

Occlusione intestinale o ileo

E' una sindrome grave dovuta all'arresto completo e duraturo del transito nel contenuto intestinale solido, liquido e gassoso.

All'esame obiettivo bisogna effettuare innanzitutto un'esplorazione rettale che ci permetterà di verificare la presenza di ampolla rettale vuota e talvolta l'individuazione della causa dell'occlusione (ca, fecaloma, testa di invaginazione, imperforazione anale nel neonato).

All'esame obiettivo sarà utile esplorare le zone erniarie ed escludere o dimostrare un'ernia strozzata. Sarà presente distensione addominale, meteorismo che è assente nelle occlusioni molto alte, diffuso nell'ileo paralitico.

La chiusura dell'alvo è il sintomo più significativo.

Eziologia. L'ileo può essere dovuto a cause meccaniche o dinamiche.

Nel caso di **ileo meccanico** possiamo avere:

1. *ileo da ostruzione* se l'occlusione riguarda solo il circolo intestinale;
2. *ileo da strangolamento* se è interrotto il circolo intestinale e il circolo sanguigno.

L'ileo meccanico da ostruzione riconosce 3 cause:

- *intraluminal* dovuto a: addensamento del meconio, corpo estraneo, ammasso di elminti, fecaloma o grosso polipo intestinale;
- *parietale* su base:
 - congenita: atresia duodenale, digiunale o ileorettale;
 - infiammatoria: M. di Chron, diverticolite;
 - tumorale: k colon sx, dx, trasverso, polipo sessile
- *extraparietale* su base:
 - congenita: pinza aorto-mesenterica (su 3° tratto del duodeno tra a. mesenterica superiore e aorta), pancreas anulare, duplicazione intestinale;
 - flogosi croniche (fibrosi retroperitoneale)
 - briglie aderenziali

L'ileo da strangolamento può essere dovuto a:

- ernie esterne o interne;
- volvolo intestinale: una torsione assiale di un segmento del tenue o del colon su se stesso o sul proprio mesentere che produce un'ostruzione sia prossimale che distale del lume;
- invaginazione intestinale: nel primo anno di vita per il passaggio all'alimentazione semisolida, è una condizione che si crea quando un segmento intestinale penetra all'interno del segmento intestinale contiguo, come avviene nel ripiegamento di un telescopio;
- briglie.

Il termine di *ileo paralitico* viene impiegato per indicare quelle situazioni in cui un riflesso inibitorio intestinale, in condizioni normali presente ma non prevalente, per effetto di cause primitive di varia natura, si attiva producendo una paralisi delle anse intestinali.

Le cause possono essere:

- peritonite;
- disturbi funzionali: da trauma, emoperitoneo, ematoma retroperitoneale, colica epatica, colica renale, cardiopatie acute, pleurite diaframmatica, neuropatie, intossicazioni.

Esiste poi un'ileo spastico dovuto a: intossicazioni, lesioni nervose centrali e periferiche, colica

biliare o renale, torsione di cisti ovarica.

Patogenesi dell'occlusione intestinale

Le *alterazioni a livello intestinale* che si verificano in corso di ileo comprendono l'accumulo di *gas* dovuto all'aria deglutita, alla formazione di anidride carbonica e ai gas della putrefazione della proteine, nonché arresto della progressione dei *liquidi* (saliva, succo gastrico, bile, succo pancreatico, succo intestinale). A queste alterazioni si associano inoltre l'inversione del peristaltismo, la diminuzione del tono della parete, il vomito e meccanismi di compenso dell'arresto dei liquidi (insufficiente).

Per l'accumulo di gas e liquidi si ha distensione dell'intestino e aumento della pressione intraluminale.

Si instaura il quadro di stasi venosa con ipossiemia, alterazione della permeabilità capillare e trasudazione di plasma e sangue nel lume e nel peritoneo.

La pressione addominale aumenta ulteriormente con mancato riassorbimento intestinale fino alla formazione di lesioni trofiche intestinali con necrosi e perforazione.

Le ripercussioni generali sistemiche sono:

- vomito per perdita di acqua ed elettroliti, ristagno di liquidi; il vomito è tanto più precoce quanto più alta è l'ostruzione
- diminuito o abolito assorbimento dei liquidi
- perdita di sangue e plasma con squilibrio idroelettrolitico. Lo scompenso elettrolitico varia a seconda della sede dell'ostacolo:
 - alcalosi metabolica da ipopotassiemia da perdita di cloro se l'ostruzione è alta (succo gastrico)
 - acidosi metabolica con ipopotassiemia se l'ostruzione è bassa (succo biliare)
- riassorbimento di prodotti tossici a livello intestinale e peritoneale
- peritonite

Anatomia patologica

- *Ileo ostruttivo*: liquido siero-ematico in peritoneo, dall'odore più o meno fecaloide. Anse iperdistese a monte dell'ostacolo, particolarmente pesanti, colorito cianotico, fragilità parietale, possibilità di perforazione diastolica, peritoneo parietale edematoso, meso aumentato di spessore
- *Ileo da strangolamento*: lesioni di cui sopra più sofferenza vascolare per torsione dei vasi; in poche ore sopraggiunge la necrosi e perforazione dell'ansa intestinale
- *Ileo paralitico*: distensione uniforme delle anse, edema parietale e viscerale. Essudato peritoneale abbondante, purulento, fibrinoso-purulento e a volte fetido

Sintomatologia

- Dolore: di tipo colico con intervalli liberi (crisi di 1-3 minuti con intervalli di 1-10 minuti). E' dovuto alla distensione delle anse; è atroce e notevole. Continuo in caso di ileo da strangolamento per sofferenza ischemica o nell'ileo paralitico.
- Vomito: all'inizio è riflesso poi dovuto alla distensione gastrica da materiale refluito per antiperistaltismo. Dapprima alimentare, poi biliare ed infine fecaloide. Precoce nelle occlusioni alte. Tardivo in quelle basse
- Alvo chiuso alle feci e ai gas.

EO: L'addome è teso alla palpazione, ma non contratto. La contrattura addominale è presente in caso di ileo paralitico o ileo da strangolamento o ansa perforata. Alla percussione vi è un diffuso

timpanismo. Ottusità declive del fianco se c'è versamento peritoneale. All'ascoltazione nell'ileo ostruttivo ci sono saltuari borborigmi ad alta tonalità. Silenzio sepolcrale in caso di ileo da peritonite.

Le condizioni generali sono buone per più tempo nell'ileo ostruttivo. Sono invece compromesse fin dall'inizio nell'ileo peritonitico con: febbre, leucocitosi, tachicardia, facies sofferente.

Le condizioni si deteriorano rapidamente nell'ileo da strangolamento e nelle occlusioni alte.

Diagnosi

Utile è l'rx addome in bianco. Normalmente il gas è presente solo nello stomaco e nel colon. Sono segni di occlusione: l'aria nel tenue e i livelli idroaerei. Possono orientare sulla sede dell'occlusione gli aspetti radiologici delle anse:

- tenue alto: valvole conniventi (aspetto a pile di piatti);
- tenue medio: valvole conniventi incomplete. Il tenue si presenta come un tubo con dentellature;
- tenue distale: assenza di valvole, si presenta come un tubo liscio;
- colon: mostra le caratteristiche haustra.

Effettuare TC addome ed Eco addome.

Terapia

Il trattamento comune a tutti i pazienti con occlusione intestinale, da instaurarsi già nel corso degli accertamenti diagnostici, comprende:

- il monitoraggio delle funzioni vitali: polso, PVC, T°, diuresi, pressione;
- la correzione dello squilibrio idroelettrolitico e volêmico: perfusione endovenosa di liquidi ed elettroliti; antibiotici a largo spettro in vista dell'intervento;
- la decompressione intestinale: sondino naso-gastrico per ridurre il vomito e l'aria deglutita;
- chirurgia: laparotomia mediana. Altre vie d'accesso per le ernie.

L'ileo da strangolamento e l'ileo paralitico sono urgenze.