



IRCCS

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sacro Cuore - Don Calabria

Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto

Via Don A. Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (Vr)

Tel. 045.601.31.11 - Fax 045.750.04.80

Riabilitazione Intensiva Unità Spinale

Primario: Dr. Giuseppe Armani

dopo la lesione midollare

RIABILITAZIONE INTESTINALE



RIABILITAZIONE INTESTINALE

La riabilitazione intestinale non sarebbe efficace se non tenesse conto delle condizioni di vita del paziente, dell'ambiente in cui vive e delle sue necessità sociali, familiari e lavorative.

Per questi motivi è necessario rieducare la persona ad un regolare ritmo nelle defecazioni, di solito a giorni alterni e in momenti ben prestabiliti (l'orario dovrebbe essere sempre più o meno lo stesso e lo svuotamento andrebbe effettuato circa 30 minuti dopo i pasti così da farlo coincidere con il fisiologico aumento dei movimenti peristaltici intestinali: il cosiddetto "riflesso gastrocolico") in modo da consentirgli di svolgere liberamente le proprie attività senza il timore di "incidenti" estremamente spiacevoli per sé e per quanti gli stanno vicino. È indispensabile inoltre addestrarlo all'utilizzazione del bagno ed a prevedere le eventuali modificazioni dell'ambiente domestico e/o lavorativo. Se il paziente necessita di assistenza occorre coinvolgere nel programma rieducativo i familiari o il caregiver. Infine vanno illustrati con chiarezza i segni ed i sintomi delle più frequenti patologie intestinali (sanguinamento rettale, disreflessia autonoma, stipsi) da comunicare tempestivamente al proprio medico di fiducia.

L'incontinenza fecale si definisce come l'emissione involontaria di feci in luoghi e momenti inappropriati e socialmente inopportuni.

La stipsi, al contrario, è rappresentata dall'incapacità o dalla difficoltà a espellere le feci.

PROGRAMMA INTESTINALE

Un adeguato programma di regolarizzazione intestinale e di controllo delle evacuazioni rappresenta un aspetto fondamentale nel percorso riabilitativo del paziente mieloleso per consentirne un completo rein-

serimento familiare, sociale e lavorativo e migliorarne la qualità di vita.

Gli obiettivi da perseguire sono:

- ristabilire un ritmo regolare nelle evacuazioni;
- prevenire le possibili complicanze (occlusione intestinale);
- adattare il programma alle esigenze della vita quotidiana del paziente (“evacuazione programmata”).

Un corretto programma di riabilitazione intestinale si realizza mediante diversi interventi che comprendono le manovre evacuative, la dieta, l’assunzione di farmaci, l’utilizzo di ausili, alcuni trattamenti comportamentali e anche l’assunzione di posture facilitanti l’evacuazione.

Se le condizioni del paziente lo consentono, la postura ideale per defecare è quella seduta; se ciò non fosse possibile, il paziente va posizionato in decubito laterale sinistro. Anche la postura eretta, mantenuta per qualche ora al giorno, favorisce, tra le altre cose, il transito intestinale e l’evacuazione.

Le metodiche utilizzate per facilitare la defecazione hanno lo scopo di rilassare lo sfintere anale esterno (sfintere striato) e stimolare la peristalsi intestinale.

Si procede con:

- il massaggio intestinale manuale, mediante un movimento lento e circolare, nel senso di svuotamento del colon (orario), per tempi prolungati;
- le stimolazioni digitali, effettuate a livello dello sfintere anale esterno (mediante dito guantato e lubrificato, per determinare il rilassamento dello sfintere striato) e a livello dell’ampolla rettale (da parte del personale infermieristico);
- lo svuotamento manuale dell’ampolla rettale;
- l’introduzione di supposte o di microclismi;
- l’attivazione del torchio addominale (“spingere” con i muscoli dell’addome).

Ricordiamo che le stimolazioni digitali, come pure lo svuotamento manuale dell’ampolla rettale, dovrebbero essere evitate; se assolutamente necessarie devono essere effettuate con molta prudenza sia da parte del paziente che del personale di assistenza: infatti l’anestesia della regione anale non consente di percepire eventuali segnali di “pericolo” quali stiramenti eccessivi, lesioni della mucosa, irritazione del canale anale che a lungo andare possono provocare l’insorgenza di fastidiose complicanze (emorroidi, ragadi).

REGIME DIETETICO

Un adeguato programma di rieducazione intestinale comprende l’assunzione di sostanze emollienti (olio di oliva), l’introduzione di una certa quantità di liquidi e soprattutto un corretto regime alimentare che deve prevedere cibi ricchi di fibre quali:

- pane, pasta e cereali integrali;
- frutta cruda consumata con la buccia;
- frutta cotta;
- verdura cruda;
- verdura cotta (da evitare patate e carote);
- legumi in genere.

L’assunzione di cibi ricchi di fibre deve essere favorita anche in virtù della loro capacità di trattenere acqua: poiché il transito intestinale, la produzione e l’eliminazione dei gas, ma anche la produzione di urina, dipendono in buona parte dalla quantità e dal tipo di fibre introdotte e dalla quota di liquidi che esse incontrano nel lume dell’intestino, occorre tener conto anche della differenza tra fibre solubili ed insolubili e tra acqua libera e legata (di ciò si parlerà più nel dettaglio nel capitolo dedicato alla dieta).

Gli alimenti da evitare, o quantomeno da limitare, sono rappresentati dall’alcool, dalle spezie, dalla caffeina, dalle bibite gassate: l’azione sti-

molante ed eccitante che possono esercitare anche sulla mucosa intestinale contrasta con le finalità che si propone un programma di rieducazione funzionale dell'intestino, orientato soprattutto alla sua regolarizzazione.

Svariati farmaci, tra cui purtroppo alcuni abitualmente utilizzati dai mielolesi e difficilmente sostituibili, provocano stipsi mentre altri possono provocare diarrea.

Il fumo è fortemente sconsigliato. È vero che molti soggetti, anche non mielolesi, hanno l'abitudine di "innescare" l'evacuazione fumando: il meccanismo sottostante è complesso e sicuramente gli innumerevoli danni del fumo sono molto maggiori di questo ipotetico beneficio.

FARMACI

Esistono molte sostanze (lassativi o purganti) in grado di favorire la peristalsi intestinale e facilitare l'evacuazione: vanno utilizzate con cautela per evitare il rischio di dipendenza e l'insorgenza di coliti irritative.

Devono essere evitati, se possibile, i purganti cosiddetti "irritanti" (il cui meccanismo di azione consiste in una semplice stimolazione della motilità intestinale) come l'olio di ricino, la cascara, la senna, l'aloè, il bisacodile (utile sotto forma di supposta) e il picosolfato.

Meno dannosi risultano i lassativi che aumentano il volume delle feci (ricordiamo che la distensione delle pareti intestinali è un potente stimolo della peristalsi) quali i colloidali idrofilici (crusca, agar, psillio, metilcellulosa) e i lassativi osmotici (sali di magnesio, macrogol, lattulosio), o gli emollienti delle feci (che mantengono le feci di consistenza molle e riducono al minimo il fastidio e lo sforzo della defecazione) quali l'olio di vasellina, la glicerina in supposte, i clisteri saponosi.

Prima di inserire una supposta è necessario rimuovere il materiale che

si trova nell'ampolla rettale: la supposta, infatti, deve entrare in contatto con le pareti del retto e non ha alcun effetto se è inserita nelle feci. L'evacuazione generalmente inizia dopo 15-20 minuti, e si completa entro 20-30 minuti. I clisteri devono avere volumi contenuti per evitare la sovradistensione rettale e la perdita dell'elasticità parietale.

Un'altra categoria di farmaci utilizzati per il trattamento della stipsi sono i cosiddetti "procinetici" (prucalopride, linaclotide): la loro azione consiste nel favorire la peristalsi, attraverso una azione diretta sulla muscolatura della parete dell'intestino. Sebbene siano sostanze potenzialmente molto utili, possono però causare spiacevoli episodi di incontinenza fecale in quanto con il loro uso non è possibile "programmare" l'evacuazione.

Ricordiamo inoltre che il materiale fecale è composto in gran parte dalla cosiddetta "flora intestinale" (microbiota intestinale), costituita da batteri che normalmente colonizzano l'intestino dell'uomo e svolgono funzioni importantissime come la regolazione del metabolismo e delle difese immunitarie. Il rallentamento della peristalsi causa una modificazione del microbiota intestinale che può determinare una crescita di germi patologici dannosi che spesso si diffondono ad altri organi (alla vescica: infezioni urinarie) o anche all'intero organismo (setticemia: febbre, malessere generale, decadimento organico). Per questa ragione è importante assumere con regolarità i cosiddetti "probiotici" e "prebiotici". I probiotici (conosciuti anche come "fermenti lattici") sono prodotti che contengono, in numero sufficientemente elevato, microrganismi vivi ed attivi, in grado di raggiungere l'intestino ed esercitare un'azione di equilibrio sulla microflora intestinale attraverso una colonizzazione diretta. I prebiotici sono sostanze di origine alimentare non digeribili che, se somministrate in quantità adeguata, portano beneficio grazie alla promozione selettiva della crescita e/o dell'attività di uno o più batteri già presenti nel tratto intestinale, o assunti contestualmente al prebiotico ("simbiotici": miscela di probiotici e prebiotici).

I lassativi vengono spesso acquistati dai pazienti senza consultarsi con il proprio medico: è questa una consuetudine assai diffusa anche tra la popolazione sana. Purtroppo una scorretta gestione delle funzioni intestinali può, nel tempo, determinare delle fastidiose complicanze. Per questo motivo, e in particolare nel paziente mieloleso, il trattamento farmacologico deve **sempre** essere effettuato **esclusivamente** su prescrizione del medico.

PRESIDI

Per il trattamento dell'incontinenza fecale e della stipsi segnaliamo due ausili disponibili sul mercato.

Il primo è un sistema assorbente in schiuma di poliuretano, che viene posizionato a livello dell'ampolla rettale: consente il passaggio dell'aria e può rimanere in loco fino a 12 ore. È un piccolo "tappo", costituito da un materiale morbido e poroso che, all'interno dell'ampolla rettale, si espande assumendo la forma di un imbuto. Per ridurre al minimo le sue dimensioni e consentirne l'introduzione facile e indolore, viene compresso e ricoperto da una pellicola trasparente e idrosolubile: l'umidità dell'ambiente rettale dissolve la pellicola e in 30 secondi il tampone si espande. L'estrazione è assicurata da una striscia di garza saldata direttamente al corpo del tampone.

Il secondo è un particolare catetere per lavaggi colici che consente di programmare la completa pulizia del colon e controllare lo svuotamento intestinale: è costituito da una sonda rettale dotata di un palloncino gonfiabile che permette un facile e corretto posizionamento della sonda nel retto. In questo modo si evitano le perdite, sfruttando ai fini evacuativi tutta la capacità emolliente e di pulizia del liquido introdotto.

L'introduzione dell'acqua può avvenire in due modi: o per caduta, nel qual caso la sonda rettale viene semplicemente collegata ad una sac-

ca per clisma, oppure utilizzando un sistema definito "irrigazione retrograda transanale". Nel primo caso il serbatoio va riempito con acqua tiepida e appeso ad una altezza di un metro al di sopra dell'addome. Si inserisce la sonda ed il palloncino sgonfio nel retto: si gonfia quindi il palloncino (con aria o acqua) e si lascia affluire la soluzione nell'intestino. Il paziente deve quindi sistemarsi sul water (o sdraiato in decubito laterale sinistro), con la sonda ancora in posizione, sgonfiare il palloncino, estrarre la sonda dal retto e svuotare il contenuto del colon. L'altra modalità prevede invece che la sonda rettale sia collegata ad un serbatoio il cui contenuto viene pompato mediante un dispositivo simile a quello utilizzato per gli sfigmomanometri. In questo modo, essendo garantita la continenza anale dal palloncino gonfiato, al liquido introdotto si imprime una pressione che lo porta a raggiungere, in poco tempo, i segmenti intestinali più prossimali. Al momento dello sgonfiamento del palloncino, si ottiene una evacuazione "a pressione", con la garanzia quindi di un vero e proprio "lavaggio" di rilevanti porzioni del colon distale. Osservazioni con marcatori radioattivi hanno dimostrato che viene raggiunto, e quindi svuotato, l'intero colon discendente oltre, ovviamente, a sigma e retto.

L'impiego di questi sistemi può risolvere molti dei problemi legati alla riabilitazione intestinale: la semplicità e la sicurezza d'uso di tali presidi consente al mieloleso di poter programmare la defecazione nei tempi più appropriati, garantendo una completa pulizia del colon (prevenzione della stasi fecale e della formazione di fecalomi) e riducendo le improvvise perdite di feci che sono causa di disagio, imbarazzo sociale e complicanze a livello della cute perianale.

Il trattamento dell'incontinenza fecale consiste, infatti, nello svuotare totalmente il colon in momenti socialmente opportuni, ottenendo così un periodo libero da evacuazioni spontanee indesiderate di circa 24-48 ore.

Se questo obiettivo non risultasse raggiungibile, può essere a volte indispensabile ricorrere alla **colostomia**: la colostomia è un abbocca-

mento chirurgico (un “foro”) tra colon e parete addominale che permette al contenuto fecale di fuoriuscire attraverso una via alternativa a quella naturale. Può essere temporanea o definitiva. Le feci vengono raccolte in speciali “sacchetti” (adesi alla parete dell’addome) che devono essere sostituiti ad intervalli regolari nel corso della giornata.

Dipartimento di Riabilitazione Opera Don Calabria Negrar di Valpolicella (Vr)

Direttore: Dr. Renato Avesani



CONTATTI

- Caposala 045.601.34.42
- Infermieri 045.601.34.45
- Fax 045.601.35.56

Redatto dal Dr. Mauro Menarini Consulente Unità Spinale

