Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo La cura del paziente neoplastico
Data 19 febbraio 2006 alle 12:50:00
Autore R.Rossi

Ressa:
Se mi permetti una considerazione direi che i progressi nel trattamento dei pazienti oncologici si sono fatti talmente importanti e complessi che i medici curanti si sentono spesso tagliati fuori dai protocolli di cura e di gestione, diventati ormai campo d'azione degli specialisti (chirurghi, radioterapisti, oncologi).

Rossi:
Beh, è inevitabile che sia così: le cure si fanno sempre più specifiche e innovative ed è impossibile, per un medico non specialista della materia, mantenersi al corrente di tutte le novità. In fin dei conti non possiamo essere dei tuttologi. Tuttavia in questo capitolo vogliamo occuparci di alcuni aspetti particolari della gestione del paziente neoplastico in cui il ruolo del medico curante può essere insostituibile.

Ressa:
Cosa intendi dire?

Rossi:
Non voglio certo occuparmi della terapia specifica dei singoli tipi di tumore perché questi sono aspetti che esulano in gran parte dalle competenze del medico curante generalista e che è bene delegare al medico dedicato.
Intendo invece occuparmi di alcuni punti, in particolare: la cura dei pazienti con metastasi (in cui la chemio e la radioterapia hanno spesso solo un ruolo palliativo), la gestione delle complicanze della chemio e della radioterapia. Altri aspetti che possono interessarci (il follow-up oncologico e la cura del paziente terminale) sono trattati in specifici capitoli del Manuale.Ressa:
In effetti adesso è più chiaro. Cominciamo con un punto scottante: il paziente con metastasi o con malattia in fase avanzata e inoperabile.

Rossi:
Quando scopriamo che ci sono già delle metastasi la prima domanda da farci è se sottoporre il paziente a trattamento chemioterapico o radioterapico o limitarci al solo trattamento di eventuali sintomi. In questi casi infatti di solito chemio e radioterapia possono avere al più una finalità palliativa e non curativa e quindi dobbiamo bilanciare gli effetti negativi con quelli positivi che verosimilmente possiamo attenderci.

Ressa:
La mia esperienza è che spesso la nostra opinione viene a scontrarsi con quella dello specialista e il paziente e i suoi familiari privilegiano quest'ultima.
In ogni caso, quali sono gli elementi che dobbiamo considerare per decidere se avviare o meno il nostro paziente a questi trattamenti?

Rossi:
A mio avviso due sono gli elementi da considerare:
1) lo stato generale del paziente: se il paziente ha uno stato generale compromesso, con una malattia metastatica diffusa e che progredisce velocemente, con rapido calo di peso, è probabile che gli effetti collaterali del trattamento non siano controbilanciati da un eventuale beneficio; al contrario in un paziente in condizioni generali stabili o discrete si può considerare una chemio o una radioterapia palliativa
2) le preferenze del paziente: ci sono malati, anche molto anziani, che ritengono valga tentata qualsiasi via, anche a prezzo di effetti collaterali gravi e in questi casi ovviamente è arduo sottrarsi e si finisce con l'offrire la terapia anche se dentro di noi siamo convinti che non serva (ma è difficile recidere il sottile filo di speranza che spesso anima molti di questi malati).Ressa:
Talora però sono più i familiari a insistere che il malato stesso. La frase che mi sento più spesso ripetere è che almeno è stato fatto tutto quello che si poteva tentare, altrimenti non avrebbero la coscienza in pace.

Rossi:
E' difficile talora far accettare l'idea che non c'è nulla che possiamo fare se non accompagnare dignitosamente il malato fino alla morte. Ogni caso va quindi valutato singolarmente e con la necessaria flessibilità, senza però venir meno al nostro compito di medici che è quello di essere in ogni caso accanto al paziente che soffre.

Ressa:
Alcune volte in casi di questo tipo vengono proposti schemi chemioterapici sperimentali o più aggressivi...

Rossi:
E' vero, però generalmente questi trattamenti hanno degli effetti tossici che possono essere più pronunciati degli schemi standard. E' quindi importante che il paziente sia correttamente informato sia di questi aspetti sia del fatto che, in caso di trattamenti innovativi o sperimentali, non necessariamente i benefici potrebbero essere maggiori rispetto alle terapia classica. Non sempre siamo in grado di far capire o di spiegare questioni così delicate a pazienti già molto coinvolti emotivamente.

Non si possono dare regole generali, la sensibilità e l'umanità del medico sono elementi molto importanti nel condizionare il rapporto con il paziente, si deve però rifuggire dalla scappatoia di inviarlo a terapie potenzialmente molto impegnative con l'alibi che così ha deciso lo specialista. Se siamo convinti che il nostro paziente non potrebbe trarre qualche beneficio dal trattamento, a mio avviso, dobbiamo dirlo chiaramente. Anche se poi ovviamente dobbiamo essere pronti ad accettare una sua decisione contraria. In questo campo la decisione del paziente dipende da molteplici fattori che vedono interagire le sue conoscenze, le sue convinzioni e speranze, la sua visione filosofica della vita, le varie dinamiche familiari.
Ressa:
Se però siamo convinti che la chemioterapia e la radioterapia possano essere utili dobbiamo prepararci a conoscere e a trattare gli eventuali effetti collaterali...
Partiamo dalla radioterapia (RT).

Rossi:
Prima di parlare degli effetti collaterali della RT direi che è opportuno dare alcune informazioni generali che spesso i nostri pazienti ci chiedono.
Anzitutto il malato dovrà essere sottoposto ad una visita iniziale da parte dello specialista e poi ad indagini radiologiche (per esempio una TAC) che permettono di meglio individuare e "centrare" la zona da trattare. In seguito possono iniziare le sedute, che durano mediamente sui 30 minuti o anche meno. Generalmente si eseguono alcune sedute a settimana ed il ciclo può durare alcune settimane o un paio di mesi. Esistono tuttavia vari protocolli con dosi somministrate, numero di sedute e durate diverse: starà al radioterapista consigliare lo schema ritenuto migliore per ogni paziente.

Ressa:
Penso sia importante informare che alcune volte l'effetto della radioterapia (per esempio sul dolore) non è immediato, ma può richiedere del tempo e talora l'effetto completo si ha solo dopo che è stato completato il ciclo.
Passiamo agli effetti collaterali della RT.

Rossi:
Uno degli effetti più evidenti è la dermatite, che oggi per la verità si vede meno grazie all'uso di apparecchiature più moderne. Le ustioni gravi sono rare. Bisogna consigliare di non esporre le parti irradiate al sole o al freddo, qualche volte è utile l'utilizzo di un cortisonico topico. Le zone irradiate possono andar incontro anche a perdita dei peli e a depigmentazione cutanea; generalmente i peli o i capelli ricrescono ma possono essere necessari vari mesi.
Può aversi una polmonite da raggi con tosse, dispnea, febbre, leucocitosi e infiltrati radiologici; di solito risponde agli steroidi.
Altri effetti collaterali molto disturbanti sono quelli gastrointestinali. Ovviamente cambiano a seconda della zona irradiata. Nella irradiazione del torace si può avere una esofagite ed un reflusso G-E con disfagia e pirosi. In questi casi ci si può giovare di antiacidi e antisecretivi (H2 bloccanti o PPI).In alcuni pazienti l'irradiazione dell'esofago comporta la comparsa di una micosi da candida che viene trattata con antimicotici per os; se si prevede un rischio elevato di esofagite da candida (per esempio quando alla RT si associa la chemioterapia) si possono usare gli antimicotoci per os anche come profilassi.
Quando si irradia l'addome il sintomo più frequente e disturbante è la diarrea. Per ridurre la sua entità si possono fornire alcuni consigli dietetici (per esempio evitare fibre e cibi ricchi di scorie, mangiare spesso e a piccole quantità, evitare cibi grassi o con spezie, bevande gassate, piselli, cavoli, broccoli e cavolfiori, bere liquidi per rimpiazzare le perdite); se il sintomo è invalidante possono essere di aiuto gli antidiarroici come la loperamide.
Quando viene irradiato il capo-collo si manifestano soprattutto complicanze dentarie, a carico delle mucose orali e delle gengive. E' opportuno, prima di sottoporre il paziente a RT, eliminare le carie dentarie. La RT può comportare anche una riduzione severa della salivazione fino ad arrivare ad una vera e propria xerostomia che può beneficiare dell'uso della saliva artificiale.
Nel trattamento radioterapico delle metastasi cerebrali può essere utile usare, durante i primi cicli di RT, uno steroide per os per ridurre l'edema cerebrale che si sviluppa nei primi giorni di cura.
Nella irradiazione pelvica può aversi una cistite con comparsa di disturbi minzionali e/o ematuria, che di solito si risolve nel giro di alcune settimane. Oltre a consigliare un abbondante introito di liquidi si possono usare antispastici e antidolorifici. Altro sintomo, per la verità ora meno frequente, è la enterocolite attinica. Mi ricordo anni fa di un paziente irradiato per un cancro della prostata che sviluppò prima una gravissima dermatite sacrale con comparsa di ulcere profonde e poi diarrea ematica: fu un calvario fino al decesso. Come dicevo, per fortuna oggi questi casi non si vedono più grazie al miglioramento delle apparecchiature e degli schemi di trattamento.
Dopo RT è abbastanza frequente anche la comparsa di herpes zoster.

Ressa:
Questi sono i più comuni effetti collaterali acuti della RT, ma ne esistono anche altri, che possono comparire a distanza di mesi o anni...Rossi:
Esatto. Ricordo per esempio la fibrosi polmonare, la pericardite,l'potiroidismo, le stenosi coronariche e le valvulopatie cardiache, la ritardata crescita nei bambini (insufficienza ipofisaria nel caso di irradiazione dell'encefalo o effetto diretto della RT sullo scheletro), le neoplasie.

Ressa:
Passiamo alla chemioterapia.

Rossi:
Anche qui è utile ricordare che esistono vari protocolli, di durata variabile in dipendenza del tipo di tumore da trattare e starà al medico oncologo dare al paziente tutte le informazioni necessarie al riguardo. Gli effetti collaterali sono diversi a seconda dei farmaci e dei regimi adoperati.

Ressa:
Però i più frequenti, quelli che tutti conoscono, sono la nausea, il vomito e l'alopecia. Per quest'ultima, che può essere di entità variabile, direi che la cosa più importante è informare il paziente che al termine del trattamento i capelli ricresceranno.

Rossi:
La nausea e il vomito sono sicuramente gli effetti collaterali più frequenti e talora molto disturbanti per il paziente. Ricordiamo che si tratta di effetti collaterali che possono essere provocati anche dalla RT.
Si può consigliare al paziente di rimanere in ambiente tranquillo e buio, senza stimoli luminosi e acustici che potrebbero aggravare il sintomo, gli antiemetici classici (metoclopramide, domperidone, clorpromazina) sono generalmente di scarso aiuto. Utile consigliare anche alcuni accorgimenti come evitare pasti abbondanti e cibi grassi, i fritti e quelli molto dolci e preferire l'ingestione di piccole quantità di cibo, magari ad intervalli frequenti, oppure limitarsi ad assumemere solo liquidi.
Nausea e vomito vengono trattati in maniera più adeguata con gli antagonisti dei recettori serotoninergici 5-HT3 (l'ondansetron, il granisetron, il tropisetron e il dolasetron) che hanno come indicazione specifica la prevenzione e il trattamento della nausea e del vomito da chemioterapia.La somministrazione associata di desametazone ne potenzia l'azione e si è dimostrata efficace nel 90% dei pazienti per il vomito precoce (entro 24 ore dal ciclo chemioterapico), un po' meno (40-60%) nel vomito tardivo (che compare di solito dopo qualche giorno). Gli effetti collaterali principali sono la stipsi, il dolore addominale e il singhiozzo.

Ressa:
Vi sono però altri effetti collaterali della chemioterapia.

Rossi:
Si. Tra questi ricordo la depressione midollare, soprattutto la neutropenia, per cui è buona norma, prima di ogni seduta, richiedere un emocromo. Per la profilassi e la terapia di questa condizione ci si avvale oggi dei cosiddetti fattori di crescita emopopietici (filgrastrim, lenograstim e molgramostim). In profilassi si usano quando si presume che il paziente abbia un rischio elevato di sviluppare una neutropenia febbrile in seguito alla somministrazione antiblastica. Come terapia si usano, associati agli antibiotici, quando compare neutropenia febbrile mentre in caso di neutropenia senza febbre ci sono evidenze di riduzione della durata della neutropenia ma non di riduzione delle complicanze infettive.

Ressa:
Altre possibili complicazioni della chemioterapia sono la comparsa di micosi del cavo orale o dell'esofago e la facilità con cui si possono sviluppare infezioni erpetiche

Rossi:
Queste evenienze sono dovute all'ovvia immunodepressione causata dalla chemioterapia; tra l'altro l'iimmunodepressione può esserci già di per sé a causa della neoplasia di base (per esempio ematologica). Sta all'oncologo valutare il rischio di queste complicanze ed eventualmente consigliare una profilassi con farmaci antimicotici ed antivirali (aciclovir e simili).

Ressa:
E' bene conoscere anche le complicanze più tardive della chemioterapia.Rossi:
Giusto, ed è bene conoscerle perché in questi casi è soprattutto il medico curante che si occupa del follow-up. Naturalmente gli effetti collaterali tardivi sono numerosissimi e variabili in dipendenza dei farmaci usati, per cui è impossibile farne anche solo un elenco parziale. E' consigliabile a questo proposito fare riferimento a pubblicazioni specifiche e consultare le schede tecniche dei singoli farmaci. Fra le principali, comuni a molti farmaci antiblastici, ricordo la fibrosi polmonare, la cardiomiopatia, la depressione midollare, l'epatopatia, le disfunzioni sessuali e gonadiche, nefropatia, ototossicità, ipotiroidismo, sindrome nefrosica, ritenzione idrica, neuropatie periferiche, ecc.

Ressa:
A questo punto parlerei anche della anoressia/cachessia che colpisce i malati oncologici in stadio avanzato e che è caratterizzata da progressivo calo ponderale, nausea cronica e importante anoressia, astenia, facile stancabilità, riduzione della performance fisica, suscettibilità alle infezioni.

Rossi:
Per la sindrome anoressia/cachessia vi sono buone evidenze della utilità di preparati a base di progestinici, somministrati per via orale, come il megestrolo e il medrossiprogesterone, che migliorano la qualità di vita, riducono l'anoressia e facilitano il recupero del peso corporeo.

Ressa:
Non è specifico solo dei pazienti neoplastici ma si potrebbe dire qualcosa sui cateteri vescicali, sulle stomie e sulla nutrizione artificiale.

Rossi:
In effetti non sono solo i pazienti oncologici che possono necessitare della cateterizzazione vescicale permanente, di una stomia (digestiva o urinaria) e della nutrizione artificiale. Anzi spesso si tratta di malati che hanno altre patologie, non meno gravi, come la demenza o il Parkinson.
Cominciamo con il catetere vescicale. Il catetere di solito viene messo dall'urologo e per il medico curante i problemi principali sono quelli legati alla sua gestione a domicilio. A parte i casi urgenti in cui si deve porre un catetere per una improvvisa ritenzione urinaria (di solito pazienti prostatici), le indicazioni principali ad una cateterizzazione sono le fasi terminali e l'incontinenza urinaria.Il catetere più usato è quello di Foley che all'estremità ha un palloncino che si riempie

di soluzione fisiologica (in genere 5-7 cc sono sufficienti) dopo che è stato introdotto in vescica e impedisce al catetere stesso di fuoriuscire. E' preferibile usare cateteri di calibro piccolo (12-16 F; F = French = 1\3 di millimetro) se si prevede una cateterizzazione temporanea, più grossi (18-20-22 F) per i cateteri a lungo termine oppure dopo interventi urologici che possono comportare ematuria e formazione di coaguli (se il catetere ha un calibro troppo piccolo i coaguli provocherebbero una ostruzione del lume).
Siccome la gestione del catetere vescicale può essere fonte di problemi, è sempre bene valutarne la reale necessità perché spesso ho visto pazienti anziani a cui viene messo il catetere più per comodità del personale di assistenza che per reali motivi clinici.

Ressa:
Interessante quanto appresi tempo fa da un amico urologo a proposito del calibro dei cateteri. Una cosa che si nota talora è lo spandimento di urina tra catetere e uretra. Io pensavo che in questi casi si dovesse ricorrere ad un calibro più grosso, invece mi è stato detto che è preferibile sostituire il catetere con uno di calibro inferiore. Infatti quelli più grossi possono irritare la muscolatura vescicale e provocarne la contrazione con conseguente ipertono vescicale e gocciolamento di urina, mentre quelli di calibro inferiore sono meno soggetti a questa complicanza.

Rossi:
E' bene conoscere alcuni consigli da fornire alla famiglia. Anzitutto la sacca di raccolta delle urine non deve essere appoggiata per terra perché questo facilità la contaminazione con successiva risalita di germi. Le sacche vanno sostituite una volta al giorno oppure si possono usare quelle con valvola antireflusso che impedisce il ritorno di urina in vescica e quindi può essere svuotata senza necessità di cambio giornaliero. Questo tipo di sacche si può sostituire quando si cambia il catetere oppure se comincia a perdere o se c'è molto sedimento depositato o in caso di cattivo odore. E' ovvio che quando si svuota la sacca si devono usare normali precauzioni di igiene come lavarsi le mani prima dello svuotamento e l'uso di guanti monouso, non necessariamente sterili; non è invece necessario disinfettare la sacca. Bisogna inoltre raccomandare il lavaggio con acqua e sapone del meato uretrale un paio di volte al giorno.Ressa:
Ogni quanto va sostituito il catetere?

Rossi:
Generalmente per l'uso long-term vengono usati catetere di silicone che sono ben tollerati e si possono cambiare ogni 3-5 settimane. Non esistono comunque regole rigide. Per impieghi brevi si possono usare anche cateteri in lattice che però possono provocare allergie e sono più soggetti alla formazione di depositi e sedimentazioni sulla loro superficie. Non ci sono prove che la profilassi antibiotica, da iniziare uno o due giorni prima del cambio, riduca il rischio di infezioni urinarie sintomatiche per cui essa non viene in genere consigliata, anche se si può prevedere a scopo prudenziale in alcuni pazienti più a rischio (per esempio quelli che sono andati incontro a sepsi urinaria sintomatica in occasione di un precedente cambio). Nel capitolo sulle infezioni urinarie, parlando di questo aspetto, dicevo che di solito io sono comunque solito fare la profilassi antibiotica ad ogni cambio; ho però controllato la letteratura e dovrò rivalutare il mio comportamento, penso che ora limiterò questa pratica appunto ai casi più a rischio, come appena detto.

Ressa:
Per prevenire l'infezione è utile l'irrigazione periodica del catetere oppure eseguire delle urinocolture?

Rossi:
L'irrigazione della vescica non solo non è utile ma potrebbe provocare anche dei danni alla mucosa vescicale. Essa va attuata solo in caso di ostruzione del catetere, usando soluzione fisiologica e tecnica asettica. Non sempre però si riesce a liberare il lume del catetere, che allora va sostituito.... Una buona idratazione del paziente è la miglior prevenzione sia dell'ostruzione che delle infezioni urinarie sintomatiche.
Ressa:
Comunque possiamo dire che dopo 3-4 settimane ogni cateterizzato presenta urine contaminate.Rossi:
Si, la contaminazione della vescica è praticamente la regola nei cateterizzati a permanenza. L'infezione avviene con vari meccanismi, soprattutto per contiguità a livello dello spazio periuretrale. Per questo motivo non è raccomandato lo screening e il trattamento della batteriuria asintomatica. Vanno trattate solo le infezioni urinarie sintomatiche (per altri particolari vedi il capitolo sulle infezioni urinarie).

Ressa:
Una volta si consigliava la cosiddetta ginnastica vescicale (apertura e chiusura del catetere ogni 2 ore) perché si diceva che così si ri-allenava la vescica favorendo un recupero della minzione spontanea.

Rossi:
In realtà, pur essendo ancora ampiamente consigliata, è una pratica che non serve.

Ressa:
Passiamo ad esaminare il problema delle stomie.
Come premessa a questa parte direi che un aspetto importante è quello psicologico che va affrontato già in ospedale e che deve portare questo tipo di malati a riuscire ad accettare e convivere con una menomazione di tal genere. Importante quindi il sostegno fornito dalla equipe dedicata che deve favorire il ritorno ad una vita decente, insegnando come superare momenti di disagio comprensibilissimi.Rossi:
Rimarco quest'ultimo aspetto perché solo un paziente che accetta il suo stato sarà motivato ad una buona autogestione della sua stomia. Ovviamente questo non può essere ottenuto in tutti i malati e molto dipende anche dalle condizioni generali di salute, dall'età, dalla coesistenza di importante sintomatologia, ecc.

Ressa:
Bene, iniziamo con le urostomie.

Rossi:
Le urostomie vengono effettuate, in genere, quando una grave lesione della vescica (per esempio una neoplasia in fase avanzata) costringe il chirurgo ad eseguire una cistectomia radicale. Sono possibili due tipi:
- l'ureterostomia cutanea (monolaterale o bilaterale) che però richiede l'uso di una sonda per evitare la frequente stenosi dell'uretere
- la uretero-ileo-cutaneo-stomia in cui gli ureteri sono abboccati ad un segmento dell'ileo che a sua volta viene rabboccato alla cute
Per raccogliere l'urina si usano sacche di raccolta dotate di una valvola antireflusso. Generalmente oggi si usano dei sistemi doppi composti da un portasacca, una specie di placca adesiva che si abbocca attorno alla stomia e viene mantenuta in situ per qualche giorno, sulla quale viene attaccata la sacca vera e propria che si può staccare evitando così il continuo traumatismo della manovra sulla cute. E' necessario adattare il portasacca alla stomia tagliando con una forbice il foro fino ad arrivare alla dimensione desiderata. Per la notte si usano apposite sacche di raccolta, munite di valvola antireflusso.

Ressa:
Cosa dobbiamo consigliare ai pazienti portatori di urostomia?Rossi:
Conviene sostituire la sacca al mattino, dopo essere stati per due ore circa senza ingerire liquidi. La sostituzione può essere effettuata stando in piedi o seduti, mettendosi davanti ad uno specchio. Quando si cambia il portasacca, questo va staccato dolcemente dalla cute che va poi asciugata tamponando con una garza sterile (spesso fuoriesce del muco intestinale dalla stomia). Si lava la cute con acqua tiepida e del comune sapone di Marsiglia, asciugando poi sempre delicatamente. La cute deve essere perfettamente asciutta e allo scopo si può usare il getto d' aria tiepido di un phon. Quando si eseguono queste operazioni conviene "tappare" momentaneamente la stomia con una garza; utile anche far uscire l'urina che potrebbe trovarsi nella stomia con un colpo di tosse mentre c'è la garza. Successivamente si applica una nuova placca portasacche facendo attenzione a farla aderire bene e che sia ben centrata. Alcuni trovano che già dopo un giorno il portasacche "sa odore" e quindi lo sostituiscono ogni altro giorno.
Le manovre vanno eseguite dopo essersi lavati accuratamente le mani, mentre non vi sono indicazioni stringenti all'uso di guanti sterili.
Alcuni pazienti per evitare l'eccessiva formazione di sudore tra pelle e sacca usano frapporre delle garze oppure si può ricorrere all'uso di appositi coprisacca.

Ressa:
Ogni quanto conviene svuotare la sacca?

Rossi:
Generalmente ogni 2-3 ore.

Ressa:
Quali sono le complicanze più frequenti delle urostomie?Rossi:
Ricordo anzitutto le irritazioni della cute attorno alla stomia: non vanno usati assolutamente saponi profumati o alcol o altre sostanze irritanti, eventualmente la pelle può essere protetta usando i film protettivi in commercio. Un'altra complicanza è la cristallizzazione dovuta alla alcalinizzazione delle urine da parte dei batteri, con formazione di cristalli di fosfato che si depositano nella pelle; alla fine si formano dei depositi grigi, duri e dolorosi che possono portare alla stenosi della stomia.

Ressa:
Cosa fare in questi casi?

Rossi:
Applicare ogni giorno una miscela di acqua e aceto (metà acqua e metà aceto) per una mezz'ora circa, vitamina C per acidificare le urine e antibotici per via sistemica, previa urocoltura e antibiogramma.
Altre complicazioni sono la formazione di ulcere vicino alla stomia: in questi casi conviene applicare una placca con un foro più largo, evitando l'uso di creme cicatrizzanti o disinfettanti. Altre complicanze sono dermatiti da contatto (che migliorano risciacquando abbondantemente e asciugando bene la cute e sostituendo più spesso la sacca e il portasacca) e le micosi (che possono essere trattate con antimicotici topici, meglio se in soluzione).Ressa:
Parliamo adesso delle stomie digestive.

Rossi:
Se ne distinguono di due tipi: le colostomie e le ileostomie. Le prime vengono effettuate di solito in seguito ad interventi demolitivi per neoplasie del colonretto oppure per consentire lo scarico del materiale fecale quando vi sono lesioni non operabili, qualche volte possono essere transitorie (per esempio in caso di occlusioni) in attesa di poter ristabilire, con un secondo intervento dopo settimane o qualche mese, il transito definitivo. Le colostomie vengono realizzate generalmente a livello della fossa iliaca sinistra.
Le ileostomie, più rare, vengono effettuate quando è necessario ricorrere a colectomie totali (colite ulcerosa grave diffusa, poliposi familiare, morbo di Crohn) e riguardano per di più soggetti più giovani; viene realizzata a livello della fossa iliaca destra.
In tutti i casi è necessario che la sede sia facilmente accessibile al paziente per la manutenzione della stomia.

Ressa:
Generalmente l'educazione del paziente comincia già durante la degenza ad opera di personale specializzato; anche la scelta del tipo di sacca da usare per la raccolta del materiale fecale (ne esistono di vari tipi a seconda della stomia, monopezzo o a due pezzi, a fondo chiuso o aperto, ecc.) è una scelta che spetta allo stomatoterapista. Più interessante

mi sembra invece la gestione dello stomizzato una volta dimesso.Rossi:
Si. Anzitutto ad ogni cambio della sacca bisogna pulire la stomia con acqua e sapone di Marsiglia, evitando detergenti e disinfettanti. La cute deve poi essere asciugata molto accuratamente prima di far aderire una nuova sacca (valgono gli stessi consiglia dati per le urostomie). Se la sacca fatica ad aderire perché vi sono molti peli è opportuno tagliarli usando la forbice. Per evitare la stenosi della stomia, con formazione di un anello sclerotico, si può consigliare di allargare l'apertura infilando ogni tanto nella stomia un dito guantato.
Per proteggere la cute attorno alla stomia sono disponibili molti prodotti, per esempio paste a base di idrocolloidi, polveri, film protettivi disponibili in forma di soluzione o di spray.

Ressa.
Che cos'è l'irrigazione della stomia?

Rossi:
Viene consigliata di solito nelle colostomie sinistre a pazienti collaboranti, da eseguire ogni 2-3 giorni (ma anche ogni giorno). L'irrigazione ha lo scopo di ottenere l'evacuazione completa del colon; in questo modo si riduce al minimo l'emissione di materiale e talora si riesce ad evitare l'applicazione della sacca, essendo sufficiente coprire la stomia con una garza. Si usa un normale serbatoio da enteroclisma riempito di acqua tiepida (circa 3\4 di litro o poco più) e sale (circa un cucchiaio), collegato ad un tubo che viene introdotto nella stomia. Si fa defluire la soluzione in circa un quarto d'ora e poi si applica la sacca in modo tale che sia possibile l'evacuazione che in genere dura da mezz'ora ad un'ora. Alla fine si può togliere la sacca e coprire la stomia con una semplice garza, come dicevo prima. E' opportuno che i pazienti siano addestrati le prime volte presso il centro per stomizzati, in modo da prendere confidenza con la metodica. Se le perdite di feci tra due irrigazioni sono frequenti si può mettere la sacca, ma di solito col tempo si fanno sempre più ridotte. Qualche volta, durante l'irrigazione, insorgono dolori, allora l'irrigazione stessa va sospesa. Altre volte il paziente non riesce ad evacuare il liquido immesso nel colon o perché se ne è introdotto troppo poco o troppo lentamente: anche in tal caso è bene applicare la sacca.Ressa:
Quali consigli alimentari fornire allo stomizzato?

Rossi:
Nelle colostomie non sono necessarie avvertenze particolari. Si può consigliare comunque di evitare alimenti che potrebbero provocare diarrea come il latte, le prugne, le bevande gassate o molto fredde, quelli che producono gas (fagioli, piselli, lenticchie, cipolle, panna, uova, ecc.) e ridurre quelli che possono aumentare la massa fecale (ortaggi come i cavoli e il sedano, i cibi integrali, i legumi e la frutta secca).
Nelle ileostomie invece il problema è diverso perché si devono evitare alimenti che accelerano il transito intestinale (verdure, latte, bevande gassate, cibi grassi e fritti). Inoltre nel colon si svolge un importante processo di assorbimento idro-elettrolitico, nella ileostomia pertanto si possono verificare perdite, soprattutto nelle prime settimane dall'intervento. Si deve prevedere quindi un adeguato apporto di acqua e sali minerali.

Ressa:
Quali sono le complicazioni delle stomie digestive?

Rossi:
Al medico curante interessano le complicazioni tardive, che si verificano dopo la dimissione Ricordo le stenosi cutanee attorno allo stoma (che di solito sono dovute ad una apertura cutanea troppo piccola, talora possono essere trattate con dilatazione manuale ma spesso necessitano di un reintervento), i prolassi, dovuti ad un’apertura troppo larga, che possono riguardare la sola mucosa o tutta l'ansa intestinale (la soluzione è un nuovo intervento), le erniazioni (che possono essere ben sopportate ma talora richiedono l'intervento), le emorragie mucose (che si possono controllare con metodi semplici come la compressione con una garza e l'applicazione di ghiaccio e che sono dovute spesso ai piccoli traumi causati dal tipo di sacca per cui basta usarne una diversa).

Ressa:
Vi sono anche complicazioni a carico della cute?Rossi:
Si. Il contatto con le feci o con i materiali adesivi delle sacche può provocare dermatiti caratterizzate da arrossamento, edema e dolore a livello della cute peristomiale. Si possono prevenire con l'uso di sostanze protettive (creme e film) e di placche portasacche e se la dermatite è dovuta ad allergia al materiale delle sacche si può provare a cambiare tipo. Alcune volte si formano lesioni dovute allo strisciamento contro la pelle dei presidi usati; in questo caso bisogna valutare attentamente la tecnica di applicazione, usare protettivi di barriera oppure cambiare tipo di sacca. Le infezioni batteriche o micotiche possono essere trattate con polveri antibiotiche o antimicotiche.
Le complicazioni cutanee oggi sono meno frequenti di un tempo perché sono migliorate le tecniche chirurgiche di confezionamento delle stomie, i materiali usati per le sacche e sono disponibili efficaci prodotti di barriera.

Ressa:
Alla fine di questo capitolo ci resta da dire qualcosa sulla nutrizione enterale.

Rossi:
La nutrizione enterale si può rendere necessaria in seguito a svariate patologie, non solo neoplastiche (per esempio ictus, Parkinson, demenza, periodo post-operatorio, gravi malattie respiratorie o gastrointestinali, ecc.) e può essere temporanea o permanente.
E' un metodo relativamente semplice da attuare e controllare, efficace dal punto di vista nutrizionale e preferibile, nella maggior parte dei casi, alla nutrizione parenterale. Infatti è generalmente ben tollerata e fisiologica in quanto i cibi e i liquidi arrivano nella loro sede naturale e questo permette di conservare lo stimolo insulinico, la circolazione portale nutritiva e la funzionalità dell'epitelio del tratto digestivo.Esistono essenzialmente due modalità di accesso: il sondino nasogastrico (che trova indicazione per usi a breve termine, di solito non superiori a un mese) e la gastrostomia. La

può usata oggi è la gastrostomia endoscopica per via percutanea (PEG), che consiste nella introduzione di un tubo nello stomaco effettuata tramite endoscopia. In casi particolari viene eseguita una digiunostomia. La somministrazione di alimenti (miscela nutritiva) può essere fatta utilizzando appositi preparati del commercio ma anche frullando e diluendo i cibi in acqua o succo di frutta. Esistono vari modi per somministrare la miscela nutritiva: tramite siringa di plastica di 50-100 cc, tramite sistemi a gravitazione (in pratica delle sacche di plastica sospese ad un sostegno), oppure con le pompe nutrizionali.

Ressa:
Come sono costituite le miscele nutrizionali?

Rossi:
Come dicevo prima possono essere realizzate frullando i cibi e diluendoli poi con bevande (acqua, succo di frutta, the, ecc) oppure ricorrendo ad appositi preparati del commercio, liquidi e già pronti all'uso. E' opportuno che la dieta da somministrare sia equilibrata ed adatta al singolo malato e preferibilmente dovrebbe essere stabilita (almeno all'inizio) dai medici dietisti del centro nutrizionale che si occupano di queste tecniche. In questi casi è importante da una parte l'addestramento dei familiari che devono gestire il malato (o del malato stesso se questo è sufficientemente autonomo e deambulante) e dall'altra il supporto psicologico.

Ressa:
Esistono complicazioni della nutrizione enterale?Rossi:
Vanno ricordate la perdita di alimenti o succo gastrico dal tubo della PEG (il che provoca talora delle dermatiti), l'ostruzione del tubo (questo problema è più frequente con il sondino naso-gastrico, ma si può verificare anche con il tubo della PEG, specialmente a causa di un lavaggio non adeguato dopo la somministrazione degli alimenti oppure se si somministrano farmaci che possono precipitare), la diarrea (che può essere provocata o aggravata dall'ipoalbuminemia, da una contaminazione batterica, da uno scarso contenuto di fibre nella dieta).
Una complicanza possibile è poi la polmonite ab ingestis, non solo nel soggetto con sondino naso-gastrico, ma anche in quello con PEG, in quanto questi malati sono spesso allettati e affetti da reflusso gastro-esofageo. E' importante perciò tenere sollevata la testata del letto e cogliere i primi segni dell'ab ingestis (febbre, dispnea, confusione mentale).

Ressa:
Bene, mi sembra che con questo abbiamo veramente terminato.