

L'Occlusione Intestinale

Diapositiva
1

Definizione

SI DEFINISCE CON IL TERMINE "OCCLUSIONE INTESTINALE"
L'ARRESTO DELLA PROGRESSIONE DEL MATERIALE LIQUIDO,
SOLIDO, GASSOSO

Diapositiva
2

Tipi di Occlusione Intestinale

- *occlusione di tipo meccanico*
- *occlusione di tipo adinamico o paralitico*
- *pseudostruzione intestinale*

Riconosciamo, inoltre,

- *occlusione primitivamente di tipo meccanico*
- *occlusione primitivamente di tipo paralitico*

Diapositiva
3

Classificazione dell'Ileo Meccanico

L'occlusione intestinale può essere classificata facendo ricorso ad alcuni criteri

- *criterio etiologico in relazione a*
 - cause congenite (stenosi, atresie, megacolon, ileo da meconio)
 - agenti esterni (traumi, radiazioni, ecc.)
 - farmaci
 - ostruzione luminale endogena (bezoari, calcoli, parassiti, ecc.) o esogena (corpi estranei)
 - strozzamento, strangolamento, infiammatorie (diverticolite, m. di Crohn)
 - cause tumorali
 - iatrogene (aderenze o stenosi postoperatorie)
- *criterio topografico in relazione alla sede (alta o bassa)*
- *criterio patogenetico in relazione ai meccanismi (compressione, ostruzione, ecc.)*
- *criterio anatomofisiologico*

Il criterio patogenetico consente, più di ogni altro, una chiara differenziazione delle cause responsabili dell'occlusione intestinale; è, pertanto, quello al quale generalmente si fa ricorso dal punto di vista didattico.

Diapositiva
4

Classificazione dell'Ileo Meccanico

L'occlusione intestinale può essere inoltre

- *completa*
- *incompleta (anche denominata subocclusione)*
- *acuta*
- *cronica*

Diapositiva
5

Ileo Meccanico - Ostruzione

una qualsiasi massa solida delle dimensioni uguali a quelle dell'intestino è in grado di provocare un'ostruzione dall'interno; la causa dell'ostruzione non potrà essere rimossa dalla peristalsi se, a valle dell'ostruzione stessa, si troverà un restringimento anatomico o patologico dell'intestino.

L'ostruzione, a seconda dei vari tratti interessati, potrà essere determinata da

- *corpi estranei (esofago, canale pilorico, anastomosi)*
- *bezoari, parassiti (canale pilorico, anastomosi intestinali, valvola ileo-cecale)*
- *calcoli biliari (duodeno, valvola ileo-cecale)*
- *fecalomi (ampolla rettale)*
- *ileo da meconio*

Diapositiva
6

Ileo Meccanico - Stenosi

Per stenosi si deve intendere:

- *un restringimento del lume intestinale (per cause infiammatorie, neoplastiche, congenite, post- chirurgiche) che causa impedimento al transito del contenuto*
- *fino ad un certo punto il transito è possibile, ma lentamente si determina, a monte, una dilatazione del lume (es. gastrectasia da stenosi piloriche)*
- *un caso limite di stenosi è quello che si osserva nelle atresie congenite, dove l'impossibilità del transito è ovvia*

Diapositiva

7

Ileo Meccanico - Compressione

È determinato da una

- *compressione del tubo digerente da parte di una massa solida esterna (es. tumore) che si appoggia sulla sua parete (compressione ab estrinseco)*
- *la mancanza di una parete rigida intestinale e di una pressione intraluminale tale da opporsi alla pressione esterna esercitata dalla massa, permette alla compressione di determinare l'occlusione*
- *questo tipo di occlusione si verifica generalmente in tratti di intestino in cui il lume non è molto ampio o una ridotta mobilità dell'intestino stesso non ne consente l'allontanamento dalla massa*

Diapositiva

8

Ileo Meccanico - Strozzamento, Strangolamento

- *questi due meccanismi hanno in comune un interessamento del peduncolo vascolare mesenterico*
- *lo strangolamento non è un particolare meccanismo occlusivo ma una **modalità occlusiva** con coinvolgimento del peduncolo vascolare mesenterico: è spesso una conseguenza dei meccanismi occlusivi del volvolo e dell'invaginazione*
- *lo strozzamento, invece, oltre ad essere un meccanismo occlusivo, è caratterizzato dalla compressione (es. strozzamento da cingolo, da porta erniaria) che produce una sofferenza vascolare*

Diapositiva
9

Ileo Meccanico - Angolatura, Volvolo, Intussuscezione

- *l'angolatura può determinare l'occlusione intestinale quando l'angolo fra le anse, oltre ad essere acuto, è fisso per aderenze fra ansa ed ansa o fra ansa e parete, o perché sotteso da briglia cicatriziale; l'accumulo di contenuto fluido aggrava l'azione occludente dell'angolatura*
- *il volvolo si verifica per torsione dell'ansa sul peduncolo mesenterico*
- *le cause che possono determinare un volvolo sono: difetti congeniti di accollamento peritoneale, torsione di un sigma integro ma assai lungo, torsione di un'ansa del tenue attorno ad una briglia aderenziale; quando all'occlusione si associa una turba vascolare si parla di strangolamento*
- *l'intussuscezione è un'ernia strozzata dell'intestino nell'intestino che si verifica quando il tratto invaginato è abbastanza mobile; la penetrazione del segmento invaginate occlude il lume*

Diapositiva
10

Ileo Meccanico - Alterazioni dell'Intestino

- *occlusione semplice*
 - nessuna alterazione degna di nota
- *occlusione con strangolamento*
 - stasi venosa ed infarcimento emorragico della parete
 - versamento del materiale intestinale (con batteri, tossine) nel cavo peritoneale attraverso breccie parietali formatesi anche per problemi circolatori
- *occlusione ad ansa chiusa (in genere nel colon)*
 - progressiva distensione dell'ansa a monte e graduale distensione di tutto il colon con rottura del ceco (qui la parete del viscere è particolarmente sottile e, quindi, quanto maggiore sarà la distensione tanto più facilmente andrà incontro alla fissurazione)
 - alla diastasi concorrono la sottigliezza della parete e l'ischemia

Diapositiva
11

Ileo Meccanico - Attività Motoria

- *l'intestino a monte dell'occlusione acuta va incontro ad un periodo di iperperistaltismo*
- *a questa fase iniziale segue l'ileo paralitico*
- *clinicamente, nella prima fase, si assiste alla presenza di intensi borborigmi intestinali e di dolore di tipo colico; nella seconda fase sia i borborigmi che il dolore scompaiono*

Diapositiva
12

Ileo Meccanico - Flora Batterica

- *nell'occlusione intestinale si assiste ad un aumento della flora batterica, con prevalenza di anaerobi*
- *questo aumento può aggravare il quadro clinico dell'occlusione e minacciare l'integrità di eventuali anastomosi, coliche in particolare*
- *nell'occlusione con strangolamento, l'anossia e la necrosi consentono una maggiore proliferazione dei microrganismi anaerobi, che invadono la parete e concorrono alla permeabilizzazione della stessa*

Diapositiva
13

Ileo Meccanico

OSTRUZIONE ALTA

vomito intenso con grave perdita di

acqua, sodio, potassio, cloro, idrogeno

e conseguente

disidratazione, iposodiemia, ipokaliemia,
ipocloremia, alcalosi metabolica

Diapositiva
14

Ileo Meccanico
OSTRUZIONE BASSA

vomito meno intenso con minore perdita di

acqua, sodio, potassio, cloro, idrogeno

conseguente minore

disidratazione, iposodiemia, ipokaliemia, ipocloremia

e mancanza di

alcalosi metabolica

Diapositiva
15

Ileo Meccanico
GROSSO INTESTINO

CON VALVOLA ILEO-CECALE NON COMPETENTE

ostruzione colica associata
ad ostruzione ileale

con conseguente minore rischio di

rottura del ceco e peritonite fecale

ma con maggiore tendenza allo sviluppo di

squilibrio idro-elettrolitico

Diapositiva
16

Ileo Meccanico

GROSSO INTESTINO

CON VALVOLA ILEO-CECALE COMPETENTE

progressiva distensione gassosa
con compromissione del
flusso ematico mucosale e stiramento della sierosa

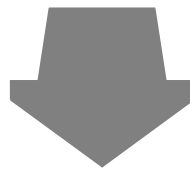
con conseguente rischio di

rottura del ceco e peritonite fecale

Diapositiva
17

Ileo Meccanico - Terapia Medica

- *decompressione gastrica (con sonda naso-gastrica)*
 - rimuove l'aria ingerita ed i secreti gastrici ed evita quindi il vomito, l'aspirazione endotracheale e la distensione addominale
- *correzione delle perdite idriche ed elettrolitiche*
- *somministrazione di antibiotici per via parenterale a scopo precauzionale (occlusione semplice)*



DI SUPPORTO ALLA TERAPIA CHIRURGICA
DA SOLA NEI PAZIENTI IN CUI IL QUADRO OBIETTIVO E
DIAGNOSTICO-STRUMENTALE CONSIGLIANO UNA VIGILE
ATTESA

Diapositiva
18

Ileo Meccanico - Terapia Chirurgica

APPROCCIO TERAPEUTICO DA MODULARE SUL QUADRO CLINICO
E STRUMENTALE

GRANDISSIMA VARIETÀ DI SITUAZIONI

Diapositiva
19

Classificazione dell'Ileo Paralitico

*dal punto di vista fisiopatologico vengono distinte 3 varietà di ILEO
PARALITICO*

- *varietà spastica che é caratterizzata da un'iperattività incoordinata della muscolatura intestinale, quale quella che si osserva in certi tipi di avvelenamenti (da metalli pesanti) o in caso di uremia, e che riconosce come terapia quella della condizione di base*
- *varietà associata ad occlusione vascolare (si osserva nell'occlusione meccanica con strangolamento o nell'infarto intestinale)*
- *varietà paralitica o dinamica propriamente detta*

Diapositiva
20

Cause di Ileo Paralitico

- *cause intraperitoneali*
 - peritonite diffusa o circoscritta
 - emoperitoneo, coleperitoneo, uroperitoneo
 - traumi dell'addome o ferite penetranti in cavità
 - laparotomie
 - ischemia intestinale
- *cause retroperitoneali*
 - pancreatiti
 - coliche renali (talvolta anche biliari), torsione di funicolo o di cisti ovarica
 - spandimento ematico retroperitoneale (rottura di aneurisma aortico o fratture di bacino)
 - lesioni del midollo spinale o traumi spinali in genere

Sia le cause peritoneali che quelle retroperitoneali causano ileo paralitico attraverso un comune meccanismo di inibizione riflessa

Diapositiva
21

Cause di Ileo Paralitico





- *cause extraddominali*
 - polmoniti basali o pleuriti
 - infarto del miocardio
 - traumi del torace o ferite toraciche
 - ictus cerebrale
 - interventi neurochirurgici
- *cause sistemiche*
 - squilibri elettrolitici (ipokaliemia, ipomagnesemia)
 - squilibri metabolici (diabete, uremia, alcalosi)
 - utilizzazione di farmaci (anticolinergici, narcotici, ganglioplegici)

Diapositiva
22

Ileo Post-Operatorio

condizione parafisiologica che si presenta di regola dopo qualunque manovra chirurgica sull'addome

DURATA DELL'ILEO

STOMACO		48 ORE
INTESTINO TENUE		24 ORE
COLON		72 - 120 ORE
CLINICA		ALVO CHIUSO A FECI E GAS BORBORIGMI ASSENTI

Diapositiva
23

Ileo Post-Operatorio

RISOLUZIONE DELL'ILEO

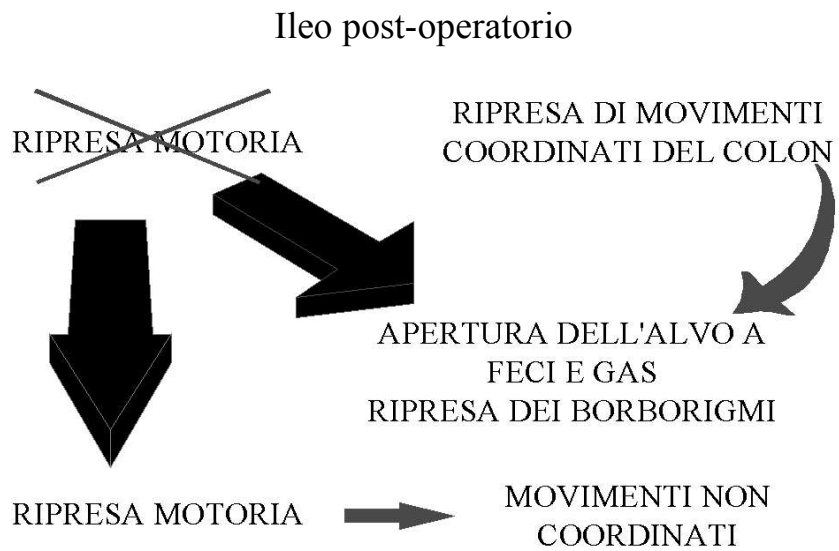
CLINICA		APERTURA DELL'ALVO A FECI E GAS RIPRESA DEI BORBORIGMI
---------	---	--

Diapositiva
24

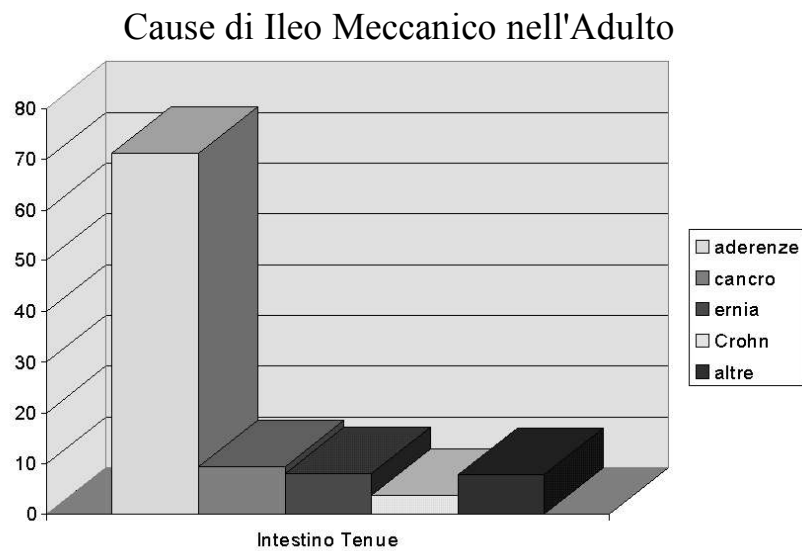
Ileo post-operatorio
RIPRESA DELL'ATTIVITÀ MOTORIA

STOMACO ANTRO		2 ORE
INTESTINO TENUE		7 ORE
COLON DESTRO		48 ORE
COLON SINISTRO		72 ORE

Diapositiva
25

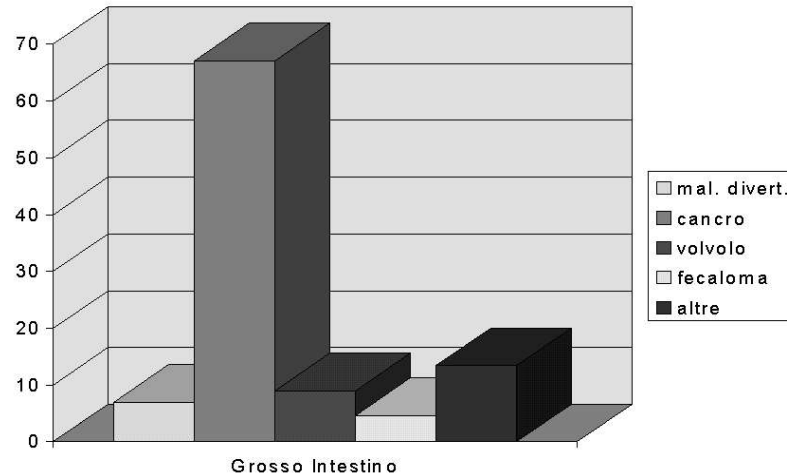


Diapositiva
26



Diapositiva
27

Cause di Ileo Meccanico nell'Adulto



Diapositiva
28

Pseudostruzione Intestinale

- *presenza di un tratto di tubo digerente aperistaltico, che provoca, a monte, l'arresto del contenuto intestinale*
- *deriva, in genere, da una lesione miogena o neurogena, a carattere cronico; é compatibile con la vita solo quando la lesione é di tipo cronico ricorrente e, comunque, incompleta*
- *le alterazioni miogene agiscono determinando una riduzione dell'attività motoria; le alterazioni neurogene agiscono determinando un'incoordinazione motoria*
- *la lesione può interessare tratti di varia lunghezza del digerente, ma in genere l'organo colpito é solo uno*

CRONICA PRIMITIVA

- *forme a carattere familiare*
 - miopatie viscerali
 - neuropatie viscerali
- *forme a carattere sporadico*
 - miopatie viscerali
 - neuropatie viscerali
 - indefinte
- *forme congenite*
 - agangliosi congenita intestinale (m. di Hirschprung)
 - sindrome megavesicica-microcolon-ipoperistalsi intestinale di Berdon

CRONICA SECONDARIA

- *malattie che coinvolgono la muscolatura liscia intestinale*
 - m. del collagene (sclerodermia, lupus)
 - distrofie muscolari
 - morbo celiaco
- *malattie del sist. nervoso*
 - -m. di Parkinson
- *malattie endocrine*
 - diabete, ipotiroidismo, ipoparatiroidismo, feocromocitoma
- *cause varie*
 - divert. del digiuno, psicosi, sindrome paraneoplastica, ass. di farmaci o veleni

Diapositiva
30

Sintomatologia

ILEO MECCANICO

- ◆ chiusura dell'alvo a feci e gas
- ◆ distensione addominale (diffusa o localizzata)
- ◆ dolore
- ◆ vomito

ILEO PARALITICO

- ◆ chiusura dell'alvo a feci e gas
- ◆ distensione addominale (diffusa a tutti i quadranti)
- ◆ dolore assente
- ◆ vomito assente

Diapositiva
31

Esame Obiettivo

- *ispezione*
- *palpazione*
- *percussione*
- *ascoltazione*
- *esplorazione rettale*

Diapositiva
32

Diagnosi

- *anamnesi*
- *esame obiettivo*
- *indagini radiologiche (diretta addome, clisma opaco)*

UN PRECEDENTE

ernia inguinale o crurale
coliche biliari
pregr. chirurgia addominale
recenti variazioni dell'alvo
ingestione di corpi estranei
stipsi cronica in anziano
fibrillazione atriale
coliche renali
traumi
pleuriti basali o polmoniti
assunzione di psicofarmaci

SUGGERISCE

strozzamento o intasamento
ileo biliare
aderenze postoperatorie
carcinoma del colon-retto
ostruz. da corpo estraneo
fecaloma
vasculopatia mesenterica
ileo paralitico
ileo paralitico
ileo paralitico
ileo paralitico