



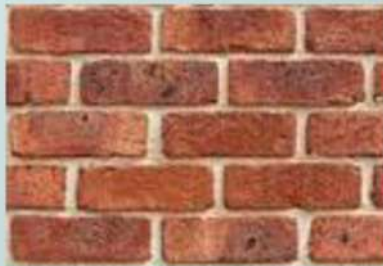
Associazione
Tecnico-Scientifica
di Stomaterapia
e Riabilitazione
del Pavimento Pelvico

4^o CONGRESSO BIENNALE
È TUTTO UN ALTRO AIOSS
RIMINI • 26-29 OTTOBRE 2023

Irrigazione trans colica: sintesi della letteratura e indicazione clinica

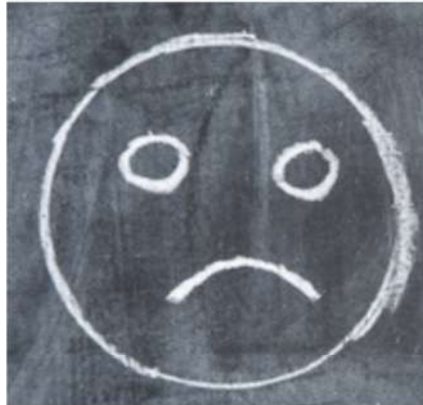
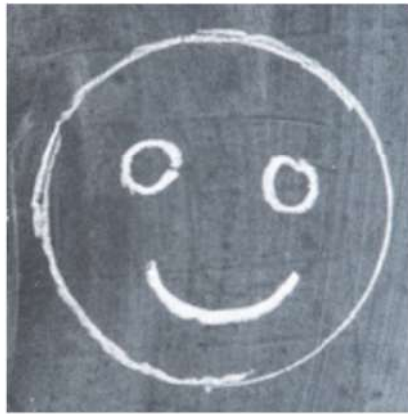
A cura di:
Fabrizio Alessi, Marco Della Sanità
Ambulatorio Stomizzati Legnano





Premessa

- T.A.I. (Trans anal irrigation) = **clistere e/o enteroclisma**
- La popolazione che valuteremo oggi con questa metodica sono le persone con **resezione del retto e relativa sindrome**
- L.a.r.s. = tutte le alterazioni della continenza e un **defecazione polideposta**
- Le scale di valutazione offrono al professionista una fotografia iniziale del sintomo espresso utile per un confronto dopo applicazione della strategia identificata ma ricordiamoci che il disagio emotivo dell'incontinenza è un dato **estremamente soggettivo**



Premessa

- Circa il 90% delle persone sottoposte a r.a.r. ha alterazione della funzione evacuativa, il 5% di queste viene stomizzata e/o ristomizzata
- Ad oggi nessuna valutazione morfologica dell'intestino e/o funzionale prima della proposta dell'intervento chirurgico (r.x. c.o., manometria, ecografia sfinteriale)
- Ad oggi il gold standard del tumore del retto è la resezione anteriore e l'ileostomia di protezione

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 • Anco nel complesso stomaco? • Qualità individuali • Età del paziente
Luogo istruzione	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio
Tempi istruzione	<ul style="list-style-type: none"> • Da 3 a 5 incontri
Frequenza istruzione	<ul style="list-style-type: none"> • Da quotidiana a giorni alterni
Tempo ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ora
Istruttore	<ul style="list-style-type: none"> • Stomaterapista
Codice di prestazione	<ul style="list-style-type: none"> • 96.59.4

Irrigazione trans colica

Comparazione irrigazione della colostomia e lavaggio trans-ale

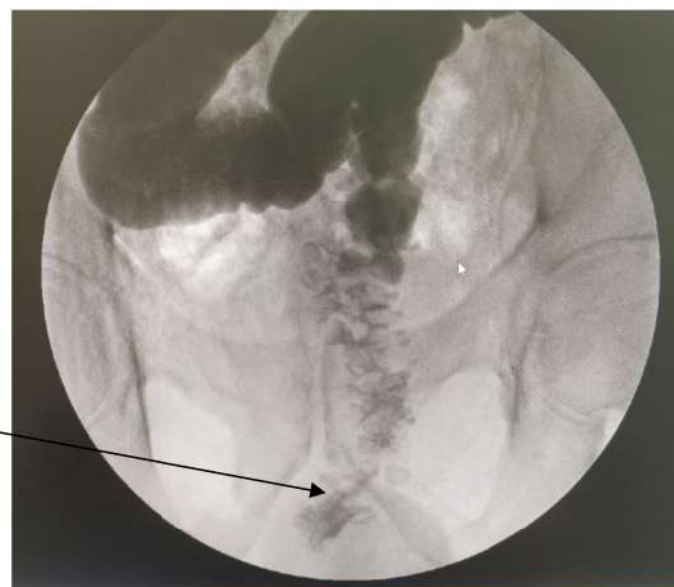
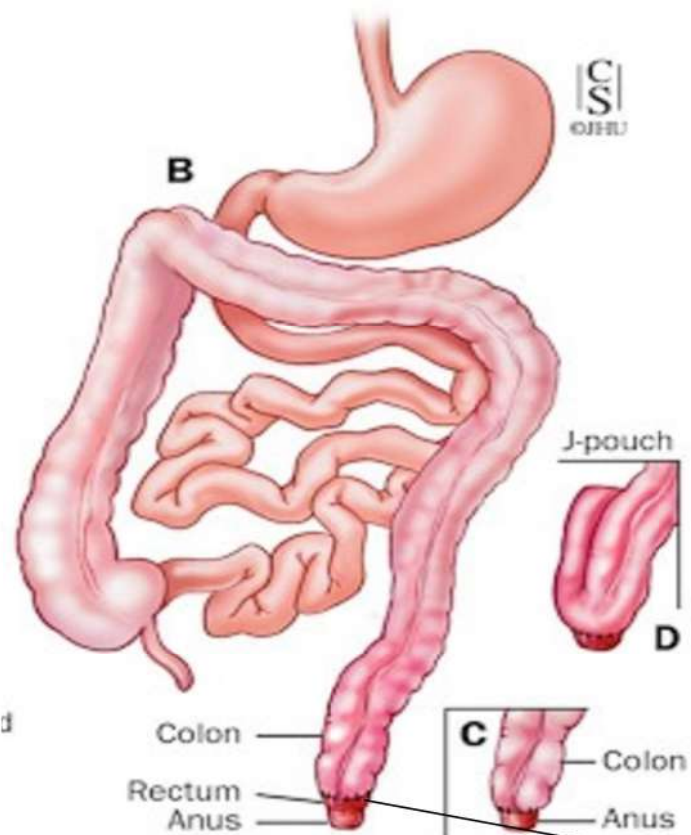
	Irrigazione colostomia
Strumenti	• irrigatore a caduta e cono* (nella nostra esperienza, utilizzo di Foley)



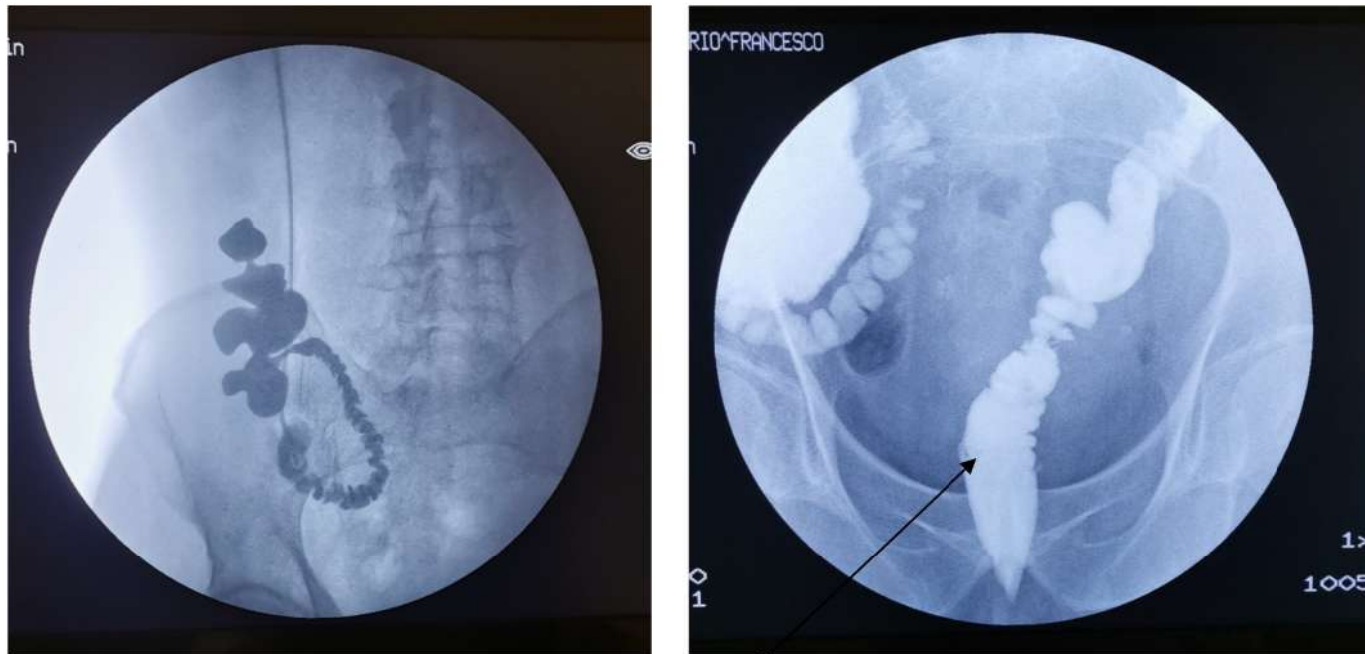
* Scelta del cono in base alle caratteristiche della stomia

** In ba

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



Resezione anteriore del retto



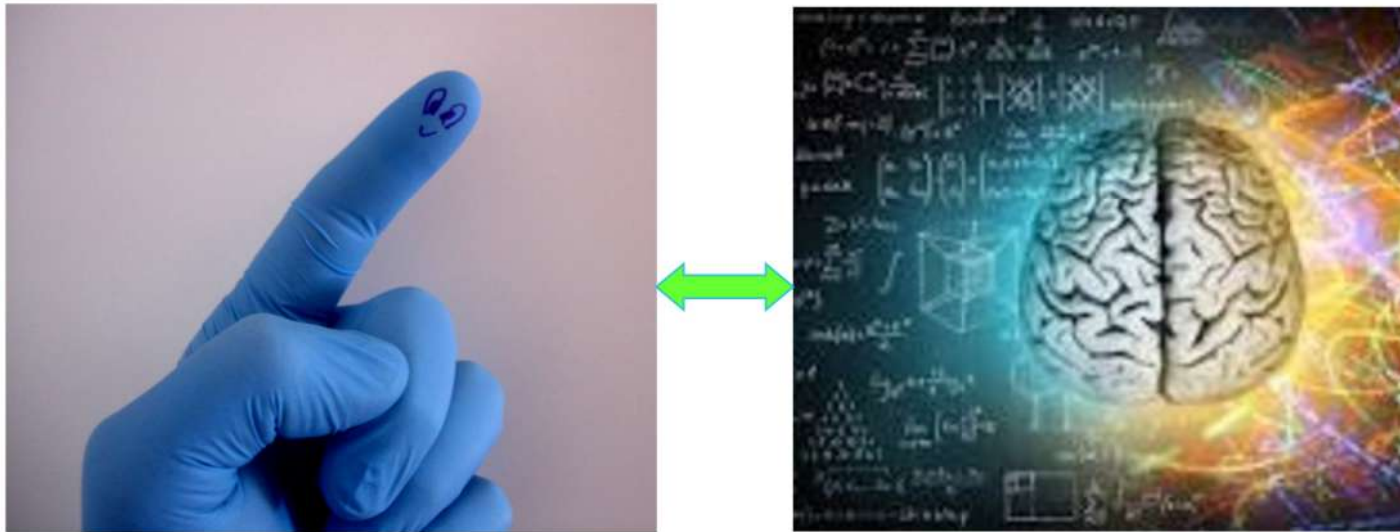
Anastomosi

Resezione anteriore del retto

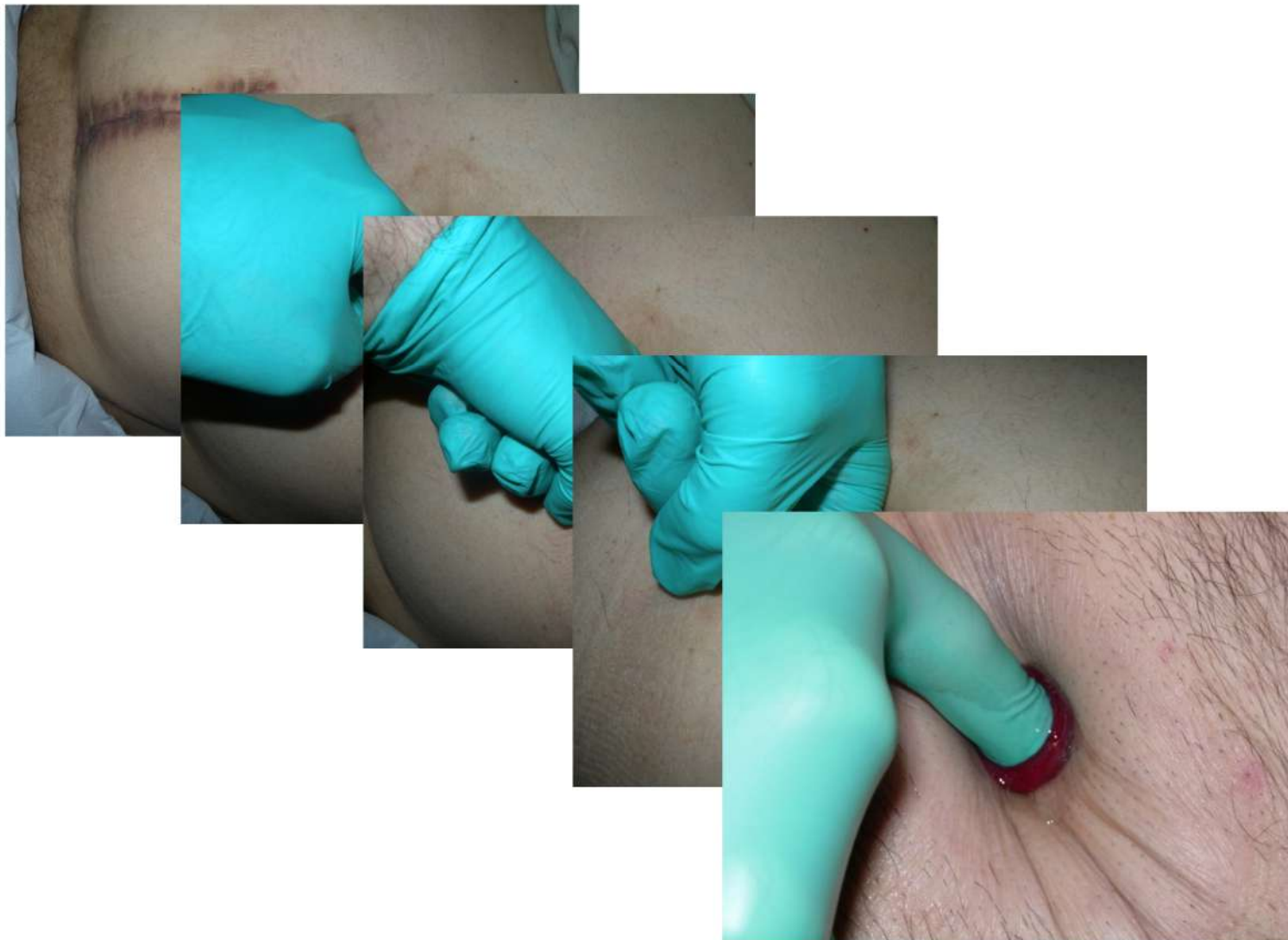


Anastomosi

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



Il nostro vissuto con le persone stomizzate



Nelle r.a.r quali informazioni dobbiamo recuperare?
Consapevolezza del piano pelvico



Nelle r.a.r quali informazioni dobbiamo recuperare?
Consapevolezza del piano pelvico



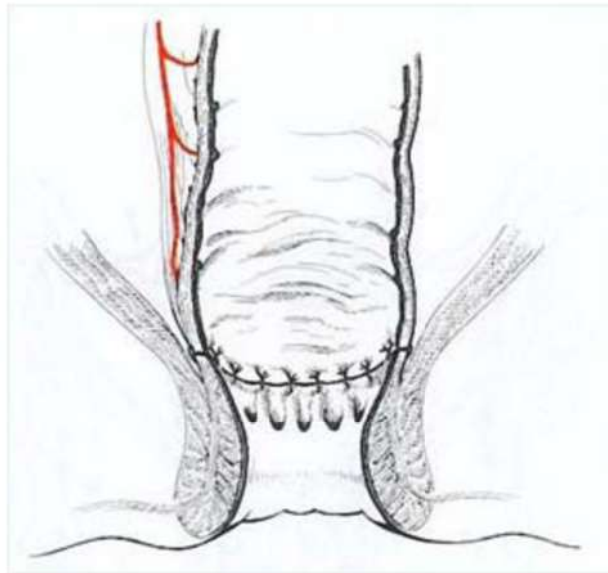
Comando di spinta



Comando di contrazione

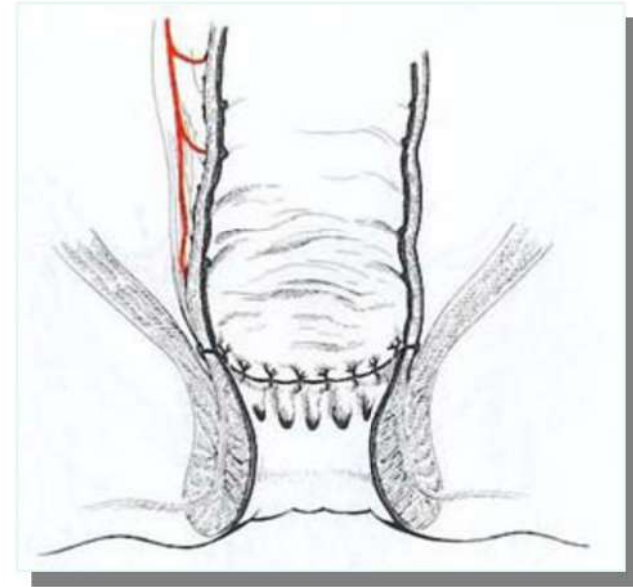
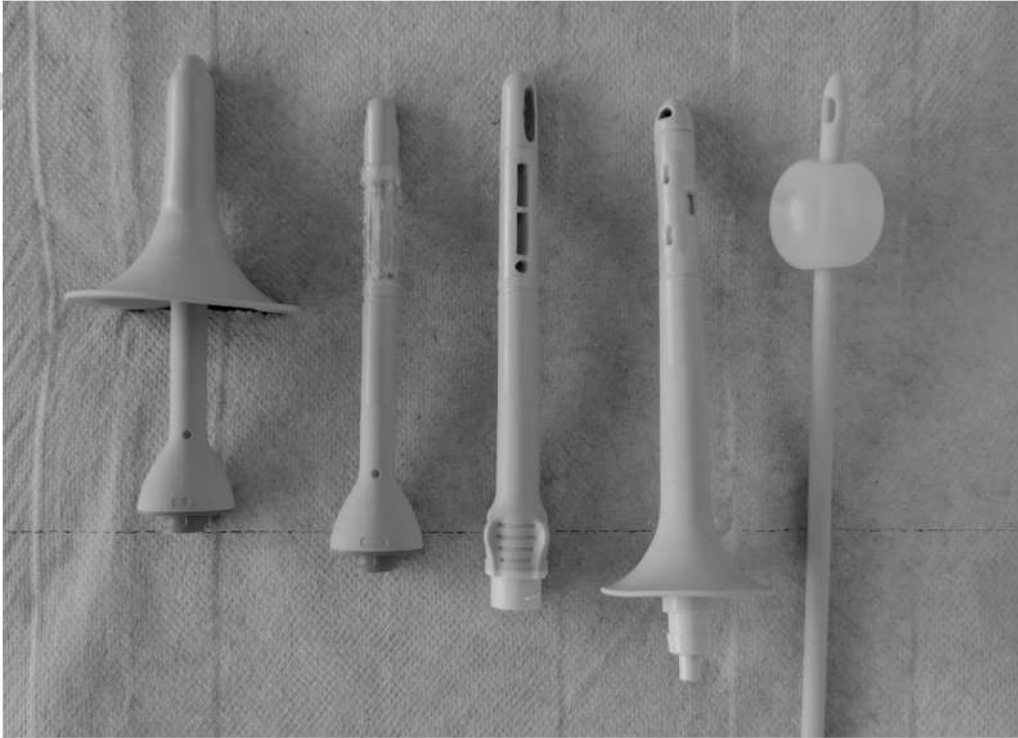
Riguardo l'anastomosi

- Distanza dell'anastomosi dal margine anale
- Direzione dell'anastomosi
- Dimensioni dell'anastomosi

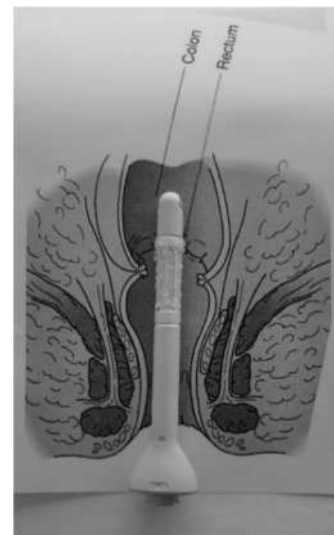
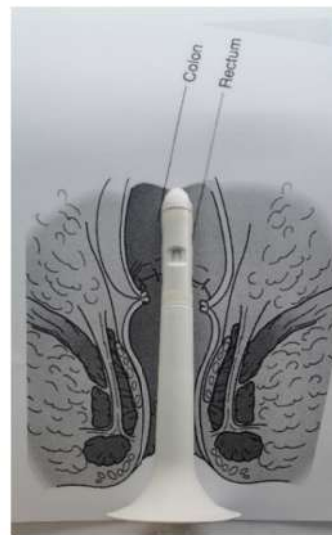
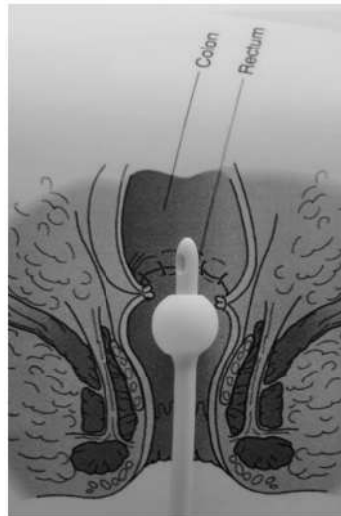


Il risultato anastomotico è estremamente soggettivo

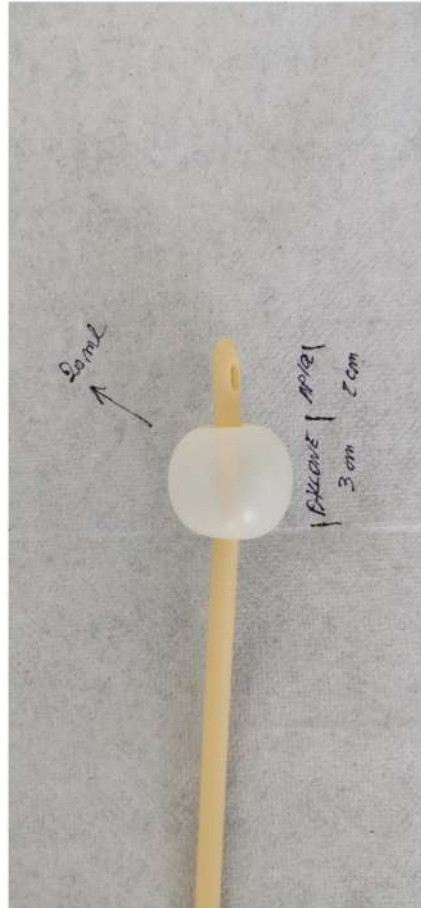
Tipi di strumenti



Rapporto cono/sonda/anastomosi

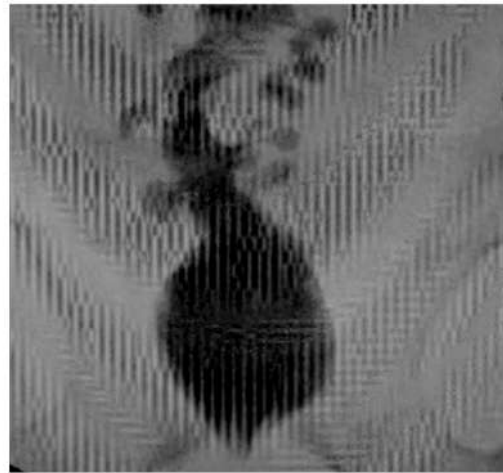
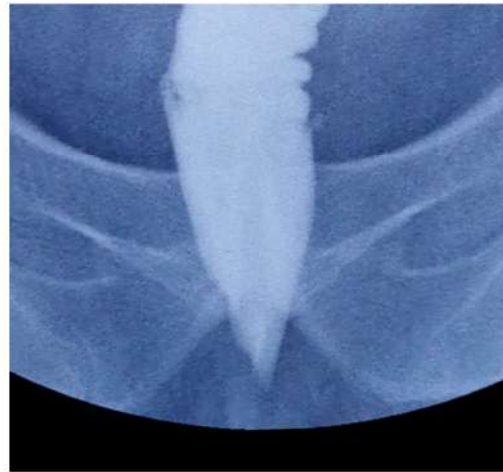
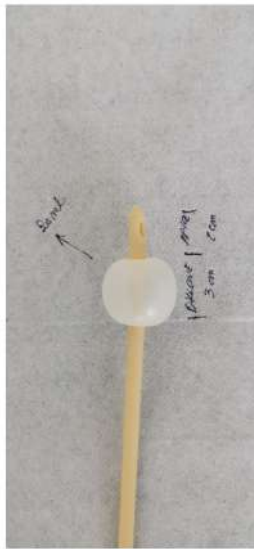


Controllo volume gonfiaggio palloncino nelle sonde a palloncino



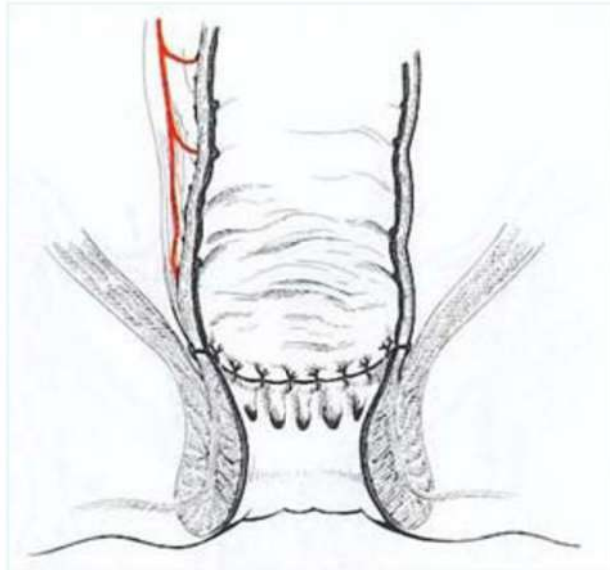
- controllo del volume di gonfiaggio (solo con foley)
- con altre sonde (volume variabile dai 70 ml in giù)

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)

Rispetto dell'anastomosi



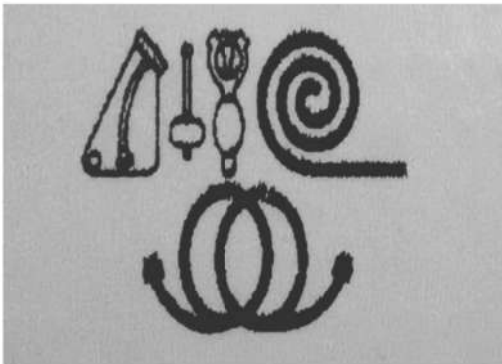
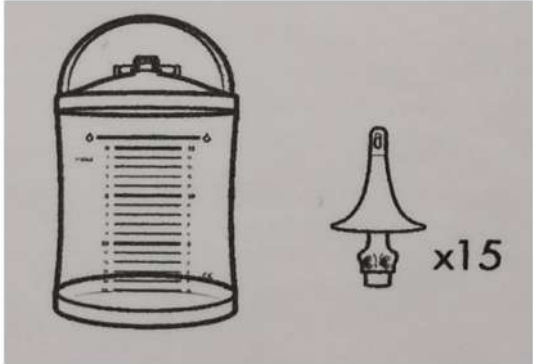
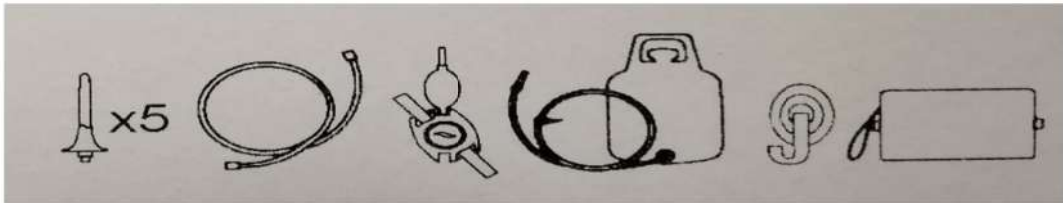
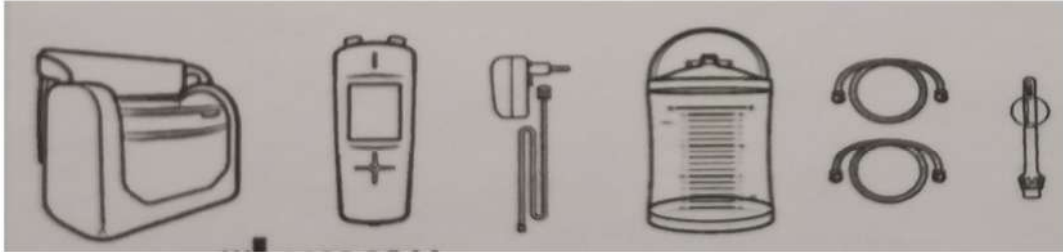
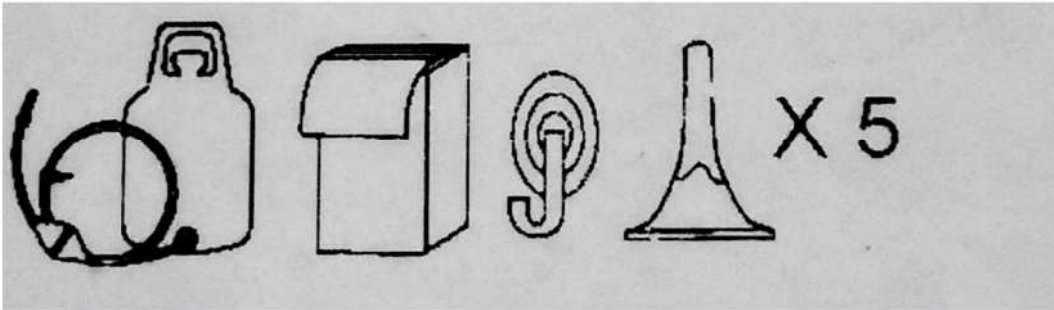
**Questo è oggi lo stato dell'arte
e domani?**

Con quale strumento introdurre l'acqua?



- Irrigatore a caduta con cono
- Irrigatore a caduta con foley gonfiato
- Il numero delle azioni che permettono l'introduzione dell'acqua tra le due metodiche proposte depone a vantaggio del cono

Oppure...



L'importanza dell'efficacia del clistere!



Comparazione costi annuali Irrigazione trans colica strumenti dedicati/irrigatore + cono/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>54/90</u>

Scelta dello strumento

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




Diagramma di flusso della presa in carico della
persona con resezione anteriore del retto,
ipotesi di percorso

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 il colloquio rispetto alle 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:

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

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

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

Interventi:

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

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

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




Diagramma di flusso della presa in carico della
persona con resezione anteriore del retto,
ipotesi di percorso

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

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

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..

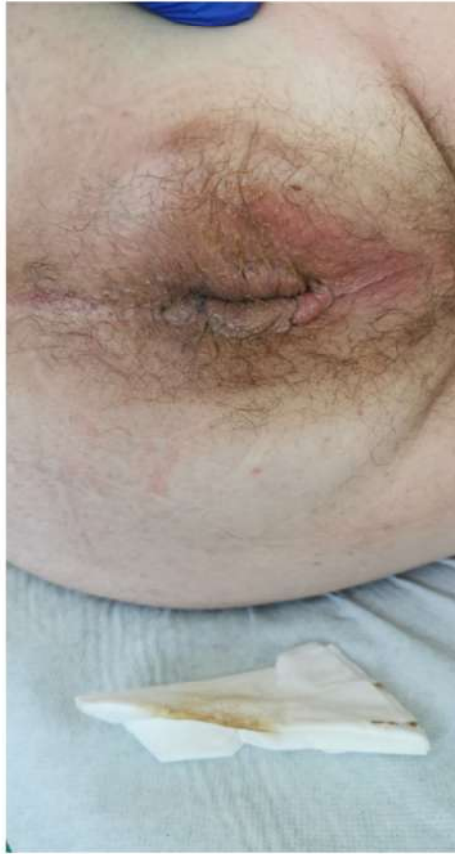
3/5/22 r.a.r. + ileo laterale
Ricanalizzazione di ileo 21/11/2022
Controllo 9 febbraio 2023

- 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.

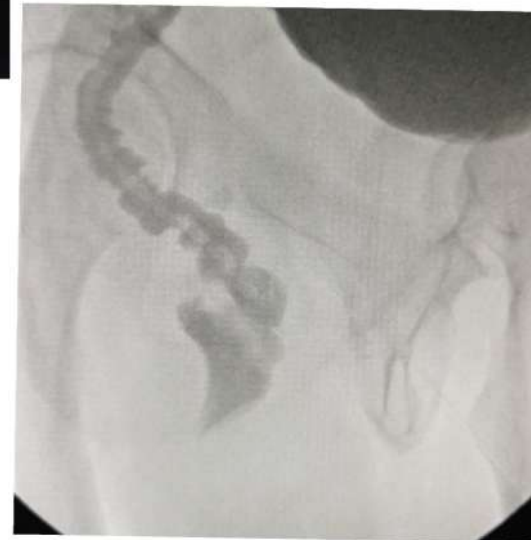
R.X. C.O.



Valutazione del perieno



Soiling gestito con carta igienica



Provvimenti

- 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 1 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
- Valutazione al bisogno

Caso clinico

- Resezione Anteriore del Retto con TECNICA PULL-THROUGH (anastomosi colo-anale) LAPAROSCOPICA 23/11/2022
- Sutura COLO ANALE 30/11/22



10/10/2023 rivalutazione



- Scarsa qualità di vita
- 20 evacuazioni giornaliere
- Scarsa attinenza alla terapia con diosmectite
- Intervento cardiocirurgico
- Qualità di vita pessima

Discussione

- Lo stomaterapista ad oggi 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