



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



Modulo Dipartimentale di Chirurgia d'Urgenza

# Occlusione Intestinale

## Inquadramento Chirurgico

*Giorgio Vasquez*  
Modulo Dipartimentale di Chirurgia d'Urgenza  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara  
[giorgio.vasquez@unife.it](mailto:giorgio.vasquez@unife.it)

**ASPETTI CRITICI DELLE  
EMERGENZE INTRA E  
EXTRAOSPEDALIERE**

Sabato 24 Marzo 2012  
Aula Magna delle Nuove Cliniche  
*Arcispedale S. Anna, Ferrara*

Il Segretario  
Dr. V. Giancarlo Matarese

Il Presidente  
Dott. Sergio Gullini

Sono stati richiesti 4 crediti formativi ECM  
per Medici, Biologi, Farmacisti

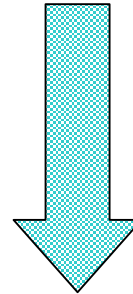
Segreteria Organizzativa   
MCR C.so Isosno 53 - 44100 Ferrara Tel 0532.242418 e.mail [info@mcrferrara.org](mailto:info@mcrferrara.org)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# OCCLUSIONE INTESTINALE



Arresto della progressione  
di solidi, liquidi e gas  
all'interno del canale  
alimentare



# OCCLUSIONE INTESTINALE

*Rappresenta la più frequente delle urgenze chirurgiche e costituisce fino al 20% degli ingressi in un reparto di chirurgia*

- Tenue
- Colon





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# OCCLUSIONE INTESTINALE

## ILEO MECCANICO

Presenza di un reale ostacolo  
alla progressione intestinale

## ILEO DINAMICO (PARALITICO)

Incapacità di peristalsi con  
rilassamento diffuso della parete  
intestinale



## I LEO MECCANICO Eziopatogenesi

- **OSTRUZIONE**

Presenza di un ostacolo endoluminale (tumori vegetanti, corpi estranei, calcoli biliari, fecalomi)

- **STENOSI**

Presenza di un processo infiltrante parietale (tumori, morbo di Crohn)

- **COMPRESSIONE**

Presenza di una patologia extraluminale (tumori retroperitoneali, renali)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## I LEO MECCANICO Eziopatogenesi

- **ANGOLATURA**

Formazione di angoli acuti lungo il decorso intestinale  
(aderenze viscero-viscerali e viscero-parietali)

- **STRANGOLAMENTO**

Grave compromissione vascolare del tratto occluso  
(invaginazione, volvolo, strozzamento da cingolo)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## I LEO DINAMICO Eziopatogenesi

- **INFIAMMAZIONE DEL PERITONEO**  
Peritonite di qualsiasi origine
- **TRAUMI DELL'ADDOME**  
Anche senza lesioni
- **INTERVENTI CHIRURGICI**
- **FARMACI**  
Oppiacei, neuroplegici, miorilassanti



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## QUADRO CLINICO

- DOLORE ADDOMINALE
- CHIUSURA DELL'ALVO A FECI E GAS
- VOMITO
- SQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# DOLORE ADDOMINALE

- *ILEO MECCANICO "SEMPLICE": DISCONTINUO*

Legato alla peristalsi; si alternano attacchi più o meno ravvicinati a momenti di calma

**N.B.:** Quando la peristalsi cessa definitivamente, "arrendendosi" all'ostacolato transito, il paziente si sente meglio, ma il quadro si è aggravato

- *ILEO MECCANICO CON STRANGOLAMENTO: CONTINUO*

Dolore continuo con recrudescenze legate alla peristalsi



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## CHI USURA DELL'ALVO A FECI E GAS

- *ILEO PARALITICO*: TOTALE
- *ILEO MECCANICO*: TOTALE O PARZIALE

Può essere presente una “pseudo canalizzazione” per svuotamento del contenuto e dei secreti della porzione di intestino a valle dell'ostruzione

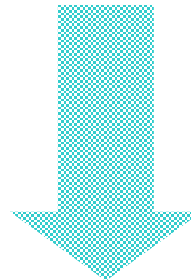


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# VOMITO

**VOMITO GASTRICO-BILIARE**  
(occlusione alta, duodenale)



**VOMITO FECALOIDE**  
(occlusione bassa, ileo terminale, colon)

**N.B.:** il vomito è tanto più precoce quanto più alta è la sede dell'occlusione



## DEPLEZIONE IDRICA

L'impedito transito e l'atonìa parietale non permettono al contenuto liquido normalmente secreto nel lume intestinale di venire fisiologicamente assorbito

**Increzione di liquidi  
nell'intestino/24 ore**

<b>SALIVA:</b>	1500 cc
<b>S. GASTRICO:</b>	2000-3000 cc
<b>BILE:</b>	500-1000 cc
<b>S. PANCREATICO:</b>	500-800 cc
<b>S. ENTERICO:</b>	3000 cc

<b>TOTALE:</b>	<b>7000-8000 cc</b>
----------------	---------------------



## DEPLEZIONE ELETTROLITICA

$\text{Na}^+$

Iponatriemia

ulteriore perdita  
idrica

- cute secca
- lingua asciutta
- ipotensione
- oliguria
- iperazotemia

$\text{K}^+$

Ipokaliemia

< contrattilità  
muscolare

< conduzione nervosa

- astenia
- ottundimento
- letargia
- deficit conduzione e  
contrattilità cardiaca

$\text{Cl}^-$

Ipocloremia  
(occlusioni alte con  
vomito gastrico)

alcalosi metabolica

ipocalcemia

tetania



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# DIAGNOSI

## ESAME CLINICO

- valutazione della sintomatologia
- anamnesi
- esame obiettivo
- esplorazione rettale (E.R.)

## DIAGNOSTICA RADIOLOGICA



# ESAME OBIETTIVO

## 1. ISPEZIONE

Addome disteso, meteorico

- *diffusamente*: nell'ileo dinamico e nelle fasi avanzate dell'ileo meccanico (arresto della peristalsi)
- *settorialmente*: nelle prime fasi dell'ileo meccanico, in relazione alla porzione dell'intestino sovradisteso



# ESAME OBIETTIVO

## 2. PALPAZIONE

Addome teso, elastico (percezione tattile della peristalsi se ancora presente)

## 3. PERCUSSIONE

Suono timpanico

## 4. AUSCULTAZIONE

- Silenzio addominale (ileo dinamico e fasi avanzate dell'ileo meccanico)
- Borborigmi (intensi ((rumori metallici)) nelle fasi precoci, di "lotta" dell'ileo meccanico)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# ESPLORAZIONE RETTALE

Negativa nell'ileo meccanico da ostruzione colica, può evidenziare un **fecaloma**, frequente causa di occlusione intestinale nel paziente geriatrico allettato



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

## RX ADDOME DIRETTO

Si basa sulle immagini naturali di contrasto, prodotte dalle raccolte liquide e di gas che si formano nell'intestino occluso  
(**livelli idro-aerei**)



# RX ADDOME DIRETTO

## ILEO MECCANICO

- distensione limitata alla porzione di intestino a monte dell'ostacolo
- presenza di livelli idro-aerei dovuti al ristagno del liquido sovrastato dal gas

## ILEO DINAMICO (PARALITICO)

- distensione diffusa
- assenza di livelli idro-aerei





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Qualora le condizioni cliniche del paziente lo permettano, è possibile una diagnosi strumentale di **localizzazione**, particolarmente utile al chirurgo

- **TC addominale con contrasto**
- **Rx clisma opaco (con gastrografin)**
- **Rx tubo digerente (con gastrografin)**
- **Colonscopia**
- **EGDS**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# DIAGNOSTICA STRUMENTALE



TC addominale



*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# DIAGNOSTICA STRUMENTALE



TC addominale





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# TRATTAMENTO

## 1. MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI

- PA
- ECG
- emocromo
- diuresi

## 2. TERAPIA DI SUPPORTO

- digiuno assoluto
- SNG
- apporto idroelettrolitico

## 3. TRATTAMENTO CHIRURGICO (ileo meccanico)



# Cause di Occlusione Intestinale



## Bowel Obstruction: Etiologies

= 20% of surgical hospital admissions for acute abdomen

Small bowel obstruction (SBO) (80%)

- Postoperative adhesions (50-75%)
- Primary & metastatic neoplasia (10-15%)
- External/internal hernia (8-15%)
- Other: Crohn disease, intussusception, hematoma, gallstone, bezoar

Large bowel obstruction (LBO) (20%)

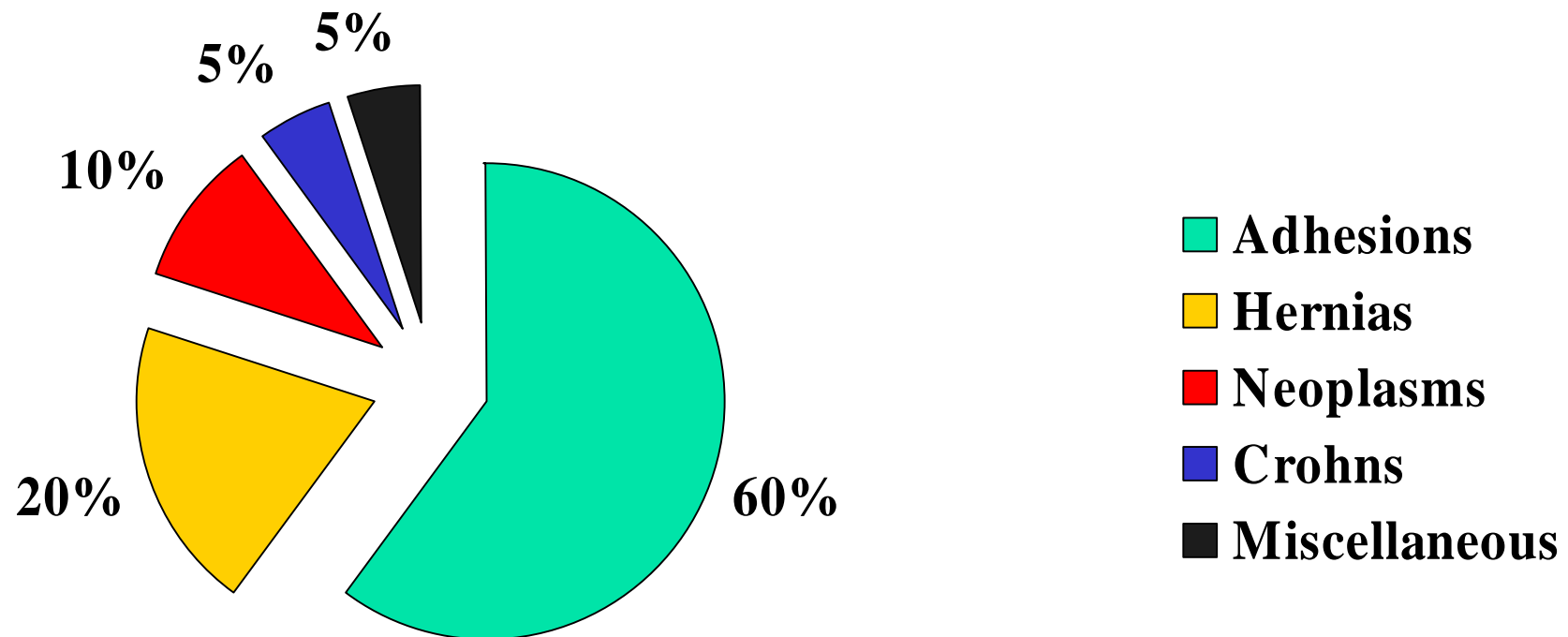
- Carcinoma (60%, most frequently sigmoid)
- Volvulus (10-15%, sigmoid > cecum)
- Diverticulitis (10%)
- Other: intussusception, fecal impaction, ischemia, foreign object, extrinsic compression



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

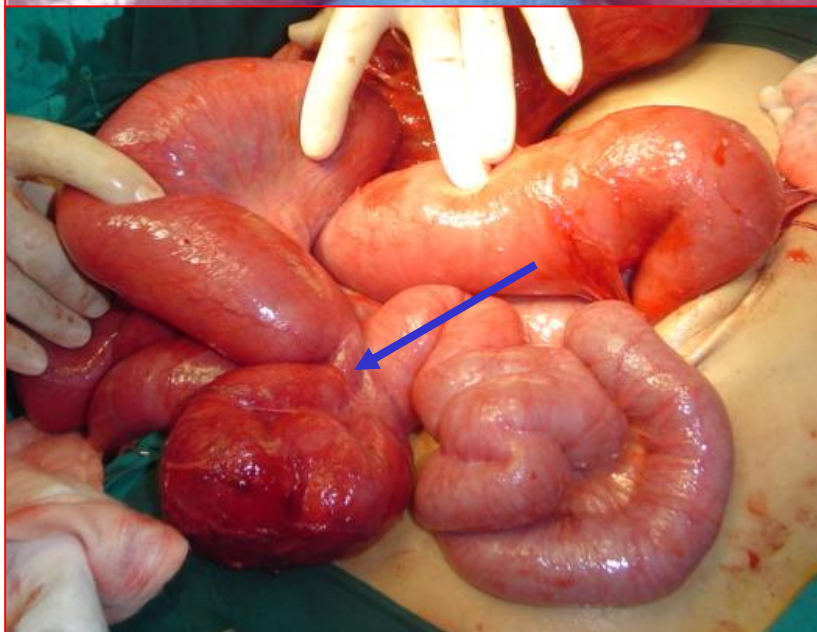
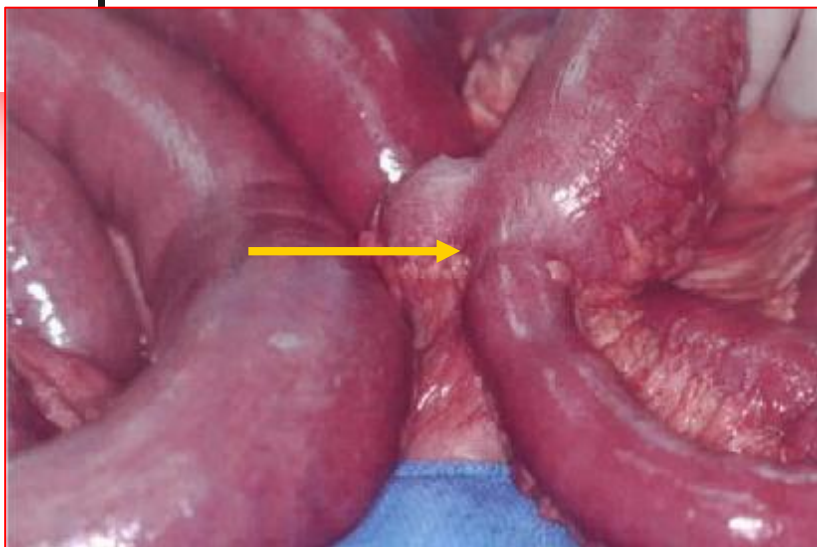


## Cause di Occlusione Intestinale Piccolo Intestino

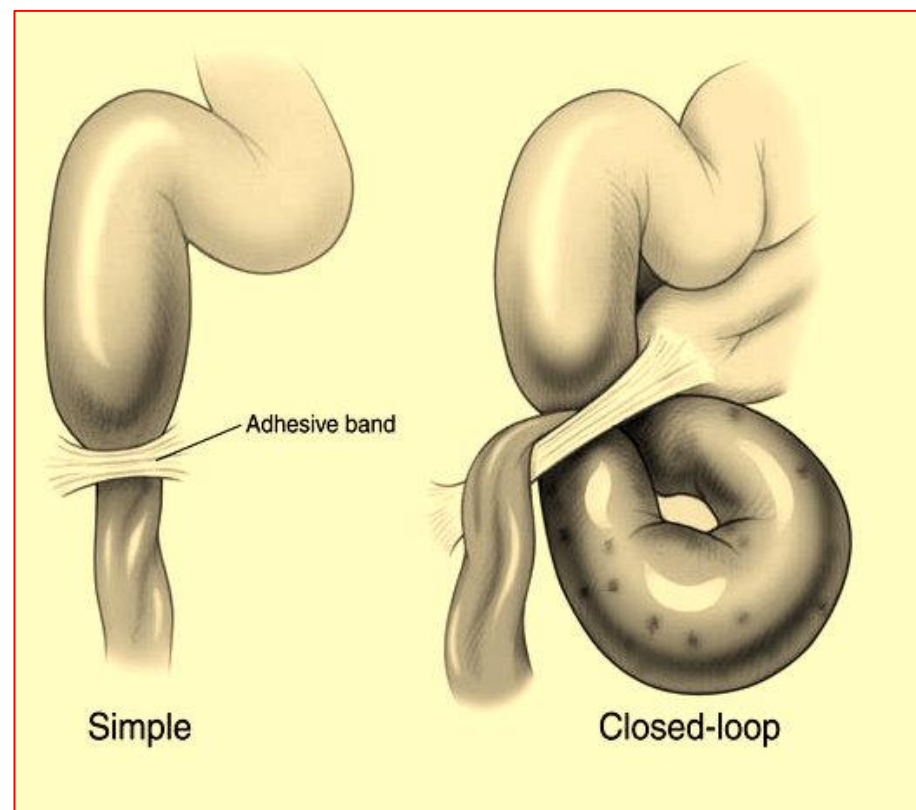




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Adesioni 60%





# Estesa sindrome aderenziale



Cingolo  
strozzante  
unico





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## The World Society of Emergency Surgery

---

# 1st Congress WSES Emergency Surgery Today

---

**1st-3rd July 2010**

**Official Congress Site**



**World Journal of  
Emergency Surgery  
World Society of  
Emergency Surgery**

**Peritoneum and Surgery  
(PnS) Society**

**1st World Congress  
Bologna, 1st- 3rd July 2010  
[www.wses.org.uk](http://www.wses.org.uk)  
[www.wjes.org](http://www.wjes.org)**

**IXth Meeting  
Bologna, 2nd- 3rd July 2010**

*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Conservative treatment and timing for surgery

Catena *et al.* *World Journal of Emergency Surgery* 2011, **6**:5  
<http://www.wjes.org/content/6/1/5>



WORLD JOURNAL OF  
EMERGENCY SURGERY

**REVIEW**

**Open Access**

## Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery

Fausto Catena<sup>1\*</sup>, Salomone Di Saverio<sup>2,1,3</sup>, Michael D Kelly<sup>3</sup>, Walter L Biff<sup>4</sup>, Luca Ansaloni<sup>5,1</sup>, Vincenzo Mandalà<sup>6</sup>, George C Velmahos<sup>7</sup>, Massimo Sartelli<sup>8</sup>, Gregorio Tugnoli<sup>2</sup>, Massimo Lupo<sup>6</sup>, Stefano Mandalà<sup>6</sup>, Antonio D Pinna<sup>1</sup>, Paul H Sugarbaker<sup>9</sup>, Harry Van Goor<sup>10</sup>, Ernest E Moore<sup>11</sup>, Johannes Jeekel<sup>12</sup>

*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## Conservative treatment and timing for surgery

- n The first question is whether to operate or not to operate
- n Patients without the signs of strangulation or peritonitis or history of persistent vomiting or combination of CT scan signs (free fluid, mesenteric oedema, devascularized bowel) and partial ASBO can safely undergo non-operative management (LoE 1a GoR A)



## Conservative treatment and timing for surgery

- n The second question is who can be safely managed with initial conservative management and which factors can reliably predict surgery
- n Complete SBO (no evidence of air within the large bowel) and increased serum creatine phosphokinase predicts NOM failure (Level of Evidence 2b GoR C)
- n The appearance of water-soluble contrast in the colon on abdominal X ray within 24 hours of its administration predicts resolution of ASBO (Level of Evidence 1a GoR A)



## Conservative treatment and timing for surgery

- n **Third issue is which conservative management can be adopted and which adjuncts can be used**
- n The use of Gastrografin in ASBO is safe (in terms of morbidity and mortality) and reduces the need for surgery, the time to resolution of obstruction and the hospital stay (**Level of Evidence 1a GoR A**)
- n Gastrografin may be administered on the dosage of 50-150 ml, either orally or via NGT and can be given both at immediately admission or after an attempt of initial traditional conservative treatment of 48 hours (**Level of Evidence 1b GoR A**)



## Conservative treatment and timing for surgery

- n Further matter of debate are how long should NOM be and when it should be discontinued?
- n Usually NOM, in absence of signs of strangulation or peritonitis, can be prolonged up to 72 hours of adhesive SBO (Level of Evidence 2b GoR C)
- n If ileus persists more than 3 days and the drainage volume on day 3 is > 500 ml, surgery for ASBO is recommended (Level of Evidence 2b GoR C)



## Conservative treatment and timing for surgery

- n Finally when deciding between operative or non operative management it would be beneficial to assess the risk of ASBO recurrence after NOM and which factors can predict recurrence of ASBO after NOM
- n The patients non responders to the conservative treatment within 72 hours have a considerable risk of recurrent ASBO (Level of Evidence 2b GoR C)
- n Risk factors for recurrences are age <40 years and matted adhesion (Level of Evidence 1b GoR A)



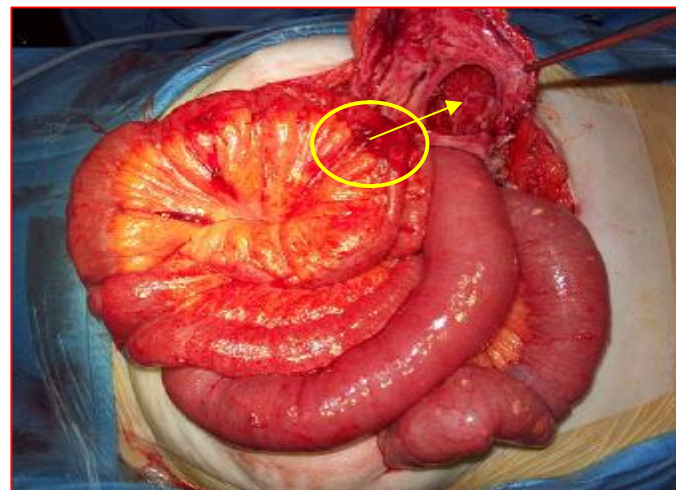
## Ernie Complicate 20%



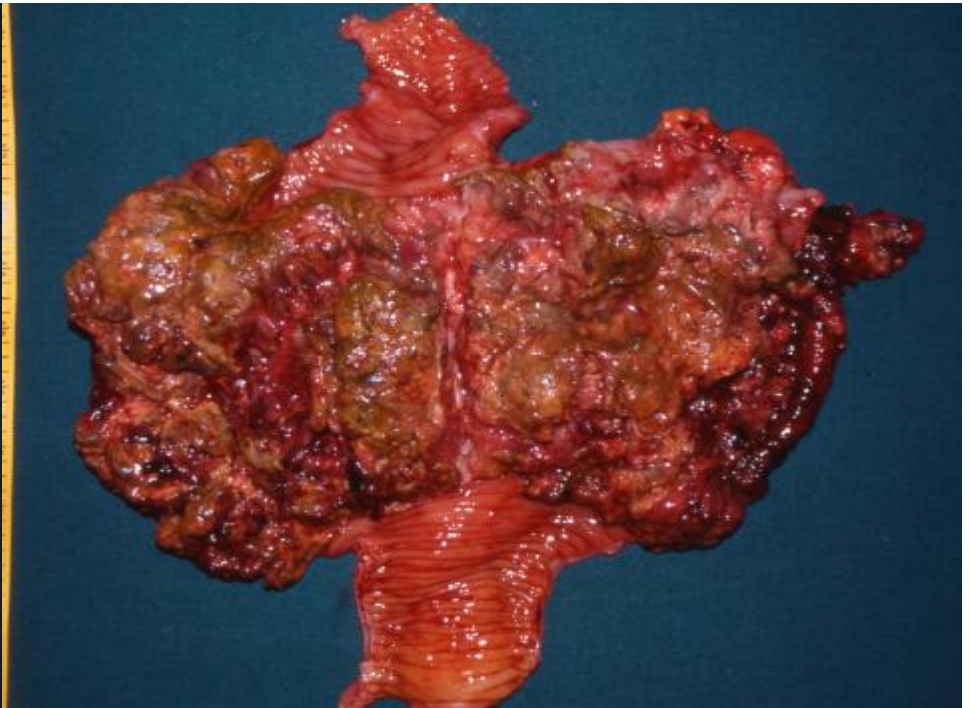
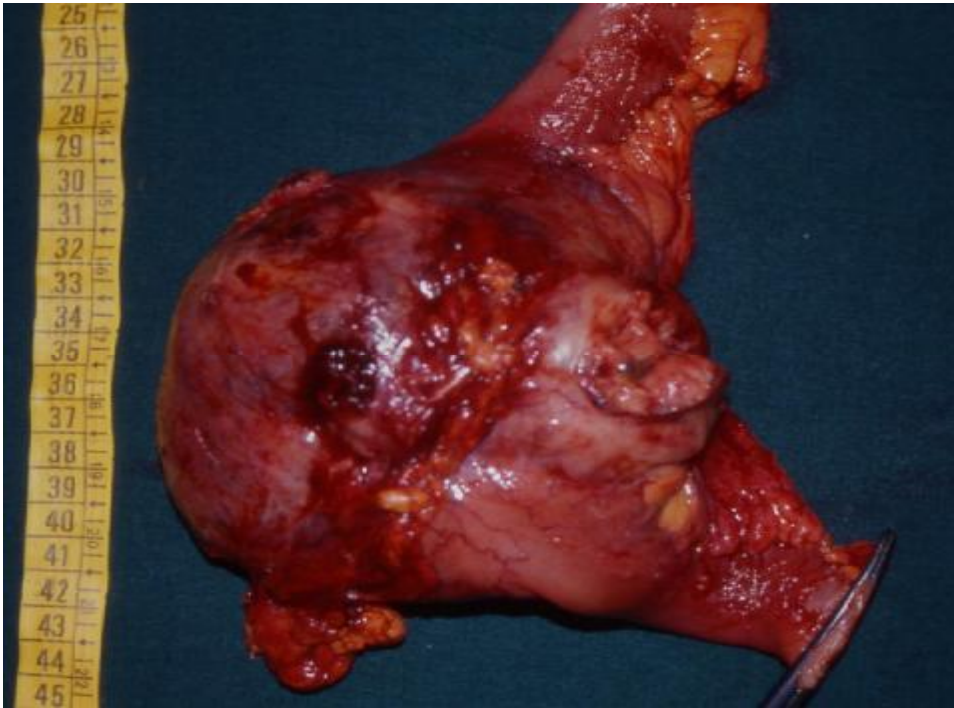
*Ernia  
Femorale  
strozzata*



*Ernia  
Inguinale  
Strozzata*



*Laparocoele  
Strozzato*

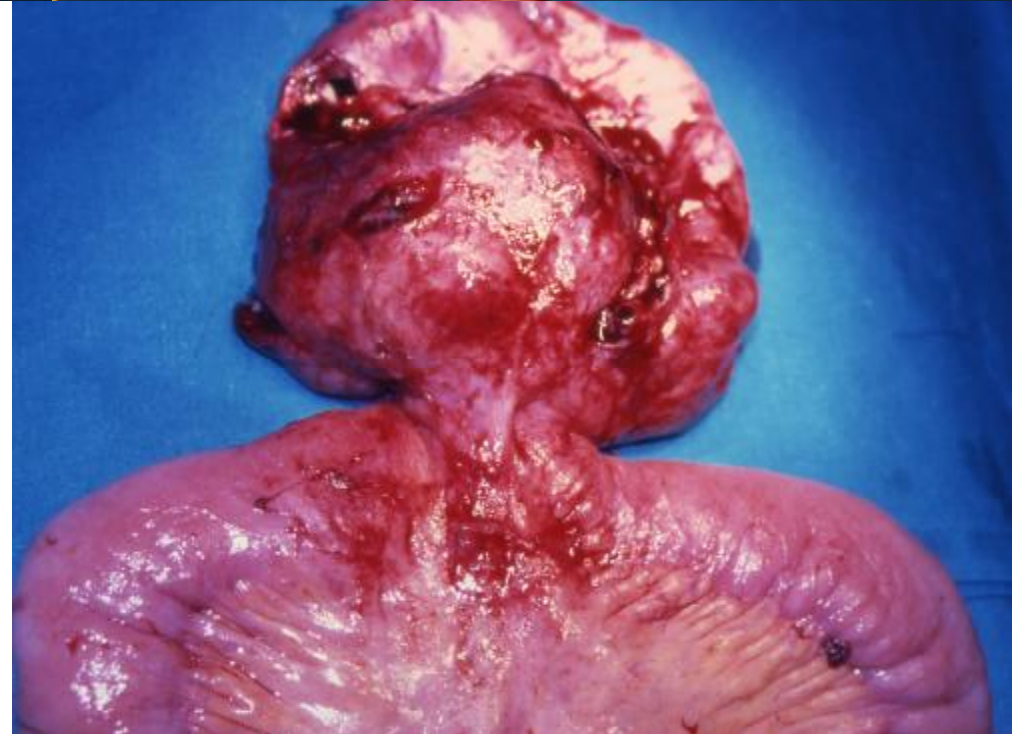


Metastasi ileale  
da melanoma

*Neoplasie 10%*

(GI ST - Carcinoidi)

Sarcoma ileale





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Neoplasie 10%



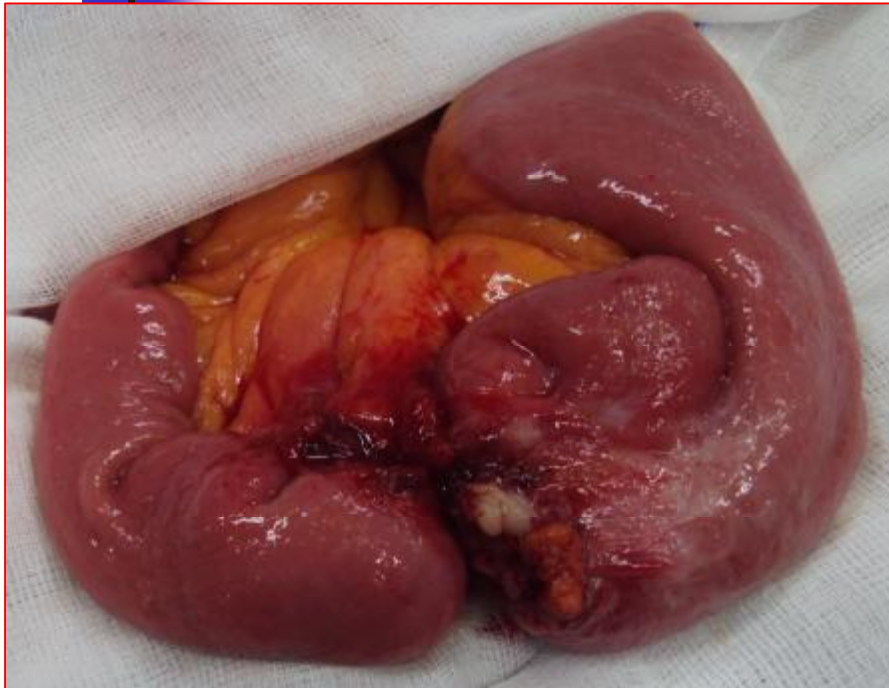
*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Neoplasie 10%



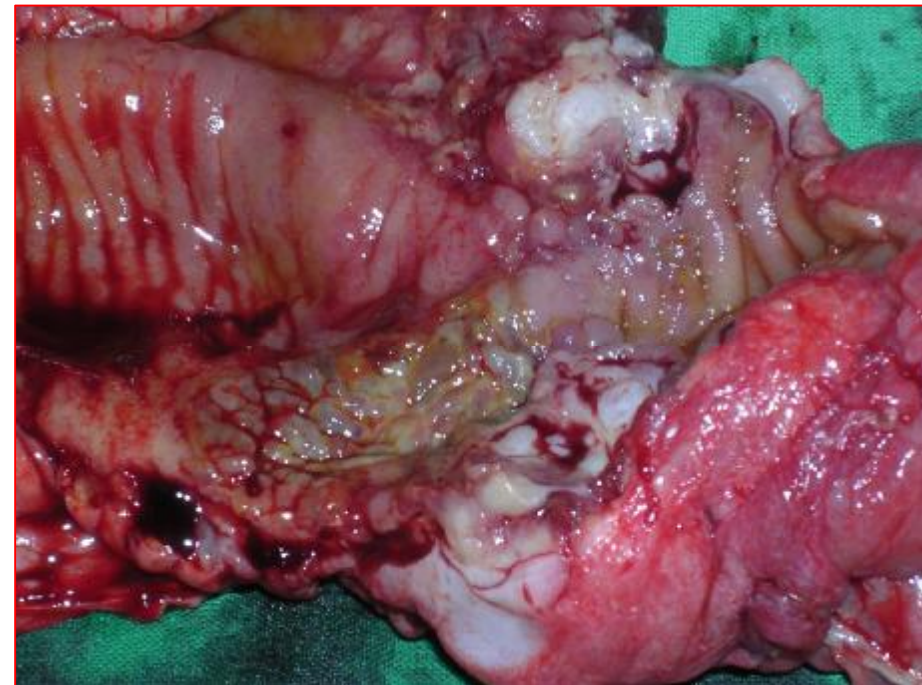
Linfoma digiunale



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Morbo di Crohn 5%



*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## Miscellanea 5% - Embolia mesenterica





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## Miscellanea 5% - Ileo biliare



*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



# Occlusioni del grosso intestino

- n **Neoplasie** (60%)
  - n Adenocarcinoma
  - n Altre
- n **Volvolo** (20%)
  - n Sigma
  - n Ceco (SBO)
  - n Forne rare
- n **Diverticolite cronica** (10%)
  - n Sigma, colon discendente
  - n Ceco
  - n Forme rare
- n **Miscellanea cause** (10%)



# Volvolo del Colon

- n Ostruzione causata dalla torsione dell'intestino oltre i 180 gradi attorno al proprio asse mesenterico
- n **10-20%** di tutte le occlusioni coliche
  - n **Sigma ~ 65%**
  - n Cieco ~25%
  - n Colon trasverso ~4%





# Volvolo del Sigma

- n Causa fino al 50% delle occlusioni intestinali
  - n India, Africa, Est Europa
- n Nelle società occidentali è più frequente nei soggetti anziani con dolico colon
- n Fattori di rischio
  - n Stipsi cronica
  - n Problematiche psichiatriche
  - n Dieta ricca di scorie
  - n Prolungato allettamento





# Trattamento di scelta

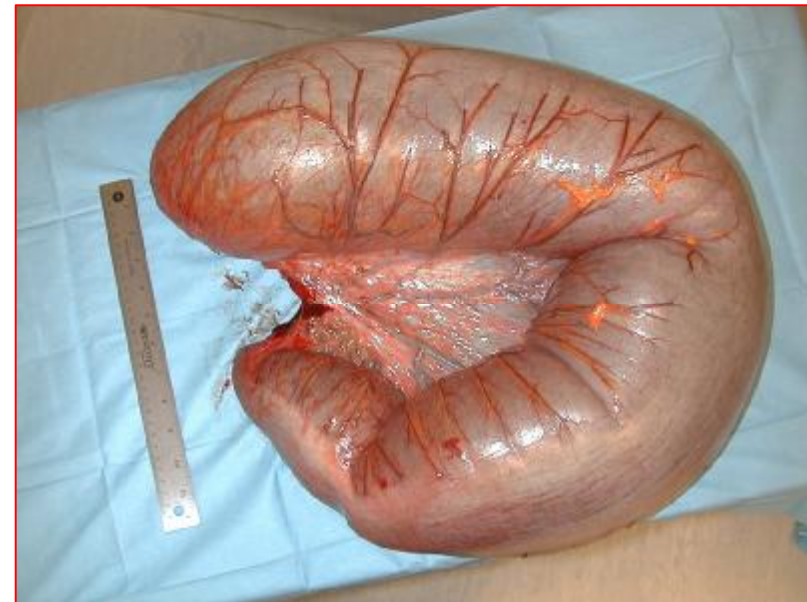
- n Decompressione endoscopica
  - n Proctosigmoidoscopia rigida o flessibile inserita per via rettale
  - n Fuoriuscita di aria/feci --> decompressione efficace
  - n Sonda rettale
  - n **Successo nel 85-90% dei casi**
  - n **Recidiva nel >60%**
  - n Il trattamento precoce riduce il rischio di necrosi intestinali
    - n Ischemia colica, perforazione
  - n Resezione elezione





# Trattamento chirurgico del volvolo del sigma

- n Resezione in elezione
  - n Nello stesso ricovero
- n Resezione in urgenza
  - n L'intervento dipende dalla vitalità intestinale
    - n Resezione ed anastomosi
    - n Hartmann
    - n Derotazione semplice (recidiva nel 60% dei casi)
    - n Derotazione con colopessia
    - n Colostomia decompressiva





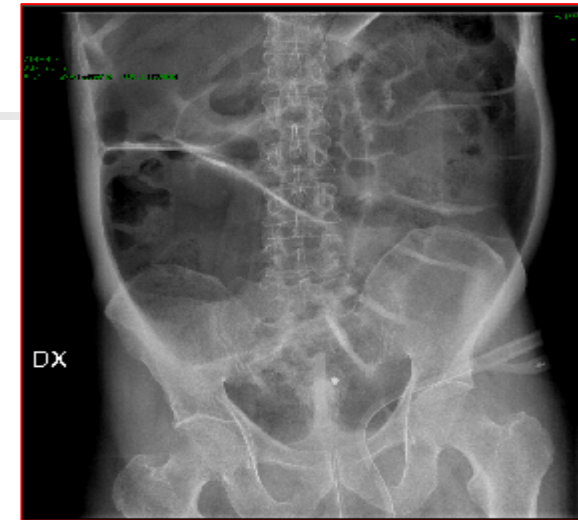
# Trattamento chirurgico del volvolo del sigma

- n Intervento eseguito in urgenza/emergenza
- n Mortalità operatoria in rapporto alla vitalità intestinale
  - n Vitale 8% vs non vitale 53%





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



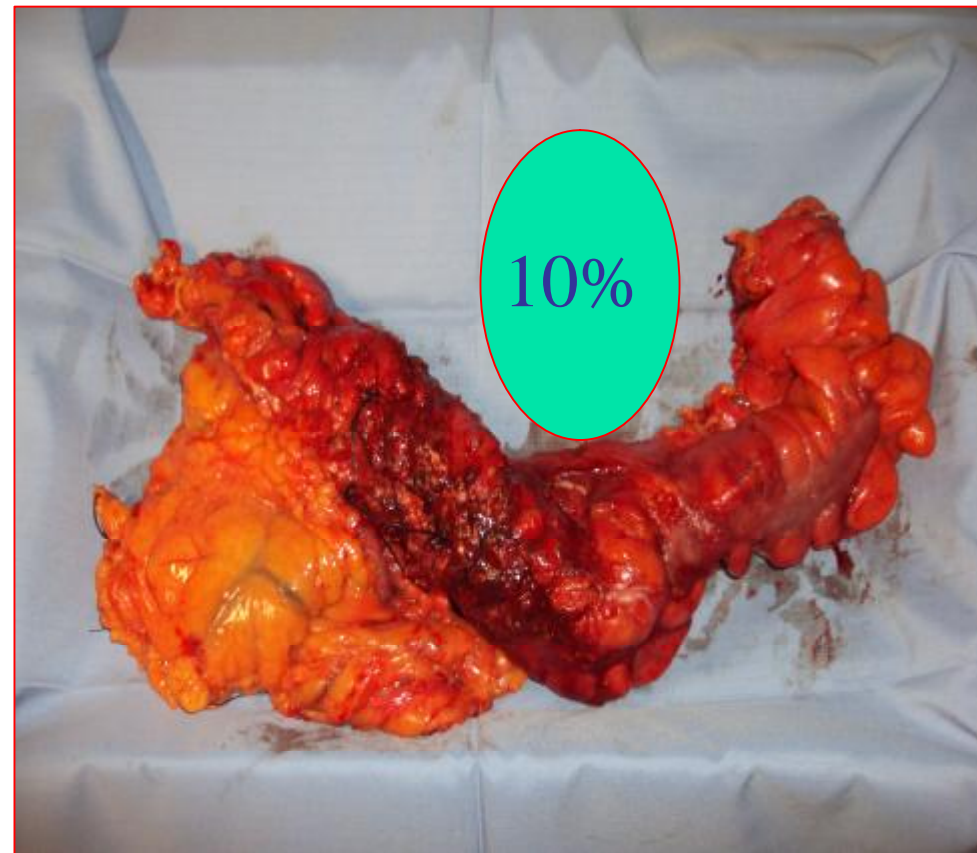
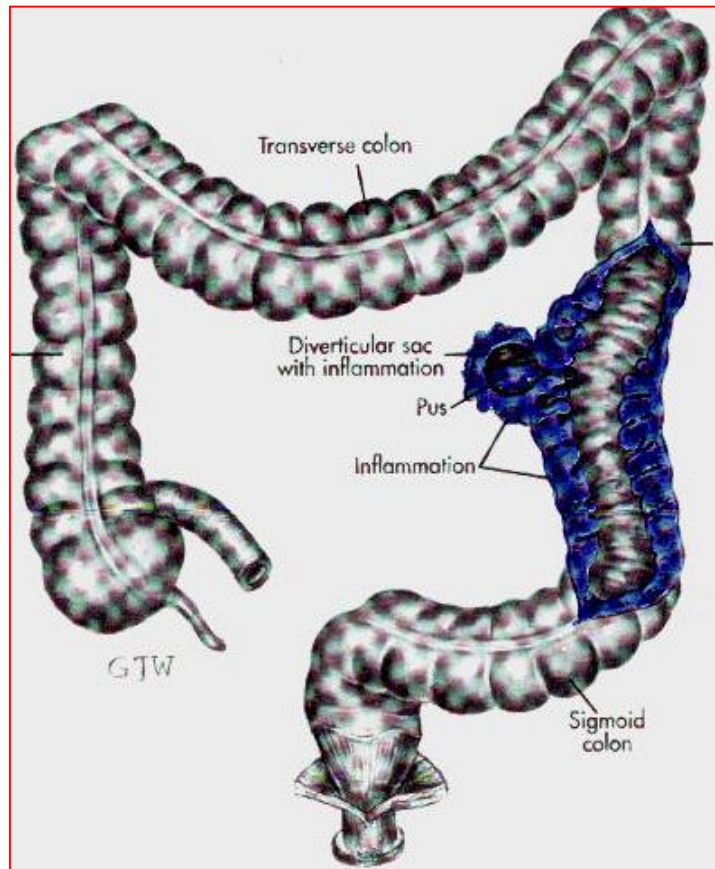
*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Occlusione del colon su base diverticolare

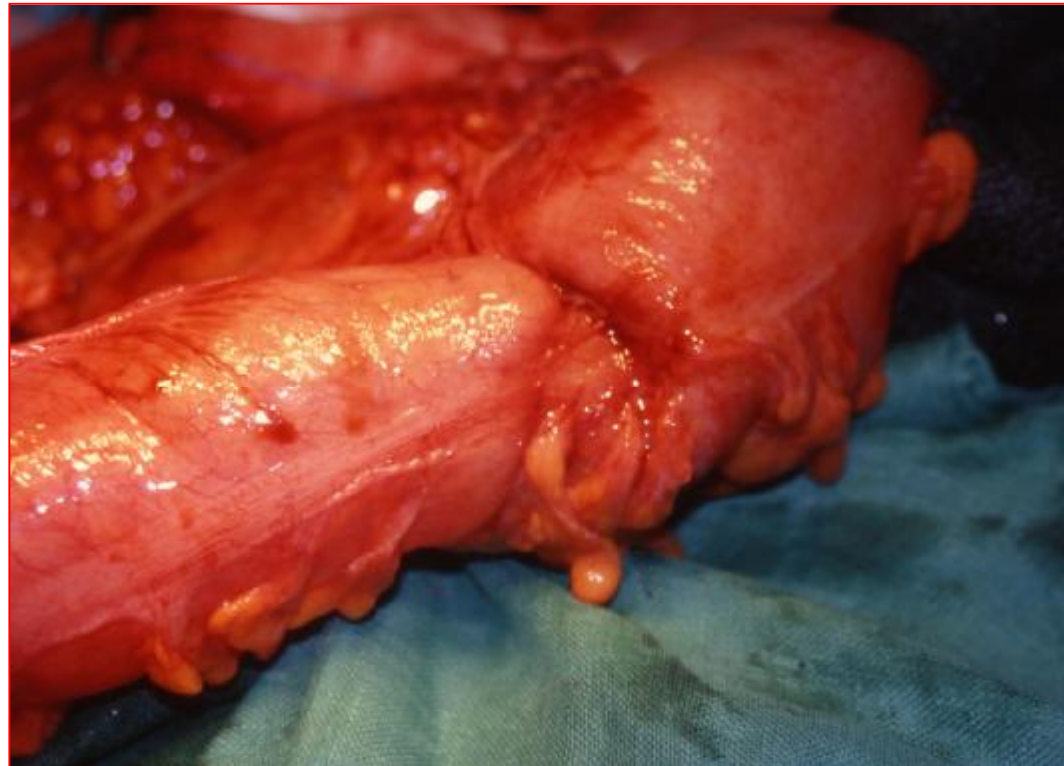
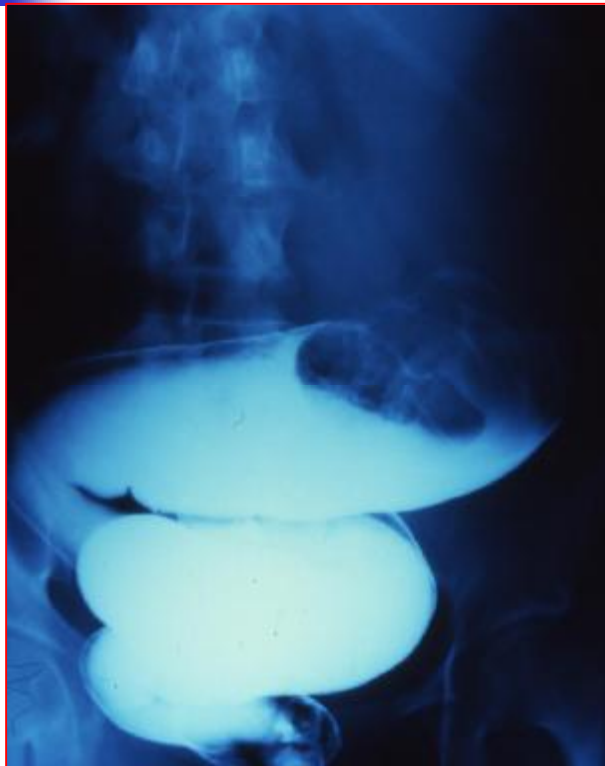




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## Altre Cause - 10%



# Intussuscezione colica su cancro

*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



## Ogilvie's Syndrome Altre Cause - 10% (Acute Colonic Pseudo-obstruction)

- Massive dilation of cecum, right, and transverse colon (non-mechanical), to splenic flexure
- Dilated SB loops in > 50%
- Symptoms:
  - Distension
  - Nausea and vomiting (2 out of 3)
  - Abdominal pain in 80%
    - Generally mild to moderate
  - 50% have flatus or diarrhea
  - Peritonitis if perforated only
- Bowel sounds may be normal or increased



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## Conditions associated with Ogilvie's Syndrome

- Non-operative Trauma
- Non-GI surgery (Gyn, Ortho, Cardiac)
- Pancreatitis, Cholecystitis
- Diabetes, Malignancy
- Narcotics, antidepressants, anticholinergics
- Neurologic or Respiratory disease
- Electrolyte (hypo K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>), Acid / Base disorder
- Radiation in past



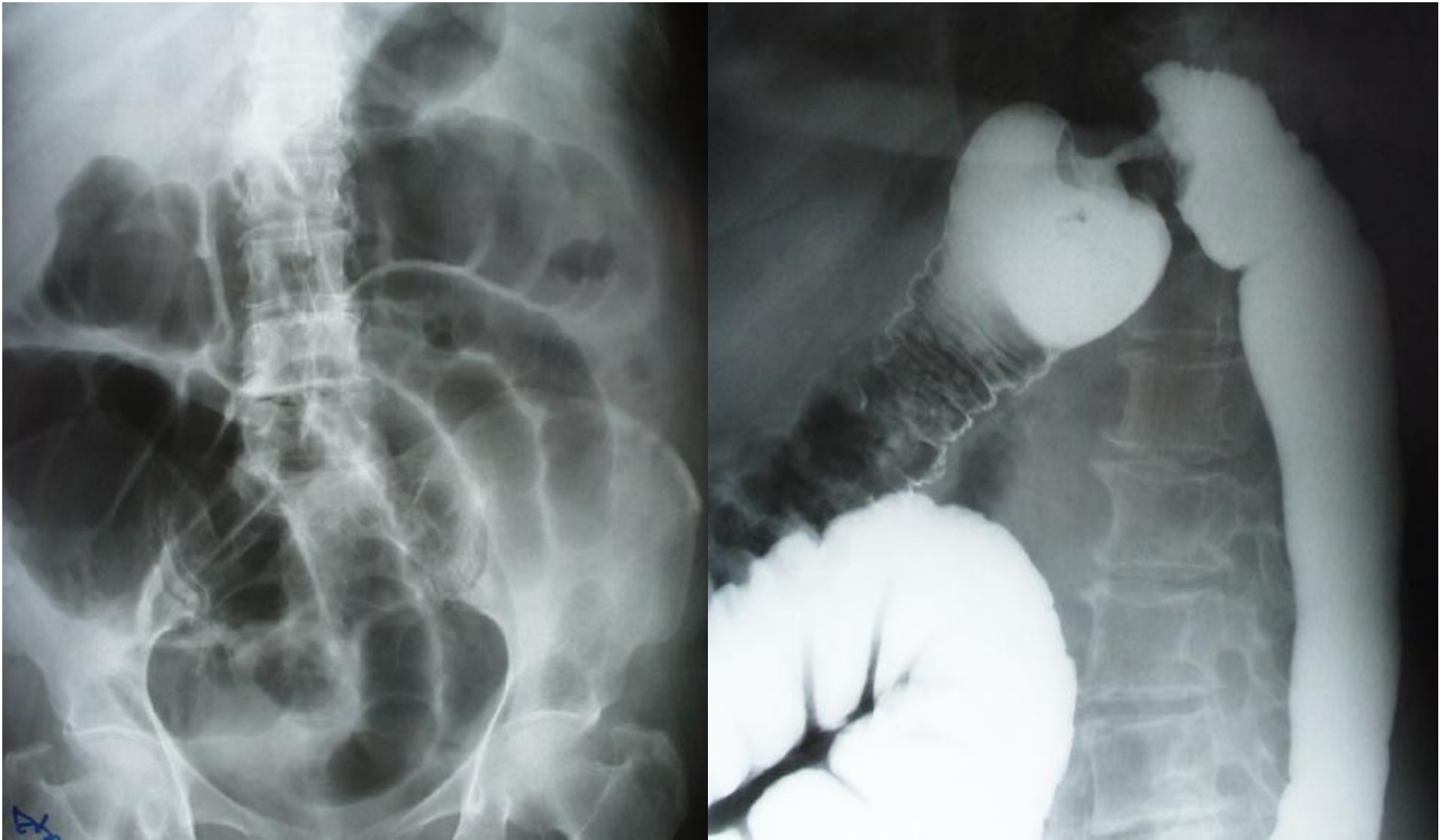
## Ogilvie's Syndrome: DDx and Dx

- Plain abdominal films to diagnose and follow cecal diameter (Q12-24 hrs)
  - Normal is  $< 9$  cm
  - If  $\geq 14$  cm  $\rightarrow$  perforation in 23%
- Differential Includes:
  - Fecal impaction
  - Cecal or Sigmoid Volvulus
  - Ischemic Bowel
  - Mechanical Obstruction



## Ogilvie's Syndrome: Treatment

- Correct electrolyte problems and underlying condition
- D/C narcotics and anticholinergics
- NPO with NGT, +/- Rectal Tube
- Colonoscopic decompression difficult but often successful
  - May need 2<sup>nd</sup> decompression
- Long colonic drains can be placed via colonoscope (old)
- Neostygmine is the treatment of choice now
- If signs of perforation then OR



**Occlusione intestinale da  
neoplasia del colon - 60%**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# ADENOCARCINOMA COLO-RETTALE DISTRIBUZIONE TOPOGRAFICA

<b>SEDE</b>	<b>%</b>	
Retto	22	} 57%
Retto-sigma	10	
Sigma	25	
Discendente	6	
Trasverso o flessure	13	
Ascendente	8	} 23%
Cieco	15	
Appendice	1	

*National Cancer Institute Report (USA)*

*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



## Presentation and Outcome COLORECTAL CANCER

<b>Mode of presentation</b>	<b>% of all patients</b>	<b>In-hospital mortality</b>	<b>5 yr survival</b>
<b>Elective surgery</b>	<b>60</b>	<b>5</b>	<b>50</b>
<b>Emergency</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>25</b>
<b>Non-operative</b>	<b>15</b>	<b>40</b>	<b>&lt;5</b>

**>80% emergency cases are obstructed**

Adapted from Allum et al 1996, McArdle et al 1993, Scott et al 1995

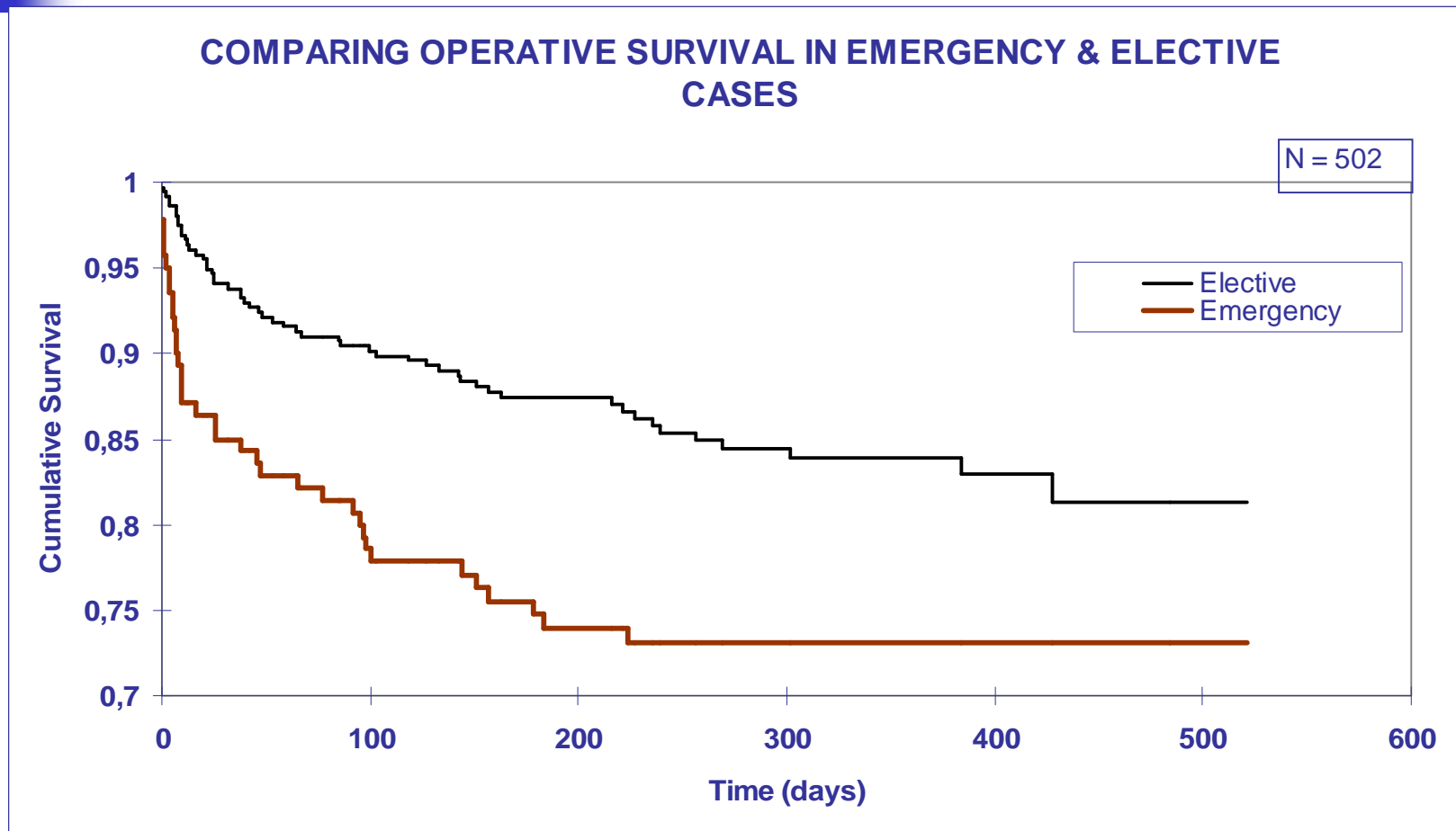
*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Presentation and Outcome COLORECTAL CANCER





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



## Razionale – convertire l'emergenza in chirurgia elettiva

- n Stabilizzazione del paziente e correzione idroelettrolitica
- n Riduzione della sovraelevazione diaframmatica con miglioramento della funzione respiratoria
- n Trattamento di comorbidità
- n Più accurato staging preoperatorio
- n In pazienti con malattia avanzata o gravi comorbidità si può evitare un intervento di chirurgia maggiore

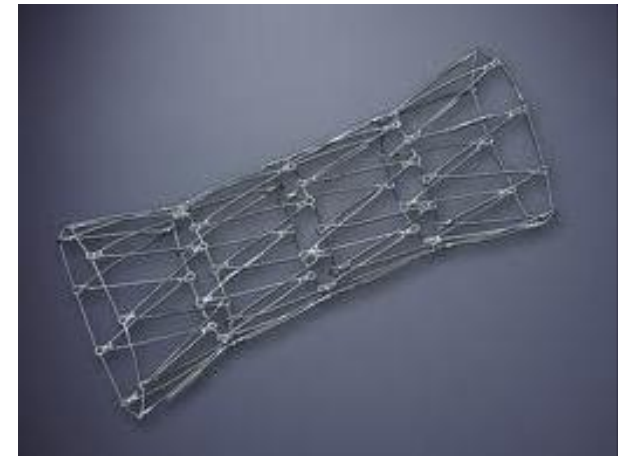


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# STENT COLO-RETTALI PER NEOPLASIE

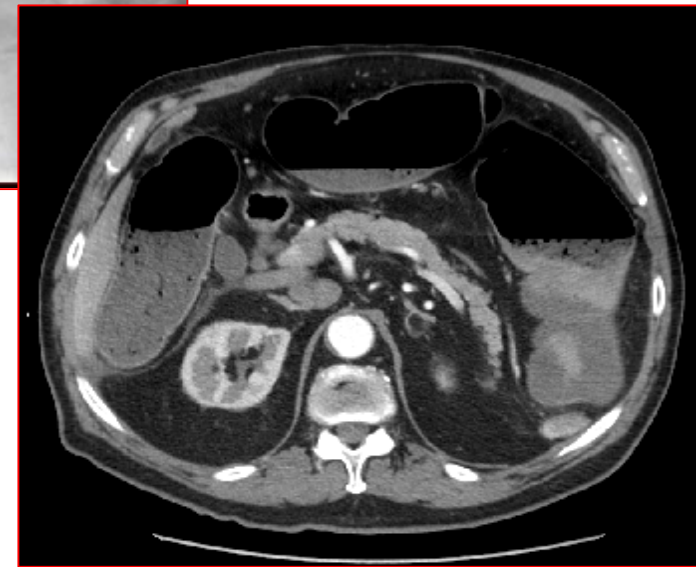
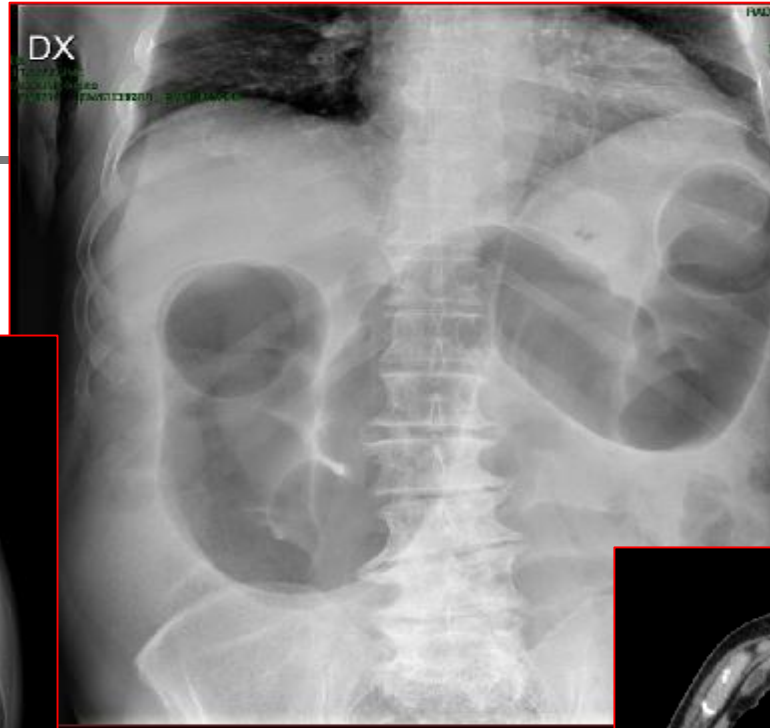
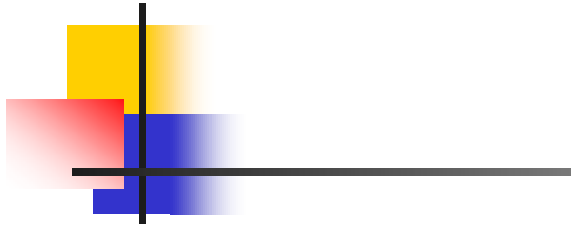
## INDICAZIONI



- n Trattamento palliativo (in alternativa alla colostomia)
- n Decompressione transitoria (Bridge to surgery)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



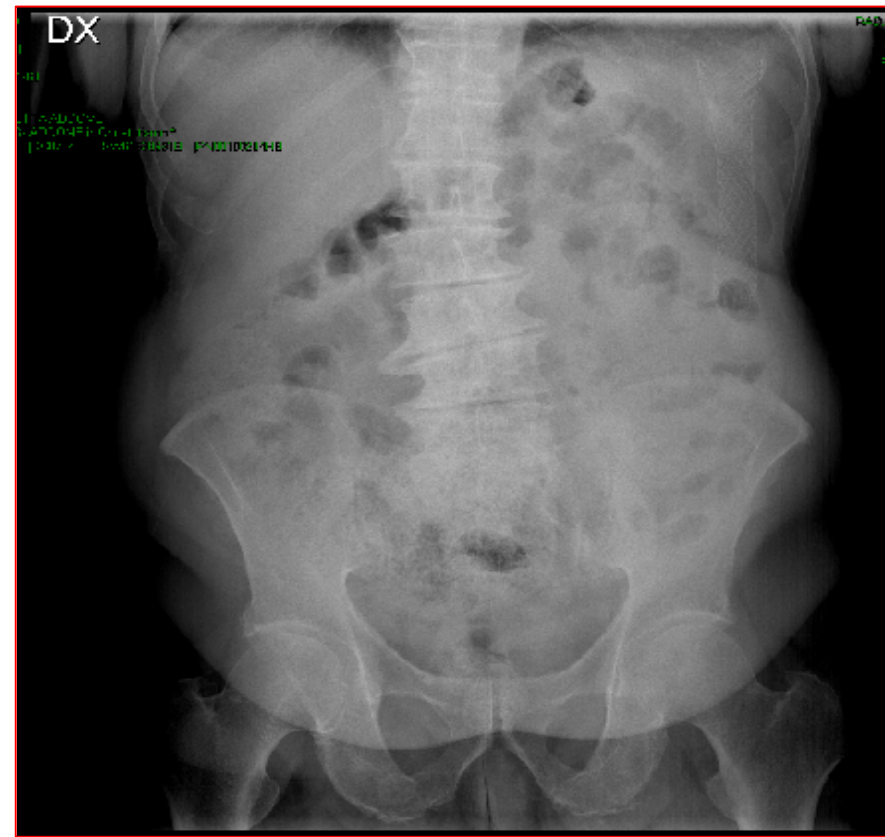
*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# SEMS bridge to surgery





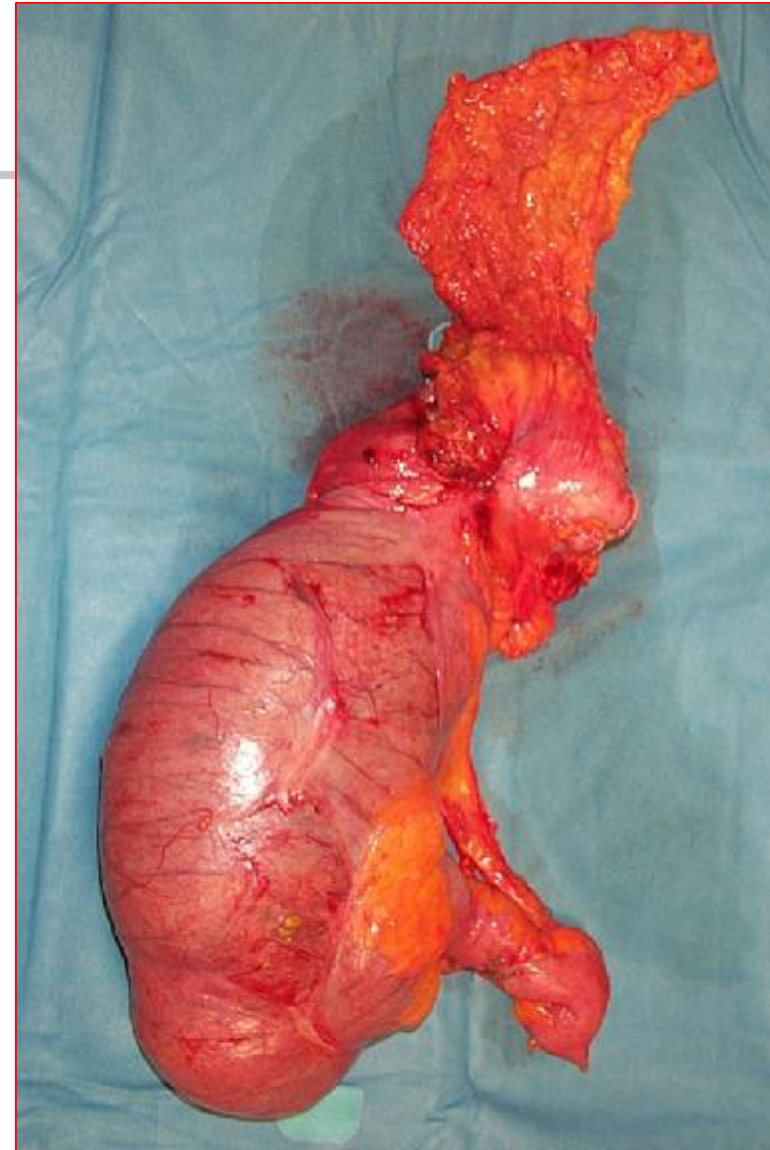
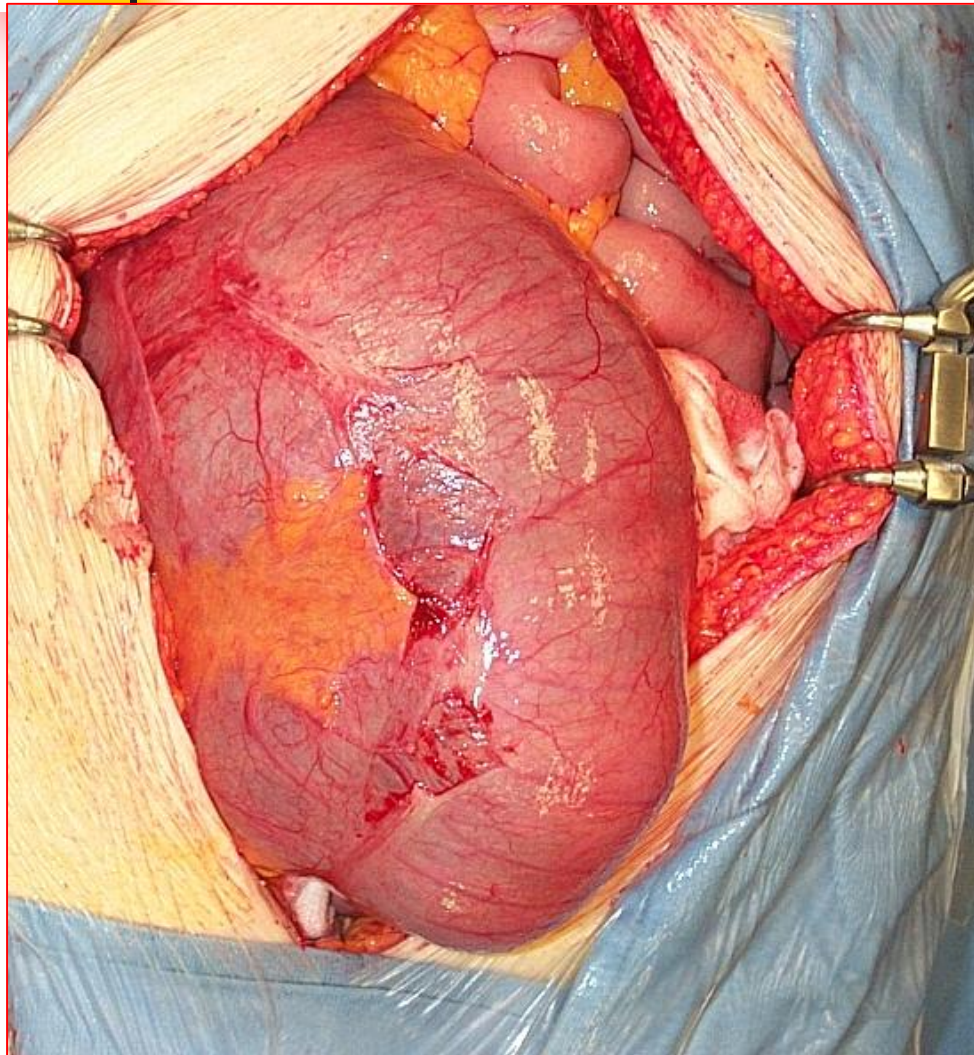
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



# Stenting colico

L'uso degli stent deve essere adeguatamente valutato in studi prospettici randomizzati controllati per rispondere a 2 quesiti

- \* Esiste un reale vantaggio (in termini di diminuzione della mortalità e morbilità operatoria, riduzione nella confezione di colostomia ed una migliore qualità di vita) dallo stenting endoluminale nei i pazienti affetti da occlusione da cancro del colon?
- \* Se un beneficio esiste, è identificabile nei pazienti trattati con intento curativo, palliativo od entrambi?

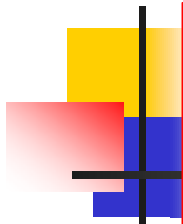


# Conclusioni

- n L'occlusione intestinale è la più frequente causa di ricovero chirurgico
- n Nell'80% dei casi è coinvolto il tenue e per il 60% è dovuta a briglie aderenziali
- n Il colon è sede di occlusione nel 20% dei casi, ma per il 60% la causa è neoplastica
- n Si può adottare un trattamento conservativo nelle occlusioni di tenue, se non è presente ischemia e per non più di 72 hr
- n Lo stenting delle neoplasie coliche è condiviso, ma sulla reale efficacia della metodica ancora non vi sono evidenze esaustive



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



*Grazie  
per l'attenzione*

*Giorgio Vasquez  
MD Chirurgia d'Urgenza  
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara  
[giorgio.vasquez@unife.it](mailto:giorgio.vasquez@unife.it)*

*Chirurgia d'Urgenza Ferrara*