



Stomie intestinali: gestione del paziente

Che cos'è una stomia intestinale?	2
Come va assistito il paziente?	5
In che cosa consiste lo "stoma care"?	11
Come si può vivere con la stomia?	17
Quali sono le complicanze?	19

1. Che cos'è una stomia intestinale?

Punti chiave

- Definizione
- Tipi di stomie

In sintesi

Per stomia intestinale si intende un'apertura sulla parete dell'addome alla quale viene collegato chirurgicamente un tratto di intestino. In funzione della durata si distinguono le stomie temporanee (con funzione protettiva) e le stomie definitive. Infine le stomie sono classificate in terminali e in laterali a doppia canna (o a canna di fucile) in funzione del tipo di confezionamento.

Per stomia intestinale (termine che deriva dal greco e significa bocca o apertura) si intende un'apertura sulla parete dell'addome alla quale viene collegato chirurgicamente un tratto di intestino. L'apertura consente la fuoriuscita del materiale organico intestinale, ma non avendo terminazioni nervose né muscoli, non può essere controllata volontariamente dal paziente.

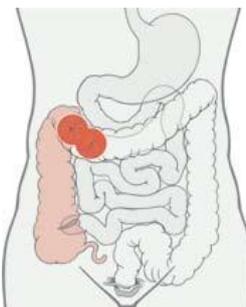
Le stomie possono essere eseguite a qualunque età, anche nei pazienti pediatrici (anche neonati) e negli anziani. Sono classificate in funzione della sede anatomica (vedi [tabella 1](#) e [figura 1](#)), della durata e della tecnica di confezionamento utilizzata.¹⁻⁴

Tabella 1. Tipi di stomie in funzione della sede anatomica

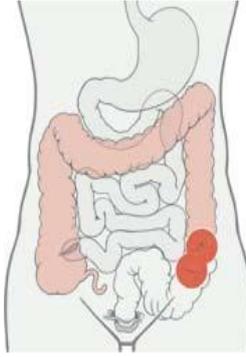
Stomia	Sede	Caratteristiche
ileostomia	collegamento tra intestino tenue (ileo) e parete addominale (quadrante addominale inferiore destro)	nelle prime 24 ore dopo l'intervento il paziente può eliminare fino a 2 litri di sostanza liquida; una volta stabilizzata, vengono eliminati circa 500 ml di sostanza poltacea a pH neutro
ciecostomia	collegamento tra cieco e parete addominale (quadrante inferiore destro)	consente la derivazione parziale del materiale fecale e decomprime le anse; il materiale emesso è liquido
trasversostomia	collegamento tra colon trasverso e parete addominale (quadrante inferiore sinistro)	le feci sono inizialmente poltacee poi più formate e sono meno "aggressive" rispetto al materiale che fuoriesce dalle ileostomie e dalle colostomie del colon ascendente, ma sono in genere liquide e ancora ricche di enzimi; le scariche non sono regolari
sigmoidostomia	collegamento tra sigma e parete addominale (quadrante inferiore sinistro)	generalmente la sigmoidostomia viene abboccata in fossa iliaca sinistra; la frequenza di scariche è bassa e le feci sono quasi formate; le perdite elettrolitiche sono minime; le scariche sono inizialmente irregolari, poi si regolarizzano (una o 2 volte al giorno)

Nota: Più in basso è la stomia, più il materiale fecale emesso è formato

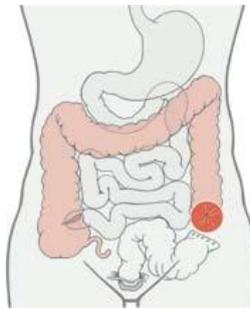
Figura 1. Esempio di colostomia trasversa



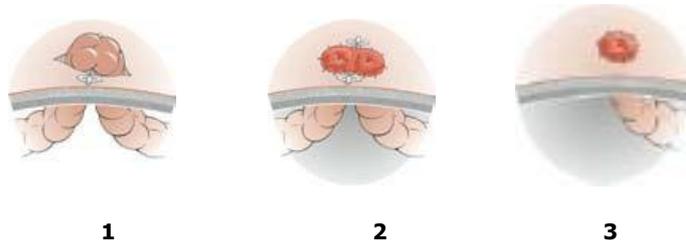
In funzione della durata si distinguono in stomie temporanee e stomie definitive. Le prime hanno una funzione di protezione: la canalizzazione dell'intestino viene ripristinata dopo un periodo di tempo variabile da alcune settimane fino a mesi e anni, in funzione delle terapie e della risoluzione del problema ([figura 2](#)).⁴

Figura 2. Esempio di sigmoidostomia temporanea

Quando la stomia è permanente il tratto di intestino che segue la stomia è asportato completamente oppure viene del tutto escluso e in maniera definitiva dal transito delle feci. La stomia diventa quindi l'unica via per l'eliminazione delle feci ([figura 3](#)).⁴

Figura 3. Esempio di sigmoidostomia definitiva

In funzione del tipo di confezionamento infine le stomie sono classificate in terminali e in laterali a doppia canna (o a canna di fucile). Le stomie terminali prevedono l'abboccamento dell'ansa alla parete addominale, in genere sono definitive e permettono un'esclusione totale al transito di materiale organico della parte di viscere a valle. Nelle stomie laterali a doppia canna l'ansa intestinale viene portata all'esterno, la si tiene sollevata in superficie con una barretta (*baguette*) che viene rimossa dopo circa 8 giorni. L'ansa viene aperta ([figura 4](#)) formando 2 aperture: una consente di eliminare il materiale fecale (ansa afferente), l'altra corrisponde al segmento di intestino che è stato messo a riposo (ansa efferente). In questo tipo di stomia sia il moncone afferente sia l'efferente vengono abboccati alla cute mentre le pareti posteriori delle anse interessate vengono fissate insieme per tenere le 2 anse parallele e fisse. Le stomie laterali a doppia canna possono essere definitive o temporanee.⁴

Figura 4. Esempio di colostomia con confezionamento laterale a doppia canna

- 1) l'ansa del colon viene portata sull'addome e la si tiene sollevata in superficie con una barretta
- 2) dopo circa 8 giorni viene tolta la barretta e l'ansa viene aperta: ci sono 2 aperture da una viene eliminato il materiale fecale, l'altra corrisponde al segmento di intestino che è stato messo a riposo
- 3) se la stomia è permanente, l'ansa viene suturata direttamente alla parete addominale (stomia terminale).

Quando è necessario ricorrere a una stomia?

Una stomia può essere confezionata:

- a scopo palliativo, per esempio in caso di tumori inoperabili che impediscono il transito delle feci nell'intestino;
- per necessità, in caso di patologie come la colite ulcerosa, o di interventi nei quali è necessario asportare la parte finale di intestino (per esempio un infarto intestinale, tumori del retto o dell'ano);
- a scopo di protezione perché esclude il tratto di intestino a valle della stomia favorendone così la guarigione e la cicatrizzazione (per esempio dopo interventi sul colon).

Le principali condizioni cliniche nelle quali in condizioni particolari si ricorre al confezionamento chirurgico di una stomia sono:³

- rettocolite ulcerosa;
- morbo di Crohn;
- traumi addominali;
- tumori maligni del colon-retto;
- diverticolite;
- infarto intestinale;
- occlusione intestinale;
- megacolon e megacolon tossico;
- carcinosi peritoneale;
- incontinenza fecale grave.

Bibliografia

1. Saracco C. Clinica infermieristica in stomaterapia. Dalle evidenze agli strumenti operativi. Hollister 2007.
2. Chiara K, Fent Y, et al. La colostomia. Una guida della lega contro il cancro per malati e familiari. Lega contro il cancro, Svizzera 2003.
3. Franchello A, Olivero G. Tumori maligni del colon-retto. In: Chirurgia. Edizioni Minerva Medica 1996.
4. [Gutman N. Colostomy guide. United Ostomy Association of America 2011.](#)

2. Come va assistito il paziente?

Punti chiave

- Preparazione all'intervento
- Scelta della sede della stomia
- Scelta del presidio

In sintesi

Il paziente va assistito da un punto di vista sia fisico sia psicologico. In particolare la fase pre operatoria è molto importante per aiutare il soggetto ad accettare la stomia. Si raccomanda nel periodo pre operatorio di stabilire una relazione efficace con il paziente per fornirgli un adeguato sostegno psicologico. Prima dell'intervento occorre inoltre coinvolgere il paziente nella scelta della sede della stomia. La sede oltre a essere distante da creste ossee, pliche cutanee e cicatrici deve essere in una posizione comoda. Infine la scelta di un presidio deve essere dettata dalle richieste e dalle esigenze della persona, considerando che un presidio di raccolta deve: avere una perfetta tenuta *in situ*; garantire la protezione cutanea dal contatto con il materiale che viene dall'intestino; poter essere sostituito e posizionato facilmente; permettere il controllo degli odori; essere sottile e poco visibile.

Si ricorda che questo dossier si occupa soltanto della gestione delle stomie intestinali nel periodo perioperatorio.

Preparazione all'intervento

La condizione di stomizzato modifica le abitudini di vita soprattutto nella prima fase dopo l'intervento. Per aiutare il soggetto ad accettare la stomia da un punto di vista psicologico e favorire un più rapido adattamento fisico bisognerebbe iniziare la riabilitazione già prima dell'intervento chirurgico. L'assistenza preoperatoria deve quindi fornire sostegno psicologico e deve informare il soggetto sul tipo di intervento e su che cosa si deve aspettare dopo. L'attività di *counselling* pre operatorio deve avere l'obiettivo di ridurre l'ansia e di instaurare un rapporto di fiducia con il paziente. Le prove dimostrano infatti che la relazione terapeutica tra infermieri e pazienti è importante per un'assistenza soddisfacente nella fase post chirurgica, per l'adattamento a lungo termine alla stomia e per imparare le abilità necessarie all'autogestione della stomia.¹⁻⁴

L'intervento chirurgico va pianificato: si è visto infatti che i pazienti ben informati si sentono più coinvolti e motivati a guarire e gestire la stomia rispetto a chi è stato poco informato perché operato in urgenza. I pazienti che non sono stati ben informati vivono la stomia come una violazione del proprio corpo.

Ogni soggetto è diverso, quindi occorre raccogliere informazioni con un'anamnesi accurata sullo stile di vita, le esigenze e le abitudini (per esempio sport o attività lavorativa).

Gli obiettivi della preparazione pre operatoria sono:⁵

- scegliere insieme al paziente la sede più adatta per la stomia (disegno pre operatorio);
- prevenire le complicanze da mal posizionamento;
- favorire il mantenimento del presidio *in situ*;
- preparare psicologicamente il paziente;
- favorire la gestione autonoma.

La preparazione all'intervento prevede anche la preparazione intestinale e la profilassi antibiotica.¹

Scelta della sede della stomia

La posizione dello stoma sull'addome dipende dal tipo di patologia e di intervento programmato. Se si deve eseguire una colostomia lo stoma viene posto nella fossa iliaca sinistra, più raramente il quadrante destro. In caso di ileostomia invece lo stoma viene posto nella fossa iliaca destra.

Le indicazioni sono sempre di massima poiché si deve cercare di posizionare lo stoma in modo che sia il più possibile funzionale: occorre quindi considerare la struttura fisica del soggetto (in particolare le dimensioni, la struttura muscolare, la struttura dell'addome e la presenza di ernia), le condizioni generali, l'età, la diagnosi, l'occupazione e le preferenze sulla scelta della sede e le valutazioni di tipo tecnico-chirurgico. In questa fase si deve coinvolgere il paziente, ascoltando le sue preoccupazioni.² In linea di massima in un giovane sportivo si cercherà di abbassare lo stoma; in un anziano con problemi di vista o con addome globulosi cercherà invece di posizionarlo più in alto per rendere più semplice il cambio del sacchetto.

Una buona sede deve:

- consentire una facile gestione della stomia;
- garantire la tenuta *in situ* del presidio;
- evitare le complicanze;
- ridurre i costi di gestione.

I contenuti di questo dossier si riferiscono sia all'ileostomia sia alla colostomia, salvo quando specificato diversamente.

Prima dell'intervento viene eseguito sull'addome del paziente un disegno per identificare la sede ideale della stomia. Il disegno può essere fatto dal medico o, più frequentemente dall'enterostomista, infermiere che affiancherà il paziente durante la riabilitazione, il ricovero e dopo le dimissioni.

Per fare il disegno occorre munirsi di una penna, un pennarello indelebile, una placca per la simulazione, garza e cotone umido per poterlo modificare.²

Il paziente viene messo supino, con l'addome scoperto, per poter meglio valutare la conformazione addominale. L'enterostomista rileva quindi i punti di repere che delimitano la superficie addominale (creste iliache, arcata costale, linea alba e linea vita).

Si segna con la penna un cerchio a metà tra la cresta iliaca e l'ombelico (a destra in caso di ileostomia, a sinistra in caso di colostomia).

Per ridurre il rischio di ernia parastomale, complicanza frequente nei soggetti stomizzati, occorre individuare il muscolo retto dell'addome facendo tossire il soggetto oppure facendogli sollevare contemporaneamente il capo e gli arti inferiori di circa 10 cm. Una corretta tecnica chirurgica, infatti, non può prescindere dal passaggio dello stoma attraverso i fasci del muscolo retto dell'addome.⁶

Per valutare che la posizione sia corretta occorre verificare che il cerchio disegnato sia sempre visibile, sia sempre su una superficie piana e che la posizione scelta sia comoda per il paziente. A tal fine si chiede al soggetto di cambiare posizione (seduto, piegato, prono e supino) e di indicare con un dito l'area disegnata. Il cerchio deve essere lontano almeno 3 cm da pliche e cicatrici.⁶

Sull'area disegnata viene poi applicata la placca e, per verificare che non dia fastidio e rimanga adesa allacute, si fanno assumere nuovamente al paziente diverse posizioni. A questo punto si esegue il disegno definitivo con un pennarello indelebile, segnando la superficie interna del foro della placca.

Una placca posizionata correttamente è lontana dal margine costale, dall'ombelico, da cicatrici e pliche adipose, dalla linea della vita, dall'incisione mediana e dalla cresta iliaca.

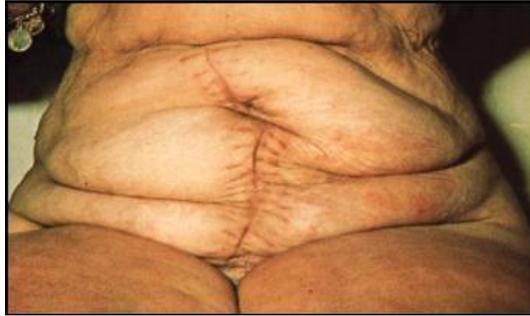
Il disegno pre operatorio consente di ridurre i problemi nel periodo post operatorio (malposizionamento, difficoltà di gestione, scarsa aderenza della sacca). Se si esamina il paziente solo in posizione supina può accadere quanto mostrato nelle figure 5, 6 e 7 che riportano la situazione di un paziente stomizzato.

Come si può vedere dalla [figura 5](#) quando il paziente è in posizione supina l'addome è disteso e le pliche cutanee non ostacolano la tenuta della placca.⁶

Figura 5. Paziente con stomia in posizione distesa



Quando però il paziente è in piedi ([figura 6](#)) o seduto ([figura 7](#)) la placca può essere scalzata dalla plica cutanea, favorendo infiltrazioni di feci con la macerazione della cute.

Figura 6. Paziente con stomia in posizione eretta**Figura 7. Paziente con stomia in posizione seduta**

Il mal posizionamento è una delle complicanze più frequenti e soprattutto è causa di alterazioni cutanee gravi in caso di stomie definitive.

Scelta del presidio

I sistemi di raccolta sono fondamentali per far riacquistare al paziente l'autonomia, la sicurezza, la serenità e farlo ritornare alla vita sociale. I presidi usati durante il ricovero (nelle prime 48 ore) sono diversi da quelli che vengono usati a domicilio.

Un buon presidio di raccolta deve:

- avere una perfetta tenuta *in situ*;
- garantire la protezione cutanea dal contatto con il materiale che viene dall'intestino;
- poter essere sostituito e posizionato facilmente;
- permettere il controllo degli odori (sfruttando i filtri presenti);
- avere un basso profilo (essere sottile e poco visibile) per permettere di indossare ogni tipo di abbigliamento e permettere ogni tipo di movimento.

La scelta di un presidio è dettata dalle richieste e dalle esigenze della persona, dal tipo di stomia (colon o ileo), dal confezionamento, dal posizionamento e viene fatta in collaborazione con l'infermiere o con l'enterostomista.

I presidi si dividono in 2 grosse famiglie: i presidi monopezzo nei quali la sacca e la superficie adesiva (placca) sono unite e non sono separabili, e i presidi a 2 pezzi, costituiti da una placca per proteggere la pelle, che può essere piatta o convessa, e da un anello di fissaggio con sacca rimovibile.⁷

Le placche sono costituite da una amalgama di zuccheri naturali (carbosimetilcellulosa sodica, peptina e idrocolloidi, colle naturali eccetera) per ridurre il rischio di allergie da contatto. La presenza di eritema locale (per esempio da contatto con materiale fecale) non è una controindicazione all'applicazione della placca.

I filtri, di cui tutte le sacche sono provviste, sono invece costituiti da carbone attivo che trattiene gli odori e lascia uscire i gas. Sono ricoperti da un sottile foglio plastificato, isolato dalla sacca in modo da non essere bagnato dai materiali provenienti dall'intestino. Se il filtro si bagna non funziona più e si deve sostituire la sacca.^{8,9}

I presidi monopezzo sono costituiti da placca e sacca termosaldati. La sacca può essere con il fondo chiuso o aperto, o con il rubinetto per le urostomie ([figura 8](#)). Le sacche a fondo chiuso sono usate per le colostomie ([figura 9](#)), mentre le sacche a fondo aperto per le ileostomie ([figura 10](#)).

Figura 8. Sacca monopezzo con rubinetto per le urostomie



Figura 9. Sacca a fondo chiuso per colostomia



Figura 10. Presidio a 2 pezzi per ileostomia con fondo aperto



Le sacche monopezzo a fondo aperto permettono di svuotare più volte il contenuto senza rimuovere il presidio, sono molto sottili, ben adattabili all'addome anche in presenza di piccole pliche e vengono scelte prevalentemente dalle persone giovani. Sono sostituite una o 2 volte al giorno.^{8,9}

I presidi a 2 pezzi sono costituiti da una placca con un anello di fissaggio per il sacchetto. Il sistema di fissaggio cambia secondo l'azienda produttrice. Può essere ad aggancio, a pressione, a incastro o adesivo. I tempi di cambio variano in base al tipo di stomia, il cambio va effettuato in genere ogni 3-5 giorni o quando le feci si infiltrano sotto la placca di protezione.⁹ Questo tipo di presidio viene preferito dalle persone anziane, da chi ha problemi cutanei perché si evita di esercitare una trazione sulla cute durante la sostituzione e dalle persone in cui la sostituzione della placca adesiva è fastidiosa o dolorosa.

Le placche convesse, per la loro forma caratteristica a imbuto o scodella, sono scelte nelle stomie retratte, infossate o in caso di avvallamenti sulla superficie della cute. Sono placche rigide e ingombranti, ma risolvono molte situazioni, vi si possono adattare sacche sia a fondo chiuso sia a fondo aperto.¹⁰

Ci sono anche sistemi molto piatti che non si avvertono nemmeno in caso di contatto fisico (per esempio ballando). Queste sacche, più piccole di quelle comuni, vanno svuotate più spesso.⁹

In commercio ci sono prodotti per migliorare la tenuta dei presidi. Per esempio quando la cute è arrossata, o in caso di avvallamenti intorno alla stomia, si può applicare una pasta protettiva (a base di idrocolloidi) per livellare la cute e far aderire la placca su una superficie piana, evitando così che il materiale fecale si infiltri al di sotto della placca, provocando fastidiose e talvolta gravi irritazioni.

Esistono i copristoma che servono a tenere coperta la stomia quando è senza sacca e si utilizzano quando i pazienti hanno acquisito il controllo regolare delle feci ed evacuano a orari o in giornate stabilite.

Se la cute è arrossata o presenta segni di macerazione si raccomanda di controllare come il paziente esegue la cura della stomia e in particolare come cambia la sacca per verificare se la procedura sia corretta.¹¹

Presidi ospedalieri

Il presidio di raccolta usato nell'immediato periodo post operatorio e nelle 48 ore successive ha caratteristiche specifiche.

E' meglio infatti utilizzare un sistema a 2 pezzi con placca e sacca trasparente senza filtro, rubinetto o apertura sul fondo, con oblò sul sacchetto o sacca con aggancio atraumatico (figura 11).

Figura 11. Sacca trasparente con flangia e rubinetto



La sacca trasparente permette di ispezionare lo stato della stomia senza dover rimuovere la sacca.

L'assenza del filtro permette di controllare l'eventuale canalizzazione ai gas perché la sacca, quando vengono emessi i gas, si gonfia.

La sacca con rubinetto o apertura permette lo svuotamento di materiali che provengono dall'intestino senza rimuovere e riposizionare il presidio, manovre che possono essere dolorose per la recente ferita. Il rubinetto si può collegare a una sacca da urine (soprattutto di notte) dato che nei primi giorni il materiale emesso è molto liquido; l'oblò infine consente di pulire lo stoma senza togliere la sacca.

La prima sostituzione del presidio va effettuata dopo 48 ore dall'intervento.

Se la cute è integra, la giunzione muco-cutanea non ha alterazioni (punti di sutura tra mucosa e cute), la mucosa è rosea e non è edematosa si può iniziare l'educazione del paziente alla gestione della stomia (*stoma care*) sostituendo il presidio con un sistema tradizionale a 2 pezzi a fondo aperto per comodità di svuotamento sia per l'operatore sia per il paziente.

Bibliografia

1. [Bottalico V. La figura dello stomaterapista durante il percorso del paziente stomizzato. Associazione italiana stomizzati 2014;2:17-8.](#)
2. [Wound, Ostomy and Continence Nurses Society \(WOCN\). Position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing colostomy or ileostomy surgery. WOCN Society, 2014](#)
3. [Millan M, Tegido M, et al. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. Colorectal Dis 2010;12:e88-e92.](#)
4. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians. WOCN Society, 2010.
5. Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia. Manuale pratico dello stomaterapista. San Lazzaro di Savena, 1996.
6. [Mensi L. Il disegno preoperatorio in un paziente candidato al confezionamento di una stomia. Notiziario di informazione della Società italiana unitaria di conlonproctologia 2009;3:7-8.](#)
7. [Gutman N. Colostomy guide. United Ostomy Association of America, 2011.](#)

8. [American Cancer Society. Colostomy: a guide. American Cancer Society, 2014.](#)
9. Chiara K, Fent Y, et al. La colostomia. Una guida della lega contro il cancro per malati e familiari. Lega contro il cancro Svizzera 2011;3.
10. Alvey B, Beck D. Peristomal dermatology. Clin Colon Rectal Surg 2008;21:41-4.
11. Association of Stoma Care Nurses UK. ASCN Stoma care: national clinical guidelines. Association of stoma care nurses UK 2016.

3. In che cosa consiste lo “stoma care”?

Punti chiave

- Obiettivi dello “stoma care”
- Sostituzione della sacca
- Irrigazione
- Dieta
- Consigli per il paziente

In sintesi

Per “*stoma care*” si intendono tutte le procedure messe in atto per prevenire le complicanze e favorire la riabilitazione nel periodo post operatorio. Tra le procedure dello “*stoma care*” ci sono la sostituzione della sacca e l’irrigazione. La sacca va sostituita dopo 48-72 ore dall’intervento, l’intervallo di tempo per la sostituzione varia in relazione al tipo di stomia (ileo o colostomia), al tipo di presidio utilizzato e alla quantità di feci eliminate. L’irrigazione favorisce l’evacuazione della feci, introducendo acqua potabile nella stomia (lavaggio colico). Questa manovra riesce a garantire la continenza per 48-72 ore. Per quanto riguarda la dieta chi ha una colostomia o un’ileostomia, può alimentarsi con una dieta varia. Generalmente si consiglia di consumare gli alimenti ben tollerati prima dell’intervento ed evitare quelli che provocano un’alterazione dell’alvo o potrebbero causare meteorismo o l’emissione di gas e l’odore cattivo delle feci.

Per garantire la protezione della stomia, prevenire le complicanze e attivare la riabilitazione nel periodo post operatorio sono previste alcune procedure che rientrano nel processo di cura definito “*stoma care*” (igiene della stomia, utilizzo di accessori e di presidi).

Gli obiettivi assistenziali specifici sono:

- mantenere l’integrità della cute peristomale;
- favorire e mantenere la permanenza *in situ* del presidio;
- favorire l’autonomia della persona nella gestione della stomia;
- promuovere benessere e sicurezza.

Questi obiettivi sono perseguibili già nell’immediato periodo post operatorio (24-48 ore), nel quale si iniziano ad attuare manovre di buona prassi come:

- utilizzare la placca a protezione totale (che garantisce la protezione su tutta la superficie di appoggio) e la sacca trasparente a fondo aperto anche in sala operatoria per poter rimuovere il materiale organico senza scollegare la sacca e quindi traumatizzare l’area. La sacca trasparente consente di controllare la mucosa stomale;
- effettuare la prima sostituzione del presidio dopo 48 ore;
- detergere la stomia e la cute peristomale con acqua tiepida e sapone senza utilizzare sostanze irritanti e lesive per i tessuti (etere, alcol, disinfettanti);
- coinvolgere precocemente il soggetto e chi assiste allo “*stoma care*”.

Se è stato rimosso il retto o l’ano, il paziente avrà una ferita che va trattata come una normale ferita chirurgica, tenendola coperta con garze e controllando le perdite o l’eventuale drenaggio di sostanze organiche.¹

L’assistenza nel periodo post operatorio è finalizzata a educare il paziente alla gestione della stomia mediante la collaborazione di più professionisti sanitari (infermieri, medici ed enterostomisti).

In particolare l’infermiere deve identificare i problemi che possono compromettere l’autonomia del soggetto, valutare le capacità della persona e di chi l’assiste nel prevenire o nel gestire un eventuale problema, pianificare l’intervento educativo per raggiungere o integrare le capacità richieste e valutare i risultati. Per un’educazione efficace è necessario dedicare del tempo (e pianificarlo), evitare i messaggi contraddittori e considerare la vulnerabilità psico-emotiva della persona che ha subito il confezionamento di una stomia. Ogni attività va calibrata sulle caratteristiche della persona, valutando conoscenze e convinzioni (per esempio i pazienti hanno paura che la sacca si stacchi, che si sentano gli odori, che faccia male, eccetera). Si deve procedere gradualmente dalle attività semplici a quelle più complesse comunicando “la possibilità di sbagliare” come parte integrante del percorso; è utile consegnare un opuscolo informativo di supporto all’apprendimento.

Dopo l’intervento educativo la persona dovrà essere in grado di:

- preparare e utilizzare il materiale;
- eseguire correttamente l'igiene della stomia e della cute peristomiale;
- sostituire correttamente (nei modi e nei tempi) il presidio.

L'educazione del paziente alla cura della stomia non si esaurisce con la dimissione dal reparto, ma deve proseguire a domicilio, indicando al paziente ambulatori per la cura delle stomie e/o il servizio di assistenza domiciliare integrata e promuovere la collaborazione di chi lo assiste nella gestione della stomia. Il tempo necessario per l'addestramento non è quantificabile poiché dipende da più variabili come la capacità del paziente, la collaborazione dei vari professionisti sanitari coinvolti, la disponibilità di chi dovrà prestare l'assistenza eccetera.

Sostituzione della sacca²

La sacca di raccolta viene posizionata già in sala operatoria e in genere viene sostituita 48-72 ore dopo l'intervento. L'intervallo di tempo per la sostituzione della sacca può variare in relazione al tipo di stomia (ileo o colostomia), al tipo di presidio utilizzato e alla quantità delle feci eliminate; infatti sia per l'ileostomia sia per la colostomia le feci, nei primi giorni dopo l'intervento, sono liquide e il materiale eliminato può arrivare fino a 2.000 ml nelle 24 ore per un'ileostomia (400-500 ml una volta stabilizzata) e tra 350 e 400 ml nelle 24 ore per le colostomie (250-300 ml una volta stabilizzata). La quantità eliminata si regolarizza nelle colostomie entro le prime settimane e nelle ileostomie entro il primo mese. Anche le condizioni della cute peristomiale, la sudorazione ed episodi di dissenteria influiscono sul tempo di sostituzione della sacca.

In genere la placca non dovrebbe essere sostituita più di una volta al giorno e non meno di una volta ogni 3-4 giorni. Per sostituire la sacca e la placca anche nei primi giorni dopo l'intervento si usano materiali e tecniche pulite.

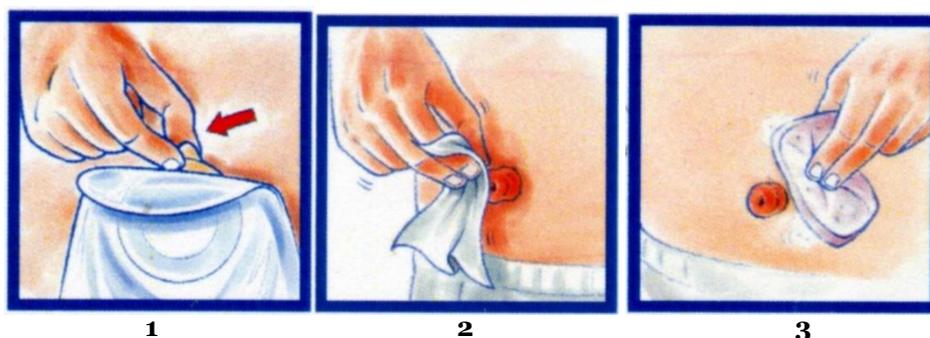
Procedura

Rimozione del presidio

La rimozione del presidio è semplice, bisogna ([figura 12](#)):

- rimuovere il presidio dall'alto verso il basso, delicatamente, tendendo e umidificando la pelle per evitare traumatismi. Se per staccare più facilmente la placca si usano solventi, si devono evitare quelli contenenti alcol perché irritanti e astringenti, ma vanno usati quelli a base oleosa (che però possono ostacolare la tenuta della sacca) o di silicone;²
- rimuovere le feci con un panno carta;
- detergere la stomia e la cute peristomiale con acqua tiepida e sapone senza utilizzare sostanze irritanti e lesive per la cute e asciugare la stomia tamponando. Durante la pulizia dello stoma si può verificare un lieve sanguinamento per microlesioni della mucosa, provocate dalla manovra. Eventuali arrossamenti o ulcerazioni, a meno che siano dovute ad allergia al materiale della placca, non sono una controindicazione all'applicazione del presidio.

Figura 12. Rimozione del presidio e pulizia della cute peristomiale



- 1) rimuovere il dispositivo iniziando la manovra dal bordo superiore
- 2) effettuare una prima pulizia con un panno carta morbido
- 3) lavare la cute attorno alla stomia con acqua corrente e sapone

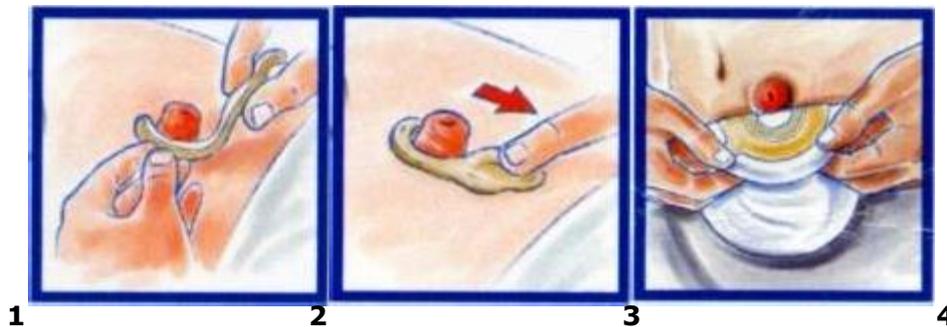
Protezione della cute peristomale^{2,3}

Dopo aver deterso la stomia occorre (figura 13):

- verificare che il foro della placca sia delle stesse dimensioni della stomia perché se è più grande favorisce il contatto delle feci con la cute, se più piccolo può provocare edema stomale;
- proteggere la cute peristomale, su indicazione del terapista, mediante l'applicazione di una pasta barriera che va modellata con le dita bagnate e lasciata asciugare per circa 30 secondi;
- fare aderire bene la placca alla cute, senza formare grinze. Se il paziente ha un addome villosa va eseguita la tricotomia per migliorare l'aderenza della placca e ridurre l'insorgenza di microlesioni cutanee quando la si rimuove.

La cute peristomale è estremamente sensibile e non sempre gli interventi standard di protezione sono sufficienti per evitare irritazioni, quindi vanno applicati prodotti a base di glicogel, pectine o preparazioni fitoterapiche. Secondo una revisione recente però anche l'applicazione di questi prodotti non ridurrebbe il rischio di irritazioni.⁴

Figura 13. Gestione della cute peristomale



- 1) per prevenire disidratazione e arrossamenti, distribuire un velo di crema barriera e attendere che si sia assorbita
- 2) applicare un pezzetto di pasta sulla pelle
- 3) modellare la pasta stendendola dall'interno verso l'esterno
- 4) procedere all'applicazione di un nuovo sistema di raccolta

*le immagini sono state gentilmente concesse dall'Associazione italiana operatori sanitari di stomaterapia (AIOSS)

Irrigazione

L'irrigazione è una tecnica che favorisce l'evacuazione della feci, con acqua potabile introdotta nella stomia (lavaggio colico). Questa manovra riesce a garantire la continenza per 48-72 ore.^{4,6,7}

Nei soggetti con colostomia sinistra (colon discendente) l'irrigazione è particolarmente efficace, perché essendo le feci formate si riesce a garantire una continenza per 36-48 ore, si allungano i tempi del cambio della sacca di raccolta (una volta ogni 2 giorni invece che una o più volte al giorno) e si riducono le alterazioni cutanee. Questa tecnica viene eseguita anche in preparazione a esami diagnostici e interventi chirurgici.

Il controllo delle evacuazioni aumenta il *comfort* e il benessere del paziente e riduce i costi sanitari diminuendo il consumo di sacche di raccolta; anche se si potrebbe indossare solo il copristoma, dato che la stomia non ha sfintere, è preferibile indossare comunque una sacca per raccogliere eventuale materiale emesso.

La prima irrigazione deve essere eseguita circa 30 giorni dopo il confezionamento della stomia perché si deve aspettare che guarisca la giunzione muco-cutanea e che il paziente abbia preso confidenza con la stomia.^{4,6,7}

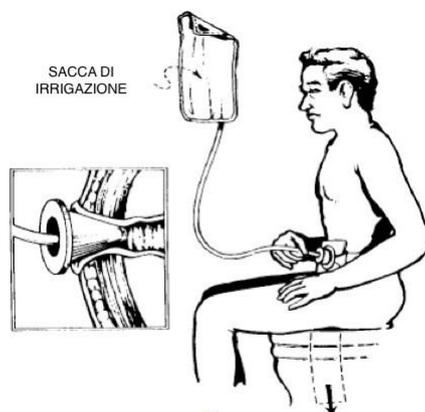
Nell'educare il paziente all'irrigazione è buona norma definire con lui i tempi, la posizione da assumere, il materiale occorrente e le modalità d'esecuzione. L'irrigazione deve essere eseguita a intervalli e orari regolari, scelti dal paziente in base alle sue abitudini prima dell'intervento (dopo l'evacuazione, prima o dopo i pasti, dopo aver bevuto una bevanda calda eccetera), in modo da favorire la regolarità della funzione intestinale. La posizione consigliata è quella seduta, ma può variare in base alle preferenze del soggetto e alle sue capacità. In soggetti con diverticolite, ernia addominale, morbo di Crohn, oppure insufficienze cardiovascolari e disturbi della sfera cognitiva l'irrigazione della stomia è controindicata.^{4,6,7}

Il paziente impara a eseguire da solo l'irrigazione che può essere suddivisa in più fasi (figura 14):

- riempire la sacca per l'irrigazione con circa 2.000 ml di acqua potabile a temperatura corporea (36-37°C);
- fissare la sacca a un gancio in modo che sia all'altezza della spalla del soggetto o leggermente sopra per permettere un flusso efficace (se troppo in alto il flusso veloce favorisce la comparsa di crampi);

- rimuovere la placca e gli eventuali residui di feci con un panno-carta pulito;
- aiutare il soggetto a rilassarsi facendolo sedere sul water accertandosi che sia in una posizione confortevole;
- controllare l'adesione della placca per evitare il distacco e le infiltrazioni, vista la quantità di acqua usata;
- posizionare l'estremità della sacca di scarico nel water;
- eseguire un'esplorazione digitale della stomia (con guanto e lubrificante) per localizzare la direzione dell'ansa intestinale e la pervietà;
- lubrificare il cono, se necessario, e inserirlo delicatamente nella stomia seguendo la direzione dell'intestino;
- fare defluire l'acqua all'interno della stomia mantenendo il cono inserito, questo stimola la peristalsi e non permette il reflusso delle feci (si consiglia di iniziare con 300-500 ml di acqua tiepida e di aumentare poi gradatamente);
- chiudere il morsetto del tubo collettore e aspettare 5 minuti prima di rimuovere il cono per evitare l'espulsione simultanea dell'acqua introdotta;
- chiudere il bordo superiore della sacca e far massaggiare al soggetto l'addome per favorire l'evacuazione delle feci;
- attendere 30 minuti circa fino alla fuoriuscita di muco dalla stomia, segno di fine evacuazione;
- riaprire la sacca per l'irrigazione e con l'acqua residua (1.200 ml circa) detergere la stomia e lavare la sacca di scarico;
- posizionare un presidio nuovo.^{4,6,7,8}

Figura 14 Procedura di irrigazione



L'irrigazione, compresa la preparazione del materiale, l'eliminazione delle feci e l'applicazione della nuova placca, dura 40 minuti circa.

Se il soggetto avverte un dolore crampiforme all'addome, si deve sospendere l'infusione fino alla regressione del sintomo senza rimuovere il cono dalla sua posizione per evitare la fuoriuscita dell'acqua e riprendere poi l'infusione a velocità inferiore.

Alcuni soggetti, soprattutto alla prima irrigazione, provano nausea. Anche in questo caso si sospende la procedura per qualche minuto e si chiede al soggetto di rilassarsi e fare alcuni esercizi di respirazione.⁸

Se l'irrigazione non produce gli effetti desiderati si può ripetere dopo 24 ore.^{4,6,7}

Dieta⁶

Quando una persona ha una stomia intestinale deve modulare la dieta. Il ripristino della normale funzionalità intestinale post intervento può durare dalle 4 alle 8 settimane. Educare il paziente stomizzato ad alimentarsi correttamente è importante per normalizzare la massa fecale, regolare le evacuazioni, controllare l'emissione dei gas ed evitare l'aumento del peso corporeo (un aumento eccessivo del pannicolo adiposo addominale può creare problemi di aderenza della placca e della sacca).

Chi ha una colostomia o un'ileostomia, può alimentarsi con una dieta varia. Generalmente si consiglia di consumare gli alimenti ben tollerati prima dell'intervento ed evitare quelli che provocano un'alterazione dell'alvo, o potrebbero causare meteorismo o flatulenza e l'odore cattivo delle feci. Il meteorismo addominale (eccessiva presenza di gas a livello gastrico e intestinale per i processi di fermentazione dei cibi o per ingestione di aria durante la masticazione) può produrre flatulenza. Va ricordato che digiunare non riduce la formazione di gas, anzi l'aumenta.

Nel box sottostante sono elencati gli alimenti da consumare e da evitare poiché possono provocare flatulenza o cattivo odore delle feci.

Alimenti sconsigliati e consigliati^{4,6}

Alimenti che provocano la formazione di gas

- Fagioli e lenticchie
- Vegetali (broccoli, verze, cavolfiori)
- Uova
- Meloni, cocomeri
- Peperoni
- Cipolle e porri
- Crauti
- Birra e bevande gasate
- Chewing gum
- Alcol
- Alcuni alimenti fritti (patatine fritte)

Alimenti che producono odori

- Piselli secchi, fagioli e lenticchie
- Pesce
- Aglio e cipolle
- Asparagi e rape
- Uova
- Alcune spezie
- Alcuni formaggi dal sapore forte (gorgonzola)
- Alcuni farmaci
- Alcune vitamine

Alimenti consigliati

Alimenti che aiutano a controllare odori e gas

- Prezzemolo fresco
- Yogurt
- Latte e derivati
- Tisana al finocchio

Consigli per il paziente⁶

Nelle 6-8 settimane successive all'intervento è sconsigliato assumere alimenti ricchi di fibre per evitare evacuazioni frequenti. I pazienti portatori di stomia devono fare almeno 5 piccoli pasti nell'arco della giornata: colazione, pranzo, cena e 2 spuntini.

Nelle persone con ileostomia (feci liquide) sono particolarmente indicati cibi che addensano le feci quali riso, patate, formaggi stagionati, mele crude e banane. Si consiglia di bere poco durante i pasti per non diluire troppo i cibi. E' consigliato bere 1,5 l d'acqua naturale fuori pasto poiché l'emissione di feci molto liquide determina la perdita di sali minerali che devono essere reintegrati con l'alimentazione (banane, pomodori, latte, patate e altri alimenti ricchi di potassio) o con integratori. Per ridurre il meteorismo addominale si può consigliare di mangiare lentamente, masticare bene, a bocca chiusa, evitare le bevande gassate e non masticare continuamente caramelle o chewing gum.⁴ Possono favorire l'ingestione di aria anche dentiere posizionate male, bere a canna o con la cannuccia e la sedentarietà postprandiale.

La flatulenza è comune nei giorni successivi all'intervento, se permane si può consigliare di assumere prodotti (per esempio tisane di finocchio, carbone vegetale, fermenti) che riducono l'emissione di gas. Per controllare gli odori, soprattutto nei soggetti con trasversostomia (feci semiformate), oltre a sconsigliare di mangiare alimenti che producono odore (vedi [box](#)) è importante segnalare l'esistenza in commercio di deodoranti per la sacca o filtri antiodore.

E' utile ricordare al paziente, per evitare che si spaventi, che alcuni alimenti possono modificare il colore delle feci (barbabietole, broccoli, asparagi e spinaci). In genere, la frutta fresca provoca feci liquide.

Per stimolare il transito intestinale e prevenire una dissenteria, valgono i consigli che si danno normalmente per la prevenzione di questi problemi.

Per la gestione della stitichezza è importante raccomandare di non assumere lassativi senza prima aver chiesto consiglio al proprio medico curante.⁴

Bibliografia

1. [Talucci C, Mottola A, et al. Nursing e riabilitazione nello stoma care. L'infermiere 2011;3.](#)
2. Saracco C. Clinica infermieristica in stomaterapia. Dalle evidenze agli strumenti operativi. Hollister 2007.
3. Chiara K, Fent Y, et al. La colostomia. Una guida della lega contro il cancro per malati e familiari. Lega contro il cancro, Svizzera 2003.
4. [Gutman N. Colostomy guide. United Ostomy Association of America, 2011.](#)
5. Tam K, Lai J, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing interventions for peristomal skin care. *Ostomy Wound Manage* 2014;60:26-33.
6. Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia. Manuale pratico dello stomaterapista. San Lazzaro di Savena, 1996.
7. Chiara K, Fent Y, et al. La colostomia. Una guida della lega contro il cancro per malati e familiari. Lega contro il cancro, Svizzera 2011;3.
8. Association of stoma care nurses UK. ASCN Stoma care: national clinical guidelines. Association of stoma care nurses UK, 2016.
9. Barp A, Brazzale R, et al. Le complicanze del complesso stomale. In: Gruppo di ricerca AIOSS (a cura di) Saracco C. Clinica infermieristica in stomaterapia. Dalle evidenze agli strumenti operativi. Hollister, 2007.

4. Come si può vivere con la stomia?

Punti chiave

- Tempo libero
- Lavoro
- Sessualità

In sintesi

Per aiutare il paziente a riacquistare fiducia in sé stesso va sottolineato che il soggetto stomizzato può svolgere una vita normale: può fare sport, lavorare e avere una vita sessuale soddisfacente. La stomia non impone limitazioni all'attività fisica oludica, salvo per sport di contatto e violenti come le arti marziali o il pugilato. L'attività sessuale di per sé non provoca problemi allo stoma né rischia di dislocare la placca o la sacca. In alcuni casi però l'intervento può creare problemi di erezione nell'uomo e di dispareunia nella donna.

Il sostegno da parte dell'infermiere e una formazione adeguata del paziente sulla gestione della stomia migliora la qualità della vita del soggetto stomizzato.^{1,2,3} E' importante intervenire affinché il soggetto eviti l'autoisolamento protettivo, condizione che non aiuta ad affrontare le difficoltà che la gestione della stomia comporta. L'infermiere e in generale l'intero gruppo interdisciplinare deve avvicinarsi al paziente ascoltandolo, fornendogli informazioni e consigli e rispondendo a eventuali domande già dalla fase pre operatoria.

L'adattamento alla nuova condizione può essere più facile in un contesto ambientale e familiare positivo, che garantisca e incentivi il soggetto a esprimere le proprie potenzialità.

Per aiutare il paziente a riacquistare fiducia in se stesso va sottolineato che il soggetto stomizzato può svolgere una vita normale: può fare sport, lavorare e avere una vita sessuale soddisfacente.

Grazie alle ridotte dimensioni dei dispositivi di raccolta in commercio non ci sono neppure particolari limitazioni nella scelta del vestiario: usando il copristoma o sacche di raccolta piccole è possibile indossare anche il costume da bagno.³

Tempo libero

La stomia non impone limitazioni all'attività fisica o ludica. Sono naturalmente sconsigliati gli sport che implicano una competizione violenta come le arti marziali o il pugilato, ma praticare nuoto, fare palestra, golf, equitazione o ciclismo non può che giovare all'organismo e all'umore del soggetto stomizzato. E' utile avere sempre con sé il materiale necessario per cambiare la sacca o la placca. L'acqua non danneggia la stomia, si possono fare tranquillamente sia il bagno sia la doccia. Nuotare senza sacca non è controindicato anche se in piscina, per motivi igienici, va indossata. Prima di nuotare è preferibile fare un pasto leggero.⁴

Lavoro

L'inserimento al lavoro di una persona stomizzata è regolamentato dalla [Legge n. 104 del 5 febbraio 1992](#) sul riconoscimento dell'invalidità che deve essere accertata da una commissione dell'ASL. Secondo questa legge il soggetto portatore di stomia può usufruire di 2 ore di permesso giornaliero retribuito ovvero di 3 giorni di permesso mensile. Il Decreto legislativo n. 626 del 19 settembre 1994 regola l'adeguatezza delle strutture lavorative rispetto alla presenza di barriere architettoniche che devono essere eliminate e la dotazione di misure igieniche per l'uso dei servizi sanitari. Il ritorno al lavoro fa parte di una ripresa delle abitudini di vita.

Sessualità

La stomia può dare problemi fisici e psicologici importanti che si ripercuotono anche nella relazione di coppia. Il confezionamento di una colostomia sinistra, demolitivo a livello della pelvi, può provocare disfunzione erettile nell'uomo e dolore durante il rapporto sessuale (dispareunia) nella donna. Il soggetto portatore di stomia può vergognarsi del proprio corpo e il partner non accettare la stomia. La capacità della coppia di affrontare questa situazione dipende dalla qualità del rapporto preesistente: più il rapporto è difficile e tanto più complesso è ricercare delle soluzioni. I soggetti che conservano la capacità di erezione possono avere problemi nei primi rapporti dopo l'intervento. Alcune tecniche chirurgiche (protesi peniene) e i farmaci possono aiutare a mantenere l'erezione. L'attività sessuale di per sé non provoca problemi allo stoma né rischia di dislocare la placca o la sacca. Un approccio multidisciplinare può aiutare a riprendere e mantenere le relazioni interpersonali e ridurre il più possibile le alterazioni sessuali. Nel periodo post operatorio è importante sollecitare il paziente a

parlare di questo aspetto per permettergli di esprimere il proprio disagio e di ricevere consigli o risposte. Si può per esempio consigliare l'uso di minisacche o di coprire la sacca con una garza fissata con un cerotto.^{4,5}

Prescrizione e associazioni

La fornitura di presidi, paste o polveri livellatrici e il materiale per l'irrigazione è gratuita e a carico del Servizio sanitario nazionale senza che sia necessario il certificato di invalidità. La prescrizione deve essere fatta da un chirurgo, accompagnata dalla descrizione dell'intervento e del tipo di stomia. Le associazioni di sostegno dei soggetti stomizzati forniscono indicazioni pratiche e organizzano corsi come per esempio la Federazione associazioni incontinenti e stomizzati (FAIS, <http://www.fais.info>) e l'Associazione italiana stomizzati (AI-STOM, <http://www.aistom.org>).

Bibliografia

1. [Registered Nurses' Association of Ontario. Ostomy care and management. Clinical Best Practice Guidelines, 2009.](#)
2. [Danielsen A, Burcharth J, et al. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. Colorectal Dis 2013;15:e276-83.](#)
3. Strong S. The difficult stoma: challenges and strategies. Clin Colon Rectal Surg 2016;29:152-9.
4. [Gutman N. Colostomy guide. United Ostomy Association of America, 2011.](#)
5. [Pezcoller C. Problemi sessuali negli stomizzati. Federazione associazione incontinenti e stomizzati, 2011.](#)

5. Quali sono le complicanze?

Punti chiave

- Complicanze precoci
- Complicanze tardive

In sintesi

Il rischio di complicanze in seguito a una stomia oscilla tra il 6 e il 59%. Si parla di complicanze precoci quando si verificano nei primi 30 giorni dall'intervento, tardive quando si manifestano dopo 30 giorni. Tra le complicanze precoci vanno segnalate: ischemia e necrosi, retrazione, edema, emorragia, suppurazione, distacco della stomia e complicanze cutanee. Tra le complicanze tardive vanno segnalate ernia parastomiale, stenosi, prolasso, fistola enterostomale, granuloma peristomale.

Nonostante l'evoluzione delle tecniche chirurgiche e dei presidi utilizzati, la percentuale di complicanze oscilla tra il 6 e il 59%.¹ Le complicanze sono frequenti soprattutto nei primi mesi dopo l'intervento chirurgico e possono compromettere l'autonomia del soggetto, prolungando i tempi della convalescenza e aumentando i costi sanitari.

Le complicanze sono definite in base alla loro insorgenza: precoci, se si verificano nei primi 30 giorni dopo l'intervento; tardive, se si manifestano dopo 30 giorni.²

Alcune complicanze classificate come precoci possono infatti insorgere tardivamente e viceversa. Le complicanze più frequenti sono l'ernia peristomale, la deiscenza mucocutanea, la necrosi, il prolasso, la retrazione e la stenosi.

Complicanze precoci

Ischemia e necrosi

Si verificano per apporto insufficiente di sangue arterioso alla stomia. Le cause possono dipendere da edema, embolia, tensione o stiramento dei mesenterici, ipotensione o ipovolemia, obesità, suture troppo strette o una stenosi dell'incisione parietale cutanea.

Valutazione: la stomia assume un aspetto pallido, fino a diventare necrotica, entro 5 giorni dall'intervento. La necrosi può interessare tutto lo stoma o solo alcune aree, e può essere superficiale o profonda. Si deve valutare il colorito della stomia ogni 8 ore per le prime 72 ore dopo l'intervento (va detto che il colorito bruno dello stoma può essere dovuto a una melanososi del colon da uso eccessivo di lassativi antrachinonici quali il cascara).³

Prevenzione: è importante monitorare l'edema, eventualmente allargare l'apertura della placca per evitare una costrizione dello stoma e trattare l'ipovolemia.

Trattamento: è importante che il paziente indossi una sacca trasparente, a due pezzi, per poter visualizzare meglio lo stoma; la placca va via via adattata alla perdita di tessuto necrotico e alla successiva contrazione dello stoma. Se la necrosi si estende oltre la fascia si deve intervenire chirurgicamente.³

Retrazione

Per retrazione si intende un abbassamento della stomia sotto il piano cutaneo: può interessare il solo stoma o anche la giunzione mucocutanea. È più frequente nei pazienti con ileostomia o morbo di Crohn, probabilmente perché i mesenterici sono ispessiti dall'edema, più rigidi e corti. Le cause possono dipendere da un'incisione parietale troppo ampia, da un'infezione, da una necrosi stomale, oppure da condizioni come malnutrizione, obesità, uso di immunosoppressori o steroidi, tensione a livello stomale (dovuta a formazione di aderenze o di tessuto cicatriziale in eccesso), fissaggio insufficiente dello stoma, stoma troppo corto, danni all'ansa e al mesenterico dovuti alla terapia radiante.

Valutazione: la profondità della retrazione può aumentare quando la persona è seduta o in posizione supina. Dato che la sacca non aderisce bene in queste condizioni, si deve valutare la cute peristomale per eventuali problemi provocati dal contatto con feci e urine.

Prevenzione: è importante evitare un aumento ponderale.

Trattamento: l'intervento principale consiste nella scelta della sacca e dei sistemi barriera per evitare il contatto della cute con feci e urine. Una separazione della cute dalla mucosa associata a retrazione dello stoma al di sotto della fascia è un'emergenza chirurgica.³

Edema

L'edema è causato dall'aumento della componente idrica dello stoma per l'uso non corretto dei presidi o all'apertura insufficiente della parete muscolo-cutanea che ostacola il deflusso linfatico.

Valutazione: l'infermiere deve controllare la placca perché il foro potrebbe essere troppo stretto rispetto al diametro dello stoma. Per una migliore valutazione dell'edema è consigliabile utilizzare un presidio a 2 pezzi.

Trattamento: si può applicare in prossimità dello stoma la borsa del ghiaccio per il suo effetto di vasocostrizione, evitando di appoggiarla sullo stoma che deve essere coperto con garze non sterili o un telo di cotone.⁴ Se il ghiaccio non è efficace si può valutare insieme al medico l'applicazione di una soluzione a base di destrosio o acqua e sale che per effetto osmotico dovrebbe ridurre l'edema.⁵

Emorragia

L'emorragia può essere intra e peristomale. Può essere causata da un deficit dell'emostasi, da microtraumi o da una gestione della stomia non corretta. Se l'emorragia è di lieve entità è consigliabile comprimere delicatamente la zona per pochi secondi; se l'emorragia è importante si può posizionare una borsa del ghiaccio o garze imbevute di acido tranexamico.⁴

Suppurazione

La suppurazione si verifica dopo una sutura muco-cutanea difettosa oppure per contaminazione intraoperatoria con materiale fecale. E' un'infezione purulenta del complesso stomale. L'infermiere interviene detergendo la zona, utilizzando la pasta riempitiva per proteggere la zona e permettere una corretta adesione del presidio e preferendo un presidio a 2 pezzi. Il chirurgo può intervenire eseguendo un drenaggio della raccolta.⁴

Ernia peristomale

L'ernia peristomale è la dislocazione di un'ansa intestinale per cedimento della parete addominale. Si verifica nel 50% dei pazienti entro un anno dal confezionamento della stomia e può essere associata a prolasso dello stoma. Le recidive sono frequenti. Le cause sono: un'incisione addominale troppo ampia, obesità, età avanzata, debolezza della muscolatura addominale, posizionamento dello stoma al di fuori del muscolo retto, circonferenza addominale >100 cm, infezione della ferita, tosse o vomito dopo l'intervento (aumento della pressione addominale), modalità di confezionamento dello stoma.

Valutazione: si può osservare un rigonfiamento intorno allo stoma (parziale o per tutta la circonferenza), le cui dimensioni si riducono quando la persona è supina e aumentano quando è in piedi, seduta o fa esercizio. La forma e le dimensioni dello stoma possono modificarsi. L'ernia è spesso asintomatica ma può anche provocare dolore. E' utile valutare dolore addominale, un'eventuale ostruzione, modifiche dell'alvo, difficoltà o problemi con la stomia/irrigazione non presenti prima, segni di ischemia. Mentre il paziente esegue la manovra di Valsalva si può eseguire un'esplorazione dello stoma per valutare problemi a livello della fascia e dell'ansa. E' importante valutare la cute perché in questa situazione non è possibile garantire l'aderenza della placca. Possibili complicanze sono l'incarcerazione dell'ansa, lo strangolamento o l'oclusione.

Prevenzione: il confezionamento della stomia a livello del muscolo retto riduce il rischio di ernia. E' importante che prima dell'intervento la persona cerchi di dimagrire, eviti di sollevare pesi superiori a 3 kg per 6-8 settimane dopo l'intervento; usi un sostegno addominale quando solleva pesi; si sostenga l'addome (mano, cuscini) quando tossisce, eviti di fare ginnastica addominale o sollevare pesi importanti per 3 mesi dopo l'intervento.

Trattamento: si deve modificare la sacca (e la placca) in modo da garantire la massima aderenza possibile, evitando l'uso di cerotti che possono provocare lacerazioni. Quando si esegue l'irrigazione si deve usare un irrigatore con un cono per ridurre il rischio di perforazione (alcuni esperti in questi casi sconsigliano l'irrigazione). Si deve raccomandare al paziente di riconoscere i segni di incarcerazione o strangolamento, quali riduzione dell'emissione di feci, dolore, crampi addominali, nausea, emesi, distensione dell'area peristomale e necrosi dello stoma.³

Lacerazione

La lacerazione è una lesione provocata frequentemente dalla sacca (per esempio a causa dello sfregamento) o da un trauma. Le cause possono essere un errato posizionamento della sacca, un'ernia peristomale o un prolasso.

Valutazione: la mucosa può avere striature giallastre o biancastre, in genere non si prova dolore e non è detto che ci sia emorragia. Si deve controllare la sacca e occorre valutare come il paziente la indossa (presenza di cinture, indumenti indossati in modo non corretto).

Prevenzione: si deve fare attenzione quando si rimuovono i peli intorno allo stoma a non provocare lesioni e occorre proteggere lo stoma se il paziente esegue attività che potrebbero provocare traumi.

Trattamento: oltre a eliminare le possibili cause, si può controllare un eventuale sanguinamento con tocche di nitrato d'argento. Il paziente deve rivolgersi al medico se la lacerazione non guarisce, se si lacera lo stoma e se le emorragie non sono controllabili.³

Deiscenza mucocutanea

Si verifica quando lo stoma si separa in tutto o in parte dalla cute, può essere superficiale o profonda. Le cause possono essere problemi che ritardano o compromettono la guarigione della ferita, come una terapia radiante, l'uso di corticosteroidi, diabete, infezioni, malnutrizione, il fumo, il colon irritabile, la chemioterapia e la contaminazione della sutura con feci.

Valutazione: lo stoma è separato dalla cute. Il fenomeno può essere preceduto da eritema, colorito brunoastro, indurimento. Va descritta la sede, la profondità (in cm), la presenza di aree necrotiche, di dolore, fistole e drenaggio.

Prevenzione: se possibile, evitare di utilizzare precocemente presidi convessi; richiedere una consulenza dietetica per le persone malnutrite e raccomandare di smettere di fumare.

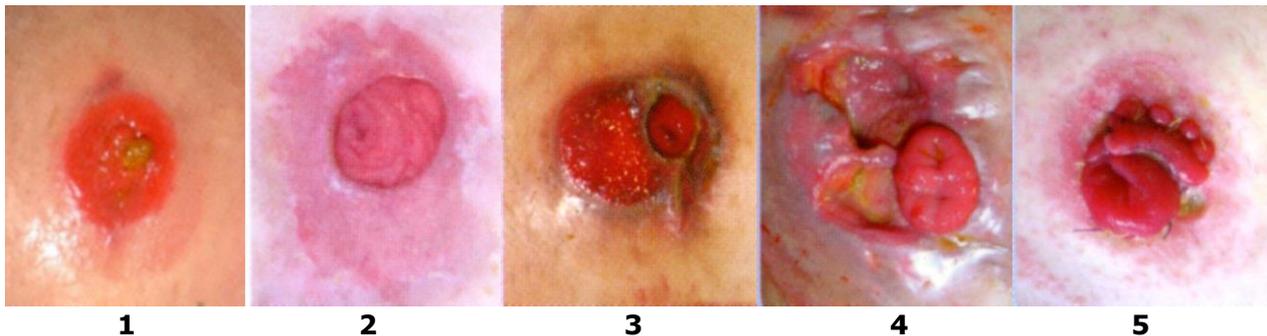
Trattamento: si consiglia di lavare con acqua corrente o detergenti non citotossici. L'area di separazione va riempita con un prodotto in grado di assorbire le perdite (pasta barriera, alginati, idrofibre). E' preferibile usare una sacca a due pezzi, in quanto è necessario avere accesso allo stoma frequentemente per le medicazioni.³

Alterazioni cutanee

Le complicanze più frequenti sono le alterazioni cutanee peristomali ([figura 15](#)), che possono essere classificate in:⁵

- iperemia, con arrossamento peristomale senza perdita di sostanza;
- lesione erosiva, con perdita di sostanza fino ma non oltre il derma;
- lesione ulcerativa con perdita di sostanza oltre il derma (a più stadi, in base alla profondità);
- lesione proliferativa, granulomi, depositi di ossalati, neoplasia.

Figura 15. Alterazioni cutanee peristomali



1) lesione iperemica; 2) lesione erosiva; 3) lesione ulcerativa; ulcerazione oltre il derma, 4) lesione ulcerativa, ulcerazione fibrinosa/necrotica; 5) lesione proliferativa

* le immagini sono state gentilmente concesse dall'Associazione italiana operatori sanitari di stomaterapia (AIOSS)

Le alterazioni cutanee sono più frequenti con le ileostomie e con le trasversostomie, perché il materiale organico che viene eliminato è molto liquido e ricco di enzimi. Per prevenirle si devono seguire alcune regole generali:

- usare una sacca con un'apertura delle dimensioni adeguate al foro della stomia (se l'apertura è troppo grande favorisce il contatto delle feci con la cute);
- cambiare regolarmente la sacca, per evitare perdite e irritazione della cute. La placca invece non va rimossa frequentemente (non più di una volta al giorno e la rimozione va eseguita delicatamente, senza strappare);
- per la pulizia utilizzare acqua e sapone ed evitare le sostanze irritanti.

Si consiglia inoltre di tenere a contatto la cute con il materiale che si intende utilizzare per 48 ore, controllando che non si verifichino reazioni indesiderate (arrossamento, bruciore, prurito), che generalmente si manifestano in corrispondenza della superficie di appoggio della placca o della sacca. Questo test non esclude possibili reazioni in un secondo tempo. Sensibilizzazioni o allergie infatti possono verificarsi anche dopo mesi che si è usato lo stesso prodotto senza problemi. Per evitare il contatto della sacca con la cute si possono usare dei coprisacca di cotone.

In caso di eritema (iperemia) si possono eseguire tocature con eosina in soluzione acquosa al 2%, per ridurre il rischio di micosi.⁶ Questa pratica però non trova riscontro nella letteratura scientifica.⁷

In caso di lesioni erosive e ulcerative si può valutare se eseguire tocature con eosina e si può applicare della polvere idrocolloidale per assorbire l'essudato. Dopo averla rimossa se necessario si applica della pasta livellante (per evitare il rischio di infiltrazione di materiali provenienti dall'intestino) e si valuta la necessità di applicare un film protettivo prima di applicare la placca di idrocolloide.

Se l'essudato è abbondante si possono applicare fogli di idrogel e placche idrocolloidali.

Complicanze tardive

Stenosi

La stenosi è un restringimento o una contrazione dell'incisione addominale da cui fuoriesce lo stoma e si può formare a livello della cute o della fascia. Può essere una complicanza sia precoce sia tardiva. Le possibili cause sono: formazione di tessuto cicatriziale in eccesso a livello della cute o della fascia per ripetute dilatazioni dello stoma o formazione di cheloidi; deiscenza peristomale, sepsi, ripetuti episodi di irritazione cutanea, ischemia, necrosi o retrazione dello stoma.

Valutazione: la stenosi impedisce il drenaggio stomale. Si può eseguire un esame digitale per valutare dimensioni e mobilità della cute e dell'anello fasciale. Segni di ostruzione stomale sono crampi addominali, diarrea, flatulenza anormale, emissione violenta di feci di calibro ridotto.

Prevenzione: è importante garantire una buona tenuta della sacca, per evitare l'irritazione della cute. Le aree iperplastiche vanno trattate con nitrato d'argento; si deve evitare di dilatare lo stoma di routine.

Trattamento: nei casi gravi si deve intervenire chirurgicamente. Per garantire il passaggio delle feci vanno somministrati lassativi e una dieta povera di scorie.³

Prolasso

Il prolasso consiste nell'evaginazione (fuoriuscita) di un segmento intestinale che coinvolge tutta la parete dell'ansa. E' più frequente nelle stomie laterali e nelle trasversostomie. Può essere permanente, o intermittente, quando si manifesta con l'aumento della pressione addominale (per esempio durante la manovra di Valsalva). Le cause possono essere un'eccessiva ampiezza dell'incisione parietale cutanea o un'insufficiente fissazione del viscere alla parete addominale, obesità, gravidanza, debolezza della parete addominale o un'eccessivo aumento della pressione intraddominale (tumori, tosse, il pianto nei bambini).

Valutazione: il viscere prolassato può diventare edematoso (per la posizione declive), può sanguinare o essere esposto a traumi. Non è detto che provochi dolore o interferisca con il transito delle feci. Si deve valutare l'eventuale presenza di dolore, di traumi e lacerazioni, oltre all'aderenza della sacca. Inoltre va controllata la cute peristomale e la presenza eventuale di segni di ischemia, ostruzione o incarcerazione, che sono situazioni di emergenza.

Prevenzione: è utile consigliare di perdere peso prima dell'intervento e consigliare a chi può di fare esercizio per migliorare il tono della parete addominale.

Trattamento: quando il paziente è steso si può cercare di ridurre il prolasso con una leggera pressione sulla porzione distale dello stoma. Se il prolasso è edematoso, prima di tentare la riduzione si possono applicare impacchi freddi per ridurre l'edema, dopo aver ridotto il prolasso si può applicare anche una cinghia erniaria. Consigliare al paziente di dormire supino.

Fistola enterostomale

La fistola enterostomale è un tragitto tra cute e mucosa o tra mucosa e mucosa. Si verifica raramente, in particolare nei casi di malattia infiammatoria, in seguito a traumi o a suppurazione di un punto di sutura. La fistola enterostomale può provocare ascessi, dermatiti o stenosi. I tragitti fistolosi vengono oblitterati con medicazioni irritanti in attesa della guarigione.⁸

Granulomi peristomiali

I granulomi peristomiali sono formazioni fibroproduttive benigne situate sulla stomia, possono formarsi in seguito a infiammazione cronica o traumatismi e possono provocare emorragie al passaggio delle feci. Il trattamento consiste in tocature di nitrato d'argento o asportazione chirurgica.

Tra le complicanze tardive possono esserci anche le alterazioni della cute peristomale trattate nel paragrafo complicanze nel [quesito In che cosa consiste lo "stoma care"?](#)

Infine, un fenomeno raro è il retto fantasma. Analogamente a quanto accade per l'arto fantasma, il paziente percepisce il viscere asportato, ha la sensazione anomala di dover andare in bagno e defecare dal retto. Questo fenomeno è generalmente transitorio, ma può persistere per anni.

Quando chiamare il medico o rivolgersi all'enterostomista

Il paziente deve chiamare il medico o rivolgersi all'enterostomista quando:

- ha dolori crampiformi per più di 2-3 ore;
- le feci sono particolarmente maleodoranti per più di una settimana (può indicare un'infezione);
- nota una modificazione dell'aspetto della stomia (dimensioni, colore);
- osserva la presenza di sangue nella sacca di raccolta;
- ha lesioni o traumi della stomia.

Bibliografia

1. Kwiatt M, Kawata M. Avoidance and management of stomal complications. Clin Colon Rectal Surg 2013;26:112-21.
2. [Registered Nurses' Association of Ontario. Ostomy care and management. Clinical Best Practice Guidelines 2009.](#)
3. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Stoma complications: best practice for clinicians. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society 2014.
4. Kwiatt M, Kawata M. Avoidance and management of stomal complication. Clin Colon Recal Surg 2013;26:112-21.
5. Barp A, Brazzale R, et al. Le complicanze del complesso stomale. In: gruppo di ricerca AIOSS (a cura di) Saracco C. Clinica infermieristica in stomaterapia. Dalle evidenze agli strumenti operativi. Hollister 2007.
6. Bosio G, Pisani F, et al. A Proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a multicenter observational study. Ostomy Wound Manage 2007;53:38-43.
7. Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia. Manuale pratico dello stomaterapista. San Lazzaro di Savena 1996.
8. Saracco C. Clinica infermieristica in stomaterapia. Dalle evidenze agli strumenti operativi. Hollister 2007.
9. Majoubi B, Moghimi A, et al. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in iranian patients. Colorectal Dis 2005;7:582-7