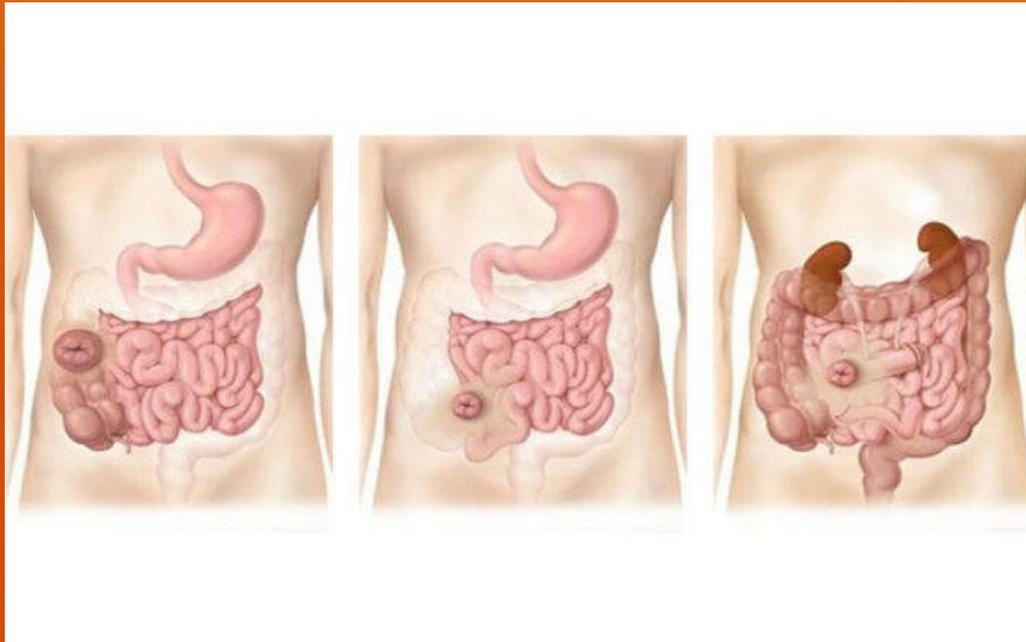


Il ruolo del dietista nella gestione delle enterostomie



CLASSIFICAZIONE

STOMIE

FARINGOSTOMIA

ESOFAGOSTOMIA

GASTROSTOMIA

ENTEROSTOMIE

UROSTOMIE

ILEOSTOMIA

COLOSTOMIA

NEFROSTOMIA

URETEROCUTANEO
STOMIA

URETEROILEO
STOMIA

INFERMIERE E DIETISTA

- L'assistenza nutrizionale per il paziente ileostomizzato, intesa come educazione alimentare, monitoraggio dello stato nutrizionale ed individualizzazione di particolari esigenze alimentari, rappresenta un momento fondamentale per la sua riabilitazione e può avere notevoli ripercussioni sulla qualità di vita e sul stato di nutrizione.
- L'approccio al paziente ileostomizzato richiede necessariamente una efficace collaborazione tra tutti i professionisti che si occupano dei vari aspetti clinici, psicologici, spirituali che la malattia comporta
- L'infermiere e il dietista ognuno negli ambiti in cui svolge il proprio ruolo cooperano a garantire un supporto nutrizionale adeguato alle diverse situazioni e fasi della malattia.

OBIETTIVI COMUNI

- Mantenere un buon stato di nutrizione e/o prevenire l'insorgenza di malnutrizione
- Mantenere un buon stato di idratazione
- Migliorare la tolleranza alle terapie
- Riduzione della massa fecale e aumento della sua consistenza
- Riduzione dei gas e dei cattivi odori
- Migliorare la qualità della vita

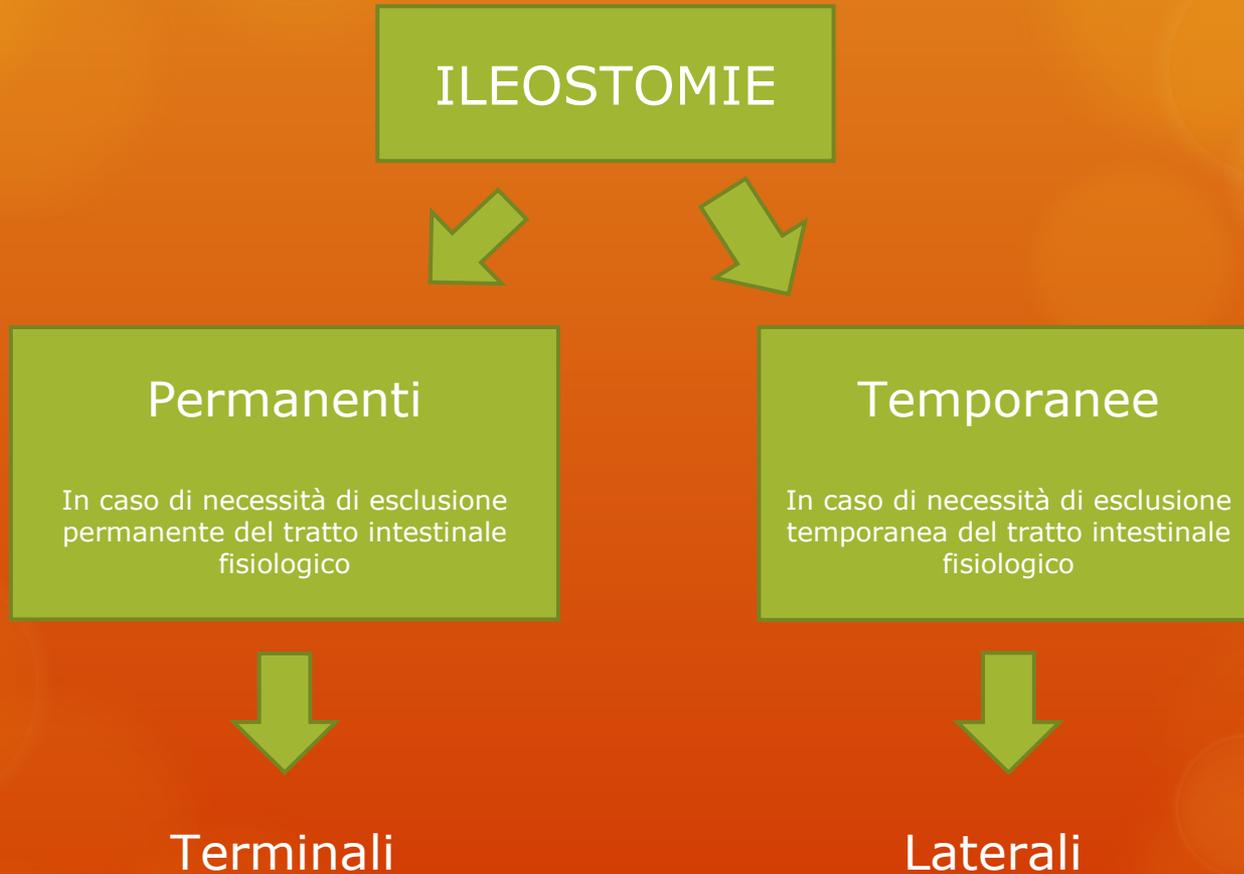
Ileostomia

L'ileostomia è un'apertura temporanea o definitiva dell'ileo su una parete addominale, creata chirurgicamente, attraverso la quale il tratto finale dell'intestino tenue viene fatto fuoriuscire sulla superficie dell'addome allo scopo di deviare all'esterno il contenuto intestinale.

Per evitare il rischio di disidratazione è fondamentale bere molto, circa 2 litri di acqua al giorno.

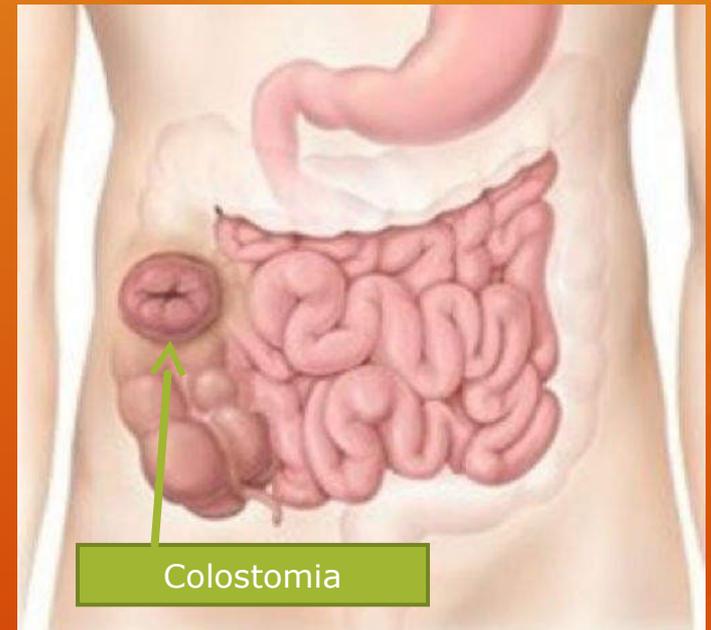


Classificazione



Colostomia

- La colostomia è un'apertura temporanea o definitiva creata chirurgicamente, attraverso la quale una piccola porzione del colon viene fatta fuoriuscire sulla superficie dell'addome. Questa apertura consente una nuova via d'uscita alle feci, lasciando a riposo la parte d'intestino danneggiata o non in grado di funzionare.
- L'intestino si svuota ritmicamente durante il giorno, all'interno dell'apposita sacca di raccolta posizionata esattamente sulla stomia.
- A seconda della posizione e della patologia, si distinguono quattro diversi tipi di colostomia:
 - **Ascendente:** situata nel colon ascendente. Si tratta di un tipo di stomia non comune; gli effluenti sono liquidi o semi-liquidi e molto irritanti per la pelle.
 - **Trasversa:** situata nel colon trasverso, effluenti liquidi o semiformati. In genere confezionata su ansa e temporanea.
 - **Discendente:** situata nel colon discendente; gli effluenti sono più formati a causa della maggiore quantità d'acqua assorbita nel colon ascendente e trasverso.
 - **Sigmoidea:** situata nella parte inferiore sinistra del colon. Gli effluenti sono formati in quanto i liquidi sono stati assorbiti lungo il percorso intestinale.



FISIOPATOLOGIA DELLE ILEOSTOMIE

- L'ileostomia inizia a funzionare in II-III giornata con evacuazioni continue liquide, verdastre di 500-1500 ml die.
- In 10° giornata si riducono a 600ml die e la consistenza è poltacea.
- Dopo la stabilizzazione, la consistenza è semi-poltacea e il numero delle scariche è meno frequente (si arriva anche a 3-4 die)
- Mancando il riassorbimento di liquidi e Sali da parte del colon, la conseguenza più evidente è la disidratazione e la perdita di elettroliti.

La stabilizzazione è dovuta a due diversi meccanismi:

- Compensazione renale
- Aumentato riassorbimento di acqua da parte dell'intestino in particolare dell'ultima ansa ileale

Il meccanismo di compenso alterando la diuresi (urine concentrate e rapporto NA/K basso) è responsabile di un'alta incidenza di urolitiasi (circa 4 volte i gruppi di controllo).

Se è inoltre presente un'ampia resezione ileale si riscontra:

- Malassorbimento lipidico in particolare degli acidi biliari con conseguente colelitiasi
- Malassorbimento delle vitamine del gruppo B (in particolare B12) e K e ipoprotrombinemia

ILEOSTOMIA

- La maggior parte delle sostanze nutritive è assorbita a livello dell'intestino tenue (duodeno e digiuno ad eccezione della vit. B12 e dei sali biliari assorbiti a livello dell'ileo terminale)
- Nel crasso avviene il progressivo consolidamento del contenuto intestinale con il riassorbimento dell'acqua e dei sali, i residui assumono così l'aspetto delle feci
- Il confezionamento di una ileostomia comporta la rimozione di tutto il colon e il retto di eventuale tratto ileo e quindi perdite di elettroliti e acqua.

ILEOSTOMIA

- Inoltre la rimozione della valvola ileocecale determina:
 - accelerazione del transito ileale (il tempo di transito può passare dalle 3-4 ore a pochi minuti)
- Le feci dell'ileostomia sono particolarmente aggressive per la presenza di enzimi digestivi ancora attivi.

AUMENTO PERDITE ACQUA ED ELETTROLITI

- In condizioni normali le feci emesse pesano da 100-200 g, contengono l'80-85% di acqua e 3-6 mEq di sodio.
- In presenza di ileostomia inizialmente le perdite di fluidi sono di circa 1200-2000 g die.
- Dopo 6/8 settimane, per l'aumentata capacità assorbitiva dell'intestino residuo, una ileostomia ben funzionante scarica 300 - 800 g di materiale fecale di cui 90% è acqua e le perdite di sodio sono pari a circa 60 mEq.

Tabella perdite

Tabella 19.1 - Immissione di acqua, NaCl, Na, K nell'intestino in 24 ore (da: Gastroenterology, 1982).

	Acqua ml	NaCl mEq	Na mEq	K mEq
In entrata:				
con la dieta	1500	150	150	80
secrezioni	7500	1000	750	40
totale	9000	1150	900	120
In uscita:				
ileostomia	450	60	45	4
feci	150	5	3	12

ILEOSTOMIA

In presenza di ileostomia

- la portata fecale può essere elevata
- le feci sono liquide - cremose
- le feci sono ricche di enzimi digestivi
- la produzione di gas può essere elevata

ACQUA ED ELETTROLITI

Le tempestive raccomandazioni dietetiche sono:

BERE MOLTA ACQUA per reintegrare le perdite idroelettrolitiche

NON LIMITARE L'ASSUNZIONE DI SODIO

L'ileo malgrado la discreta capacità di adattamento, non può mai assicurare tutto il riassorbimento idrico deputato al colon.

ADEGUATO APPORTO DI LIQUIDI

- Bere almeno 8-10 bicchieri di liquidi da assumere durante la giornata in modo frazionato
- Ai pasti assumere modeste quantità di liquidi
- bere liquidi extra: nella stagione calda e durante l'esercizio fisico, durante episodi febbrili, in presenza di vomito
- Bere con moderazione bevande contenenti caffeina, un eccesso di questa sostanza può avere effetti diuretici

ADEGUATO APPORTO DI SODIO E POTASSIO

Privilegiare alimenti e bevande ricche di:

- Sodio brodi, crackers, salatini, parmigiano, prosciutto
- Potassio banane, succo di arancia, succo albicocca, ananas, patate

ILEOSTOMIE CON PORTATA FECAL ELEVATA

La portata fecale elevata $>800-1000$ g die può causare: disidratazione, iposodiemia, insufficienza renale

Le manifestazioni osservabili sono:

- Oliguria
- Dimagrimento
- Cefalea, nausea, anoressia, secchezza fauci
- Astenia, tremori, crampi muscolari

ILEOSTOMIE CON PORTATA ELEVATA

L'intervento nutrizionale prevede:

- Assunzione di acqua in quantità adeguata, anche con attraverso nutrizione parenterale
- Assunzione elevata di Na

Soluzioni bilanciate saline endovena o soluzione glucosalina per os

- Aumento assunzione di fibre solubili (gomma guar parz. idrolizzata)

aumento del tempo di transito e del tempo di assorbimento nutrienti

- Sospensione di alimenti non bene tollerati

L'ALIMENTAZIONE ORALE E' POSSIBILE?

I FABBISOGNI GIORNALIERI SONO GARANTITI?

TRATTAMENTO DIETETICO POST-OPERATORIO

○ Inizialmente la dieta sarà:

1. Liquida
2. A basso contenuto di fibre
3. con aumento graduale fibre

la ripresa dell'alimentazione sarà inevitabilmente complicata dalla portata fecale e dalle perdite idroelettrolitiche elevate per cui la Nutrizione Parenterale è indispensabile per garantire i bisogni nutrizionali

LE FIBRE

- L'assenza del colon rende impossibile inizialmente l'utilizzazione delle fibre alimentari che vengono eliminate indigerite
- Si creano successivamente degli adattamenti vicarianti per cui è opportuno introdurre gradualmente frutta e verdura
- Le fibre, le solubili in particolare, rallentano il transito duodeno-digiunale e favoriscono l'aumento della consistenza fecale

LE FIBRE ALIMENTARI

FIBRE INSOLUBILI

Alla capacità di trattenere acqua, tipica della lignina e di numerose emicellulose, si deve:

- aumento della massa fecale
- accelerato transito intestinale
- minore pressione endoluminale

○ CELLULOSA

- * Farina di cereali integrali
- * Crusca
- * Cavoli
- * Fagioli, piselli secchi

EMICELLULOSA

- * Crusca
- * Cereali integrali
- * legumi

○ LIGNINA

- * Verdura
- * Frumento
- * fragole, pere, pesche, prugne

FIBRE ALIMENTARI

FIBRE SOLUBILI

Alla proprietà di formare gel, tipica di pectine, gomme, guar, si deve:

- rallentato svuotamento gastrico
- rallentato transito intestinale
- Modifica produzione gas

○ PECTINA

- * Mele
- * Agrumi
- * Fragole
- * carote - fagioli

○ GOMME

- * Farina d'avena
- * Fagioli secchi
- * Altri legumi

INDICAZIONI DIETETICHE

- E' opinione diffusa che le abitudini alimentari influenzino in modo determinante le funzioni intestinali dei pazienti stomizzati e quindi la frequenza delle scariche, la quantità e la qualità dei gas emessi.
- Occorre dare indicazioni dietetiche corrette e soprattutto evitare inutili restrizioni alimentari

"PROVARE PRIMA DI ESCLUDERE"

- Gli studi sperimentali confermano la grande variabilità individuale dell'apparato digerente di fronte a singoli alimenti
- *"l'effetto dei singoli alimenti non può essere previsto individualmente se non per test di esclusione"*

Bingham s, Cummiings JH 1982

Tabella 19.3 - Cibi che provocano disturbi in più del 50% dei pazienti.

Alimenti	% dei disturbati	Effetti segnalati
Noci (frutta secca)	60-90%	Presenza nell'effluente
Semi, acini, bucce di frutta e pomodori	50-90%	Presenza nell'effluente
Cipolle	50-80%	Cattivo odore, > efflusso
Barbabietole	70-80%	> Efflusso e colorazione
Lattuga	60-70%	Presenza nell'effluente
Cavoli e carote	50-60%	Presenza nell'effluente
Legumi	50-60%	Meteorismo, tracce di bucce
Funghi	50-60%	> Efflusso
Uva passa, sultanina	50-60%	Presenza nell'effluente

Bingham S, Cummings JH, Mc Neil NI. Diet and health of people with an ileostomy. Br J Nutr 1982

Linee guida dietetiche per l'ileostomia - Mayo Clinic

Linee guida

1. Introdurre i pasti a intervalli regolari - 3 o più volte al dì
2. Masticare adeguatamente i cibi
3. Bere un'adeguata quantità di liquidi, 8-10 bicchieri die
4. Evitare l'eccessivo aumento di peso
5. Limitare i cibi che possono produrre gas eccessivo, rendere fluide le feci o che possono non essere completamente digeriti
6. Mangiare un pasto serale ridotto
7. Provare cibi nuovi uno alla volta

Motivazioni

1. La motilità intestinale può risultare più regolare
2. Una corretta masticazione favorisce i processi digestivi e riduce il rischio di ostruzione della stomia
3. Si raccomanda un aumento dei liquidi per prevenire la disidratazione
4. Un peso eccessivo può danneggiare la funzionalità stomale
5. diminuire la quantità di gas e feci
6. Si ridurrà l'emissione notturna di feci
7. Aiuta a determinare la tolleranza agli alimenti

LINEE GUIDA - Mayo Clinic

ALIMENTI CHE AUMENTANO LA DENSITA'

Alimenti ricchi di amidi e pectine
Banane mature, purea di mele
Formaggio
Pane
Pasta e riso
Tapioca

ALIMENTI CHE RIDUCONO LA DENSITA'

Alimenti molto conditi
Succo di mela
Succo di prugna
Succo d'uva
Cibi liquidi e semiliquidi ad elevata osmolarità

ALIMENTI CHE RIDUCONO L'ODORE

Prezzemolo
Siero di latte
Succo di mirtilli
Yogurt
Succo di pomodoro
Succo d'arancia

ALIMENTI CHE PRODUCONO ODORE

Aglio
Asparagi
Cipolle
Porri
Crucifere
Pesce
Uova
Alcool
Burro di arachidi

LINEE GUIDA - Mayo Clinic

ALIMENTI CHE FORMANO GAS

Asparagi
Bevande gassate e alcool
Broccoli
Cavoletti di Bruxelles
Cavolfiore
Cavoli
Cipolle
Legumi
Castagne
Frutta secca
Latte e latticini
Gomme da masticare
Peperoncino

ALIMENTI NON DIGERITI COMPLETAMENTE

Ananas	Mais
Cocco	Peperoni verdi
Lattuga	Pop-corn
Olive	Semi
Legumi	Spinaci
Sedano	Cetriolo
Sottaceti	Pane e pasta integrale
Funghi	Kiwi
Cavolo	Noci
Frutta secca ed essiccata	
Cachi	Carciofi
Fichi d'india	Bucce di frutta e verdura

DA RICORDARE:

- Non eliminare un cibo dalla dieta senza averlo provato molte volte
- Mangiare più di un alimento dello stesso gruppo può intensificare l'effetto
- Le feci possono apparire rosse dopo aver mangiato bacche. Non confonderlo per sangue. I broccoli, gli asparagi e gli spinaci possono rendere le feci scure

POSSIBILI COMPLICANZE METABOLICHE

Occorre prevenire:

1) La calcolosi urinaria

aumento dell'ormone antidiuretico e contrazione della diuresi

bere molto

nei pazienti con familiarità per calcolosi renale applicare le norme dietetiche specifiche

2) la calcolosi biliare

diminuito ricircolo dei sali biliari – se manca l'ultima ansa ileale il riassorbimento dei Sali biliari sarà minimo, ne consegue una riduzione della riserva dei Sali biliari e una conseguente minor solubilità del colesterolo nelle vie biliari

controllare l'apporto di grassi saturi

3) la malnutrizione calorico-proteica

Astenia, anoressia e dolore, ansia e depressione, possono essere causa di una inadeguata introduzione di alimenti.

Le limitazioni dietetiche stesse possono essere causa di malnutrizione

informazione ed educazione alimentare

monitoraggio dello stato nutrizionale

individualizzazione di particolari esigenze nutrizionali

CONSIGLI

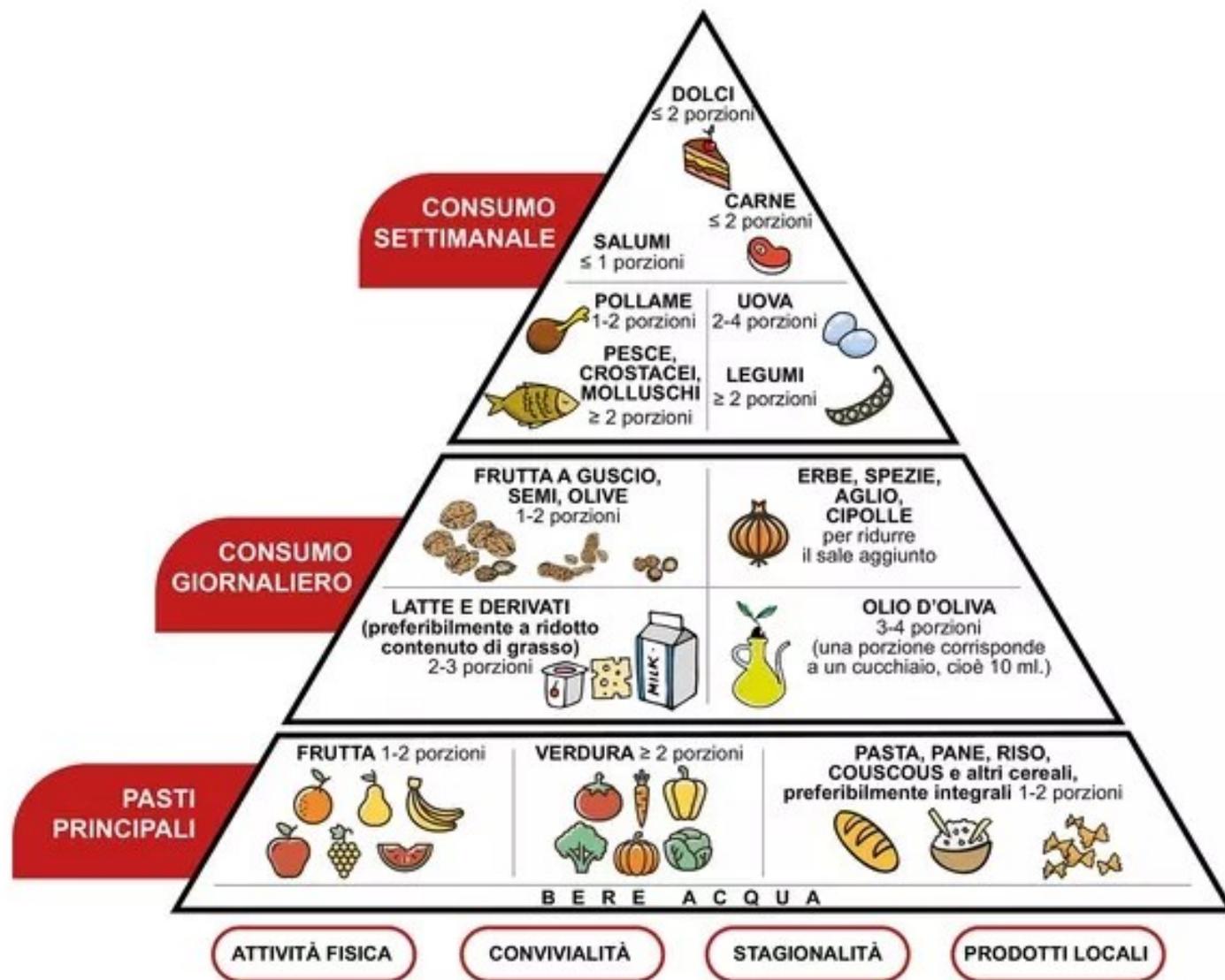
- In maniera graduale il paziente ileostomizzato va incoraggiato a consumare maggiori varietà di cibi.
- Alimentazione varia ed equilibrata
- Incrementare in introiti di acqua ed elettroliti e di alcune vitamine
- Limitare una serie di cibi certamente o probabilmente inadatti: "Diario alimentare"

Consigli e comportamenti colostomia destra

- Privilegiare gli alimenti che tendono ad aumentare la densità delle feci;
- Proporre l'integrazione di fibra solubile che rallenta il transito intestinale e favorisce il riassorbimento di acqua;
- Garantire apporti dietetici equilibrati;
- Eliminare solo gli alimenti non tollerati.

Consigli e comportamenti colostomia sinistra

- La dieta dovrebbe essere di composizione equilibrata
- Non sono necessarie particolari restrizioni dietetiche ad eccezione degli alimenti che producono flatulenza, odori, meteorismo e diarrea;
- Prevenire stipsi e ristagno incoraggiando l'introduzione graduale delle fibre alimentari e un adeguato apporto di liquidi $>1,5$ l die;
- Eliminare solo gli alimenti non tollerati.



Follow-up nutrizionale

Tutti i pazienti dovrebbero ricevere regolari visite di follow-up:

che comprenda la valutazione dello stato nutrizionale, la verifica dell'adeguatezza degli apporti e che consentano al paziente di poter affrontare e superare possibili problematiche alimentari.

L'EDUCAZIONE ALIMENTARE AL PAZIENTE E AI FAMILIARI

- L'educazione alimentare è, secondo la definizione dell'OMS e della FAO, il processo informativo ed educativo per mezzo del quale si persegue il generale miglioramento dello stato di nutrizione degli individui, attraverso la promozione di adeguate abitudini alimentari, la correzione dei comportamenti alimentari non soddisfacenti, l'adozione di norme igieniche nella manipolazione degli alimenti e l'efficiente utilizzo delle risorse alimentari

Intervento nutrizionale

- Il trattamento orale rappresenta la prima tappa nei pazienti capaci di mangiare
- La nutrizione artificiale (enterale, parenterale) è indicata nell'impossibilità o incapacità di mangiare in modo adeguato

Intervento orale

Educazione alimentare-consigli dietetici

- il paziente è incoraggiato a consumare una dieta sana, a correggere abitudini scorrette, anche per la prevenzione di eventuali recidive

Educazione alim. personalizzata o arricchita

- adattata ai sintomi presenti ed alle terapie antitumorali in corso, malattie associate
- Inserimento di eventuali integratori alimentari
- Cambiare il meno possibile le sue abitudini alimentari
- Sensibilizzare a prestare attenzione ad ogni problema che possa limitare l'assunzione di cibo ed alle variazioni del peso
- Chiarire che non sempre un eccesso di calorie porta ad un beneficio
- Non saltare i pasti
- Prospettare eventualità critiche e proporre delle possibili soluzioni

CAUSE DI MALNUTRIZIONE NEI PAZIENTI ILEOSTOMIZZATI

- Malassorbimento, maldigestione, diarrea, aumentata perdita di nutrienti attraverso la mucosa danneggiata... .
- Aumento dei fabbisogni per uno stato infiammatorio cronico e terapia steroidea prolungata.
- Astenia, anoressia e dolore, ansia e depressione, possono essere causa di una inadeguata introduzione di alimenti.
- Le limitazioni dietetiche stesse possono essere causa di malnutrizione

RICORDIAMOCI:

- Incoraggiare sempre il dialogo, porre domande aperte
- Ascoltare la loro opinione, dare la possibilità di scelta
- Lavorare sulle loro necessità
- Accertarsi che vi sia chi provveda non solo alla preparazione dei pasti ma anche alla fornitura del cibo

A CURA DI:

GDS DIETISTI RETE ONCOLOGICA PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Referente: Paola D'Elia

Partecipanti:

- Paola Coata
- Eliana Governa
- Daniela Piccillo
- Rossana Stradiotto
- Alessandra Valla
- Liliana Vianello

Coordinatore: Fulvia Canaletti