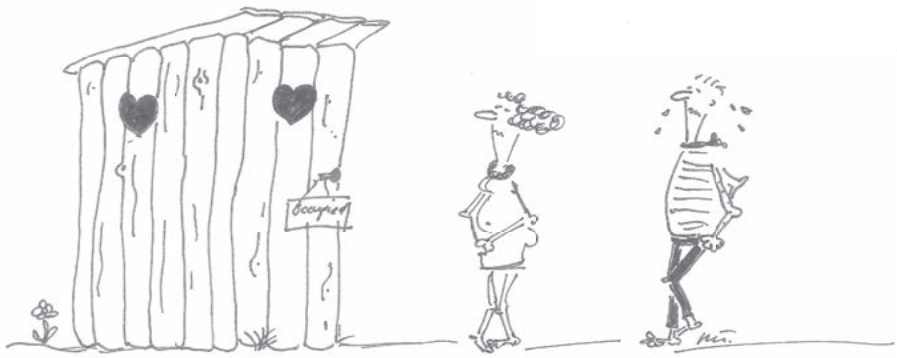
Schweizerische Vereinigung der StomatherapeutInnen
Association Suisse des Stomatherapeutes
Associazione Svizzera delle stomaterapiste
Associaziun Svizra da las Stomaterapeutas

**Sindrome da resezione anteriore bassa (LARS)**
**Problemi di evacuazione dopo resezione bassa del retto**

# OPUSCOLO INFORMATIVO PER IL PERSONALE CURANTE



## Indice


1. Introduzione ..... 4
2. Situazione di partenza ..... 5
3. Anatomia e fisiologia, LARS e tecniche chirurgiche ..... 6
4. Valutazione ..... 11
5. Disturbi della continenza e della frequenza defecatoria ..... 12
6. Consistenza ..... 15
7. Irritazione cutanea ..... 17
8. Ringraziamenti ..... 19
9. Appendice ..... 20
   - 9.1. Questionario di anamnesi infermieristica ..... 20
   - 9.2. LARS-Score ..... 22
   - 9.3. Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score (Wexner-Score) ..... 24
   - 9.4. Rockwood-Score (qualità di vita) ..... 25
   - 9.5. Diario delle feci ..... 28
   - 9.6. Elenco delle possibili terapie farmacologiche ..... 29
   - 9.7. Elenco pomate contro le irritazioni cutanee ..... 31
10. Bibliografia e indice delle immagini ..... 33

# 1. INTRODUZIONE

Dopo la chiusura di una stomia, molti pazienti riscontrano problemi di evacuazione che compromettono la loro qualità di vita. La loro sofferenza è grande e in Svizzera non sono disponibili informazioni consolidate sul trattamento e la riduzione dei sintomi. In occasione del Simposio annuale dell'Associazione Svizzera delle stomaterapiste (SVS-ASS) nel 2017, una collega ha proposto di elaborare un opuscolo informativo per i pazienti che hanno subito una resezione del retto e un successivo ripristino della continuità. Diverse colleghe si sono dichiarate disposte a partecipare a un gruppo di lavoro e la SVS-ASS ha sostenuto il progetto.
Al primo incontro, che si è tenuto nel Bistro della stazione centrale di Zurigo, hanno partecipato colleghe della Svizzera italiana, francese e tedesca. In un miscuglio di francese, italiano tedesco e inglese le partecipanti hanno discusso il progetto e hanno concluso che un opuscolo informativo per i pazienti non sarebbe stato sufficiente. Da un lato, perché ogni ospedale ha delle proprie direttive e regole di comunicazione, e in secondo luogo perché spesso i servizi specializzati interessati non sono concordi sulle raccomandazioni da dare e il momento opportuno per eseguirle.
Il gruppo ha pertanto deciso di pubblicare un secondo opuscolo destinato agli operatori del settore.

Questo opuscolo è stato elaborato da stomaterapiste per le loro colleghe. Speriamo che le raccomandazioni e proposte che vi sono contenute contribuiscano a facilitare l'assistenza ai pazienti interessati da disturbi di evacuazione dopo la chiusura della stomia, aiutandoli a meglio affrontare i loro sintomi e a migliorare la loro qualità di vita. Il flyer **"Chiusura della stomia e poi…?"** vuole essere un aiuto per i pazienti nell'applicazione delle misure consigliate.

L'opuscolo è stato elaborato in diverse lingue poiché il gruppo di lavoro si è suddiviso in sottogruppi che hanno affrontato separatamente diverse tematiche e scritto il testo nella propria lingua. I testi e le discussioni sono stati pertanto continuamente tradotti e illustrati nel gruppo di lavoro. I testi dei diversi capitoli non sono quindi traduzioni letterali, ma piuttosto degli adattamenti in un'altra lingua.

Dopo due anni di lavoro, ecco la prima versione dell'opuscolo in italiano, francese e tedesco. Questa pubblicazione non vuole essere esaustiva, ma piuttosto un documento evolutivo.

Gruppo di lavoro Opuscolo LARS

Ghislaine Anfossi

Laurence Balet

Catherine Bürgi

Carla Civelli

Claire Genoud

Cristina Guidese

Angelica Moor

Regula Schuhmacher

Cristina Treter

## 2. SITUAZIONE DI PARTENZA

Dopo un intervento di resezione bassa del retto e successiva chiusura della stomia, molti pazienti accusano disturbi di evacuazione. L'insieme dei sintomi viene chiamato Sindrome da resezione bassa anteriore - Low Anterior Resection Syndrom (LARS) - e comprende un'alterazione della motilità intestinale, un incremento della frequenza di evacuazione, diarrea, incontinenza fecale e la sensazione di non aver liberato completamente l'intestino (Juul et al., 2014). In molti pazienti i sintomi diminuiscono nei primi sei mesi dopo il ripristino della continuità (Emmertsen & Lauberg, 2013), ma in molti altri i sintomi persistono anche dopo 14 anni dalla resezione del retto con una conseguente compromissione della loro qualità di vita (Chen et al., 2015). Le ripercussioni limitano la vita quotidiana dei pazienti, che dichiarano di passare le prime settimane dopo l'operazione in bagno ("Tied to the Toilet" è il titolo molto evocativo dello studio di Taylor and Bradshaw (2013)).
Le persone affette da LARS hanno bisogno di assistenza e consulenza da parte di personale specializzato non solo nelle prime settimane dopo la resezione del retto o il ripristino della continuità, ma per tutto il periodo in cui i sintomi alterano la loro vita quotidiana. Questo opuscolo è nato con l'intento di migliorare l'assistenza a tali pazienti. È destinato agli operatori del settore, ossia stomaterapiste, consulenti in continenza e medici, che potranno adattare le raccomandazioni che vi sono contenute in funzione delle proprie conoscenze. I pazienti riceveranno invece il flyer **"Chiusura della stomia e poi…?"** che contiene una sintesi delle principali misure. Il paziente potrà così rileggere e visualizzare le raccomandazioni fatte dai consulenti e utilizzare il flyer come base di discussione.
Le raccomandazioni di questo opuscolo scaturiscono dalla letteratura e dalle esperienze raccolte e non costituiscono delle direttive basate sulle evidenze.

## 3. ANATOMIA E FISIOLOGIA, LARS E TECNICHE CHIRURGICHE

**Anatomia del retto e del canale anale**

Il retto è la porzione terminale del tratto digestivo.

Misura ca. 15 cm ed è collocato tra il colon e l'ano. È suddiviso in tre parti: retto alto, medio e basso (Schünke, Voll, & Wesker, 2012).

Il canale anale comincia al termine dell'ampolla rettale all'altezza del pavimento pelvico. Attraversa il perineo e termina con l'ano.

Il canale anale è circondato su tutta la sua lunghezza da due muscoli, lo sfintere anale interno e quello esterno (apparato sfinteriale), responsabili della continenza fecale (Beaugeri & Sokol, 2014).

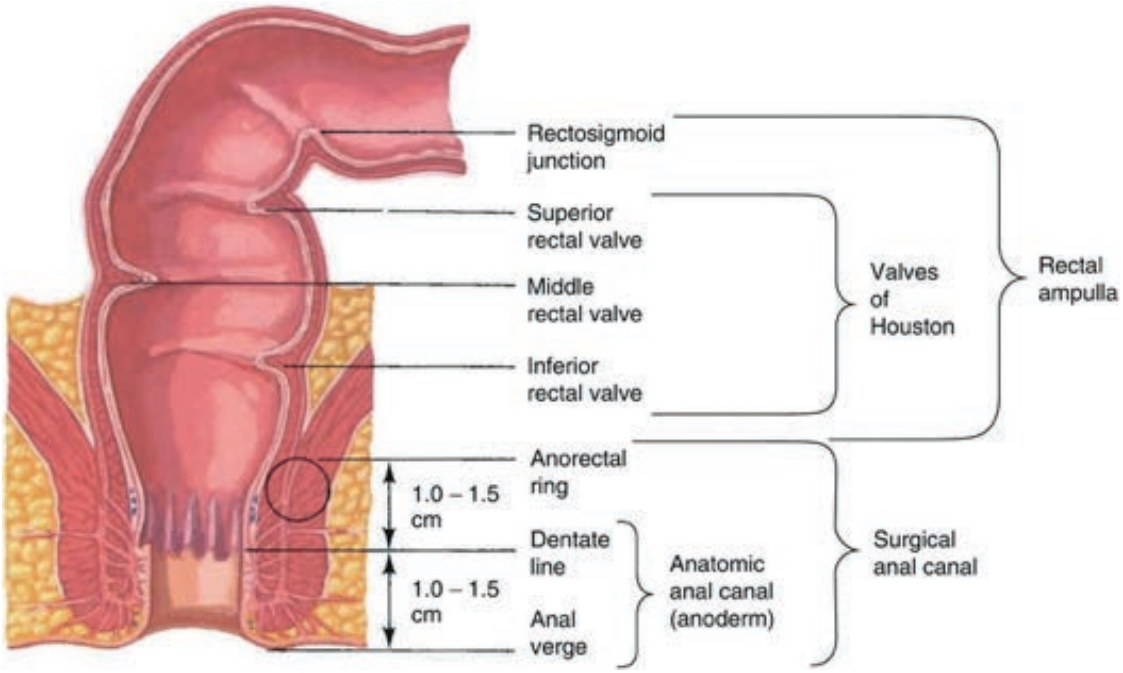



*Immagine 1 Anatomia del retto e del canale anale*

La parete del canale anale è costituita da numerose fibre nervose che inviano segnali sensoriali al cervello e che svolgono un ruolo determinante nella defecazione. Nella porzione inferiore del canale anale si trova una densa rete venosa collegata con le vene del plesso emorroidario della regione anale.

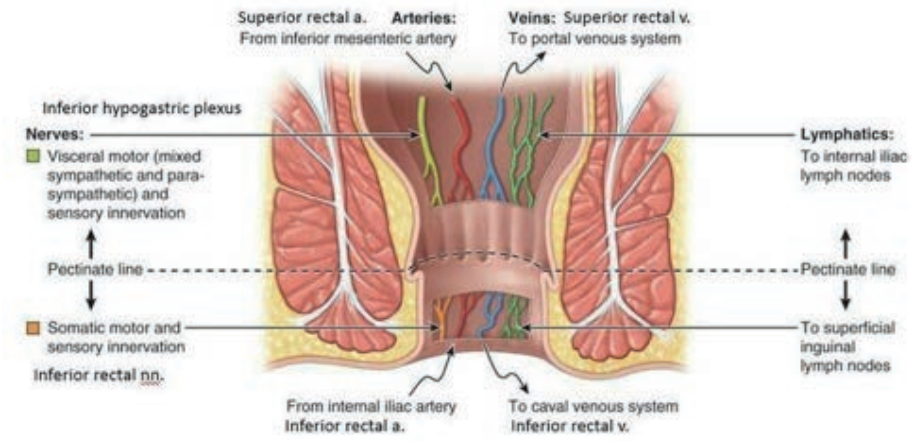



*Immagine 2 Vasi sanguigni e nervi del canale anale*

**Il transito**
Un ciclo completo di digestione dura in media 24 ore. Per percorrere l'intestino tenue, il colon e infine il retto il cibo ingerito impiega ca. 6-7 ore per ogni tappa. Dopo un pasto, i residui di cibo in provenienza dal colon sigmoideo si ammassano nel retto per poi essere espulsi (riflesso gastro-colico).
La qualità e quantità delle feci dipende dal tipo di regime alimentare, dalla capacità di assorbimento dell'intestino tenue e dal riassorbimento d'acqua nel colon. La frequenza di evacuazione nella popolazione è molto diversa. Nei paesi industrializzati con un'alimentazione povera di fibre, la frequenza varia dalle 3 volte al giorno alle 3 volte alla settimana. La quantità ammonta a 100-150 g al giorno, di cui 60 % di acqua (Degen, Dederding, Bauerfein, & Geglinger, 2008).

**La fisiologia ano-rettale della defecazione**
I meccanismi della continenza e della defecazione sono complessi e interconnessi. Il retto e l'ano svolgono un ruolo determinante.
I recettori sensibili alla distensione sono responsabili della sensazione di riempimento e sono localizzati nella sottomucosa e nei muscoli del retto. Altri recettori riconoscono la natura liquida, solida o gassosa del contenuto del retto.
I tre muscoli – lo sfintere interno dell'ano (muscolo liscio), lo sfintere esterno dell'ano (muscolo striato) e il muscolo puborettale (parte della muscolatura del pavimento pelvico) – partecipano alla chiusura dell'orifizio anale. Lo sfintere esterno è un muscolo volontario che avvolge come un manicotto lo sfintere interno. Sopra lo sfintere interno ed esterno dell'ano vi è il muscolo puborettale, che fa parte della muscolatura del pavimento pelvico (muscolo elevatore dell'ano) e come un cappio avvolge il retto da tergo determinandone l'angolazione. Una sua lesione porta all'incontinenza. Nel processo di defecazione, il riempimento dell'ampolla fa aumentare la pressione intrarettale, che a sua volta fa rilassare lo sfintere interno dell'ano. La distensione volontaria provocata dal cappio puborettale e dello sfintere esterno dell'ano solleva l'angolo anorettale e allarga il canale anale (Faller & Schünke, 2008; Schünke et al., 2012; Winkler, Otto, & Schiedeck, 2011). Il transito intestinale viene influenzato da diversi fattori, come la consistenza delle feci, la motilità intestinale e la capacità di assorbimento e secrezione del colon nonché fattori psicologici e sociali.

**Resezione del retto**
Classificazione anatomico-chirurgica del retto superiore, medio e basso:

- retto basso: da 0 a 5 cm dal margine anale e fino a 2 cm dal bordo superiore dell'apparato sfinteriale
- retto medio: da 5 a 10 cm dal margine anale e da 2 fino a 7 cm dal bordo superiore dello sfintere
- retto superiore: da 10 a 15 cm dal margine anale e oltre 7 cm dal bordo superiore dello sfintere giunzione retto-sigmoidea: > 15 cm

Il mesoretto è il tessuto adiposo che circonda il retto ed è attraversato dalle vie nervose locali e dai linfonodi di questa regione (Beaugeri & Sokol, 2014). Dalla fine degli anni 90, negli interventi di resezione bassa anteriore (LAR) si procede o a una resezione totale (TME) o a una resezione parziale (PME) di questa struttura anatomica. Ciò ha permesso di ridurre notevolmente le recidive (McCall, Cox, & Wattchow, 1995).

**Sintomatologia della Low Anterior Resection**
I sintomi variano a seconda dei pazienti per entità e specificità. I principali sono l'incontinenza gassosa o delle feci liquide, evacuazioni frequenti, le evacuazione frammentate (definite come defecazione entro un'ora dall'ultima evacuazione) e l'urgenza defecatoria (Bittorf & Matzel, 2015). I pazienti soffrono soprattutto di urgenza defecatoria e defecazione frammentata. Nel primo caso, le persone non riescono a procrastinare l'evacuazione, nel secondo le ripetute evacuazioni incomplete li obbligano a recarsi continuamente in bagno (Bittorf & Matzel, 2015; Bryant, Lunniss, Knowles, Thaha, & Chan, 2012; Juul et al., 2014). Circa il 40 % dei pazienti con questa sindrome soffre di una forma

grave e il 25% di una forma più leggera (Emmertsen & Laurberg, 2012). I sintomi più forti si registrano nei primi tre mesi dopo la chiusura della stomia, poi diminuiscono gradualmente nel corso di un anno. Dopo questo periodo non vi sono di solito più miglioramenti (Camillieri-Brennan, Ruta, & Steele, 2002).

**Cause**
Le cause della LARS sono molteplici, spesso però dovute alle seguenti problematiche (Bryant et al., 2012):

- Capacità ridotta della funzione contenitiva del neoretto a causa della resezione chirurgica
- Lesione nervosa o danneggiamento strutturale dello sfintere interno dell'ano che può portare a un'incontinenza passiva
- Lesione dello sfintere esterno dell'ano che può provocare urgenza defecatoria e incontinenza da urgenza
- Forti contrazioni irregolari del neoretto che causano spesso evacuazioni frequenti, incontinenza e urgenza defecatoria.
  (Da studi emerge che i recettori della serotonina svolgono un ruolo determinante nella motilità del colon dopo la denervazione del colon. Il farmaco Ondansetron (Zofran®) e altri 5-HT3-antagonisti fanno leva proprio su questo fenomeno (Ridolfi, Berger, & Ludwig, 2016))

**Fattori di rischio per la LARS**

- Procedure chirurgiche (vedi sotto)
- Tipo di anastomosi (vedi sotto)
- La radioterapia riduce l'elasticità del neoretto a causa di una fibrosi dei tessuti.
- Il mantenimento della stomia protettiva oltre 3 mesi può rafforzare i sintomi della LAR. Si ipotizza che la causa sia un adeguamento ridotto del neoretto dopo un lungo periodo di interruzione della funzione (Kim & Kim, 2015).
- Insufficienze anastomotiche (Hughes, Cornish, Morris, & Group, 2017)

**Procedure chirurgiche**
La localizzazione del tumore nel retto e l'interessamento delle strutture vicine determinano il tipo di operazione che viene effettuata secondo le procedure illustrate nelle immagini da 4 a 7. In caso di escissione totale o parziale del mesoretto (TME e PME) si procede a una resezione monoblocco completa o parziale del tumore e del tessuto adiposo che circonda il retto. La dissezione è delimitata dalla fascia recti (rectus abdominis muscle) che rimane intatta.
La resezione intersfinterica (ISR) è una resezione parziale o completa dello sfintere interno dell'ano (Cipe, Muslumanoglu, Yardimci, Memmi, & Aysan, 2012).
Le recidive in caso di TME sono meno frequenti, ma da studi emerge che i pazienti soffrono più spesso di sintomi da LAR (Bregendahl, Emmertsen, Lous, & Laurberg, 2013).

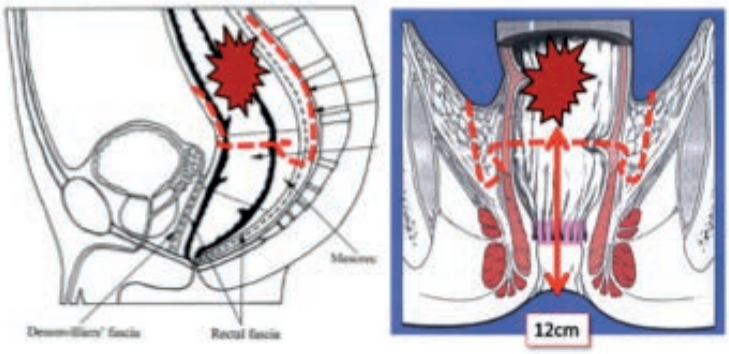



*Immagine 3 Resezione mesorettale parziale (PME)*

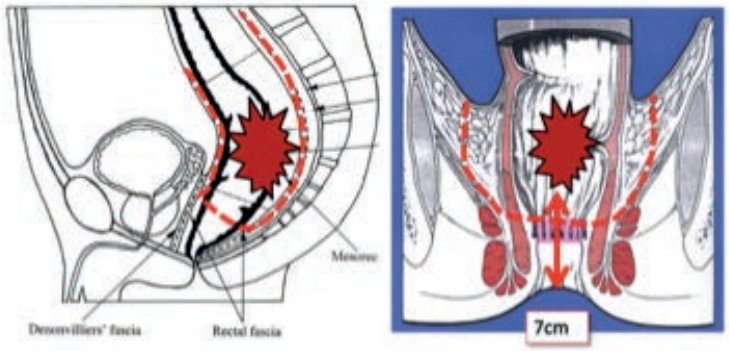



Immagine 4 Escissione mesorettale totale (TME)

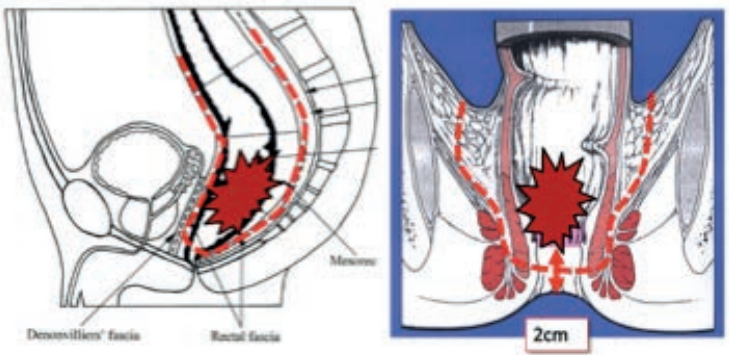
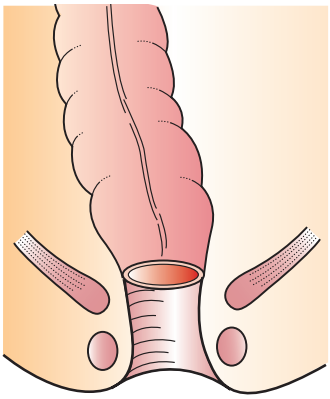



Immagine 5 Low Anterior Resection (resezione anteriore bassa) con escissione mesorettale totale (TME) e resezione intersfinterica (ISR)

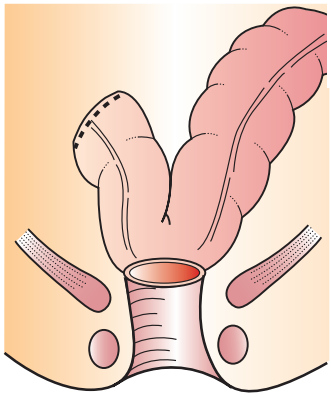
*Immagine 6 Escissione mesorettale totale (TME) con accesso addominale*

Immagine 7 Escissione mesorettale totale (TME) con accesso transanale (TaTME

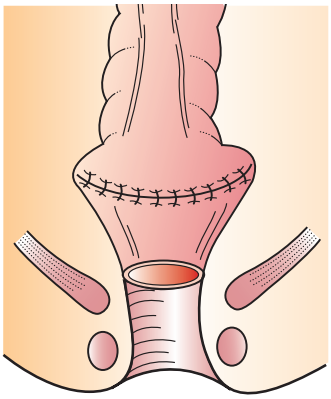
**Tipi di anastomosi**
Più bassa è l'anastomosi, più sono probabili i disturbi. I diversi tipi di anastomosi sono raffigurati nell'immagine 8. L'anastomosi colo-anale termino-terminale (procedura a) dà di solito i peggiori risultati (Huttner et al., 2015). Il principio funzionale del serbatoio colico J-pouch (d) è di permettere una contrazione circolare della muscolatura liscia in una direzione, la cosiddetta motilità propulsiva. Il J-pouch evidenzia i migliori risultati a lungo termine (Huttner et al., 2015).



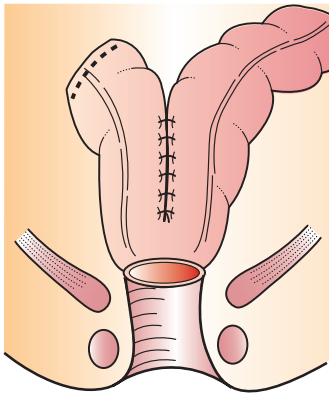
a: termino-terminale



b: latero-terminale



c: coloplastica trasversale



d: J-pouch colico

*Immagine 8 Tipi di anastomosi*

**Diagnostica della LARS**
Se i sintomi da LAR persistono dopo tre mesi dalla chiusura della stomia, è opportuno procedere ad accertamenti specifici. Innanzitutto, bisogna escludere le cause organiche delle disfunzioni, come le stenosi anastomotiche, le recidive tumorali, le infiammazioni croniche dell'intestino e del retto o un'ischemia dovuta alla radioterapia, effettuando una TC, una radiografia con mezzi di contrasto o una rettoscopia (Rullier, 2006).

## 4. VALUTAZIONE

Attualmente non esistono terapie specifiche per la LARS. Il trattamento si concentra solitamente sui sintomi e avviene su base empirica. Si ispira all'approccio terapeutico dell'incontinenza fecale aspecifica o dei disturbi di urgenza defecatoria ed evacuazione fecale (Martellucci, 2016). Esistono poche terapie basate sulle evidenze, ma alcuni approcci terapeutici sono meglio studiati di altri. Nei prossimi capitoli illustriamo e spieghiamo le cause, i sintomi e i possibili approcci terapeutici. Per questo motivo è importante effettuare un'anamnesi dettagliata. Le misure interagiscono e non possono essere considerate e applicate in modo isolato.
Le proposte di trattamento non sono esaustive e sono volte solo a mostrare le diverse possibilità d'intervento. La loro efficacia deve essere valutata dalla terapista.

La valutazione viene realizzata sotto forma di processo e implica non solo la raccolta sistematica dei dati, ma anche il loro vaglio, strutturazione e documentazione metodica (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2013). Oltre alla valutazione infermieristica è necessario un esame clinico prima di procedere all'arduo processo di definizione di misure precise.
In caso di sintomatologia complessa della resezione anteriore bassa non è sufficiente una diagnosi infermieristica di "incontinenza fecale" (Powell, 2008) e le misure da adottare sono molto svariate e individuali.

Il presente capitolo vuole aiutare i consulenti a rilevare con la massima completezza i disturbi al fine di scegliere i trattamenti adeguati o procedere a ulteriori accertamenti.

Per rilevare in modo più obiettivo l'alterazione dell'evacuazione, sarebbe auspicabile realizzare un'anamnesi delle funzioni defecatorie già al momento della diagnosi, quindi prima della chemioterapia e/o radioterapia e prima della resezione del retto e del confezionamento della stomia. Ciò può avvenire anche dopo l'operazione.

L'anamnesi delle funzioni defecatorie provoca spesso imbarazzo e vergogna nei pazienti che talvolta non raccontano spontaneamente quali problemi, lesioni, dolori riscontrano. È pertanto importante porre domande precise, ma con tatto. La consulente deve riuscire a creare un'atmosfera di fiducia che sproni le persone a parlare dei loro disturbi.

Subito dopo il ripristino della continuità i sintomi sono di solito più forti. Dopo l'operazione può essere sufficiente in un primo tempo effettuare una consulenza incentrata sui sintomi, senza bisogno di fare un'anamnesi completa. Se i disturbi di evacuazione persistono dopo tre- sei mesi, si deve invece fare un'anamnesi accurata. Troverete in appendice il questionario di anamnesi infermieristica.

Oltre all'anamnesi, la rilevazione della defecazione può contribuire a reperire le cause e gli approcci terapeutici più adatti. Può essere utile tenere un diario delle evacuazioni per diversi giorni. Ricordiamo che ciò richiede un'elevata compliance del paziente. Il diario delle feci allegato può essere adeguato in funzione delle necessità.

Oltre a questi due moduli di rilevazione, troverete in appendice il questionario LARS validato e tradotto (Emmertsen & Laurberg, 2012). Questo questionario composto da cinque domande è semplice e offre un primo spunto sull'entità e la natura dei sintomi.

Esistono inoltre molti altri questionari sulla rilevazione dell'incontinenza. Nel presente opuscolo presentiamo il questionario Wexner (Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score) (Jorge & Wexner, 1993). Il Wexner Score è molto breve e facile, ma non tiene conto della consistenza delle feci né della frequenza defecatoria, che sono invece importanti fattori nella sintomatologia LAR. È comunque un buon indicatore della continenza fecale.

I questionari sulla qualità di vita sono di solito molto dettagliati e l'interpretazione dei loro risultati non è sempre evidente. La maggior parte di essi non sono stati validati. La versione italiana del questionario Rockwood sulla qualità di vita in caso di incontinenza fecale è stata validata da Donato F. Altomare  e altri (Chirurgia italiana 2005, vol. 57, n. 2)  ed è allegata al presente opuscolo. Poiché il questionario è molto dettagliato, è opportuno riflettere su come utilizzarli.

Tutti i moduli sono riportati in appendice, in modo che le terapiste possano stamparli e utilizzarli.

## 5. DISTURBI DELLA CONTINENZA E DELLA FREQUENZA DEFECATORIA

La continenza fecale normale viene definita come la capacità di procrastinare deliberatamente la defecazione e di determinare il momento dell'evacuazione intestinale.
Le cause dei disturbi sono molteplici e hanno diverse ripercussioni:

- La lesione dell'innervazione o il danneggiamento dello sfintere anale interno possono provocare un'incontinenza passiva.
- La lesione dello sfintere anale esterno può causare sintomi di urgenza defecatoria e d'incontinenza da urgenza.
- È più difficile trattenere le feci liquide (vedi capitolo 6 Consistenza).

Lo stato psichico del paziente e lo stress possono influenzare la velocità di transito. Nella maggior parte dei casi, il trattamento più efficace dell'incontinenza è una combinazione delle diverse misure illustrate nel presente opuscolo.
L'obiettivo del presente capitolo è di illustrare strategie per:

- migliorare l'evacuazione fecale, svuotare completamente il reservoir e ridurre così la frequenza di defecazione;
- ridurre la motilità intestinale e di conseguenza anche la frequenza di defecazione;
- aumentare la capacità del neo-reservoir;
- migliorare la continenza.

Le tecniche consigliate qui di seguito per migliorare la continenza fecale rientrano nella gamma di misure illustrate in altri capitoli del presente opuscolo.

**Posizione**
La posizione naturale di defecazione è quella accovacciata. È questa posizione che consente il massimo rilassamento del muscolo puborettale, il raddrizzamento del colon, la riduzione della pressione sul perineo nonché sulle vene dell'ano e del retto, facilitando così lo svuotamento del reservoir.
Per favorire la defecazione si consiglia di sedere sul water tenendo uno sgabello sotto i piedi. Le piante dei piedi devono poggiare sullo sgabello e le ginocchie essere posizionate più in alto delle anche. L'angolazione ottimale fra cosce e tronco è di 35° (Mölle, Ommer, Lange, & Girona, 2018).

*Fonte (Winkler, R., P. Otto: Proktologie. Ein Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Thieme 1997)*

Poiché la capacità di contrazione del retto è ridotta, è necessario prendersi tempo per ottenere un'evacuazione ottimale delle feci, senza bisogno di premere.

**Rallentamento del transito intestinale**

Esistono delle tecniche per rallentare il transito intestinale che possono eventualmente procurare benefici ai pazienti. Non esistono però prove scientifiche di efficacia in caso di LARS.

- Le tecniche di rilassamento hanno un effetto positivo sulla gestione dello stress. Esistono diversi metodi specifici.
- Il linfodrenaggio e la riflessologia possono eventualmente ridurre le infiammazioni.
- La digitopressione può riequilibrare le energie e avere un effetto positivo contro lo stress e i crampi intestinali.

**Riabilitazione perineale**

Attività consigliate per migliorare la percezione e la contrazione del perineo

- Pilates: ginnastica volta a rafforzare la muscolatura profonda e a migliorare la postura e l'equilibrio muscolare.
- Metodo Feldenkrais: accrescere la consapevolezza del proprio corpo per integrare delle possibilità di cambiamento e apprendimento somatico attraverso piccoli movimenti.
- Allenamento dei muscoli perineali per rafforzare il pavimento pelvico e la muscolatura profonda p.es. Beboâ o Cantienicaâ:
- Yoga: mira alla gestione dei muscoli visibili, ma anche della muscolatura profonda, della funzione respiratoria e del lavoro sugli organi interni.
- Canto: cantare favorisce una postura corretta e la mobilizzazione del diaframma che, a sua volta, facilita la mobilizzazione del perineo.
- Ginnastica ipopressiva: tecnica che permette di tonificare la fascia addominale e che interviene in modo sinergico sul diaframma e il perineo.
- Danza orientale: promuove la mobilità del diaframma, del bacino e dei muscoli addominali profondi.
- L'attività sessuale può avere effetti benefici sia a livello psichico che fisico.

**Incremento della capacità del reservoir e migliore evacuazione intestinale**

Grazie ad alcune terapie mediche e paramediche è possibile migliorare la continenza, la capacità del nuovo reservoir e lo svuotamento dell'intestino.

A tal scopo è indispensabile un'anamnesi medica e fisioterapeutica: esplorazione rettale digitale, controllo dell'anostomosi per individuare un'eventuale stenosi, esame per verificare la presenza di una possibile irritazione del canale anale, verifica e valutazione della capacità a effettuare una contrazione volontaria.

a. Fisioterapia perineale, fermo restando che è necessario ripetere regolarmente gli esercizi per ottenere risultati.
    i. Esercizi per tonificare il perineo, eventualmente in combinazione con il biofeedback.
    ii. Tecnica per accrescere la capacità del reservoir e migliorare la percezione attraverso una sonda a palloncino.

b. Neurostimulazione
    i. La neuromodulazione sacrale allevia i sintomi riducendo la motilità anterograda del colon e migliorando la funzione dello sfintere grazie all'incremento della pressione sfinterica basale.
    ii. La stimolazione del nervo tibiale riduce la motilità intestinale.
    iii. a stimolazione vagale può avere effetti antiinfiammatori e rallentare il transito intestinale. Questa tecnica è attualmente oggetto di studi.

c. L’irrigazione transanale con acqua favorisce lo svuotamento dell’intestino, riduce l’irritazione del canale anale e la frequenza di defecazione e può migliorare la qualità di vita.
    i. Irrigazione anale mediante dispositivo e cono o catetere vescicale e siringa (attenzione: in caso di anostomosi consultare il chirurgo).
    ii. Con il sistema Peristeen®, di solito controindicato (attenzione: in caso di anostomosi consultare il chirurgo), ma impiegabile in alcuni casi.

d. Misure palliative
    i. Tamponi anali, previa consultazione del chirurgo (pericolo di danno all’anastomosi).
    ii. Protezioni assorbenti per incontinenza (diverse forme, assicurarsi dell’impiego corretto).

e. Terapia chirurgica
    i. Miglioramento della chiusura dello sfintere: sfinteroplastica, iniezioni intrasfinteriche per tonificare lo sfintere, graciloplastica dinamica, sfintere anale artificiale.
    ii. Irrigazione anterograda del colon (operazione di Malone) (praticamente caduta in disuso).
    iii. Derivazione: ileostomia o colostomia definitive.

f. Assistenza psicologica
Tabù: motivare i pazienti a parlare del problema e ad accettare un aiuto.
    i. Programmi di educazione e sensibilizzazione terapeutica che aiutano i pazienti a partecipare meglio alla loro terapia, in modo da migliorare la loro qualità di vita.
    ii. Diario di follow-up personale: serve a registrare le misure dietetiche, i trattamenti, i transiti intestinali ed eventuali osservazioni. Consente di individuare abitudini e modificare il comportamento (esempio allegato).

## 6. CONSISTENZA

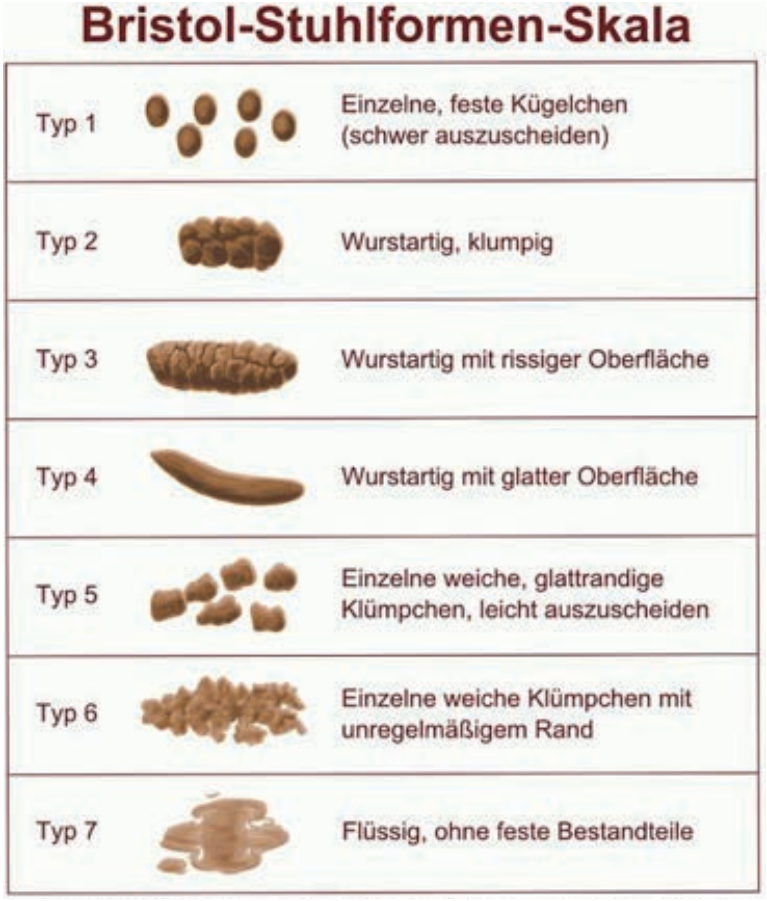
L'aspetto delle feci è descritto in base alla loro consistenza. Secondo la Scala delle feci di Bristol le feci "ottimali" hanno la seguente forma:

- simile a una salsiccia, con superficie screpolata o liscia (scala delle feci di Bristol tipo 3).

La consistenza delle feci ha un influsso rilevante sulla regolazione intestinale e sulla continenza. Le feci liquide sono più difficili da trattenere rispetto a quelle solide. La resezione dell'ampolla rettale e l'accorciamento dell'intestino possono ostacolare l'assorbimento di liquidi e la solidificazione delle feci. Ne risulta un'alterazione della consistenza che aggrava i sintomi della LARS.

**Cause:**
L'alterazione della consistenza delle feci può essere dovuta a varie cause. Nel contesto della LARS occorre considerare in particolare i seguenti punti:
La chemioterapia e la radioterapia possono influenzare la consistenza delle feci o danneggiare le mucose intestinali così da rendere liquide le feci. L'entità della compromissione intestinale deve essere valutata dall'oncologo o dal gastroenterologo.
Per conoscere la lunghezza residua dell'intestino dopo la resezione e l'asportazione del tumore bisogna invece rivolgersi al chirurgo competente.
Oltre alla perdita del retto o all'accorciamento dell'intestino, anche le tecniche chirurgiche influenzano la consistenza delle feci. Vedi capitolo 3, Anatomia / Tecniche chirurgiche

**Consistenza delle feci – punti importanti:**
Prima dell'intervento, della chemioterapia e/o della radioterapia le abitudini di defecazione variano molto da individuo a individuo e dipendono da diversi fattori. Uno standard attendibile per la valutazione della consistenza è la scala delle feci di Bristol:




*Pehl C Journal für Gastroenterologische Erkrankungen 2016, 14 (3): 9-13 ©*

È inoltre opportuno tenere un diario delle feci. Per documentare l'evoluzione in modo attendibile il diario dovrebbe essere tenuto per almeno 5-7 giorni (modello di diario delle feci e dell'alimentazione, vedi appendice).
È importante tenere anche un diario dell'alimentazione, perché certe reazioni alimentari possono rafforzarsi dopo l'intervento (p.es. lattosio). Il diario alimentare permette anche di evitare gli alimenti che provocano determinati disturbi (modello di diario delle feci e dell'alimentazione, vedi appendice).

Un utile complemento sono le conoscenze del paziente sulle proprie intolleranze alimentari.

**Consigli utili**
Prestare attenzione alle abitudini alimentari, mangiare lentamente, masticare bene, controllare lo stato dentale.
Distribuire pasti piccoli ma frequenti nell'arco della giornata (saltare un pasto può provocare feci liquide e meteorismo).
Bere a sufficienza (1,5 – 2 l/24h). Bere lentamente, tra i pasti o dopo i pasti, non prima.

**Alimenti che possono influenzare la consistenza delle feci:**
*Effetto astringente:*
Patate lesse, banane, succo di mirtilli/mirtilli secchi, albicocche secche, carciofi, riso bianco, mela grattugiata, pasta, marshmallow, mele cotogne, cracker / brezel, salatini, burro di arachidi, tè nero, bevande isotoniche, acqua di cocco, soluzione reidratante OMS, soluzione di glucosio, sale da cucina ed elettroliti

*Effetto lassativo:*
Caffè, birra, vino rosso, succo di arancia, succo di mela, cavoli, peperoni, fagioli, piselli, uva, albicocche, pesche, cibi piccanti (peperoncino, curry, aglio)

*Effetto meteorizzante:*
Bevande gassate, birra, cavoli, insalata, fagioli, mais, cetrioli, noci, latticini
Questo elenco, tratto dal sito internet della Washington University School of Medicine St. Luis Department of Surgery è riportato a titolo di esempio.

**Farmaci che possono influenzare la consistenza delle feci**
L'obiettivo terapeutico è di rendere le feci poltacee o solide (tipo 3 secondo la scala delle feci di Bristol). In questo modo è più facile controllarne l'evacuazione.
Un elenco delle possibili terapie farmacologiche, con i relativi meccanismi di azione e applicazione, è riportato nell'appendice e può essere stampato.

## 7. IRRITAZIONE CUTANEA

La diarrea frequente e l'umidità danneggiano il manto protettivo acido della cute.

**Definizione:**
Dermatite associata a incontinenza (IAD) – sinonimo di eczema

La dermatite associata a incontinenza è una tipologia specifica di dermatite irritativa da contatto, che si manifesta con un arrossamento o edemi della cute perianale o perigenitale (Gray et al., 2007). La IAD può essere accompagnata da vescicole, erosioni o gravi infezioni cutanee. La dermatite danneggia la funzione di barriera della cute, provocando complicanze come infezioni o micosi. La IAD è spesso accompagnata da dolore e bruciore.

**Diagnosi differenziale:**
Il danno cutaneo della zona anale deve essere distinto dal decubito di grado uno e dalle micosi. Lo scopo è di escludere eventuali patologie dermatologiche, che richiedono il trattamento di un dermatologo e non sono da considerarsi conseguenze dirette della resezione rettale.

| **Diagnosi** | **IAD** | **Decubito grado 1** | **Micosi** |
|---|---|---|---|
| Causa | Umidità | Pressione/forze di taglio | Complicanza dell'umidità |
| Fattori coadiuvanti | Diarree/ incontinenza | Immobilizzazione | Indebolimento del sistema immunitario |
| Localizzazione | Perianale, zona genitale | Piuttosto sacrale, in corrispondenza di prominenze ossee | Zona genitale, controllare event. altre parti del corpo |
| Estensione | Alterazione cutanea superficiale diffusa | Localmente circoscritta | Alterazione cutanea superficiale diffusa |
| Margine della lesione | Diffuso | Chiaramente circoscritto | Per lo più chiaramente circoscritto |
| Profondità della lesione | Il rossore scompare al rilascio della pressione | Il rossore non scompare al rilascio della pressione | Il rossore non scompare al rilascio della pressione |
| Aspetto della lesione | Cute arrossata lucida, da umida a bagnata | Pelle arrossata | Squamosa o mucoide<br>Macchie biancastre |
| Trattamento locale | Vedi appendice | Riduzione della pressione e trattamento della lesione | Consultare il servizio medico |

**Anamnesi/Assessment**
Oltre all'assessment generale dell'incontinenza fecale, occorre procedere a un'ispezione accurata della regione glutea osservando in particolare i seguenti punti:

Localizzazione dell'arrossamento? (sacrale o perianale)

Insorgenza dell'arrossamento?

Estensione dell'arrossamento? L'arrossamento è limitato all'ano?

Temperatura/surriscaldamento dell'area interessata?

Circoscrizione dell'arrossamento: netta/non netta, regolare/irregolare?

Lesione uniforme o presenza di focolai satellite?

Aspetto dell'arrossamento: lesione, macchia biancastra, fissurazione, abrasione

Grado di essudazione: asciutto, umido, bagnato?

Indurimento del rossore, in particolare papule, pustole o vescicole

Disturbi: dolore, bruciore, prurito, scala del dolore

**Terapia**

**Generale**
Il trattamento delle irritazioni cutanee presuppone che la cute della regione anale rimanga asciutta. In caso di feci liquide è quindi importante innanzitutto aumentare la consistenza delle feci e migliorare così la continenza (vedi capitolo 6 Consistenza). Finché non è ripristinata la continenza si possono utilizzare degli assorbenti. L'importante è usarli in modo corretto e scegliere le dimensioni giuste. La possibilità di utilizzare tamponi anali deve essere discussa con il chirurgo. L'evacuazione completa dell'intestino (irrigazione transanale, svuotamento) aiuta a recuperare la continenza (vedi capitolo 5 Continenza).

**Pulizia anale**
Per evitare dolore e irritazione della regione anale è opportuno tamponare leggermente la cute. Non pulire strofinando. La pulizia con compresse umide è preferibile all'uso di carta igienica. Nell'utilizzo di salviette umide bisogna evitare i prodotti profumati e contenenti additivi. Un lieve getto d'acqua sotto la doccia può dare sollievo, purché non si utilizzi sapone o si utilizzi solo sapone ph-neutro. I risciacqui alla camomilla sono sconsigliati perché possono seccare ulteriormente la pelle e aumentare il dolore.

**Pulizia/cura della cute**
Per la prevenzione e il trattamento si possono impiegare diversi prodotti. Nella tabella riportata nell'appendice sono elencati vari prodotti con le loro indicazioni, controindicazioni, modalità di applicazione e i più importanti principi attivi. La tabella non vuole essere esaustiva, ma è intesa come aiuto nella scelta dei prodotti adatti.

## 8. RINGRAZIAMENTI

Per la concezione e stesura di questo opuscolo il gruppo di lavoro ha ricevuto l'appoggio di molte persone e associazioni. In particolare, desideriamo ringraziare:

l'Associazione Svizzera delle stomaterapiste che oltre ad offrirci il suo sostegno concettuale ha rimborsato le spese di trasferta e i gettoni di presenza dei membri del gruppo di lavoro.

Eveline Münch, caporeparto, Claraspital Basel per le illustrazioni

PD Dr med. Miriam Thumshirn, Gastroenterologia Clarunis Claraspital

Dr med. Marc Olivier Guenin, Centro di gastroenterologia Clarunis Claraspital

Dr Charlotte Schmidt, Farmacia ospedaliera Claraspital

Prof. Dr med. Dimitri Christoforidis, Colonproctologia-chirurgia viscerale Ospedale Regionale di Lugano

Prof. Dr med. Paul-Antoine Lehur, colonproctologo Nantes - Francia, medico aggiunto, Ospedale Regionale di Lugano

Dr Stephan Baumeler, Gastroenterologia, Kantonsspital St. Gallen

# 9. APPENDICE

## 9.1. Questionario di anamnesi infermieristica

**Questionario di anamnesi infermieristica** (ausilio per consulenti/terapisti)

| | |
|---|---|
| **Quali sono attualmente i suoi principali sintomi** | *Da quando li avverte? Come si sono sviluppati dopo l'intervento?* |
| **Frequenza** | *Attuale frequenza delle defecazioni (nei giorni migliori e peggiori): precedente frequenza delle defecazioni (prima dell'intervento)* |
| **Consistenza** | *Attuale consistenza delle feci (Bristol Stool Score, vedi capitolo Consistenza). Precedente consistenza delle feci (prima dell'intervento): la consistenza delle feci è variabile? Ha notato le cause/i motivi di queste variazioni? Presenza di sangue? Muco?* |
| **Incontinenza** | *Riesce a distinguere tra fuoriuscita di gas e feci?*<br>*Soffre di una forte fuoriuscita di gas?*<br><br>*Riesce a controllare la fuoriuscita di gas? (Sempre, qualche volta, mai)*<br>*Ha mai avuto una fuoriuscita incontrollata di feci? Sì/No*<br>*Se sì, con quale frequenza? In quale quantità? Durante quale attività? Cosa favorisce la fuoriuscita incontrollata di feci?*<br><br>*Se soffre di incontinenza fecale, qual è la consistenza delle feci (Bristol Stool Score vedi capitolo Consistenza)?*<br><br>*Avverte lo stimolo a defecare prima della perdita incontrollata di feci? Sì/No*<br>*Quanto tempo ha per recarsi in bagno dopo lo stimolo?*<br><br>*Riesce a rimandare la defecazione? Se sì, per quanto tempo?*<br><br>*Con quale frequenza soffre di incontinenza da urgenza? Mai, raramente, qualche volta, spesso*<br>*Ha dolori all'addome o flatulenza?*<br><br>*Le capita in imbrattarsi la biancheria intima? Sì/no/qualche volta*<br>*Problemi intestinali di notte?*<br><br>*Si sveglia di notte: per incontinenza o per andare in bagno?* |
| **Sensazione di evacuazione incompleta** | *Sente lo stimolo a tornare in bagno entro un'ora dall'ultima defecazione?*<br>*Le succede di imbrattare la biancheria intima dopo la defecazione?*<br><br>*Quanto tempo dopo la defecazione Le succede di imbrattare la biancheria intima? Usa protezioni contro l'incontinenza? Altri ausili (pannoloni, pannoloni a mutandina, assorbenti, tamponi anali)?*<br>*Nome del prodotto, consumo al giorno?* |
| **Abitudini di defecazione prima dell'intervento** | *E prima della chemioterapia e/o radioterapia (prima della diagnosi)* |

| | |
|---|---|
| **Misure precedenti** | *C'è stata una visita del proctologo? Risultato?*<br>*Attuali farmaci contro i problemi intestinali: (verificare la corretta assunzione dei farmaci)*<br><br>*Quali farmaci ha già provato per regolare l'intestino? Quali effetti hanno avuto?*<br><br>*Altri farmaci?* |
| **Anamnesi** | *Resezione intestinale: distanza dallo sfintere? Insufficienza dell'anastomosi? Tecnica chirurgica (anastomotica)*<br><br>*Chemioterapia/radioterapia? Effetti collaterali?* |
| **Sussiste un'incontinenza urinaria?** | *Sì/no*<br>*Se sì: incontinenza da urgenza / da sforzo / combinata* |
| **Condizioni nutrizionali generali** | *L'asportazione o l'accorciamento di un tratto intestinale può ridurre o impedire l'assorbimento di sostanze nutritive vitali*<br>*Limitata assunzione di sostanze nutritive, stato dentale, mucose orali* |
| **Alimentazione** | *Bevande gassate*<br>*Edulcoranti artificiali*<br>*Caffeina/teina al giorno*<br><br>*Fumo* |
| **Peso** | *BMI*<br>*Variazione del peso dopo l'intervento?* |
| **Problemi cutanei anali** | *Lesione/irritazione cutanea*<br><br>*Prurito*<br><br>*Attuale trattamento cutaneo* |
| **Condizioni generali** | *Il paziente è sufficientemente mobile da recarsi in bagno? Ha bisogno di aiuto per recarsi in bagno o pulirsi?*<br><br>*Ha compromissioni neurologiche o cognitive?* |
| **Fattori sociali** | *Il paziente esce di casa?*<br>*Ha ancora contatti sociali?* |
| **Esame clinico** | **Ispezione**<br>*Come si presenta l'ano? Cicatrici? Ragadi? Irritazione cutanea?*<br><br>**Palpazione (momento della palpazione stabilito in accordo con il chirurgo)**<br><br>*Il paziente riesce a contrarre l'ano?* |

## 9.2. LARS-Score

| **Questionario sulla funzione intestinale LARS**<br>**Consegnare il questionario al paziente senza punteggio e senza valutazione** | |
|---|---|
| Il fine di questo questionario è valutare il funzionamento del suo intestino. Segni solo una casella per ogni domanda. Potrebbe essere difficile scegliere una sola casella per i pazienti i cui sintomi variano da un giorno all'altro. Le chiediamo comunque di scegliere la casella che più descriva la sua vita quotidiana. Se ha avuto di recente altri problemi di salute come una infezione intestinale non tenga conto dei sintomi ad essa legati. | |
| **Le succede di non controllare l'emissione di aria?** | |
| ☐ No, mai | 0 |
| ☐ Sì, meno di una volta a settimana | 4 |
| ☐ Sì, almeno una volta a settimana | 7 |
| **Le succede di perdere feci liquide?** | |
| ☐ No, mai | 0 |
| ☐ Sì, meno di una volta a settimana | 3 |
| ☐ Sì, almeno una volta a settimana | 3 |
| **Con che frequenza svuota l'intestino?** | |
| ☐ Più di 7 volte al giorno (24 ore) | 4 |
| ☐ Da 4 a 7 volte al giorno (24 ore) | 2 |
| ☐ Da 1 a 3 volte al giorno (24 ore) | 0 |
| ☐ Meno di una volta al giorno (24 ore) | 5 |
| **Le capita di dover defecare prima di un'ora dalla precedente evacuazione?** | |
| ☐ No, mai | 0 |
| ☐ Sì, meno di una volta a settimana | 9 |
| ☐ Sì, almeno una volta a settimana | 11 |

| | |
|---|---|
| **Le capita di avere una necessità così urgente di defecare da dover correre per arrivare in bagno?**<br>☐ No, mai<br>☐ Sì, meno di una volta a settimana<br>☐ Sì, almeno una volta a settimana | 0<br>11<br>16 |
| **Valutazione: 0-20 punti: nessuna LARS, 21-29 punti = minor LARS, 30-42 punti = major LARS** | |

## 9.3. Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score (Wexner-Score)

| **Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score (Wexner-Score)**<br>**Consegnare il questionario al paziente senza punteggio e valutazione** | |
|---|---|

| **Classificazione dell'incontinenza** | **Frequenza** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Mai** | **Meno di una volta al mese** | **1 o più volte al mese però meno di una volta a settimana** | **1 o più volte alla settimana però meno di una volta al giorno** | **Più di una volta al giorno** |
| Feci solide | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Feci liquide | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Gas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Uso di pannoloni | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Peggioramento della qualità di vita | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **Continenza = 0 punti, incontinenza massima = 20 punti** | | | | | |

## 9.4. Rockwood-Score (qualità di vita)

**Scala di Rockwood**

**Consegnare il questionario al paziente senza punteggio**

I valori dello score variano da 1 a 4: 1 indica un debole stato funzionale della qualità di vita.

Domanda 1: In generale come definirebbe la sua salute:

| | |
|---|---|
| 1 | eccellente |
| 2 | molto buona |
| 3 | buona |
| 4 | discreta |
| 5 | pessima |

Domanda 2: Risponda alle seguenti domande indicando come vengono limitate le sue attività a causa dell'incontinenza alle feci. (Se le attività vengono limitate da problemi diversi da quelli dell'incontinenza faccia una croce su "non mi riguarda").

| | A causa dell'incontinenza: | La maggior parte delle volte | Alcune volte | Poche volte | Mai | Non mi riguarda |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a | Ho paura di uscire di casa | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| b | Evito di far visita agli amici | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| c | Evito di star fuori di notte lontano da casa | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| d | Mi è difficile uscire di casa per andare al cinema o in chiesa | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| e | Mangio meno quando devo uscire di casa | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| f | Quando sono fuori casa cerco sempre di avere un bagno vicino | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| g | È importante programmare le mie attività a causa dell'incontinenza fecale | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| h | Evito di viaggiare | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| i | Sono preoccupato di non arrivare in tempo al gabinetto | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| k | Non riesco a trattenere le feci | 1 | 2 | 3 | 4 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | per il tempo necessario a raggiungere il bagno | | | | | |
| l | Perdo le feci (mi sporco) senza accorgermi | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| m | Cerco di evitare episodi di incontinenza stando molto vicino al bagno, quindi rimanendo prevalentemente in casa | 1 | 2 | 3 | 4 | |

Domanda 3: In base al modo in cui l'incontinenza interferisce sulla sua vita, scelga la risposta che meglio descrive quanto siano vere o false le seguenti affermazioni. (Se le attività vengono limitate da problemi diversi da quelli dell'incontinenza faccia una croce su "non mi riguarda").

| A causa dell'incontinenza: | | Certamente vero | Quasi vero | Quasi falso | Falso | Non mi riguarda |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a | Provo vergogna della mia incontinenza | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| b | Non riesco a fare molte delle cose che vorrei | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| c | Sono preoccupato di non riuscire a trattenere le feci (e di sporcarmi) | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| d | Mi sento depresso | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| e | Sono preoccupato che gli altri sentano odore di feci su di me | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| f | Sento come se non fossi una persona sana | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| g | Gusto meno i piaceri della vita | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| h | Ho meno rapporti sessuali di quanto vorrei | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| i | Mi sento diverso rispetto agli altri | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| j | L'incontinenza è per me un pensiero fisso | 1 | 2 | 3 | 4 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| k | Ho paura ad avere rapporti sessuali | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| l | Evito di viaggiare in aereo o in treno | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| m | Evito di andare a mangiare fuori | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| n | Quando vado in un posto nuovo mi preoccupo di sapere dov'è il gabinetto | 1 | 2 | 3 | 4 | |

Domanda 4: Nel mese scorso si è mai sentito/a così triste o scoraggiato/a, o senza speranza, con così tanti problemi da pensare che niente più fosse importante?

| | |
|---|---|
| 1 | Veramente d'accordo, sino al punto che stavo per mollare tutto |
| 2 | Moltissimo |
| 3 | Abbastanza |
| 4 | Qualche volta, abbastanza da infastidirmi |
| 5 | Un po' |
| 6 | Per niente |

La valutazione avviene in 4 categorie (score peggiore per ogni categoria = 5).

Lifestyle: totale delle domande (D2a, b, c, d, e, g, h D3b, l, m) diviso per 10

Coping/comportamento: totale delle domande (D2f, l, j, k, m, D3c, h, j, n) diviso per 9

Depressione/autopercezione: totale delle domande (D1, D3d, f,g,i,k, D4) diviso per 7

Imbarazzo: totale delle domande (D2l, D3a, e) diviso per 3

## 9.5. Diario delle feci

| **Nome**<br>**Data** | | **Diario delle feci** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ora | Apporto idrico<br>Tipo di bevanda | Quantità di feci: abbondante/scarsa | Stimolo a defecare sì/no | Qualità delle feci | Emissione d'aria | Perdita di feci<br>*Vedi in basso | Ausili<br>Farmaci |
| 07.__ | | | | | | | |
| 08.__ | | | | | | | |
| 09.__ | | | | | | | |
| 10.__ | | | | | | | |
| 11.__ | | | | | | | |
| 12.__ | | | | | | | |
| 13.__ | | | | | | | |
| 14.__ | | | | | | | |
| 15.__ | | | | | | | |
| 16.__ | | | | | | | |
| 17.__ | | | | | | | |
| 18.__ | | | | | | | |
| 19.__ | | | | | | | |
| 20.__ | | | | | | | |
| 21.__ | | | | | | | |
| 22.__ | | | | | | | |
| 23.__ | | | | | | | |
| 24.__ | | | | | | | |
| 01.__ | | | | | | | |
| 02.__ | | | | | | | |
| 03.__ | | | | | | | |
| 04.__ | | | | | | | |
| 05.__ | | | | | | | |
| 06.__ | | | | | | | |

*Perdita di feci: 0=nessuna, 1=imbrattamento (soiling) 2=perdita di feci liquide 3=perdita di feci solide

## 9.6. Elenco delle possibili terapie farmacologiche

| **Elenco delle possibili terapie farmacologiche.** | | | |
|---|---|---|---|
| Sostanze, termine generico | Meccanismo d'azione | Applicazione | Controindicazioni, particolarità, effetti indesiderati |
| Imodium ®<br>Principio attivo:<br>Loperamide Cloridrato | La Loperamide si lega ai recettori μ-oppioidi della parete intestinale, rallentando la (accelerata) motilità intestinale. Gli alimenti rimangono più a lungo nell'intestino e il corpo può assorbire così più liquidi, elettroliti e sostanze nutritive.<br>Ciò riduce inoltre la maggiore secrezione di liquidi ed elettroliti nell'intestino.<br>La Loperamide aumenta il tono dello sfintere anale, riducendo di conseguenza l'incontinenza e l'urgenza defecatoria.<br><br>*https://compendium.ch* | **Forme farmaceutiche:**<br>Compresse orodispersibili (sublinguali) 2 mg<br>Capsule 2 mg<br>Sciroppo (1 mg/5 ml)<br>**Posologia:**<br>Diarrea acuta<br>2 capsule al giorno; dose successiva: 1-2 capsule dopo ogni defecazione liquida fino alla dose giornaliera massima di 4X2 capsule.<br><br>Dose giornaliera massima: 8 capsule.<br><br>Dietro consultazione del medico:<br>più di 8 capsule/giorno.<br><br>Le capsule e compresse orodispersibili possono essere acquistate senza prescrizione medica.<br>Nessuna indicazione sul momento dell'assunzione.<br>Le capsule e compresse orodispersibili non sono rimborsate. | Le capsule di Imodium® contengono lattosio.<br>Lo sciroppo di Imodium® contiene parabeni (E218,E216) come conservanti.<br>In caso di disturbi della funzionalità epatica solo dietro prescrizione medica<br>Altre controindicazioni sono stipsi, addome disteso ed ileo.<br>Con l'uso di Imodium®/Imodium® lingual possono insorgere i seguenti effetti indesiderati:<br>Comuni: cefalea, capogiri, stitichezza, nausea, gonfiore<br>Non comuni: mal di pancia o dolore addominale superiore, fastidio addominale, bocca secca, vomito, dispepsia, eruzione cutanea.<br><br>Imodium® e Tinctura Opii hanno lo stesso meccanismo di azione, la loro combinazione non è pertanto molto utile.<br>In alcuni casi è possibile tentare la combinazione, ma essa rafforza gli effetti indesiderati di entrambi, come stitichezza, nausea e gonfiore e può provocare ileo.<br>(Fonte: Interaktionsprogramm www.mediq.ch) |
| Tinctura opii<br>Sostanza stupefacente<br><br>Miscela di principi attivi:<br>l'oppio è estratto dal papavero (Papaver somniferum)<br><br>È una soluzione alcolica dell'oppio | Nel tratto gastrointestinale la Tinctura opii si lega soprattutto ai recettori μ-oppioidi, riduce la motilità intestinale, diminuisce la secrezione, rallenta la peristalsi intestinale e aumenta il tono dello sfintere anale.<br><br>(Jehle, 2017) | **Modalità di somministrazione:**<br>Gocce per via orale<br>**Posologia:**<br>Iniziare con 4x3 gocce e aumentare gradualmente<br>Dose massima raccomandata<br>4x 20 gocce | In caso di assunzione orale non vi è assorbimento sistemico<br>Le limitazioni nella vita quotidiana e nella capacità di guidare dipendono notevolmente dalle dosi.<br>Poiché la tinctura opii contiene 10 mg/ml di morfina, può comportare il rischio di abuso/dipendenza. Per questo motivo è considerata una sostanza stupefacente e come tale richiede una prescrizione speciale e deve essere impiegata con maggiore cautela rispetto alla Loperamide. |
| Quantalan®<br>Principio attivo:<br>Colestiramina-20 | Quantalan® è una polvere farmaceutica insolubile nell'acqua, che non viene assorbita a livello intestinale.<br>Sospesa in un liquido è in grado di legare i sali biliari e certe altre sostanze permettendone così l'eliminazione attraverso | **Forma di somministrazione:**<br>1 sacchetto contiene 4 gr<br>Da assumere per via orale.<br>**Posologia:**<br>Iniziale: 3x 1 sacchetto, in seguito posologia a seconda del successo della terapia. La dose | Quantalan® può ridurre l'assorbimento e quindi l'effetto di altri farmaci (p.es. Loperamide, terapia ormonale tiroidea). Per questa ragione, una brusca sospensione dell'assunzione può portare a una situazione potenzialmente fatale, se durante il trattamento con Quantalan® la dose di mantenimento di determinati medicamenti (come per es. la |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | le feci. | giornaliera raccomandata è di 1-4 sacchetti.<br>Nota bene: L'assunzione lontano dai pasti migliora l'azione.<br>Non assumere mai Quantalan® senza liquidi. La tollerabilità migliora se il prodotto viene sciolto in 150 ml di liquido e lasciato riposare.<br>Le interazioni con altri medicamenti possono essere ridotte al minimo se si prendono questi ultimi il più possibile lontano dall'assunzione di Quantalan (almeno un'ora prima o non meno di 4-6 ore dopo aver preso Quantalan). | digitossina) era stata opportunamente adeguata.<br>Quantalan® è controindicato in presenza di occlusione delle vie biliari completa, disturbi della funzione renale oppure occlusione intestinale.<br><br>Avvertenza: da utilizzare solo dietro consultazione del medico |

## 9.7. Elenco pomate contro le irritazioni cutanee

| Prodotto | Ingredienti | Indicazioni | Applicazione |
|---|---|---|---|
| Aldanex/ Proshield | Dimeticone, polietilenglicole<br>Glicerina<br>Povidone<br>Alcol stearilico | Terapia e profilassi della dermatite.<br>Favorisce l'umidificazione naturale della pelle. | Pulire accuratamente l'area interessata.<br>Stendere uno strato di 2-3 mm.<br>Lavabile con acqua tiepida.<br>Non penetra nella pelle.<br>Non si attacca ai tessili. |
| Bepanthen plus<br><br>Bepanthen unguento, pomata e crema | Non contiene coloranti né profumi<br><br>Chlorexidina<br>Dexpantenolo | Da impiegare per piccole lesioni superficiali. | Applicabile più volte al giorno.<br>Coprire la ferita e cambiare regolarmente. |
| Cavilon 3M<br><br>Crema<br>Applicatore in schiuma<br>Spray<br><br>Advanced | Film protettivo cutaneo a base di terpolimero acrilico | Cura della stomia<br><br>Dermatite associata a incontinenza | Agisce fino a 72 ore<br>Ripulire regolarmente<br>Traspirante<br><br>Applicare al massimo 2 volte a settimana.<br>Lasciare asciugare completamente. |
| Coloplast Crema protettiva<br>Brava Barriere cream | Estratti di oliva | Irritazioni cutanee | Spalmare uno strato sottile |
| Coryt Protect | Polimeri | Utilizzabile anche su pelle danneggiata | La pellicola polimerica consente di eliminare facilmente lo sporco |
| Dline | Senza lanolina, parabeni, profumi e silicone<br><br>Aloe Vera, ceramide, olio di cartamo, glicerina, olio di jojoba, solfato di magnesio, olio di mais, olio di enotera, pantenolo, burro di shea, urea, ossido di zinco, stereato di zinco, complesso di vitamine A, C ed E | Ha effetto stabilizzante su pelle fortemente danneggiata e sensibile nonché su pelle irritata, macerata e secca.<br>Forma una pellicola protettiva. | Forma una pellicola protettiva biancastra.<br>Protegge dalla macerazione e al contempo cura le zone cutanee secche e sensibili.<br>Sotto alla fasciatura il film protettivo a tre fasi si assottiglia dopo tre giorni, ma mantiene la sua azione curante.<br>Può essere rimosso facilmente nella fase bagnata. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Excipial Repair | Senza conservanti e profumi<br>Ottima tollerabilità<br><br>Emulsione olio-acqua | Per pelli fortemente danneggiate e irritate | |
| MoliCare Skin<br>Schiuma detergente | Creatina | Incontinenza fecale/lesioni | Pulire senza acqua |
| MoliCare<br>Crema protettiva MoliCare<br><br>Crema protettiva con ossido di zinco | Esiste una crema protettiva senza ossido di zinco.<br>Entrambe le creme contengono: creatina, bisabololo, acidi grassi essenziali, aminoacidi e olio di mandorle.<br>Emulsione acqua/olio<br>pH-neutra sulla pelle | Dermatite associata a incontinenza | Spalmare uno strato sottile.<br>Forma una barriera protettiva trasparente.<br>Il bisabololo rigenera e cura la pelle. |
| Welland Barrier Cream | Senza lattice<br>Senza profumi<br>pH-neutra sulla pelle<br><br>Manuca e zinco | Dermatite associata a incontinenza | |

# 10. BIBLIOGRAFIA E INDICE DELLE IMMAGINI


Ahnis, A., Holzhausen, M., Rockwood, T. H., & Rosemeier, H. P. (2012). FLQAI - A Questionnaire on Quality of Life in Fecal Incontinence: la versione italiana del questionario Rockwood sulla qualità di vita in caso di incontinenza fecale è stata validata da Donato F. Altomare e altri (Chirurgia italiana 2005, vol. 57, n. 2)

Beaugeri, L., & Sokol, H. (2014). LES FONDAMENTAUX DE LA PATHOLOGIE DIGESTIVE. CDU-HGE/Editions Elesevier-Masson, Octobre.

Bittorf, B., & Matzel, K. E. (2015). Der LARS-Score zur Evaluation des anterioren Resektionssyndroms. coloproctology, 37(4), 262-265. doi:10.1007/s00053-015-0028-5

Bregendahl, S., Emmertsen, K. J., Lous, J., & Laurberg, S. (2013). Bowel dysfunktion after low anterior resection with and without neoadjuvant therapy for rectal cancer: a population-based cross-sectional study. Colorectal Disease, 15, 1130-1139. doi:10.1111/codi12244

Bryant, C. L. C., Lunniss, P. J., Knowles, C. H., Thaha, M. A., & Chan, C. L. H. (2012). Anterior resection syndrome. The Lancet Oncology, 13(9), 403-408. doi:10.1016/s1470-2045(12)70236-x

Camillieri-Brennan, J., Ruta, D. A., & Steele, R. J. C. (2002). Patient generated Index: New Instrument for Measuring Quality of Life in Patients with Rectal Cancer. Worl Journal of Surgery, 26, 1354 -1359. doi:10.1007/s00268-002-6360-2

Chen, T. Y., Wiltink, L. M., Nout, R. A., Meershoek-Klein Kranenbarg, E., Laurberg, S., Marijnen, C. A., & van de Velde, C. J. (2015). Bowel function 14 years after preoperative short-course radiotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer: report of a multicenter randomized trial. Clinical Colorectal Cancer, 14(2), 106-114. doi:10.1016/j.clcc.2014.12.007

Cipe, G., Muslumanoglu, M., Yardimci, E., Memmi, N., & Aysan, E. (2012). Intersphincteric resection and coloanal anastomosis in treatment of distal rectal cancer. International Journal of Surgical Oncology, 2012, 581258. doi:10.1155/2012/581258

Degen, L., Dederding, J.-P., Bauerfein, P., & Geglinger, C. (2008). Fakten und Mythen zur Obstipation State of the Art. Schweiz Med Forum, 8(47), 913 -918.

Doenges, M. e., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2013). Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen. Bern: Hans Huber, Hogrefe.

Emmertsen, K. J., & Lauberg, S. (2013). Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincterpreserving resection for rectal cancer. British Journal of Surgery Society Ltd.(100), 1377 - 1387. doi:10.1002/bjs.9223

Emmertsen, K. J., & Laurberg, S. (2012). Development and Validation of a Symptom-Based Scoring System for Bowel Dysfunktion After Low Anterior Resection for Rectal Cancer. Annals of Surgery, 255(5), 922 - 928.

Faller, A., & Schünke, M. (2008). Der Körper des Menschen. Stuttgart: Thieme Verlag.

Gray, M., Bliss, D. Z., B., D. D., Ermer-Seltung, J., Kennedy-Evans, K. L., & Palmer, M. H. (2007). Incontinence-associatec Dermatitis A Consensus. Journal Wound Ostomy Continence Nurses, 34(1), 45-54.

Hughes, D. L., Cornish, J., Morris, C., & Group, L. T. M. (2017). Functional outcome following rectal surgery-predisposing factors for low anterior resection syndrome. International Journal of Colorectal Disease, 32(5), 691-697. doi:10.1007/s00384-017-2765-0

Huttner, F. J., Tenckhoff, S., Jensen, K., Uhlmann, L., Kulu, Y., Buchler, M. W., . . . Ulrich, A. (2015). Meta-analysis of reconstruction techniques after low anterior resection for rectal cancer. British Journal of Surgery, 102(7), 735-745. doi:10.1002/bjs.9782

Jorge, J. M., & Wexner, S. D. (1993). Etiologiy and Management of Fecal Incontinence. Dis Colon Rectum, Janurary 1993, 36, 77–97

Juul, T., Ahlberg, M., Bionde, S., Espin, E., Jimenez, L. M., Matzel, K. E., . . . Christensen, P. (2014). Low Anterior Resection Syndrome and Quality of Life: an International Multicenter Study. Diseases of the Colon and Rectum, 57(585-591).

Kim, C. N., & Kim, C.-N. (2015). Can the timing of ileostomy reversal influence functional outcome? Ann Coloproctol, 31(1), 5-6. doi:10.3393/ac.2015.31.1.5

Martellucci, J. (2016). Low Anterior Resection Syndrome: A Treatment Algorithm. Disease of The Colon & Rectum, 59(1), 79 -82. doi:10.1097/DCR.0000000000000495

McCall, J. L., Cox, M. R., & Wattchow, D. A. (1995). Analysis of local recurrence rates after surgery alone for rectal cancer. International Journal of Colorectal Disease, 10, 126-132.

Mölle, B., Ommer, A., Lange, J., & Girona, J. (2018). Chirurgische Proktologie. Berlin: Springer.

Powell, M. (2008). NICE guidelines for faecal incontinence: key priorities. Gastrointestinal Nursing, 6, 12 - 20.

Ridolfi, T. J., Berger, N., & Ludwig, K. A. (2016). Low Anterior Resection Syndrome: Current Management and Future Directions. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 29(3), 239-245. doi:10.1055/s-0036-1584500

Rullier, E. (2006). Chirurgie du cancer du bas rectum: vers une conservation du sphincter. Association française de formation médicale continue en hépato-gastro-enterologie.

Schünke, M., Voll, M., & Wesker, K. (2012). Prometheus Lernatlas der Anatomie. Suttgart und New York: Georg Thieme Verlag.

Taylor, C., & Bradshaw, E. (2013). Tied to the toilet: lived experiences of altered bowel function (anterior resection syndrome) after temporary stoma reversal. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 40(4), 415-421. doi:10.1097/WON.0b013e318296b5a4

Winkler, R., Otto, P., & Schiedeck, T. (2011). Proktologie Ein Leitfaden für die Praxis. Suttgart: Thieme

Washington University School of medicine St. Louis, Section of Colon and Rectal Surgery. Patient Care. Low anterior resection syndrom, https://colorectalsurgery.wustl.edu/patient-care/low-anterior-resection-syndrome, consultato il 22.10.2019

**Immagini**

Immagine 1 Anatomia del retto e del canale anale .....6

Immagine 2 Vasi sanguigni e nervi del canale anale.....6

Immagine 3 Resezione mesorettale parziale (PME) .....9

Immagine 4 Escissione mesorettale totale (TME).....9

Immagine 5 Low Anterior Resection (resezione anteriore bassa)
con escissione mesorettale totale (TME) e resezione intersfinterica (ISR).....9

Immagine 6 Escissione mesorettale totale (TME) con accesso addominale .....9

Immagine 7 Escissione mesorettale totale (TME) con accesso transanale (TaTME) .....9

Immagine 8 Tipi di anastomosi.....10