



## Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico in *urgenza per occlusione intestinale*



### Informazioni generali

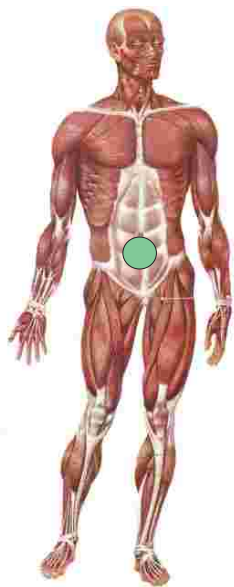
L'occlusione intestinale (meccanica) si verifica a causa dell'**arresto della fisiologica progressione del contenuto intestinale all'interno dell'intestino tenue o colon**. È provocata da un **ostacolo al transito** per:

- ostruzione del lume da calcoli, feci, corpi estranei;
- lesione della parete con diminuzione del calibro (stenosi) del viscere da polipi, neoplasie, processi infiammatori;
- compressioni dall'esterno da aderenze o briglie, incarceramento in ernie o laparoceli (= particolare ernia della parete addominale, conseguente al cedimento degli strati interni della sutura di un intervento chirurgico), masse;
- torsione di un tratto intestinale sul proprio asse (volvolo).

La sintomatologia è caratterizzata da dolori addominali, distensione addominale, vomito, segni di disidratazione, chiusura dell'alvo (mancata emissione di feci e gas).

### Informazioni per il Paziente

L'intervento chirurgico, in anestesia generale, deve essere eseguito con urgenza, compatibilmente con le condizioni generali del Paziente e i tempi tecnici per lo svolgimento degli esami diagnostici del caso. Generalmente è necessario eseguire un'ampia incisione della parete addominale, allo scopo di verificare la sede dell'ostruzione. In base alla causa che ha determinato l'occlusione, l'intervento chirurgico può avvenire con diverse modalità:



- **senza apertura dell'intestino** nei casi di lisi di briglie o lisi di aderenze (=adesioni anormali che si stabiliscono tra organi o parti di uno stesso organo per opera di strati o tratti di tessuto più o meno fibroso, esito, a sua volta, di processi infiammatori. In questo caso appunto si hanno aderenze addominali, spesso conseguenti a interventi chirurgici sull'addome o a uno stato infiammatorio e caratterizzate da dolori e da alterazioni del transito intestinale e a volte da parziale occlusione; questo tipo di aderenze può essere risolto con la lisi (scioglimento di questi legami chirurgico) eseguibile a cielo aperto o per via laparoscopica. Si usa talvolta anche il termine composto di adesiolisi), o riduzione di ernia, detorsione di un volvolo;
- **enterotomia** (= apertura di un tratto dell'intestino), per rimozione di ostruzione meccanica, come in caso di grosso calcolo o corpo estraneo che blocca il transito intestinale;
- **resezione intestinale** del tratto ove è presente la lesione della parete che ha provocato il restringimento del calibro intestinale – es. per polipi, neoplasie o processi infiammatori – **con sutura immediata** dei due monconi intestinali;
- **resezione intestinale con enterostomia** (= "confezionamento" di ano artificiale), nel caso, una volta asportata la lesione, non sia possibile ristabilire immediatamente la continuità intestinale;
- **by-pass** (sutura del tratto di viscere a monte e a valle della lesione) senza resezione, in caso di processi infiammatori o neoplastici non asportabili;
- **enterostomia**, a monte della lesione senza resezione.



Nel periodo post-operatorio è sempre necessario lasciare per alcuni giorni il sondino naso gastrico (posizionato prima o durante l'intervento chirurgico) al fine di consentire la fuoriuscita di gas e liquidi dallo stomaco ed evitare di mettere in tensione le suture intestinali.

Anche il catetere vescicale viene mantenuto per alcuni giorni per misurare la quantità di urina emessa.

In alcuni casi può essere necessario stabilire un accesso venoso tramite un catetere venoso in un grosso vaso (*vena succlavia o giugulare*), in modo da consentire una rapida somministrazione di liquidi ed eventualmente la nutrizione per via endovenosa (nutrizione parenterale)

Spesso vengono posizionati uno o più drenaggi (= *tubo di silicone che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita di sangue o altri liquidi dalla sede di intervento*), da rimuovere nel periodo post-operatorio.

La durata della degenza, legata al tipo di intervento effettuato, varia da 8 a 15 giorni se non compaiono complicanze.



### Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

### Rischi specifici

I rischi specifici sono relativi alla natura dell'ostruzione intestinale e al carattere di urgenza degli interventi per occlusione intestinale, che non consente spesso un'adeguata preparazione e uno studio preoperatorio del Paziente (mortalità globale dell'8-10 %). In seguito all'intervento possono verificarsi diverse complicanze tra cui le più frequenti sono: **emorragie** (intra o postoperatorie), **perforazioni intestinali** (in corso di lisi di aderenze o manovre di riduzione di ernia), la formazione di **raccolte ascessuali** postoperatorie e il cedimento di suture intestinali (**deiscenze**), nonché la comparsa di **peritonite** saccata o diffusa.

Tutte queste evenienze possono, talvolta, richiedere un secondo intervento chirurgico.