

**STOMIE**

La parola **stomia** deriva dal greco e significa “bocca-apertura”. Questo termine viene utilizzato quando ci si riferisce ad una comunicazione di una cavità dell’organismo all’esterno : può essere spontanea o chirurgica.

Nell’ambito chirurgico la stomia indica l’aboccamento di un tratto dell’intestino o delle vie urinarie alla cute consentendo la fuoriuscita all’esterno di materiale organico (feci o urine). In questo contesto tratteremo esclusivamente le stomie intestinali e parleremo di pazienti enterostomizzati. La stomia è priva di uno sfintere, cioè di un muscolo ad anello che ne permette la chiusura, e quindi le feci fuoriescono senza controllo.

Le condizioni cliniche che rendono necessario il confezionamento di chirurgico di una stomia sono molte ed eterogenee, le **principali cause** sono le seguenti:

-  rettocolite ulcerosa
-  morbo di Crohn
-  traumi addominali
-  tumori.

Le regole di classificazione delle stomie sono diverse, in pratica si possono dividere in base a quattro criteri:

## **TIPO**

**Terminale:** il viscere viene direttamente aboccato all’esterno interrompendo la continuità con la porzione di viscere a valle

**Laterale o a doppia canna:** sia il moncone afferente che quello efferente vengono abboccati alla cute mentre le parei posteriori delle anse interessate vengono fissate insieme per mantenere le due anse parallele e fisse

## **DURATA**

**Temporanea:** quando la stomia è di protezione ed il tratto intestinale verrà ripristinato

**Definitiva:** quando il tratto a valle non è più riutilizzabile

## **SCOPO**

**Palliativo:** ad esempio tumori inoperabili

**Di protezione:** tiene “a riposo” il tratto di intestino a valle della stomia favorendo così i processi di guarigione e di cicatrizzazione  
**di necessità :** in alcuni tipi di intervento dove bisogna asportare la parte finale dell'intestino.

Si possono dividere in **ILEOSTOMIE e COLOSTOMIE.**

## **CLASSIFICAZIONE E TIPOLOGIA DELLE STOMIE**

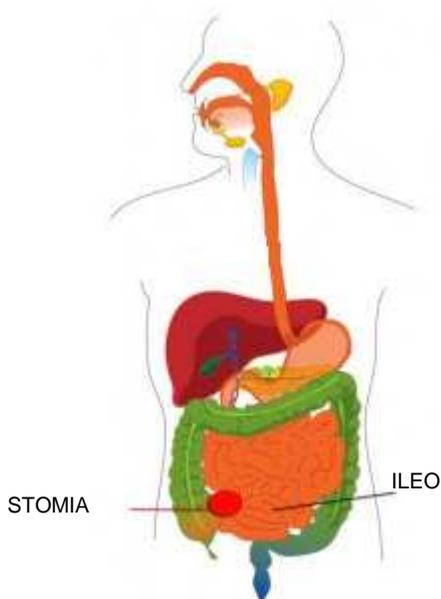
### **ILEOSTOMIA**

L'intestino tenue è quella parte del cosiddetto “piccolo intestino” che si trova tra il duodeno e colon. La prima parte si chiama digiuno, la secondo ileo.

L'abboccamento del tratto terminale dell'intestino tenue alla parete addominale si chiama ileostomia e può essere terminale, con un

unico orifizio di uscita per il materiale intestinale, o laterale(a doppia canna)quando sono presenti due orifizi in cui da uno esce il materiale intestinale e dall'altro non esce nulla. L'ileostomia spesso è temporanea,a volte può essere definitiva.

Dall'ileostomia esce un liquido intestinale costituito da acqua,bile,succhi intestinali e residui alimentari ingeriti molto irritante per la pelle. Questo liquido intestinale non ha la possibilità di solidificarsi per il mancato riassorbimento di alcune sostanze che avviene nei tratti più a valle dell'intestino.



**Vantaggi:** il vantaggio più frequente è la brevità della durata (di solito nel 90% delle ileostomie sono di protezione, per cui

temporanee); la facilità di svuotamento del sacchetto di raccolta che è di tipo aperto; la fuoriuscita del materiale intestinale in modo più abbondante nell'immediato periodo post-prandiale a causa del riflesso gastro-colico e del breve pezzo di intestino che c'è tra la stomia e lo stomaco (il Pazienti. riesce a "regolarsi" di conseguenza)

.

**Svantaggi:** l'acidità del contenuto intestinale facilita l'insorgere della dermatite cutanea attorno alla stomia (il Pazienti. deve stare molto attento ad applicare il sacchetto di raccolta con il diametro uguale a quello della stomia); non può venir attuato nessun tipo di controllo sull'emissione del contenuto intestinale (per es. in estate crea dei grossi problemi relazionali ai Pazienti. soprattutto più giovani che non possono andare al mare).

## **COLOSTOMIA**

Il colon è quella parte del cosiddetto "grosso intestino" che è situato tra il tenue e il retto.

La colostomia è la connessione tra il colon e la cute per deviare le feci: può essere anch'essa terminale o laterale (a doppia canna).

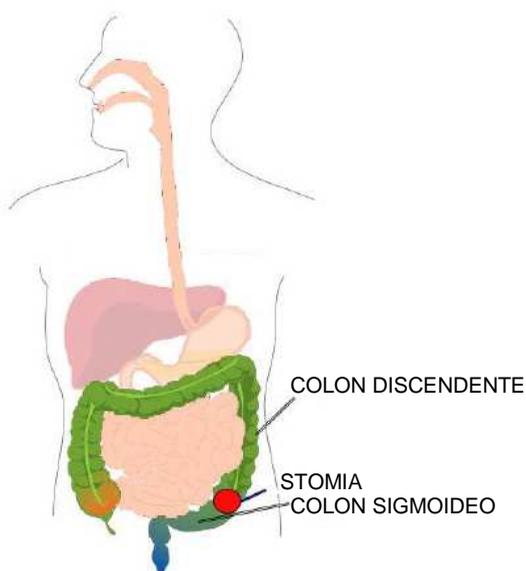
Il contenuto intestinale è solido (feci) e può venir attuato un "controllo" delle emissioni con il metodo dell'irrigazione e con l'alimentazione.

La colostomia può essere temporanea o definitiva.

A seconda del pezzo di colon che viene abboccato alla cute si parlerà di ciecostomia, colostomia ascendente, trasversostomia, colostomia discendente o sigmoidostomia.

**Vantaggi:** si può controllare l'emissione delle feci attraverso l'alimentazione e l'irrigazione; le feci non sono "aggressive" per la cute circostante.

**Svantaggi:** il sacchetto di raccolta non può essere svuotato ma solo sostituito, a causa della "solidità" del materiale intestinale ( il sacchetto nei Pazienti. colostomizzati è a fondo chiuso); l'irrigazione comporta un grosso impegno e sacrificio **sempre** se si vuole arrivare a una riabilitazione totale, ovviamente inadatta a Pazienti. molto anziani o in condizioni generali scadenti (obesità, scarsa manualità, disturbi visivi importanti, Parkinson, ecc...).



Comunque si è visto, che da uno studio comparativo condotto dal Dipartimento di Chirurgia Generale dell'ospedale universitario di Ragama (SriLanka) su un campione di 25 Pazienti. ileostomizzati e 25 Pazienti. colostomizzati di pari età media (42 anni), nella qualità della vita non vi erano differenze significative per quanto riguarda i viaggi, l'abbigliamento, le attività quotidiane e sessuali.

Emerge che i Pazienti. ileostomizzati tollerano meglio la fuoriuscita del materiale intestinale e riescono a gestire meglio l'igiene personale rispetto ai Pazienti. colostomizzati, inoltre preservano di più l'appetito.

## **FASE PRE-OPERATORIA**

Il paziente dovrà essere informato sulla possibilità che sia necessario praticare una stomia, sia essa temporanea che definitiva, ed è opportuno coinvolgerlo nella scelta della posizione più idonea.

Questa informazione la fornisce il chirurgo, eventualmente assieme all'infermiere-stomatoterapista. Si deve tener conto che l'equilibrio psicologico di questi Pazienti, nella maggior parte dei casi, è precario, in quanto le loro patologie sono di tipo tumorale o comunque molto debilitanti (es. morbo di Crohn) e talvolta non riesce a comprendere la reale consistenza dell'intervento chirurgico per un innescarsi di un meccanismo di rifiuto.

## **FASE INTRA-OPERATORIA**

Anche questo è un tempo fondamentale che condizionerà tutta la vita del Pazienti.

La stomia viene confezionata alla fine dell'intervento chirurgico e l'equipe chirurgica deve essere consapevole che un corretto confezionamento della stomia significa una buona qualità vita per il Pazienti. stomizzato.

## **FASE POST-OPERATORIA**

A prescindere dal tipo di stomia, la feci nell'immediato post-operatorio saranno molli, se non liquide. Questa fase è molto delicata perché è il momento che il Pazienti. prende contatto con la realtà e con la propria "nuova fisicità": ci sono Pazienti. che inizialmente non riescono nemmeno a guardare la propria stomia.

La figura dell'infermiere-stomatoterapista in questa fase è fondamentale, perché dovrà trasmettere al Pazienti. sicurezza e tranquillità supportandolo sia fisicamente che psicologicamente.

La collaborazione tra operatori sanitari è molto importante in modo da dare al Pazienti. una risposta univoca ed esauriente.

La fase post-operatoria, a grandi linee, si può dividere in alcuni passaggi fondamentali quali:

-  recupero fisico
-  conoscenza e consapevolezza della propria situazione
-  gestione della stomia con scelta ed applicazione del presidio corretto

- ✚ spiegazione ed eventuale esecuzione del metodo dell'irrigazione(per i Pazienti. colostomizzati)
- ✚ consigli dietetici
- ✚ dimissione con una buona autonomia(dove il caso lo consenta).

## **RECUPERO FISICO**

L'infermiere-stomatoterapista affronterà un percorso riabilitativo del Pazienti. stomizzato non appena sarà in grado di essere autosufficiente nell'ambito ospedaliero,quando cioè i dolori post-operatori scompariranno. La durata di questa fase è soggettiva e molto variabile a seconda del tipo di intervento subito, delle condizioni generali del Pazienti., delle eventuali patologia concomitanti, ecc...



## **CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA DELLA PROPRIA SITUAZIONE**

E' importante constatare che ogni persona evolve ad un ritmo che gli è proprio e diverso da quello degli altri;bisogna tener conto di questa differenza e personalizzare l'assistenza.

Il Pazienti. durante la degenza ospedaliera può essere intimorito dalle manovre effettuate su di sé: uso di pinze e materiali sterili lo induce a pensare che la gestione della propria stomia sarà drammatica.

L'infermiere-stomatoterapista dovrà dare delle informazioni chiare e facilmente comprensibili in modo da non lasciare dei dubbi irrisolti.



## **GESTIONE DELLA STOMIA CON SCELTA ED APPLICAZIONE DEL PRESIDIO CORRETTO**

Il Pazienti. deve ben comprendere che la stomia non è una ferita, ma un nuovo “organo” che fa parte del corpo.

La stomia va trattata come un “nuovo sedere” e cioè lavata con una spugna naturale o sintetica con acqua e sapone neutro



**NON UTILIZZARE MAI  
ETERE, ALCOOL, EUCLORINA, ACQUA  
OSSIGENATA, BENZINA E QUANT'ALTRO**

**PERCHE' SONO AGGRESSIVI E  
DISTRUGGONO LA DIFESA NATURALI  
DELLA PELLE ESPONENDOLA A RISCHIO  
DI LESIONI ANCHE MOLTO GRAVI.**

asciugando la cute attorno con un asciugamano morbido(mai ovatta)e applicando in modo corretto il presidio scelto. Le sacche di raccolta sono di svariati tipi(monopezzo,due pezzi,trasparenti o opache,chiuse o aperte,con idrocolloidi,ecc...) sarà compito dell'infermiere-stomatoterapista sceglierne uno adatto per ogni Pazienti, coinvolgendolo nella scelta dopo avergli spiegato le diversità di ogni sistema di raccolta.



La cosa **fondamentale è tagliare il diametro del sacchetto** in modo preciso, cioè **UGUALE al diametro della stomia**, al fine di

proteggere dalle feci la cute peristomale, che altrimenti andrebbe incontro a dermatiti

.

La scelta del presidio è un momento delicato ed intimo: l'infermiere aiuterà il Pazienti. nella scelta elencando i pro ed i contro di ogni sistema di raccolta.

**I Pazienti. ileostomizzati** useranno dei sacchetti di raccolta a fondo aperto (per poter vuotare il contenuto intestinale senza staccare il sacchetto) che potranno essere monopezzo o due pezzi, formati cioè da una placca+sacchetto;il monopezzo è più morbido ed ha una eccezionale vestibilità, ma va sostituito di norma una o due volte/die,

il due pezzi è molto più rigido (a causa della placca )ma dà la possibilità di lasciare in sede la placca dai 3 ai 5 gg.

**I Pazienti. colostomizzati** avranno la stessa facoltà di scelta, ricordando a coloro i quali si volessero irrigare che il sacchetto di raccolta va staccato prima di ogni irrigazione, per cui un due pezzi non troverebbe utilità.

## **SPIEGAZIONE ED EVENTUALE ESECUZIONE DEL METODO DELL'IRRIGAZIONE**

L'irrigazione è una pratica riabilitativa ed è una tecnica riservata **esclusivamente** ai portatori di colostomia sinistra non complicata che abbiano la totalità del resto del tubo digerente e quindi feci di consistenza normale, che possono essere immagazzinate nel colon per diversi giorni. Questa tecnica permette di riacquistare un concreto controllo della funzione intestinale, raggiungendo una completa continenza tra un'irrigazione e l'altra.

Può essere iniziata non prima di trenta giorni dall'intervento chirurgico utilizzando un set apposito; è buona norma eseguirla con regolarità (intervalli di 48 ore) possibilmente alla stessa ora e nel rispetto delle abitudini personali.

E' sconsigliata a Pazienti. anziani, in cattive condizioni generali, debilitati, con impedimenti visivi o di manualità; è da sospendere in caso di diarrea,dolori addominali,nausea e/o vomito.

Da ricordare, infine, che l'irrigazione non è una tecnica necessaria; sarà compito dell'infermiere-stomatoterapista illustrarne i pro ed i contro.

**TECNICA:** l'esecuzione è uguale ad un clisma, solamente viene usato un cono atraumatico ed una sacca per lo svuotamento aperta alle due estremità. Si usa un irrigatore graduato riempito con 800-1000 cc. di acqua a 37° e posizionato sempre alla stessa altezza in modo che la pressione dell'acqua sia sempre costante. Il Pazienti. potrà adottare una posizione eretta o seduta a suo piacimento. L'evacuazione avviene in due tempi: la prima è immediata ed è composta dalla maggior parte di acqua, la seconda più lenta è composta da materiale intestinale più solido. Per l'intera evacuazione si impiegano circa 45-50 min. dove il Pazienti., arrotolando su se stessa la sacca di svuotamento, potrà dedicarsi alle sue normali attività (es. toilette, lavori di casa, ecc...). Si toglie la sacca di svuotamento, si deterge la stomia e si applica il presidio di raccolta.

L'apprendimento di questa metodica richiede in genere tre lezioni dove l'infermiere-stomatoterapista sarà il punto di riferimento per l'insegnamento.

## **CONSIGLI DIETETICI**

Una corretta alimentazione può aiutare la persona stomizzata a vivere meglio, ma si tratta solo di *consigli* e non di *divieti*.

**L'ileostomizzato** perde quotidianamente una notevole quantità di acqua, sali e vitamine che dovrà reintegrare; dovrebbe fare più pasti al giorno (per ridurre lo stimolo intestinale e la velocità di transito) prediligendo quelli che rallentano il transito intestinale e che sono poveri di scorie.

**Il colostomizzato** dovrà solamente limitare i cibi responsabili della formazione di gas.

Si ricorda, infine, che le persone portatrici di stomie devono continuare a rispettare i propri gusti: una soddisfazione del palato è sicuramente più salutare di un divieto.



## **DIMISSIONE CON UNA BUONA AUTONOMIA**

Quando il Paziente. viene dimesso, la maggior parte delle volte si sente socialmente escluso e preferisce rifugiarsi tra le proprie mura domestiche. Se l'infermiere-stomatoterapista è riuscito a rieducare il

Pazienti. infondendogli sicurezza e autonomia questo non dovrebbe accadere; inoltre, un buon supporto familiare, aiuta sicuramente ad accettare più facilmente la “nuova vita” che inizierà al momento della dimissione.

Per agevolare il Paziente. gli verranno consegnate delle guide pratiche e dei protocolli dove vengono illustrate tutte le manovre per la gestione della stomia con dei numeri telefonici di riferimento (compreso quello del reparto di appartenenza).

## **COMPLICANZE**

L'insorgere di eventuali complicanze costringe il Pazienti. a confrontarsi con problematiche che accentuano il disagio derivante da un intervento chirurgico mutilante che ha profondamente modificato il proprio schema corporeo.

Nonostante tutte le precauzioni prese dal chirurgo per la localizzazione della stomia e nonostante il miglioramento continuo della qualità dei materiali, in alcune persone stomizzate possono comparire delle complicanze.

Tali complicanze possono essere:

**DERMATITE PERISTOMALE** è in assoluto la complicanza più frequente ed è dovuta a svariate cause quali la cattiva igiene, le allergie ai colloidali dei sacchetti di raccolta, alcune patologie concomitanti (es. diabete) che predispongono più facilmente il Pazienti. a questo tipo di complicanza.

Va diagnosticata al più presto (di solito è il Pazienti. stesso ad accorgersene per primo) e curata con farmaci topici e presidi adatti, come l'applicazione di Eosina al 2% supportata in alcuni casi da pasta per stomie e/o polvere per stomie.

Il problema della dermatite nei Pazienti. stomizzati non è la dermatite stessa, ma il ridursi drasticamente del potere adesivo del sacchetto di raccolta (a causa della dermatite) che tenderà a staccarsi anche più volte al giorno esponendo la cute peristomale nuovamente al contatto con il materiale intestinale; si rischia così di innescare un meccanismo dal quale è molto difficile uscire.

**QUESTO VA DETTO AFFINCHÈ NESSUNA “PICCOLA” LESIONE CUTANEA PERISTOMALE VENGA SOTTOVALUTATA.**

**GRANULOMA** si manifesta con bruciore e prurito, si deve intervenire chirurgicamente per curarlo e non servono applicazioni topiche per arrivare alla guarigione.

**STENOSI** è dovuta ad un restringimento del lume della stomia. Si interviene facendo delle dilatazioni specifiche (con dilatatori di Hegar) oppure con un trattamento chirurgico riconfezionando la stomia ;se non si interviene il Pazienti. può andare incontro ad un'occlusione intestinale.

**RETRAZIONE** consiste in una “rientranza” della stomia rispetto al piano cutaneo e può causare dei seri problemi di gestione per l'infiltrazione del materiale intestinale tra cute e sacchetto di raccolta.

Per risolvere questa complicanza si deve intervenire chirurgicamente riconfezionando la stomia. Se la retrazione è minima in alcuni casi si può evitare al Pazienti. l'intervento chirurgico adottando un sistema di raccolta con placca convessa: soprattutto con i sacchetti di ultima generazione si sono ottenuti ottimi risultati.

**PROLASSO** è la fuoriuscita del viscere dal lume della stomia; se è di modesta entità si può decidere di non intervenire, se la fuoriuscita supera una certa dimensione si deve intervenire chirurgicamente.

**ERNIA PARASTOMALE** è una complicanza che ha un'incidenza maggiore in soggetti anziani e/o in sovrappeso a causa della lassità dei tessuti. Il Pazienti. dovrà affrontare un intervento chirurgico per ovviare a questa complicanza che se trascurata può portare all'occlusione intestinale.

Esistono altre complicanze come la fistolizzazione e la necrosi che insorgono sporadicamente, perciò vengono solo menzionate; in tutti e due i casi la soluzione della complicanza è l'intervento chirurgico.

In conclusione, vogliamo sottolineare l'importanza delle cure specifiche, personalizzate e competenti che i malati stomizzati richiedono per facilitare il loro ritorno ad una vita normale ed il più soddisfacente possibile.

L'alto livello di qualità delle cure alle persone stomizzate permette, garantendo una gestione ottimale delle cure stesse e dei materiali, di

ridurre i costi, in particolare evitando lo spreco di materiali e la comparsa di complicazioni locali, dal trattamento lungo e costoso. Un'equipe multi-disciplinare di cui faccia parte un'infermiere-stomatoterapista rappresenta quindi un sicuro vantaggio.

## BIBLIOGRAFIA:

- ✚ Adloft M, Ollier JCL. Les stomies digestives de l'adulte. Paris: Springer-Verlag, 1993
- ✚ Bòll G, Conge M, Guyot M, Marquet JM, Montandon S. Le point sur les stomies, les fistules et les troubles de la continence. Atlas B. Braun, 1998
- ✚ Gill-Thompson NN. Special stomies. Les soins, l'information et l'aide aux stomisés. Hier, aujourd'hui et encore demain. Lyon Chir 1989;85 (n°2)
- ✚ Montandon S, Guyot M, Degarat F. La stomathérapie, une compétence pour l'approche globale des soins aux stomisés. Collection Infirmières d'aujourd'hui, Paris: Le Centurion, 1986
- ✚ Spécial stomie. Cah Chir 1985; n°54
- ✚ Bresadola V., Busi C., Donini A., Martedini M., Navarra G., Pattaro L., Manuale di patologia chirurgica e assistenza infermieristica, EdiSes s.r.l., Napoli, 1995

- ✚ Cola B., "La patologia stomale tardiva, in La riabilitazione degli stomizzati", Silvia Editrice, Cologno Monzese (MI), 1989
- ✚ Azienda Ospedaliera di rilievo Nazionale A.Cordarelli , Napoli (aggiorn. 06.07.2006)
- ✚ F.A.I.S.:Federazione Associazione Incontinenti e Stomizzati (da Internet)



---

ACCREDITED FOR ORGANIZATION BY  
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

Edito dall'Ufficio Comunicazione su testi forniti dall'Infermiere Barbara Pitteri Unità della Clinica Operativa Chirurgia Generale, **in aderenza agli standard di Accreditamento Joint Commission International**

**Ufficio Comunicazione**

tel. 040 – 399 6300; 040 – 399 6301 fax 040 399 6298

e-mail: [comunicazione@aots.sanita.fvg.it](mailto:comunicazione@aots.sanita.fvg.it)

[www.aots.sanita.fvg.it](http://www.aots.sanita.fvg.it)

Strada di Fiume 447 – 34 149 Trieste

**DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE E TORACICA  
UNITA' CLINICA OPERATIVA CHIRURGIA GENERALE Direttore:  
prof. Nicolò de Manzini**

Tel: 040 – 399 4152; Fax 040 – 399 4115

**Coordinatore Infermieristico: Stefano Grisan**

Tel: 040 – 399 4043

Revisione 02 – 22 ottobre 2013