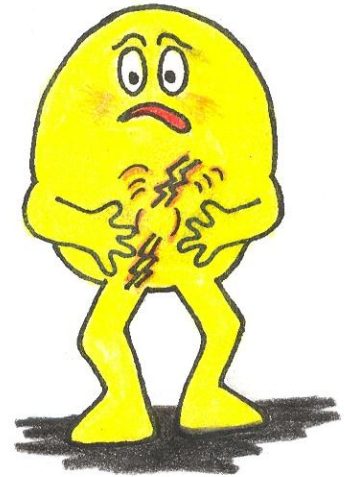


SINTOMI:

ILEO



SOMMARIO

1. *Definizione e introduzione* [p. 1](#)
2. *Fisiopatologia e cause* [p. 2](#)
3. *Assistenza infermieristica* [p. 2](#)
4. *Assistenza medica* [p. 3](#)

DEFINIZIONE:

“L’occlusione intestinale o ileo è l’ostruzione al transito del contenuto del tubo digerente”

Spesse volte l’ileo completo è preceduto appunto dall’istaurarsi di una situazione di subileo cronico, dove il transito è presente ma difficoltoso.

1. INTRODUZIONE

L’occlusione intestinale è una complicanza frequente soprattutto per le persone affette da carcinoma del colon, dell’ovaia, dello stomaco e del pancreas. Tale evento, sia che si manifesti in forma acuta o che si istauri in modo lento (quasi cronico), pregiudica pesantemente, se non gestito adeguatamente, la qualità di vita di una persona.

2. FISIOPATOLOGIA

L'occlusione ha delle conseguenze sul piano fisiopatologico dovute al fatto che esiste una *distensione intestinale* ed una *turba della motilità intestinale*.

La distensione intestinale

è secondaria all'aumento dei liquidi e dei gas nelle anse colpite. I liquidi aumentano per il mancato riassorbimento delle normali secrezioni digestive e per la formazione di un essudato secondario e una modificazione della permeabilità della parete. I gas si formano in seguito all'azione catabolica putrefattiva dei batteri normalmente presenti nell'intestino.

Le turbe della motilità

sono rappresentate dalla diminuzione del tono dell'ansa colpita, dall'iperperistalsi che s'instaura a monte dell'ostacolo nel tentativo di vincere il fenomeno occlusivo, e dalla comparsa di un'iperperistalsi inversa che è alla base del vomito in questa situazione. Tali modificazioni funzionali hanno come conseguenza alterazioni metaboliche generali perché in seguito all'inversione della peristalsi compare un vomito abbondante e ripetuto che condiziona un'alterazione idroelettrolitica ed acido-basica (alcalosi e acidosi metabolica, disidratazione, emoconcentrazione, ipotensione, shock, riduzione del filtrato glomerulare, insufficienza renale).

Si distinguono *occlusioni meccaniche* e *occlusioni dinamiche*. Nelle patologie neoplastiche avanzate queste distinzioni possono non essere così nette.

CAUSE:

Occlusioni meccaniche: per processi ostruttivi, stenosanti o compressivi a seguito di cause neoplastiche, fecalomi, briglie aderenziali, ernie, ischemia, ecc.

Occlusioni dinamiche: causano il cosiddetto **ileo paralitico**, condizione questa che si realizza fondamentalmente in corso di **peritonite** o a seguito di **gravi disordini elettrolitici** (ipopotassiemia) o a **crisi dolorose addominali** particolarmente intense (coliche renali, biliari, ecc.) o da **farmaci anticolinergici** in dosi eccessive o da farmaci citostatici (alcaloidi della vinca).

3. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'obiettivo di questo paragrafo è di fornire al personale infermieristico gli strumenti per:

- valutare i disturbi fisici e psichici del paziente con ileo
- realizzare atti essenziali utili per il controllo della sintomatologia.

Valutare

1. Informarsi sulle abitudini e sui **cambiamenti intervenuti** nel bisogno di eliminazione del paziente (es: ultima defecazione, passaggio di feci e gas, uso di lassativi, diarrea, ...).
2. Verificare la presenza di **disturbi gastrici** (es: anoressia, alitosi, nausea e vomito, singhiozzo).
3. Individuare la presenza di uno stato di **disidratazione** (es: sete, cute e mucose asciutte).
4. Valutare l'eventuale **sintomatologia dolorosa** che si concretizza con la comparsa di un dolore continuo viscerale ed ev. con coliche addominali.
5. Verificare il **grado d'informazione del paziente e dei famigliari** rispetto alla condizione di ileo per evitare aspettative irrealistiche (es: restaurarsi di una normale defecazione, stupore d'innanzi al perdurare della sintomatologia oppure al ripetersi di occasionali episodi di vomito, insistenza nell'assunzione di un'alimentazione "normale").

Curare con interventi specifici

- 1. Alimentazione:** a causa dei ricorrenti episodi di vomito e dell'instaurarsi di una condizione di anoressia il paziente introduce, quasi involontariamente, dei cambiamenti nella sua dieta. Se desidera continuare a bere e mangiare qualcosa è comunque auspicabile consigliargli l'assunzione di spuntini (pasti piccoli ma frequenti) privi di alimenti contenenti fibre ma ad alto valore calorico. Se la secchezza della bocca e una forte sensazione di sete lo disturbano, può essere di sollievo l'utilizzo di ghiaccioli, succo di limone e pezzetti di ananas (vedi cap. sulla xerostomia).
L'impiego di un umidificatore nell'ambiente in cui il paziente trascorre più tempo riduce la sensazione di arsa del cavo orale.
Nei casi in cui l'occlusione è totale ogni alimento verrà vomitato. Al paziente può comunque far piacere sentire il gusto dei cibi evitando però di inghiottirli.
L'alimentazione parenterale in caso di ileo viene introdotta in prospettiva di un intervento chirurgico. Se l'opzione chirurgica non è proponibile se ne valuterà l'indicazione di caso in caso.
La nutrizione enterale ha applicazione solo se l'occlusione è a livello esofageo (es: gastrostomia).
- 2. Vomito / SNG:** assistere il paziente durante gli episodi di vomito tenendo a portata di mano dei recipienti. Aiutare il paziente a risciacquare il cavo orale. Limitare l'uso della SNG a quelle situazioni in cui lo stomaco è pieno, poiché il fatto di riuscire a drenare il contenuto può dare grande sollievo al paziente. Ciò non rappresenta però una soluzione definitiva al problema in quanto potrebbe essere causa di grande disturbo e ridurre notevolmente la qualità di vita.
- 3. Individuare e correggere eventuali stati di disidratazione.** La maggior parte dei pazienti è in grado di assorbire liquidi attraverso la parte superiore dell'intestino in modo da evitare disidratazioni importanti e rapide.
La sostituzione di liquidi può essere attuata sia per via e.v. che s.c. (vedi appendice).
- 4.** Per la sintomatologia dolorosa si consiglia di seguire gli atti assistenziali descritti nel capitolo "Dolore".

4. ASSISTENZA MEDICA

Eziologia

- Dovuto al tumore** (specialmente ovarico e colo-rettale)
Meccanismi:
- compressione extraenterica
- ostruzione intraenterica
- invasione parietale causante un problema meccanico e neuropatico
- Dovuto al trattamento** (chirurgia, radioterapia, medicamentosa)
- Non legato al cancro** (infarto, diverticolite, adesioni, ...). Spesso l'eziologia è multicausale.

Clinica:

Dolori continui in circa il 90% dei casi, dolori sotto forma di colica nel 75%, vomito "100%".

Valutazione:

Differenziare ostruzione alta verso ostruzione bassa, verso ileo di prevalenza paralitico. A parte la storia e l'esame clinico, è utile la radiografia nell'addome vuoto supino e in piedi per differenziare un'ostruzione meccanica completa da una grave costipazione.

Terapia:

Anche se l'indicazione non è frequentissima, la possibilità di un approccio chirurgico dev'essere primariamente valutata.

Indicazioni: esso diventa possibile specialmente se la prognosi di sopravvivenza supera i 2 mesi, il performance status (ECOG) è <2, non vi è ascite né versamento pleurico, non si palpano masse tumorali a livello addominale e non vi è un'insufficienza epatica. La morbilità di tale intervento è comunque importante (fistole, ri-ostruzioni, deiscenza, complicanze infettive).

Controindicazioni: l'intervento chirurgico è controindicato quando vi è una carcinosi diffusa, quando vi sono delle masse palpabili multiple, quando il chirurgo precedente ne esclude la possibilità.

Una volta che un intervento chirurgico non entra in considerazione e ci troviamo di fronte all'ileo conclamato, assieme al paziente e a tutti i curanti, dev'essere formulato l'obiettivo della terapia, che per quanto riguarda il passaggio intestinale può anche non più considerare un ripristino.

Trattamento farmacologico:

Dolore prevalentemente continuo: morfina parenterale, cominciando con 10-20mg s.c. o e.v.x 24h

Dolore a forma di colica: evitare medicinali procinetici
associare eventualmente Buscopan 60-120mg in 24h

Antiemetici:

- Haldol 3-5mg in 24 ore parenterale
- Tentativo con Dexametasone ad alto dosaggio (15-40mg x 24h e.v. o s.c., specialmente in casi dove l'ileo si è instaurato lentamente). Valutazione della terapia dopo 3 giorni.
- Alternativa, specialmente nell'ileo alto: Octreotide 200-600 mcg x 24h parenterale.

Osservazioni:

Sonda nasogastrica: spesso non necessaria. Discutere con il paziente che non raramente preferirà vomitare 1-2 volte al giorno piuttosto che avere una sonda. Se una sonda è richiesta e necessaria e se la prognosi di vita supera le 2 settimane, conviene considerare l'applicazione di una PEG di scarico.

Regime classico:

morfina: dose secondo pretrattamento	}	24/h
Buscopan 60 mg		
Haldol 3 a 5 mg.		