ricanalizzazione	Tempo di permanenza ileo
82	14/12/2021	21/01/2022	6*	27/02/2023	13 mesi
61	16/12/2021	08/01/2022	22*	04/07/2022	7 mesi
76	23/12/2021	31/12/2021	8	08/09/2022	9 mesi
78	20/01/2022	26/01/2022	5	in attesa	
77	07/02/2022	12/02/2022	5*	in attesa	
66	23/05/2022	27/05/2022	4	in attesa	
65	03/05/2022	10/05/2022	6*	21/11/2022	6 mesi
87	14/06/2022	20/06/2022	5*	26/07/2022	1 mese
82	29/08/2022	24/10/2022	54*	28/09/2022	1 mese
68	31/08/2022	08/09/2022	8	in attesa	
86	22/09/2022	11/10/2022	18*	23/12/2022	3 mesi
60	26/10/2022	10/11/2022	15	in attesa	
76	15/11/2022	25/11/2022	9	in attesa	

Età media: **74,1 aa**

Media giornate di ricovero: **12,7**

Tempo medio di ricanalizzazione mesi: **5,7 (range 1 – 13 mesi)**

13/04/2007





**Master I livello in
“Stomaterapia e Incontinenze”
Fondazione Poliambulanza - BRESCIA**

**Le alterazioni della funzione evacuativa dopo
intervento di resezione anteriore del retto.
Ruolo infermieristico e strategie riabilitative**

Relatore Chiar.mo

Prof. Marco Della Sanità

Correlatore Chiar.ma

Dott. Piera Tomarelli

Candidata

Loredana Pirone

Anno Accademico 2015/2016

Problematica attuale

- Il ruolo della manometria anorettale nella sindrome da resezione anteriore - Lars 02/2020
- La low anterior resection syndrome nei pazienti sottoposti a resezione anteriore del retto nel presidio ospedaliero di Bentivoglio e la influenza della riabilitazione del pavimento pelvico sulla loro qualità di vita 04/2021
- Problematiche di continenza dei pazienti sottoposti a resezione anteriore del retto dopo ricanalizzazione 03/2022

Comparazione irrigazione della colostomia e irrigazione trans-anale

	Irrigazione colostomia
Indicazione alla metodica	Chirurgo/Stomaterapista
A chi proporla?	<ul style="list-style-type: none"> • Miles, • Hartmann • Colo laterale sinistra
Quando proporla?	<ul style="list-style-type: none"> • Guarito il perineo • Terminata terapia • In assenza o presenza di complicanze a carico del complesso stomale • Abilità individuali • Età del paziente
Luogo istruzione	• Ambulatorio
Tempi istruzione	• Da 3 a 5 incontri
Frequenza istruzione	• Da quotidiana a giorni alterni
Tempo ambulatoriale	• 1 ora
Istruttore	• Stomaterapista
Codice di prestazione	• 96.59.4

Irrigazione trans colica

Comparazione irrigazione della colostomia e lavaggio trans-ale

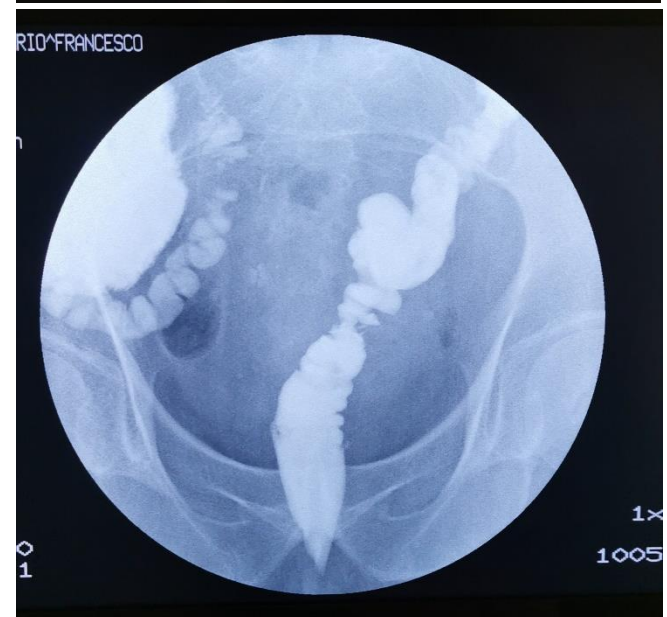
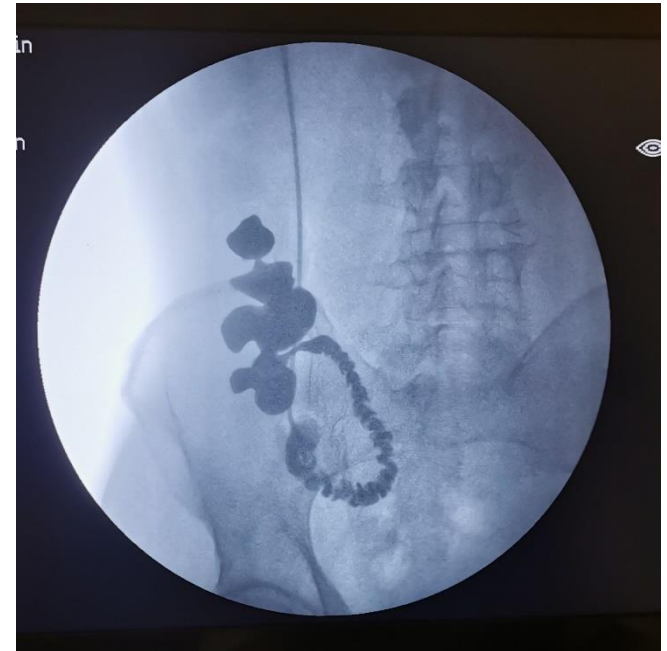
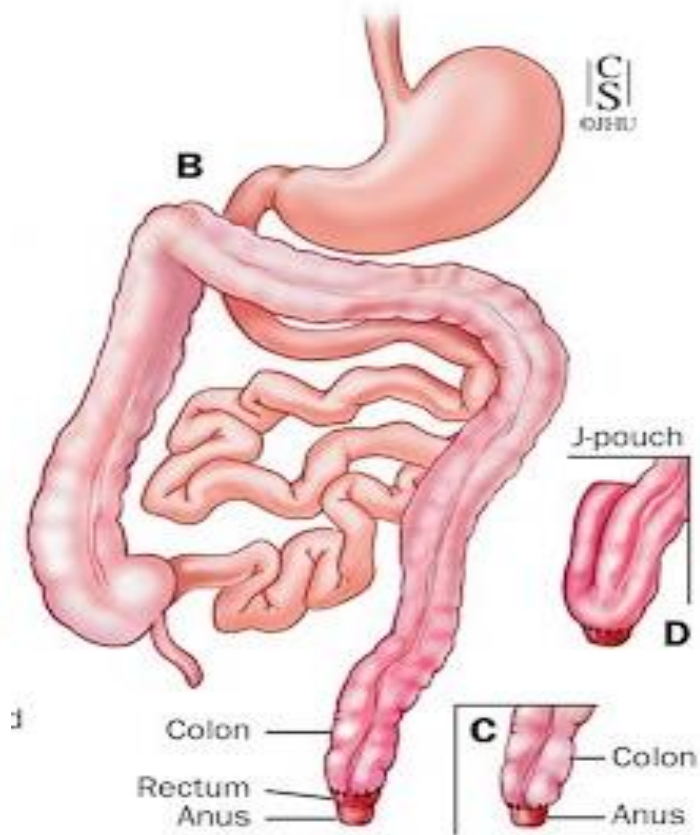
	Irrigazione colostomia
Strumenti	<ul style="list-style-type: none">• Irrigatore a caduta e cono* (nella nostra esperienza, utilizzo del foley)



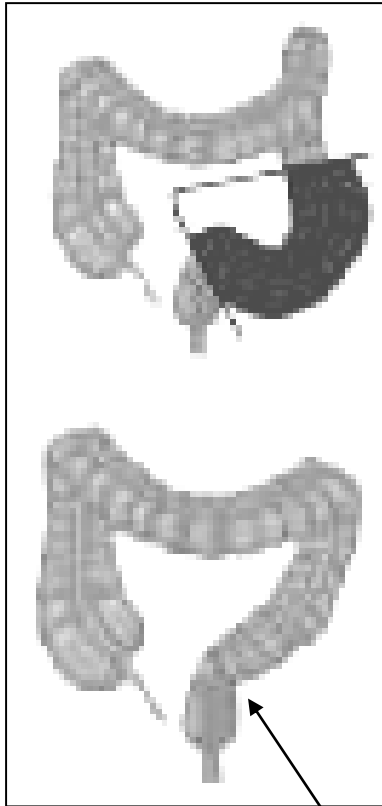
* Scelta del cono in base alle caratteristiche della stomia

** In ba

R.a.r. ultra bassa con anastomosi colo-anale



Resezione sigma-retto



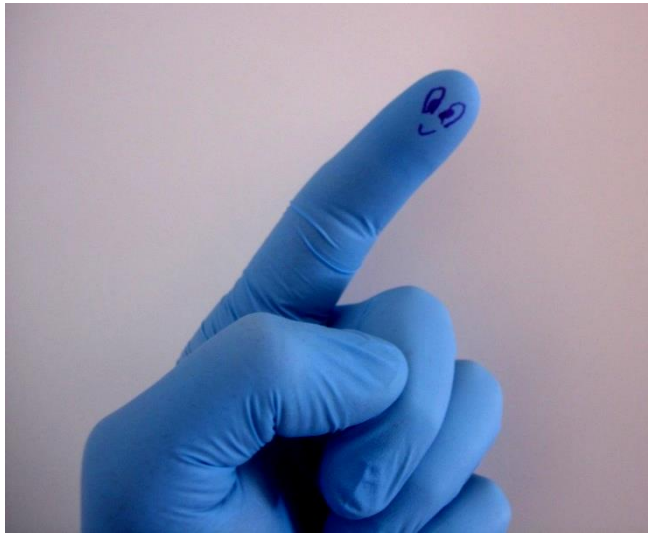
Anastomosi



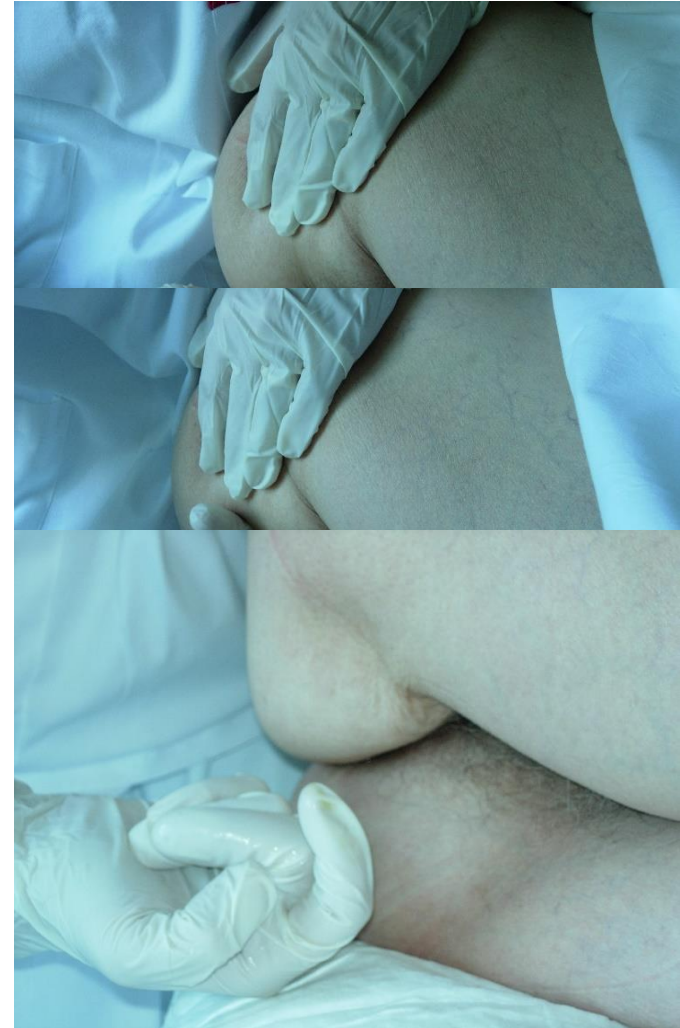
Scelta dello strumento

- Abilità cognitivo/manuale della persona
- Caratteristiche anatomico/funzionali

Esplorazione come primo strumento di raccolta dati,
formulazione di alterazione e definizione degli obiettivi
e degli interventi assistenziali



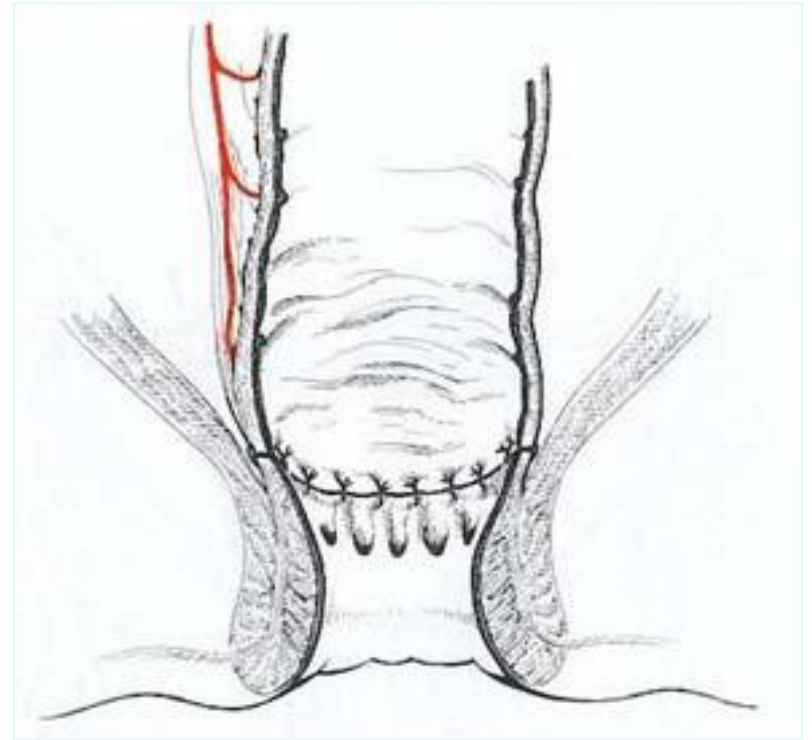
Quali informazioni recuperiamo?



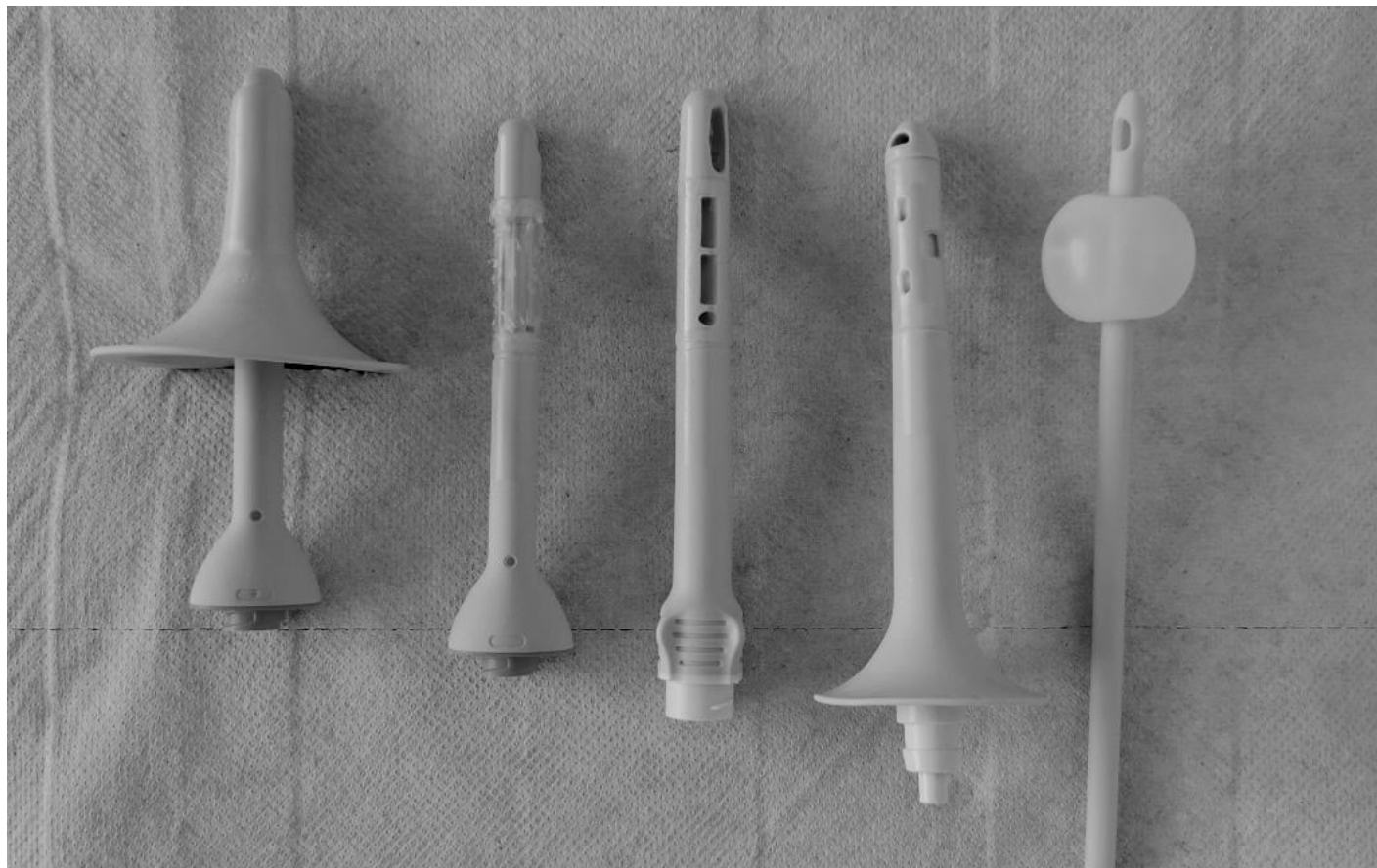
	Stomia	R.a.r.
Consapevolezza del P.P.	no	si
Tono e forza sfinteriale	no	si
Direzione	si	si
Altezza anastomotica	No	Si (in relazione all'altezza)
Stenosi	si (cutanea/fasciale)	si

Riguardo l'anastomosi

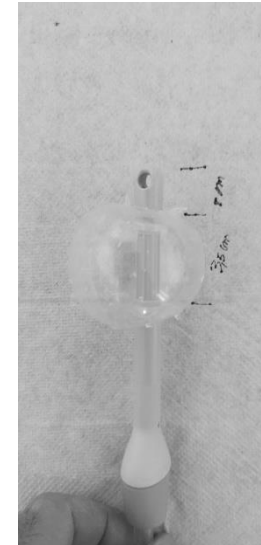
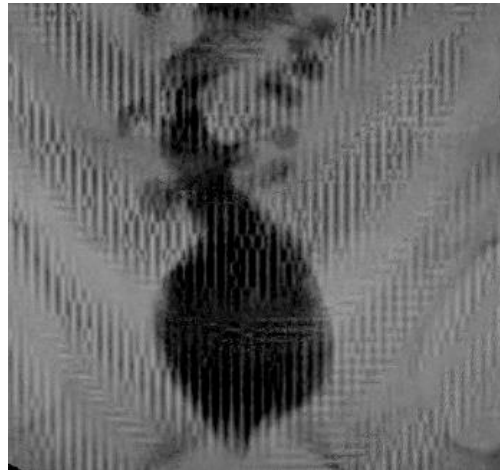
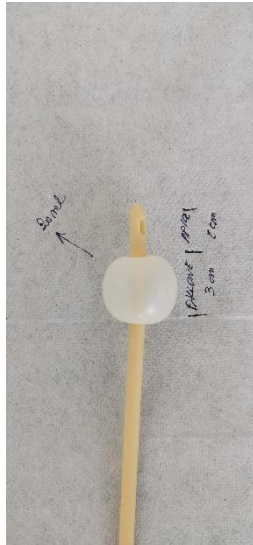
- Altezza dell'anastomosi
- Direzione dell'anastomosi
- Dimensioni dell'anastomosi



Tipi di sonde

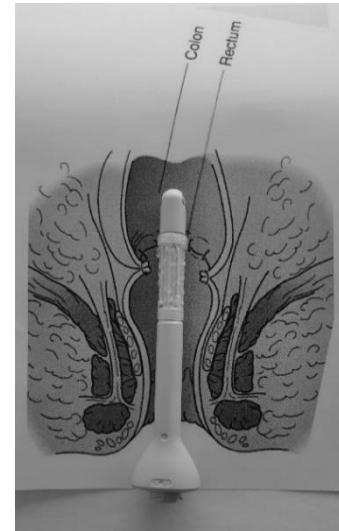
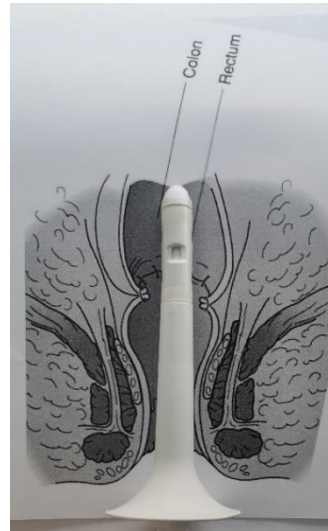
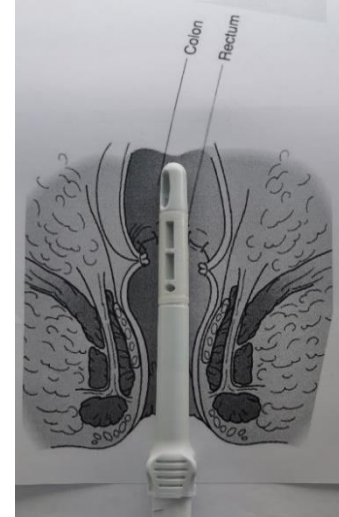
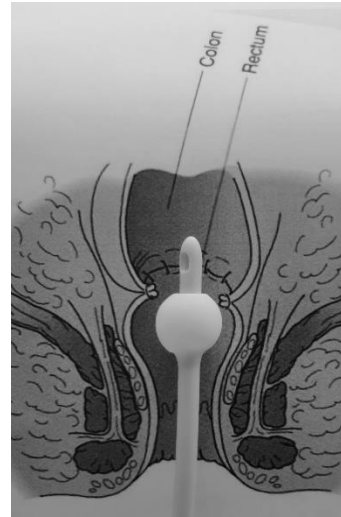
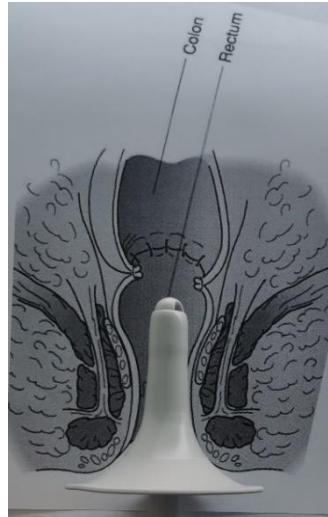


Dove si deve collocare il pallone gonfiato per rendere funzionale il lavaggio?

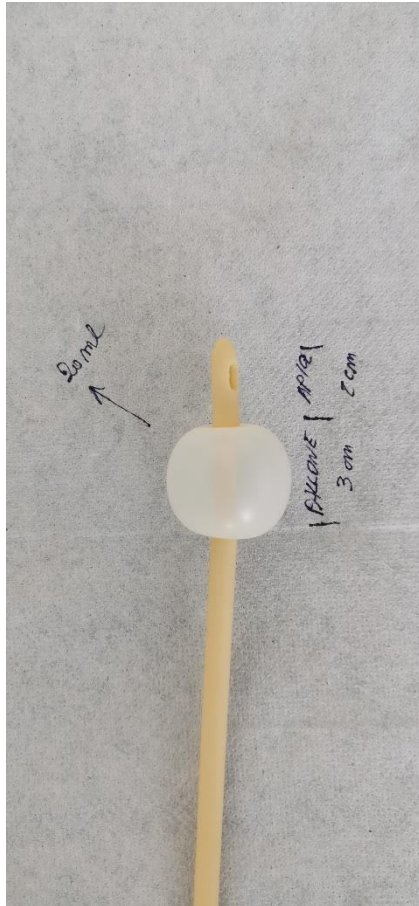


- Nelle base o ultra basse, necessariamente sopra (meno critiche)
- Nelle resezioni sigma retto: tra anastomosi e margine anale evitando di gonfiare il palloncino a cavallo dell'anastomosi (più critiche)

Rapporto sonda/anastomosi

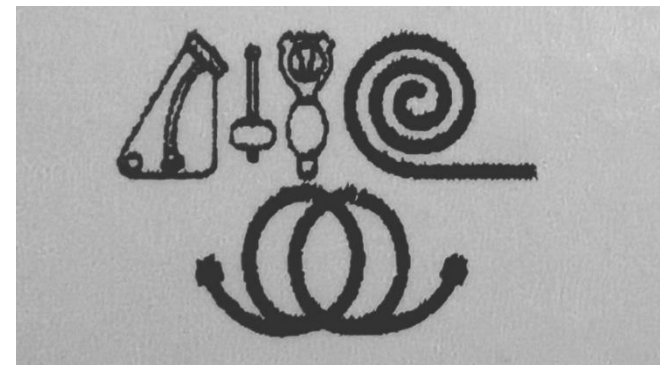
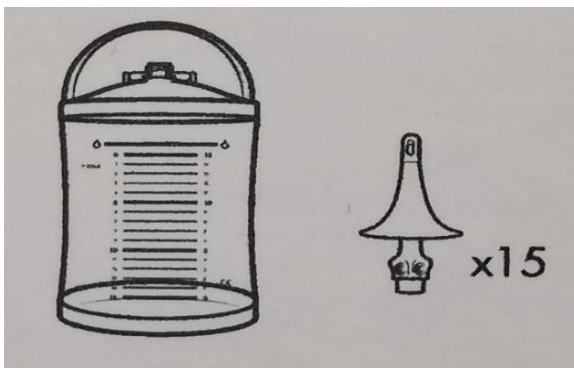
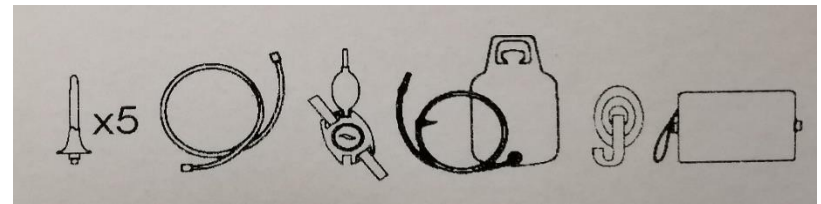
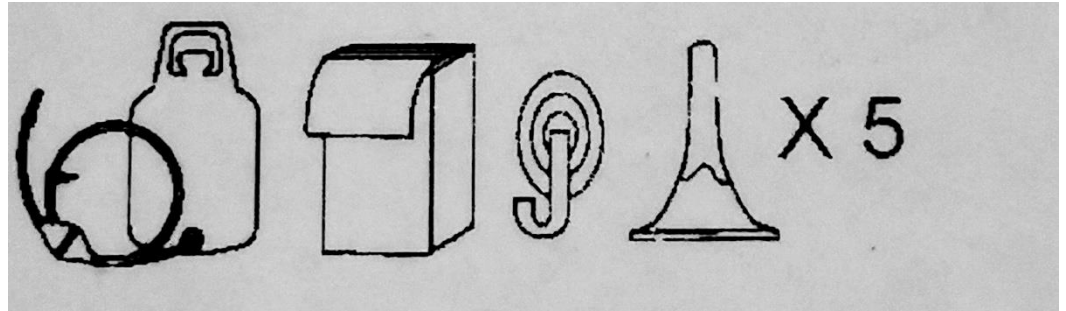


Controllo volume gonfiaggio palloncino nelle sonde a palloncino



- controllo del volume di gonfiaggio (solo con foley)
- con altre sonde (volume variabile dai 70 ml in giù)

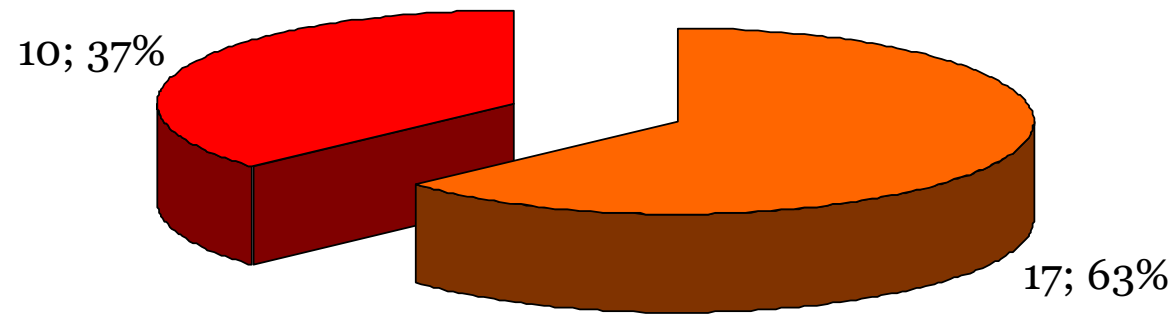
Tipi di strumenti



Comparazione costi annuali Irrigazione trans colica strumenti dedicati/irrigatore + foley

Dispositivo	Costi	Costi
Kit completo + 15 cateteri + 1 sacca (possibilità 1 ogni sei mesi)	150	
15 cateteri + 1 sacca (12 annuali)	200	
Tubi (2 o 4) al bisogno	28	
Set completo Irrigatore a caduta (possibilità 1 ogni sei mesi)		27
Siringa (12 pz/anno)		1
Foley (12 pz/anno)		2
Totale con frequenza ogni 48 ore Euro	<u>1.500</u>	<u>90</u>

Pazienti presi in carico con lavaggio intestinale



■ Strumenti dedicati ■ Irrigatore + Foley

Strumento indispensabile

Bristol Stool Chart

Tipo 1		Grumi duri separati tra loro, come noci (difficili da espellere)
Tipo 2		A forma di salsiccia, ma formata da grumi uniti tra loro
Tipo 3		Come un salame, ma con crepe sulla sua superficie
Tipo 4		Come una salsiccia o un serpente, liscia e morbida
Tipo 5		Pezzi separati morbidi con bordi come tagliati/spezzati; chiara (facile da evacuare)
Tipo 6		Pezzi soffici/flocculari con bordi frastagliati, feci pastose
Tipo 7		Acquosa, nessun pezzo solido Completamente liquida

Caso Clinico

- R.a.r. con ileostomia di protezione successivamente ricanalizzato
- Da allora alterazioni dell'alvo con frequenza di almeno 30 volte la giorno
- In uso pannolone
- Creme locale
- Pz in attività lavorativa a diretto contatto con il pubblico
- Qualità di vita riferita: pessima
- Giunge in ambulatorio tramite associazione (F.a.i.s.)



Situazione locale alla presa in carico il 25 gennaio 2016





Proposta terapeutica

- Si propone tecnica irrigativa illustrando i possibili benefici
- Impossibilità all'esecuzione di e.r. visto il quadro locale
- Si procede ad esecuzione del lavaggio introducendo alla "ceca" foley che viene poi gonfiato con 15 ml di aria
- Si esegue tecnica irrigativa, dopo consenso dell'assistito, proponendo più incontri settimanali per valutazione andamento

Situazione al 2 febbraio 2016







Situazione al 29 agosto 2016

- Giunge per valutazione di controllo
- Esegue irrigazione quotidiana
- Continenza da un minimo di 12 ore ad un massimo di 36
- Feci formate
- Netto miglioramento della qualità di vita
- Si esegue e.r. con reperimento di sub-stenosi anastomotica posta 4 cm dal margine anale



Caso Clinico

- R.a.r. con ileostomia di protezione
- Stenosi anastomotica sottoposta a dilatazioni digitali (prima falange) prima della ricanalizzazione
- Avvisato nel periodo pre ricanalizzazione della ileo delle possibili alterazione dell'alvo
- Giunge in ambulatorio riferendo difficoltà alla continenza





Proposta terapeutica

- Si propone tecnica irrigativa illustrando i possibili benefici
- Esecuzione di e.r. (anastomosi transitabile fino alla seconda falange del dito esploratore, leggermente angolata)
- Si procede ad esecuzione del lavaggio introducendo foley che viene poi gonfiato con 15 ml di aria
- Si esegue tecnica irrigativa, dopo consenso dell'assistito, proponendo più incontri settimanali per valutazione andamento

Dopo lavaggio



Rivalutazione del paziente dopo un mese

- Giunge per valutazione di controllo
- Esegue irrigazione quotidiana
- Continenza minima di 24 ore
- Feci formate
- Netto miglioramento della qualità di vita
- Si esegue p.t.

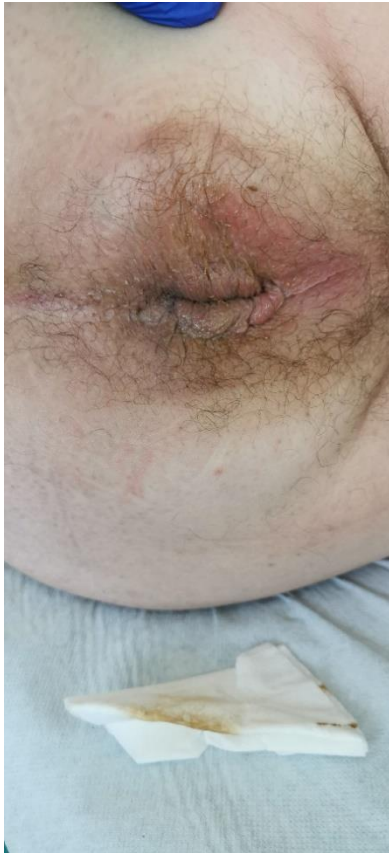
3/5/22 r.a.r. + ileo laterale
Ricanalizzazione di ileo 21/11/2022
Controllo 9 febbraio 2023

- Situazione non risolta
- Se feci tipo 6 , incontinenza fecale con necessità di andare in bagno ogni 30 minuti, 2 ore
- Da 1 volta al giorno a 12 volte al giorno
- Se assume loperamide 1 compressa una volta alla settimana, meglio (feci tipo 3/4)
- “Viaggio con Loperamide in tasca”
- Se alta frequenza si condizionamento «le scariche mi blindano»
- Da dicembre antibiotico per i.v.u.

R.x. C.O.



Valutazione pavimento pelvico



Soiling gestito con carta igienica



Comando di spinta



Comando di contrazione



Anastomosi a 6 cm dal margine anale

Provvisori

- Utile ripresa dieta per ileostomizzati
- Diosmectite 1 bustina al giorno per una settimana
- Due bustine per la seconda settimana
- Tre bustine per la terza
- Cortisonico per non più di 8/10 gg
- Meglio ossido di zinco
- Da rivalutare tra un mese



09/03/2023

- Riferisce miglioramento
- Un paio di episodi di feci liquide da associare ad un'alimentazione o ad un'influenza intestinale.
- Bruciore anale
- Utilizza diosmectite 1 bustina al giorno con feci tipo tipo I o tipo II
- Frequenza evacuativa pre intervento : una volta al giorno. Attualmente da 1 a due volte al giorno senza sindrome da defecazione frammentata
- Ripresa delle normali abitudini di vita sociale e lavorativa
- Ha escluso i latticini dalla dieta
- Deve eseguire rmn per prostata
- Valutazione al bisogno

Reclutamento pazienti sottoposti a resezione del retto

- Presa in carico durante il colloquio e il disegno pre-operatorio
- Raccolta dati rispetto alle abitudini evacuative in termini di frequenza e consistenza del materiale fecale
- Illustrazione durante delle potenziali alterazioni dell'alvo

Senza stomia di protezione

- a) Presa in carico del paziente alla rimozione dei punti

Con stomia di protezione:

- a) Presa in carico del paziente alla chiusura della ferita dell'ex stomia

Possibili scenari:

- a) Alvo regolare (2/3 volte al giorno o 2/4 volte la settimana)
- b) Alvi stitico (da rallentato transito o da ostruita defecazione o entrambi le situazioni)
- c) Sindrome della defecazione frammentata
- d) Incontinenza fecale nelle sue differenti declinazioni

Al primo incontro (tempo 1 ora) raccolta dati relativa a:

- a) Eventuale disagio dell'assistito indipendentemente dai tre possibili scenari
- b) Valutazione del tipo di feci (Scala Bristol)
- c) Valutazione del tipo di assorbente in uso se incontinenza

Interventi:

- a) Valutazione della consapevolezza del perineo e dell'apparato sfinterico – valutazione della cute
- b) Durante la valutazione dell'apparato sfinterico recupero delle informazioni rispetto all'anastomosi 1) distanza dal margine anale 2) caratteristiche delle dimensioni
- c) Normalizzazione del materiale fecale (tipo 4 scala Bristol) attraverso: 1) regime dietetico 2) mucillagini (tipo semi di Psyllium o Diosmectite)
- d) Detergente locale e crema lenitiva se alterazioni

Rivalutazione ogni due settimane per un totale di sei dalla presa in carico (totale 3 incontri)

Proposta del lavaggio intestinale

- Segue gli stessi principi della proposta dell'irrigazione ad una persona con colostomia terminale e/o laterale sinistra dove lo stomaterapista valuta i criteri di fattibilità cognitiva, manuale, anatomica
- La persona viene invitata ad intraprendere un percorso di istruzione al lavaggio che darà modo al terapista e al pz stesso di decidere se proseguire con la metodica
- L'educazione viene impostata su 5 incontri

Scelta del dispositivo di irrigazione (a caduta con cono, a caduta con foley, a pressione positiva manuale, a pressione positiva elettrica):

a) È strettamente correlata alle caratteristiche dell'anastomosi rilevate durante il primo incontro; sarà possibile ritrovare tre possibili condizioni cliniche in merito alla distanza dal margine anale 1) minore/uguale a 3 cm 2) dai 4 cm ai 10 cm 3) oltre i 10 cm

b) Da discutere (criteri da utilizzare l'altezza del palloncino una volta gonfiato rispetto all'anastomosi e la quantità di gonfiaggio del palloncino stesso)

Istruzione alla metodica: vedi protocolli per tipo di strumento

Indicazione alla dimissione dopo percorso riabilitativo

- Esecuzione del lavaggio tutti i giorni per la prima settimana
- Esecuzione del lavaggio a giorni alterni per una settimana
- Rivalutazione dopo 4 settimane
- Ulteriore proposta a 72 ore se bene a 48 ritorno alle 24 se episodi di disagio ogni 48
- Altra opzione: esecuzione della metodica al bisogno
- Proseguimento della metodica: esecuzione del piano terapeutico
- Rinuncia alla metodica

Rivalutazione chirurgica

Discussione

- Lo stomaterapista è la figura maggiormente competente nella presa in carico della sindrome da resezione del retto
- La maggior parte presenta una sindrome da defecazione frammentata con o senza i.r. a gas e feci
- Rari i casi di stipsi post r.a.r.
- Rari i casi di alvo diarroico post r.a.r.
- Pre-Operatorio: solo valutazione stadiazione non valutazione morfologica dell'intestino, funzionale del pavimento pelvico e della frequenza alvo*
- Esaustiva raccolta dati
- Qualità di vita
- **Ambulatorio**

Quale futuro?



Ritorno al passato?

Conclusioni



- Personalizzazione della strategia riabilitativa