

OCCLUSIONE INTESTINALE

(Ch. Urgenza, prof. Freda, 9-03-17)

Occlusione intestinale: chiusura dell'alvo a feci e gas



- Cause:** 1) **Ileo Meccanico** → presenza di un ostacolo anatomico, per cui la peristalsi è presente e addirittura aumentata nelle prime fasi.
2) **Ileo Paralitico o Adinamico** → assenza completa di peristalsi, quindi si tratta di una insufficienza funzionale.

Cause di ileo meccanico

- **Intraluminali:** masse vegetanti nell'intestino, quali tumori o accumuli di elminti o calcoli biliari per fistola o presenza di materiale (come peli) ingerito che forma il "Bezoario". Nell'anziano la più frequente è il **Fecaloma**, dovuto a disidratazione e che si presenta soprattutto all'interno del colon sinistro.
 - **Parietali** (con creazione di un restringimento): malformazioni congenite (atresia), infiltrazioni infiammatorie (Chron e RCU), infiltrazioni neoplastiche (tumori stenosanti) o cicatrici chirurgiche.
 - **Extraparietali:**
 - *da compressione* → massa estranea all'intestino, ma che comunque lo comprime oppure colletto erniario).
 - *da angolatura* → aderenze su parete dell'intestino che lo tirano, formando un angolo difficilmente attraversabile dal materiale fecale.
 - *da strangolamento* → - complicanza della compressione fino alla strozzatura dei vasi intestinali.
- derivazione di una briglia aderenziale
- ch.
- invaginazione intestinale, primaria nel bambino e secondaria a tumore in adulto.
 - volvolo (=rotazione dell'intestino sul proprio asse), primaria nel bambino e secondaria a briglie aderenziali nell'adulto.

Cause di ileo paralitico

- **Peritonite:** provoca un blocco riflesso della peristalsi come **meccanismo di difesa** per diminuire il dolore dovuto all'infiammazione ed esacerbato dalla normale peristalsi
- **Traumi addominali:** non solo quelli penetranti, ma anche quelli chiusi perché possono dare irritazione peritoneale per emorragia ad esempio, cosa che avviene durante la rottura di un organo.

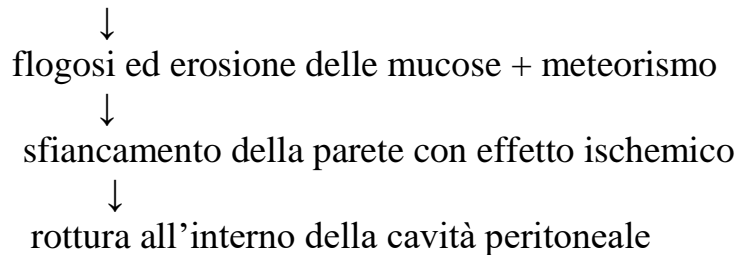
- Interventi laparotomici

- Inibizione riflessa, da coliche biliari o ureterali, da torsione di una cisti ovarica o del testicolo
- Traumi rachide e midollo spinale: se c'è una lesione nervosa che blocca la peristalsi
- Pleurite diaframmatica o pleuropolmonite del lobo inf
- Farmaci o tossici (soprattutto oppioidi, neuroplegici, miorilassanti e la grave carenza di K⁺).

Cosa accade nell'ileo meccanico?

Quando hai ostruzione, il segmento intestinale a monte dell'ostruzione si dilata con ipertono della peristalsi, nel tentativo di vincere l'ostacolo, fino allo sfiancamento della muscolatura e quindi alla paralisi intestinale, con passaggio ad una condizione di ileo adinamico.

E' proprio per evitare questa conseguenza che bisogna intervenire subito sulla causa dell'ileo meccanico, infatti: stasi fecale a monte



In caso di strangolamento l'ansa sarà edematosa, congesta e cianotica fino all'emissione di feci ematiche, necrosi e gangrena della parete intestinale.

► **N.B.** Esiste una patologia, detta **Sindrome di Ogilvie**, che mima l'oclusione (o meglio la subocclusione) intestinale in assenza di una vera e propria ostruzione meccanica. Si tratta di una malattia motoria dell'intestino, caratterizzata da un rallentato transito e da una ridotta capacità propulsiva che consenta di spingere il cibo lungo il tubo enterico. Conseguenze di tale alterazione sono, in genere, nausea e difficoltà digestive ricorrenti, stitichezza e, spesso, intense coliche addominali. Tale patologia può comparire a qualsiasi età e può essere primaria (idiopatica o ereditaria), oppure secondaria (cioè causata da un'altra malattia). ◀

Il **primo motivo di preoccupazione** è lo **squilibrio elettrolitico**, che è causato dal sequestro di liquidi all'interno del lume intestinale e che sono stati sottratti ai liquidi dell'organismo, dando disidratazione sempre più grave (con aumento dell'ematocrito e "inspissatio sanguinis") fino allo shock.

A seconda della sede dell'ostruzione, si perderanno elettroliti diversi:

- Stenosi pilorica → perdita **Cl** → alcalosi aggravata dalla perdita di K⁺
- Ostruzione del tenue → perdita **Na, K, Cl**
- Ostruzione del colon → ipovolemia e shock più tardivi

Clinica

(i sintomi possono associarsi, comparire diversamente provocando difficoltà diagnostica!)

- Chiusura alvo a feci e gas → è assoluta nel paralitico; è incostante nel meccanico (perché nel tentativo di superare l'ostacolo ci può essere emissione di "acqua sporca").
- Dolore addominale (il più impo!) → è continuo e mal localizzato nel paralitico, a meno che non si tratti di dolore colico; è incostante nel meccanico, infatti di esacerba con l'aumento della peristalsi configurando un "dolore a crisi". Invece nel meccanico da strangolamento il dolore è continuo (per la compromissione dell'innervazione) con recrudescenze.
- Vomito (nel meccanico) → meccanismo riflesso per svuotare l'intestino, è precoce e gastrico-biliare nelle ostruzioni alte e può arrivare a contenere materiale fecaloide, che indica una ostruzione bassa o all'ileo terminale.
- Accumulo di aria → diffuso nel paralitico e localizzato secondo la sede dell'ostruzione nel meccanico:
 - *segno di Schlange* → bozza parietale che si modifica, a resistenza elastica, percezione di movimenti peristaltici e dolore da decompressione
 - *segno di von Wahl* → area di convessità della parete con timpanismo associato a resistenza, propria del volvolo
- Peristaltismo → corrisponde a crisi dolorose, si manifesta come movimento vermicolare, con rumori di filtrazione e gorgoglio.
S. di Koenig: coliche, peristaltismo visibile, rumori musicali, scarica diarroica e gassosa al termine della crisi
- Segni di ipoNa⁺ → lingua asciutta, pelle secca ecc..
- Segni di ipoK⁺ → diminuita contrazione muscolare e nervosa, con astenia, sonno e deficit di contrazione cardiaca
- Segni di ipoCl⁻ → fino all'ipoCa²⁺ e quindi tetania
- Febbre (moderata o elevata) + leucocitosi → legate a complicanze infettive nell'ileo meccanico

Sintomi Radiologici

Si deve fare subito una Rx diretta dell'addome senza mdc e in ortostatismo, così da non sovraccaricare l'intestino e da vedere il livello idro-aereo, cioè l'immagine di liquido in basso (iperopacità) e di aria sovrastante (iperdiafania).

Ileo meccanico	Ileo paralitico
Distensione a monte del restringimento	Distensione meteorica diffusa
Valvole e pliche appaiono distinte, segno della tonica contrazione della muscolaris mucosae	I margini delle anse sono lisce
Immagini di semicerchi giustapposti, in successione scalare	Anse distese senza disposizione ordinata
Livelli idro-aerei	Livelli idro-aerei tardivi
Bolle diafane ad archi o corona di rosario	Assenza delle bolle

Possiamo richiedere altri esami con mdc idrosolubili per via anale, quindi il clisma opaco, o anche clisma-Tc , EGDS, colonscopia.

Diagnosi

Esame Clinico + Esame Radiologico



- Anamnesi
- Sintomi
-

Esame Obiettivo: all'**ispezione** hai addome disteso, meteorico con globosità diffusa o localizzata ed è importante valutare se l'addome partecipa alla respirazione, in quanto nella peritonite ciò non avviene e si ha solo respirazione toracica. Alla **palpazione** hai addome più teso, ma comunque elastico nel meccanico dove la peristalsi è conservata, invece nel paralitico si ha resistenza parietale. Alla **percussione** hai tono timpanico o ipertimpanismo per il rigonfiamento, quindi limitato alla zona di occlusione. All'**auscultazione**, durante la prima fase del meccanico hai rumori intensi, mentre nella seconda fase e nel paralitico hai silenzio intestinale.

- Esplorazione rettale: può evidenziare la presenza di fecaloma rettale (soprattutto nell'anziano allettato) o stenosi rettale bassa per la presenza di un tumore, ma questa manovra serve principalmente per esplorare il **cavo del Douglas** e valutare quindi la presenza di una eventuale peritonite.

Diagnosi eziologia

Nel neonato bisogna considerare:

- Imperforazione anorettale
- Megacolon congenito
- Atresia o agenesia
- Volvolo del tenue
- Ileo da meconio

Nella prima infanzia bisogna considerare:

- Invaginazione intestinale (segni occlusivi + rettorragia o muco sanguinolento)
- Megacolon

Nella seconda infanzia o giovinezza bisogna considerare:

- Appendicite acuta
- Diverticolo di Meckel (per diverticolite o per torsione peridiverticolare)
- Peritonite tubercolare

Nell'età adulta bisogna considerare:

- Strozzamenti erniari
- Aderenze post-operatorie

Nell'età senile bisogna considerare:

- Carcinomi stenosanti
- Ileo biliare

Prognosi

Grave, con mortalità del 10-15%, ma dipende dalla tempestività di diagnosi e trattamento.

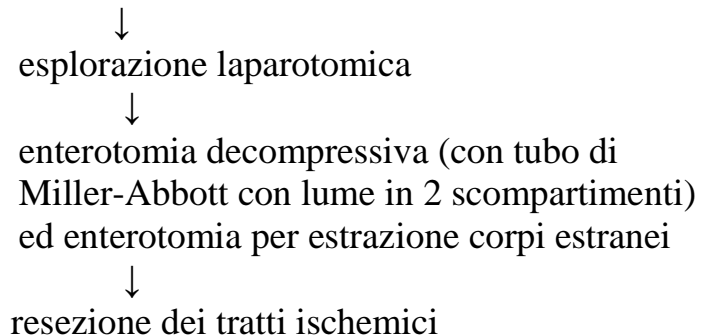
Trattamento

- Monitoraggio parametri vitali: pressione arteriosa, emocromo, ECG, diuresi
- Terapia di supporto → - *digiuno assoluto* (per non sovraccaricare intestino)
 - *SNG*: impongono nelle occlusioni alte, invece in basse si fa drenaggio enterico con sonde che arrivano fino alle prime anse intestinali, sempre introdotte dal naso ma con un peso nella parte terminale così che possano progredire (**sonde di Cantor**).
 - *apporto idroelettrico*
 - *manovre di decompressione*

➤ Chirurgia → si fa sempre nell'ileo meccanico, invece in quello paralitico dipende dalla causa, dalle condizioni generali del paziente e dalla possibilità di inserire un sondino naso-gastrico.

Importante è anche la scelta del tipo di anestesia: solitamente si fa la generale con intubazione così da permettere respirazione assistita e rilasciamento muscolare, però nel caso della colostomia derivativa si usa l'anestesia locale.

Occlusione del tenue: aspirazione GI a scopo depletivo



Occlusione colon: sono meno urgenti di quelle alte, a meno che non ci sia volvolo. Nelle stenosi neoplastiche a volte è necessaria la colostomia.

Occlusione adinamica: si tende a non intervenire chirurgicamente, ma con aspirazione e successiva decompressione.

➤ Correzione perdite idriche ed elettrolitiche

↓
da somministrare in 24h: - 3500 cc di soluzione clorosodica
isotonica (NaCl 0.85%)
- 1700 cc di soluzione non salina
(glucosata al 5%)
- 3 gr di KCl

Principi di trattamento chirurgico dell'ileo meccanico

Le opzioni chirurgiche sono diverse e sono correlate alla diagnosi: ○

Riduzione e riparazione di ernia inguinale incarcerata

- Lisi di aderenze peritoneali e briglie
- By-pass intestinali in caso di stenosi
- Ileo- o colo-stomie definitive o temporanee
- Escissione della lesione con ripristino della continuità intestinale
- Derotazione di un volvolo con ancoraggio se l'intestino è vitale
- Resezione colica in caso di volvolo con intestino non vitale