



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**“La gravidanza nelle donne con
stomia: convivere con un nuovo
schema corporeo”**

Relatore: Chiar.mo
DOTT.SSA Baglioni Isabella

Tesi di Laurea di:
Quacquarelli Silvia

A.A. 2021/2022

INDICE

Introduzione.....	2
CAPITOLO 1 - EZIOPATOGENESI	
1.1 Background: La stomia definizione e caratteristiche cliniche.....	3
1.2 Definizione MICI, diagnosi,cause, tipici disturbi.....	5
1.3 Aspetti in comune e differenza tra Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa.....	8
1.4 Epidemiologia.....	11
1.5 MICI e gravidanza.....	13
CAPITOLO 2 - L'INFERMIERE STOMATERAPISTA	
2.1 Aree di competenza dell'infermiere stomaterapista.....	15
2.2 Stomaterapia e assistenza alla donna in gravidanza con stomia.....	15
2.3 I diritti degli stomizzati: La Carta Internazionale dei diritti dello stomizzato..	16
2.4 Colloquio e disegno pre-operatorio.....	17
CAPITOLO 3 – REVISIONE DELLA LETTERATURA	
3.1 Obiettivo dello studio.....	20
3.2 Materiali e metodi.....	22
3.3 Criteri di inclusione.....	24
3.4 Strategie di ricerca.....	24
3.5 Risultati.....	25
3.6 Tabella riassuntiva articoli eleggibili per la revisione.....	27
3.7 Discussione.....	37
Conclusioni.....	39
Ringraziamenti.....	41
Bibliografia e Sitografia.....	42

INTRODUZIONE

L'intento del mio lavoro è quello di ricercare e approfondire la tematica della donna in gravidanza con stomia, focalizzando l'attenzione su conseguenze fisicamente non visibili che essa causa e sulle dimensioni della qualità di vita che compromette.

Spesso le giovani donne colpite da MICI (MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI, malattie che si manifestano in fascia di età giovanile che appunto coincide con periodo fertile della donna) che hanno dovuto subire un'ileostomia temporanea o permanente, si chiedono se questa particolare condizione del loro addome possa essere compatibile con la gravidanza.

Secondo uno studio condotto in Piemonte da APISTOM (Associazione piemontese incontinenti stomizzati) su 1109 stomizzati è emerso infatti come le donne in età fertile corrispondano al 2,8% e come di queste l'81% sia affetta da MICI.

A livello nazionale ben 1700 donne in età fertile sono portatrici di una delle diverse forme di stomia tra cui appunto l'ileostomia. (1)

Svolgendo questo lavoro la mia speranza è quella di arricchire senz'altro il mio bagaglio di conoscenze personali e professionali, ma anche dare più informazioni che possano permettere agli operatori sanitari di prendersi cura nel migliore dei modi di queste persone.

La seguente tesi revisiona la letteratura disponibile sull'entità della compromissione della qualità di vita di una donna in gravidanza portatrice di ileostomia, quando la maternità dovrebbe essere il momento più bello per ogni donna.

Il mio interesse per i pazienti portatori di stomia è nato, durante il laboratorio didattico effettuato in facoltà, durante il tirocinio effettuato nell'U.O. di Chirurgia e in ambulatorio stomizzati dell'Area Vasta 4 di Fermo.

Ho scelto di focalizzare il mio interesse su questo argomento perché durante il mio tirocinio formativo ho avuto a che fare anche con pazienti giovani colpiti da MICI e con confezionamento di una stomia spesso temporanea ma a volte anche permanente, per questo motivo, ho capito che dovevo dare un contributo per il loro benessere e garantire nel miglior modo la loro qualità di vita, quindi dare una buona assistenza che coinvolge non solo l'aspetto fisico ma anche psicologico e ambientale.

(1) <http://www.mici360.it>

CAPITOLO 1 - EZIOPATOGENESI

1.1 Background: La stomia definizione e caratteristiche cliniche

La parola stomia deriva dal greco e significa bocca o apertura. Lo stoma, è il risultato di un intervento chirurgico con il quale viene effettuata un'incisione artificiale sulla superficie cutanea con l'obiettivo di permettere la fuoriuscita del contenuto (stomie urinarie ed enterostomie) o l'introduzione di sostanze ai fini nutrizionali/terapeutici.

Le stomie enterali e urinarie sono il risultato di un'anastomosi sulla parete addominale che, attraversando le fasce muscolari e il peritoneo, mette in comunicazione l'apparato intestinale o urinario con l'esterno.

Una stomia sana dopo il confezionamento deve apparire umida, lucida e di colore rosso intenso.

L'abboccamento di un viscere alla cute è una necessità estrema e complessa, conseguente all'evoluzione di patologie oncologiche, eventi occlusivi, diverticolite, traumi addominali MICI (Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali).

Considerando che questi fattori di rischio sono in parte ereditari, è importante agire sulla loro prevenzione attraverso attività di follow-up periodici per intercettare la malattia nelle fasi precoci, adottando corretti stili di vita e una corretta alimentazione. Dopo il confezionamento della stomia, l'assistito si trova a dover affrontare una nuova condizione fisica e quindi tutti i cambiamenti psico-fisici e gestionali che implica.

Nella donna in gravidanza la presenza di ileostomia non impedisce in alcun modo di portarla a termine; infatti, non esistono ragioni che possano ostacolare questa esperienza così importante per ogni donna.

Qualsiasi intervento pregresso, infatti può condizionare l'andamento della gravidanza come la presenza di aderenze che possono determinare dolori addominali e stipsi man mano che l'utero diventa più grande.

E' opportuno che la gravidanza venga pianificata e affrontata là dove possibile in fase di remissione della malattia, effettuare controlli attenti e regolari da un team multispecialistico come il gastroenterologo, ginecologo e stomaterapista.

Sarà pianificato un addestramento per imparare a gestire i nove mesi di gestazione e parlare con il ginecologo riguardo ai metodi di parto da preferire. (2)

Quindi è importante garantire a queste persone un'assistenza sanitaria multidisciplinare ed adeguata educazione alla scelta e all'utilizzo dei presidi in modo da permettere una buona gestione che deve necessariamente coinvolgere la persona stessa e la famiglia/caregiver.

La stomia temporanea

La stomia temporanea viene creata di solito per deviare le feci o urine dalla sede di intervento chirurgico permettendo la guarigione senza infezioni o, nel caso sia presente un'occlusione intestinale favorire l'evacuazione. Questo intervento è temporaneo con funzione protettiva nei confronti dell'intestino e che poi vengono chiuse con conseguente ricanalizzazione dopo il trattamento o risoluzione del problema che ha determinato suo confezionamento.

La stomia permanente

Al contrario della temporanea, la stomia permanente implica che l'apparato non può essere ricanalizzato, quindi non sarà più fisiologicamente funzionante.

Questo tipo di intervento può essere necessario quando una malattia, sua cura o sua palliazione porta ad una perdita permanente delle funzioni; un caso dei più comuni è il cancro al colon-retto e la MICI (3)

(2) Apistom, Stomia e Gravidanza – <http://www.apistom.it>

(3) Pizzi e Mutillo, 2006

1.2 Definizione MICI, diagnosi, cause, tipici disturbi

Che cos'è una MICI?

L'abbreviazione “MICI” significa “malattia/e infiammatoria/e cronica/che intestinale/i”, si usa spesso anche l'abbreviazione inglese IBD (Inflammatory Bowel Disease).

La definizione è un concetto collettivo per indicare malattie dell'intestino croniche non infettive, la cui causa precisa è finora ignota. Le forme più frequenti di MICI sono la malattia di Crohn e la colite ulcerosa.

Che cosa significa la diagnosi di MICI?

Quando ricevi una diagnosi certa di MICI ti può sembrare la peggiore delle notizie: prevedibilmente la malattia ti accompagnerà a vita, nella maggior parte dei casi non è ancora possibile la guarigione tramite una terapia. Può essere senz'altro una sfida integrare con successo la malattia nella propria vita quotidiana.

A quale età può manifestarsi una MICI?

Sia la malattia di Crohn che la colite ulcerosa si manifestano con maggiore frequenza in giovane età adulta. Una MICI può tuttavia colpire fundamentalmente persone di qualsiasi età, a partire dalla prima infanzia.

Qual è la causa delle MICI?

Le cause precise delle malattie infiammatorie croniche intestinali rimangono ancora ignote. Non esiste un singolo fattore scatenante, devono coesistere diversi fattori. Le MICI sono inoltre malattie multifattoriali. Si parla principalmente di una predisposizione ereditaria, di influssi ambientali, di problemi della flora intestinale e complesse disfunzioni immunologiche.

Negli ultimi anni gli approcci scientifici per trovare una spiegazione alle malattie infiammatorie croniche intestinali sono tuttavia cambiati:

- studi sui gemelli hanno mostrato che, nella malattia di Crohn l'importanza della predisposizione ereditaria (predisposizione genetica) rispetto ai fattori ambientali è maggiore che nella colite ulcerosa. In totale sono stati individuati in media circa 200 geni di rischio associati a entrambe le malattie. Un ruolo importante è svolto soprattutto dagli effetti sull'interazione dei microorganismi con l'intestino.

- Tra gli influssi ambientali si annoverano come importanti fattori di rischio i trattamenti antibiotici in gioventù e, nella malattia di Crohn, il fumo. L'ipotesi relativa all'igiene spiega il crescente numero di allergie, di malattie autoimmuni e MICI, soprattutto nei paesi industrializzati, questo perché gli elevati standard di igiene provocherebbero un effetto di “mancanza di allenamento” del sistema immunitario.
- Nel frattempo, si ipotizza che microorganismi intestinali (microflora commensale) in sé innocui, siano di centrale importanza come fattori scatenanti e fautori di un processo di infiammazione cronico. La concentrazione più elevata di batteri si trova nella sezione finale dell'intestino tenue e nel colon, cioè esattamente nelle aree in cui si manifestano la malattia di Crohn e la colite ulcerosa. Si osserva uno squilibrio della flora intestinale (disbiosi). Tuttavia, non è accertato con sicurezza se si tratti della causa scatenante o della conseguenza di una malattia complessa.
- La precedente interpretazione delle MICI come classica malattia autoimmune è attualmente superata. Intanto si ritiene invece che si tratti di complesse malattie di difetto della funzione barriera.

Le MICI sono ereditarie?

Sia nella malattia di Crohn che nella colite ulcerosa si osserva una familiarità delle malattie, a indicare una predisposizione ereditaria (genetica). Sono stati identificati circa 200 geni di rischio che potrebbero essere coinvolti, ma un singolo fattore scatenante non è noto. L'ereditarietà può quindi avere un ruolo quale uno dei diversi fattori che provocano l'insorgenza di MICI, ma non è una premessa obbligatoria. In generale si ammalano più persone senza anamnesi familiare di MICI rispetto a quelle con familiarità.

Le MICI sono malattie autoimmuni?

L'evoluzione delle MICI non viene più attualmente considerata al pari di una classica malattia autoimmune, ma come complessa disfunzione immunologica in connessione con una malattia di difetto della funzione barriera. In questo processo, batteri intestinali in sé innocui scatenano un'eccessiva reazione immunologica penetrando nella parete intestinale attraverso la barriera mucosa.

Che cosa succede quando insorge una MICI?

Le MICI non sono altro che (o quasi) infiammazioni e anomalie dei processi dell'apparato digerente. Ecco perché è utile comprendere meglio il normale funzionamento del nostro sistema digerente.

Quali sono i tipici disturbi delle MICI?

Ogni MICI non è uguale all'altra. L'espressione del quadro clinico della Malattia di Crohn e della colite ulcerosa varia da individuo a individuo e pertanto da un lato è multiforme, dall'altro tuttavia aspecifica. Ciò significa che disturbi quali diarrea, dolore addominale o stanchezza cronica sono tipici delle MICI, ma anche di numerose altre malattie. Per questo motivo, si giunge purtroppo spesso a una diagnosi ritardata.

I sintomi principali della malattia di Crohn sono:

- Stanchezza
- dolore addominale
- diarrea
- perdita di peso
- febbre
- sintomi esterni all'intestino (manifestazioni extraintestinali)

I sintomi principali della colite ulcerosa sono:

- diarrea con presenza di sangue
- dolore addominale
- defecazione dolorosa
- sintomi esterni all'intestino (manifestazioni extra-intestinali)

Che cos'è l'intestino irritabile?

In caso di intestino irritabile o sindrome da intestino irritabile si tratta di un disturbo funzionale dell'intestino. Ciò significa che non sono identificabili alterazioni organiche o biochimiche alla base dei disturbi che si manifestano. Sintomi tipici dell'intestino irritabile sono dolore addominale, flatulenza e diarrea o stipsi. Spesso si aggravano a causa dello stress e si manifestano solo occasionalmente, ad esempio dopo il consumo di determinati alimenti, di cibi insoliti o in viaggio. La malattia può quindi essere molto gravosa, ma non pericolosa.

Il problema sussiste in pratica quando una MICI viene erroneamente interpretata dal medico come sindrome da intestino irritabile a causa dei sintomi molto simili. L'esame obiettivo (fisico) non consente infatti di distinguere con certezza tra un disturbo funzionale e uno organico. Pertanto, spesso sono i risultati di esami del sangue e delle feci a portare sulle tracce di una MICI.

1.3 Aspetti in comune e differenza tra Malattia di Crohn e Colite Ulcerosa

La malattia di Crohn e la colite ulcerosa sono le due principali malattie associate a un'inflammatione cronica della parete intestinale e che vengono comprese nel concetto di MICI. Per molti aspetti esistono sovrapposizioni: le cause ipotizzate, i processi delle malattie, i disturbi, le procedure diagnostiche, le opzioni di trattamento e anche ciò che è importante per convivere bene con una malattia cronica. Le differenze sono spesso nei dettagli.

Tipici aspetti in comune nel **decorso della malattia** sono ad esempio:

- Entrambe le malattie si manifestano sempre sotto forma di ricorrenti fasi di **riacutizzazione**. Durante una fase di riacutizzazione l'intestino è fortemente infiammato. A questa segue una fase senza disturbi (**remissione**).
- Entrambe le malattie possono avere manifestazioni al di fuori dell'apparato digerente e interessare ad es. le articolazioni, gli occhi o la cute. Le cosiddette **manifestazioni extraintestinali** sono tuttavia più frequenti nella malattia di Crohn rispetto alla colite ulcerosa.

Quali sono le differenze tra malattia di Crohn e colite ulcerosa?

Oltre agli aspetti in comune, esistono anche rilevanti differenze tra la malattia di Crohn e la colite ulcerosa, che quasi sempre consentono una chiara delimitazione del singolo quadro della malattia.

Nella colite ulcerosa i processi di infiammazione avvengono soprattutto nella mucosa, mentre nella malattia di Crohn riguardano tutti gli strati della parete intestinale.

Diverso è anche il modello di interessamento dell'apparato digerente: per la colite ulcerosa di norma è interessato solo l'intestino crasso, l'infiammazione ulcerosa risale costantemente dall'ano verso l'alto. La malattia di Crohn colpisce particolarmente

spesso l'intestino tenue e crasso, in particolare la zona di passaggio tra i due, ma può manifestarsi fondamentalmente ovunque nell'apparato digerente, dalla bocca all'ano. Le zone colpite dalla malattia (lesioni) si estendono sempre solo su brevi segmenti dell'intestino. Il caratteristico aspetto visibile all'endoscopia intestinale viene anche definito “ad acciottolato romano”.

In entrambe le malattie si verificano diarrea, dolori addominali e perdita di peso. Tuttavia, anche i disturbi presentano differenze: nel caso della colite ulcerosa le scariche di diarrea contengono frequentemente sangue. Spesso si formano ulcere sulla mucosa intestinale. Le complicazioni e i disturbi al di fuori dell'intestino (manifestazioni extra-intestinali) sono tuttavia piuttosto rari. Diversamente, nella malattia di Crohn le scariche di diarrea sono tipicamente mucose e durano per più settimane, ma solo raramente è presente sangue. I crampi addominali sono forti e principalmente localizzati nella parte inferiore destra dell'addome. Sono spesso rilevabili anche sintomi extra-intestinali, ad es. dolore all'articolazione del ginocchio o tibio-tarsale, alterazioni cutanee di tipo infiammatorio o stanchezza cronica.

Le pareti intestinali risultano ispessite e nel decorso della malattia si manifestano spesso complicazioni quali fistole, ascessi e restringimenti intestinali (stenosi).

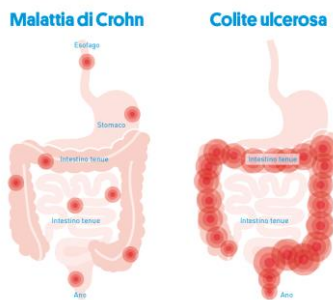
Per effettuare una diagnosi si ricerca innanzitutto se si tratta di una malattia infiammatoria cronica intestinale. La sicurezza della diagnosi e la differenziazione tra malattia di Crohn e colite ulcerosa avviene poi principalmente durante l'endoscopia intestinale, supportata da altre procedure per immagini come ecografie o RM (Risonanza Magnetica).

Un ulteriore strumento per una diagnosi precisa e differenziata è la ricerca al microscopio di alterazioni patologiche delle strutture dei tessuti. A tale scopo, durante l'endoscopia intestinale, vengono prelevati campioni di materiale delle sezioni infiammate. Talvolta, nonostante tutti gli strumenti di indagine, non è possibile distinguere tra malattia di Crohn e colite ulcerosa. In questi casi la diagnosi è: colite indeterminata.

Il trattamento si basa per entrambe le malattie soprattutto su farmaci, che prevengono l'infiammazione e/o inibiscono le difese immunitarie. La terapia farmacologica serve per ridurre i sintomi (induzione della remissione), per il mantenimento e il prolungamento delle fasi senza disturbi (mantenimento della

remissione) e per evitare complicazioni. Grazie a nuovi medicinali, acquisisce sempre maggiore importanza anche l'obiettivo terapeutico di guarire la mucosa infiammata (“mucosal healing”). La terapia farmacologica segue di norma uno schema a fasi ed è sempre mirata individualmente in base alla gravità e al decorso della malattia, alla fase della malattia, alla risposta ai medicinali e/o la rispettiva tolleranza, nonché in base alle esigenze e preferenze del paziente. La scelta e il tipo di medicinali dipende se si tratta di malattia di Crohn o di colite ulcerosa, in parte gestite diversamente.

L'**intervento chirurgico**, a causa della percentuale più alta di complicazioni della malattia Crohn, risulta più frequentemente necessario per quest'ultima rispetto alla colite ulcerosa. Per quanto riguarda la colite ulcerosa, con la rimozione totale dell'intestino crasso (proctocolectomia), quale unica misura terapeutica, in alcuni casi si ottiene la guarigione. (Figura 1)



(Fig.1) I possibili modelli di distribuzione della manifestazione della malattia nel tratto gastrointestinale nella malattia di Crohn e nella colite ulcerosa

Le principali differenze tra malattia di Crohn e colite ulcerosa

La malattia di Crohn e la colite ulcerosa appartengono entrambe alle MICI e hanno molti aspetti in comune. Sono però due malattie diverse e si differenziano in alcuni importanti punti:

Nella malattia di Crohn

- le persone colpite manifestano dolore addominale, perdono peso e le scariche di diarrea sono acquose con presenza di muco.
- possono essere interessate tutte le parti dell'apparato digerente.

- sono infiammati tutti gli strati della parete intestinale.
- segmenti infiammati della mucosa intestinale si alternano a segmenti sani.
- nel decorso più avanzato l'intestino presenta spesso stenosi, fistole o ascessi.
- rispetto alla colite ulcerosa, probabilmente hanno un ruolo cause immunologiche e genetiche, oltre ai fattori ambientali.

Nella colite ulcerosa

- le scariche di diarrea presentano spesso sangue.
- sono colpiti solo il colon e il retto.
- è infiammato soprattutto lo strato superficiale della parete intestinale, la mucosa intestinale.
- le aree della mucosa alterate dalla malattia (lesioni) sono contigue.
- come complicazioni possono verificarsi emorragie e cancro al colon/retto.

1.4 Epidemiologia

Incidenza delle MICI in crescita nei Paesi in via di sviluppo ⁽⁴⁾

Lo studio pubblicato su “Lancet”, effettuato in collaborazione tra l’Università di Birmingham, l’Università canadese di Calgary e quella cinese di Hong Kong, è considerato il più completo sull’epidemiologia globale delle malattie infiammatorie intestinali.

I risultati non solo hanno indicato la crescita dell’incidenza, ma hanno posto l’accento sulla necessità di individuare i fattori di rischio ambientali nel corso del processo di industrializzazione, così da prevenire la malattia e migliorare i modelli sanitari, innovando l’assistenza, oggi molto complessa e costosa.

Lo studio ha rivisto 147 ricerche internazionali che hanno riportato l’incidenza o la prevalenza delle due principali malattie, la malattia di Crohn e la Colite Ulcerosa, dal 1990 al 2016.

“A cavallo del 21esimo secolo, le MICI sono diventate una malattia globale che ha accelerato la sua presenza nei paesi di recente industrializzazione, in quelle società diventate nel tempo più occidentalizzate.

(4) <https://www.mici360.it/mici-crescita-nei-paesi-sviluppati>

E' avvenuto maggiormente in Africa, in Asia, in Medio Oriente e in Sud America, con valori che ricalcano l'incidenza di queste malattie infiammatorie nel mondo occidentale nella seconda metà del 21esimo secolo, ha spiegato uno dei ricercatori Subrata Ghosh”.

L'incidenza delle MICI nei Paesi occidentali ⁽⁶⁾

C'è anche un altro aspetto molto importante emerso dalla ricerca, come ha sottolineato il dottor Gilaad Kaplan: “Lo studio ha mostrato come l'incidenza delle MICI si sia stabilizzata nei Paesi occidentali e in alcune aree sia anche diminuita. In Nord America, Australia e nella maggior parte dei paesi dell'Europa si attesta allo 0,3%. Questo valore così alto sarà una sfida per i medici e per chi si occupa delle politiche sanitarie nel fornire cure di qualità ed economicamente efficienti ai pazienti delle malattie infiammatorie croniche intestinali”.

“Il rapido aumento dell'incidenza in molti Paesi, specialmente nei bambini, suggerisce una forte influenza ambientale – ha concluso il dottor Siew-Chien Ng ⁽⁵⁾ all'interno di una popolazione geneticamente suscettibile. Il picco nell'incidenza di questa malattia non è probabilmente emerso nei Paesi di recente industrializzazione, e questo significa che dovranno preparare le loro infrastrutture cliniche e il personale per gestire quella che è una malattia complessa e costosa da trattare”.

A cura di Paola Perrotta

(5) Siew C Ng, Hai Yun Shi, Nima Hamidi, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet* 2017; 390 (10114): p2769–2778. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)

(6) Study highlights the need for research into prevention of inflammatory bowel disease <https://www.birmingham.ac.uk/news/latest/2017/12/prevention-for-inflamma...> University of Birmingham, press release.

1.5 MICI e gravidanza

La maternità è un passo importante per ogni donna, e così deve essere anche per donne affette da malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), oggi questa scelta è tendenzialmente sicura anche per chi ha la Malattia di Crohn o Rettocolite Ulcerosa ma purtroppo rimangono molti dubbi. (7)

Molti studi hanno dimostrato che la maggior parte dei farmaci per la terapia delle MICI è compatibile con la gravidanza, ovviamente prima di prendere una decisione così importante occorre discuterne con il gastroenterologo e con il ginecologo, quindi è necessario un approccio multidisciplinare dove si dovrà instaurare un rapporto di fiducia con i propri specialisti per poter individuare le migliori strategie per portare a termine una gravidanza in sicurezza, senza trascurare l'andamento della malattia per il bene della futura mamma e del bambino.

E' importante pianificare la gravidanza e rimanere incinte durante il periodo di remissione della malattia di Crohn e Rettocolite Ulcerosa riducendo così i rischi di aborto spontaneo, parto pretermine o pericoli durante e dopo il parto.

Non esistono neanche particolari preclusioni alla gravidanza in donne che hanno subito un intervento chirurgico che viene fatto quando la patologia non risponde più al trattamento farmacologico.

In questi casi un basso rischio di subfertilità esiste, mentre nel corso della gravidanza una precedente operazione può determinare un aumento della motilità intestinale e incontinenza fecale; quindi, è compito del ginecologo decidere la modalità del parto dove il naturale non è controindicato, ma se la malattia è attiva a livello rettale e ci sono delle fistole perineali attive si tende a prediligere il parto cesareo.

Una particolare attenzione va posta alle donne portatrici di una pouch, ovvero un retto artificiale confezionato dopo una colectomia totale per consentire la defecazione e ovviare per una stomia. In queste pazienti dopo il parto si può verificare qualche problema di incontinenza. (8)

(7) Apistom, stomia e gravidanza <http://www.apistom.it>

(8) Malattie infiammatorie intestinali e gravidanza: un binomio possibile" Fondazione Veronesi Magazine <http://fondazioneveronesi.it>

ILEOSTOMIA E GRAVIDANZA, SI PUO'? ⁽⁹⁾

L'ileostomia è una tecnica chirurgica talvolta impiegata su pazienti affetti da MICI, in particolare alcune situazioni in cui la malattia ha gravemente compromesso il colon. Con questo intervento il chirurgo porta in superficie l'ultima porzione dell'intestino tenue, detta ileo, in modo che questa si apra sull'addome formando appunto una stomia, ovvero un'apertura, e può essere temporanea o permanente, ma in ogni caso le feci che fuoriescono dall'ileostomia sono generalmente fluide e raccolte nella sacca fissata all'addome.

COME GESTIRE LA GRAVIDANZA IN PRESENZA DI ILEOSTOMIA

La presenza di un'ileostomia non impedisce in alcun modo una gravidanza, non esistono infatti ragioni che possono ostacolare del tutto questa esperienza.

Il punto è come affrontare una gravidanza in presenza di un'ileostomia.

Qualsiasi intervento pregresso nell'addome potrebbe infatti condizionare l'andamento di una gravidanza: ad esempio la presenza di aderenze può determinare dolori e stipsi man mano che l'utero diventa più grande nel corso della gravidanza.

Occorre pertanto pianificare la gravidanza, controlli medici con team multispecialistico: ginecologo, gastroenterologo e stomaterapista, addestramento per imparare a gestire i nove mesi con attenzioni e cure particolari, parlare con ginecologo per il metodo di parto da preferire.

LA GRAVIDANZA INFLUENZA LA STOMIA?

Anche in questo caso occorre un confronto con gli specialisti per mantenere in salute e in funzione la stomia. In alcuni casi la gravidanza potrebbe portare ad un prolasso stomale o altre piccole complicanze, ma se la paziente è costantemente seguita dagli specialisti, ogni possibile evento avverso che viene a manifestarsi può essere prevenuto o comunque corretto in tempo, senza alcun rischio per la mamma e il bambino.

(9) Fondazione IRCCS Cà Granda, Guida alla gestione della ileostomia,colostomia,urostomia, <http://policlinico.mi.it/AMM/DiCosaHaiBisogno/documenti/Ileostomia>

CAPITOLO 2 – L'INFERMIERE STOMATERAPISTA

L'infermiere stomaterapista è il professionista che, dopo aver conseguito la laurea triennale in infermieristica, ha continuato la sua formazione specializzandosi appunto sul percorso delle stomie, a partire dalle patologie che possono condurre al loro confezionamento.

Il percorso di specializzazione prevede la frequenza di Master Universitari e corsi di approfondimento, grazie al quale l'infermiere acquisisce delle competenze teoriche, pratiche, comunicative, gestionali ed educative per prendere in carico il paziente con problematiche proctologiche o con disfunzioni del pavimento pelvico.

2.1 Aree di competenza dello stomaterapista

- Assistenza al paziente nel perioperatorio
- Prevenzione e gestione delle complicanze dello stoma
- Riabilitazione portatore dello stoma e con incontinenza urinaria e fecale
- Educazione terapeutica al paziente, familiare o caregiver

Nello specifico questo professionista avrà la capacità di instaurare un rapporto di fiducia ed empatia con la persona suoi familiari dando quindi un'assistenza di qualità, perché le difficoltà della persona con problemi di eliminazione non si limitano solo all'aspetto funzionale ma intaccano anche il concetto di sé, incidendo moltissimo sulle componenti psicologiche. Lo stomaterapista quindi mette in atto interventi assistenziali volti alla loro prevenzione e/o gestione.

2.2 Stomaterapista e assistenza alla donna in gravidanza con stomia

La gestione della stomia, con il procedere della gravidanza e il parallelo cambiamento della conformazione addominale, potrebbe diventare più complicata ed il presidio in uso potrebbe risultare non più adatto.

Durante una gravidanza, è compito dello stomaterapista formare il caregiver nella gestione della stomia, nonostante la presenza di una stomia non comprometterà in nessun modo la gestazione del bambino, sarà comunque fondamentale predisporre un piano per la valutazione periodica e cadenzata della stomia da parte dello stomaterapista, che potrà così monitorare il complesso stomale e i suoi cambiamenti durante l'intera gravidanza.

Sulla base dei cambiamenti dell'addome, lo stomaterapista potrà quindi consigliare i migliori dispositivi di raccolta da utilizzare nelle varie fasi della gravidanza. (10) (11)

2.3 I diritti degli stomizzati

La “Carta Internazionale dei Dritti dello Stomizzato” (12)

Essa recita che ogni persona portatrice di stomia ha il diritto di:

Art.1. Ricevere preoperatoriamente informazioni circa i benefici derivanti all'intervento chirurgico, nonché notizie adeguate sulla possibilità di vivere con una stomia.

Art.2. Avere una stomia ben confezionata e situata in una posizione appropriata in modo che possa essere adeguatamente gestita.

Art.3. Avere il supporto di esperti professionisti medici e stomaterapisti nel periodo pre- e post-operatorio sia in ospedale che nella comunità di appartenenza.

Art.4. Ricevere una informazione completa ed imparziale sui prodotti per stomia disponibili nel proprio paese.

Art.5. Avere l'opportunità di scegliere il prodotto maggiormente soddisfacente fra quelli disponibili, senza pregiudizi o costrizioni di sorta.

Art.6. Avere informazioni sulla propria associazione nazionale degli stomizzati e sui servizi ed aiuti che possono essere forniti.

Art.7. Aiutare ed informare le famiglie, gli amici e le persone di supporto per migliorare la qualità di vita degli stomizzati.

Questo documento riprende il diritto del cittadino al consenso informato, definendo l'importanza del colloquio tra la persona e gli operatori sanitari affinché si stabilisca un rapporto di reciproca stima, base fondamentale per il futuro dello stomizzato. Viene sottolineato il valore dell'esperienza professionale di chirurghi e stomaterapisti che cooperano per il bene della persona, ponendo l'accento sia sulla tecnica chirurgica, sia sull'approccio stomaterapico del disegno preoperatorio. Non solo si ribadisce il fondamento che gli operatori sanitari, che assistono il portatore di stomia, siano competenti in materia, ma anche che tale competenza è da ricercarsi sia all'interno degli ospedali che presso le strutture sanitarie esterne.

(10) www.nurse24.it

(11) Seligman et al, 2011

(12) Prima stesura: Bay Front Medical Centre Ostomy Fair. Florida, 1976. Ultima revisione: Seminario EOA (European Ostomy Association). Frankfurt, 03/05/2003.

In questo documento è resa fondamentale anche l'imparzialità degli operatori sanitari che devono fornire indicazioni sui presidi lasciandone la libera scelta, fra quelli ritenuti idonei, al portatore di stomia.

In riferimento alla discussione sul segreto professionale, è obbligo degli operatori sanitari, che sanno quanto sia importante per lo stomizzato il supporto familiare, chiedere al paziente il consenso alla partecipazione attiva dei familiari e, in caso di diniego, spiegare e far capire che la famiglia è il pilastro sul quale lo stomizzato può ricostruire il proprio futuro. (13)

LO STOMACARE

Con il termine stoma care s'intendono tutte le procedure messe in atto per favorire il benessere psico-fisico della persona, prevenire le complicanze, garantire la tenuta in situ del presidio e consentire una facile gestione e riabilitazione nel periodo post-operatorio. Tra le procedure dello stoma care ci sono la sostituzione della sacca di raccolta e l'irrigazione intestinale (igiene della stomia, utilizzo accessori e presidi). (14)

2.4 Colloquio e Disegno pre-operatorio

Fase pre-operatoria

Alle famiglie e a tutte le persone che necessitano di un intervento chirurgico è necessario eseguire una formazione pre-operatoria. La fase pre-operatoria consiste di 2 momenti fondamentali: il colloquio pre-operatorio e il disegno pre-operatorio della stomia.

Il colloquio pre-operatorio rappresenta il momento fondamentale per avviare il processo di alleanza terapeutica tra gli operatori e l'assistito. Esso include:

- Anamnesi ed esame obiettivo addominale;
- Livello di coping e adattamento, percezione dell'immagine corporea, compromissione della qualità di vita;
- Counseling preparatorio all'intervento e alle problematiche immediatamente successive allo scopo di instaurare un rapporto di fiducia per una relazione efficace, soddisfare il bisogno di sicurezza e conoscenza e ridurre l'ansia; il tutto per favorire il benessere attraverso il potenziamento delle risorse esistenti e residue favorendo lo sviluppo dell'autonomia della persona che, dopo essere stata guidata ad esaminare la situazione da

(13) F.A.I.S., 2018 (Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati)

(14) Timby & Smith, 2014

diversi punti di vista, viene messa nelle condizioni migliori per eseguire scelte di salute consapevoli;

□ Insegnamento pre-operatorio, effettuato dallo stomaterapista/infermiere esperto, che risulta essenziale affinché la persona apprenda semplici atti per la gestione della stomia (es. svuotare e cambiare la sacca) poiché la dimissione post-chirurgica avviene sempre più precocemente;

□ Indicazioni rispetto all'assistenza che sarà erogata dopo la dimissione ospedaliera e informazioni utili per facilitare il processo di cura.

Il disegno pre-operatorio

Il disegno pre-operatorio è tra i fattori che supportano il recupero fisico, psichico e sociale della persona poiché ha l'obiettivo di prevenire le complicanze, facilitare lo stoma care e favorire una migliore qualità della vita. Il disegno dello stoma è congiuntamente raccomandato dalle principali Società Scientifiche e Associazioni Tecnico scientifiche del settore quali l'ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons) e la WOCN (Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society) (15). Mentre, a livello nazionale, la SIC (Società Italiana di Chirurgia) e l'AIOS hanno siglato il documento di posizionamento sullo "stoma-siting" (2013). Si tratta di una tecnica che consiste nel selezionare il sito più appropriato per il posizionamento di uno stoma. Sarebbe opportuno che il medico, lo stomaterapista e l'assistito concordassero insieme il posizionamento dello stoma. È sempre consigliabile individuare un'area cutanea abbastanza ampia e pianeggiante, cioè priva di cicatrici, ferite e pliche cutanee e lontana da strutture anatomiche come creste iliache, arcate costali, ombelico e linea alba. È importante, inoltre, valutare le condizioni fisiche e le esigenze legate all'età e alle abitudini di vita (vista, mobilità, attività lavorative/sportive) poiché la persona dovrà essere in grado di vedere e toccare il punto di reperi per la successiva autogestione dei presidi. Lo scopo è consentire l'applicazione del sistema di raccolta in modo funzionale al contenimento delle deiezioni prevenendo il distacco improvviso e ripetuto del dispositivo che può compromettere non solo l'integrità cutanea, ma soprattutto la vita di relazione e l'autostima. L'adeguato posizionamento dello stoma previene, inoltre, alcune complicanze come l'ernia, le lesioni cutanee peristomali, la retrazione e il prolasso.

(15) ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons) e la WOCN (Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society), Salvadalena et. al, 2015

La localizzazione dello stoma dipende dal tipo di derivazione; solitamente le colostomie discendenti e le sigmoilostomie vengono confezionate nel quadrante addominale inferiore sinistro, le ileostomie, le colostomie ascendenti e le cecostomie nel quadrante inferiore destro, così come le UICS. È importante valutare la conformazione addominale in diverse posizioni (distesa, seduta ed eretta) per individuare più facilmente le zone non idonee al confezionamento. Un modo per individuare la posizione corretta della stomia consiste nel tracciare un triangolo tra ombelico, spina iliaca antero-superiore e il pube; quindi, si sceglie come sede il punto centrale della figura definita “triangolo della stomia”.

CAPITOLO 3 – REVISIONE DELLA LETTERATURA

3.1 Obiettivo dello studio

Lo scopo della presente tesi compilativa è quello di far emergere i bisogni di assistenza, i disagi e le ansie che possono nascere in una donna “stomizzata”, che inizia il percorso della gravidanza, ponendo come cardine la competenza e l’esperienza degli esperti della salute.

Ho scelto questo tema, seppur poco trattato in letteratura, perché casi di donna con stomia che hanno avuto o vorrebbero una gravidanza sono tutt’altro che marginali.

Il metodo di lavoro adottato si basa su un’approfondita ricerca bibliografica, di consultazione testi, riviste scientifiche e sitografie e ricerca su forum dove queste donne raccontano la propria esperienza dato che è l’unico modo che sottolinea i gap dell’assistenza infermieristica, medica e psico-sociale.

Studi sulle stomie dovrebbero soffermarsi più sull’indagine empirica che sull’analisi di sintomi e patologie, e quindi sul reale vissuto delle donne che hanno subito questo tipo di intervento.

Il fine del presente lavoro è quello di sensibilizzare le donne stomizzate sul tema: gravidanza con stomia e/o MICI, affinché non escludano questa possibilità. Malgrado l’estensione di questo fenomeno, gli studi dimostrano che spesso la qualità di vita del paziente stomizzato risulta essere insoddisfacente, con il conseguente sviluppo di problematiche sia a livello psicologico che sociale.

Il fatto di avere una stomia ⁽¹⁶⁾ comporta un cambiamento fisico non indifferente, ma anche la mente ne viene fortemente influenzata.

Secondo quanto sostenuto da “Ang et al.” (2013), molto spesso si tende a focalizzare tutta l’attenzione sul benessere fisico (prevenzione delle complicanze dello stoma, gestione del sacchetto, acquisto del materiale adeguato, etc.) a scapito di quello psicologico che, se sottovalutato, compromette la ripresa.

Chi deve sottoporsi a un intervento chirurgico di questo tipo non solo deve confrontarsi con gli immediati cambiamenti di natura fisica che seguono l’operazione, ma deve anche adattarsi all’impatto psicologico che la stomia potrebbe avere nella vita quotidiana della persona ⁽¹⁶⁾

(16) Porrett et al. (2006),

La stomia causa problemi emotivi, sociali e fisici a cui la persona deve far fronte con non poche difficoltà (17). Alterazione dell'immagine corporea, perdita del controllo sfinterico, cattivo odore, perdite e complicazioni relative allo stoma sono all'origine di parecchi problemi psicologici (18).

Tra i più comuni emergono ansia, depressione, solitudine, imbarazzo, perdita del controllo della situazione, bassa autostima, stigmatizzazione, disinvestimento nelle attività sociali, abbandono del lavoro, mancanza di accettazione e disagi nella sfera sessuale (19).

Tutto ciò influisce negativamente sulla qualità di vita del paziente stomizzato.

Uno dei requisiti fondamentali che permettono alla persona di diventare parte attiva della società consiste proprio nell'acquisizione del controllo sfinterico.

Quando questo controllo viene perso, l'individuo si trova a confrontarsi con un grande cambiamento nella percezione di sé che necessita diverso tempo per essere accettato. La perdita del controllo sfinterico è vista come imbarazzante e vergognosa; per questa ragione la società tende a marginalizzare l'individuo portatore di stomia. (20)

La pianificazione e l'implementazione dell'assistenza a una persona stomizzata sono molto importanti; gli effetti dell'intervento chirurgico possono infatti alienare le persone dall'attività sociale creando i presupposti di depressione.

La grande difficoltà per gli infermieri consiste nel favorire un ritorno al benessere. Punto fondamentale per instaurare una buona relazione d'aiuto è elaborare risposte specifiche per bisogni specifici, partendo da ciò che preoccupa di più la persona in quel momento. Bisogna focalizzarsi sulla persona malata e non sulla malattia, cercare le risorse e non insistere sui limiti.

Prendersi cura del malato significa farsi carico anche dei vissuti esistenziali e dei significati che egli attribuisce alla propria malattia (21), aiutandolo a elaborarli in una direzione che faciliti l'acquisizione del maggior grado possibile di autonomia.

(17) Rayson, 2012

(18) Simmons et al., 2007

(19) (Brown & Randle, 2005; Kiliç et al., 2007; Tao et al., 2014; Tseng et al., 2004

(20) (Kiliç et al., 2007)

(21) (Rayson,2012)

La perdita di un organo interno e la creazione di uno esterno va a compromettere l'integrità fisica della persona, costringendo quest'ultima a elaborare tale perdita come un lutto. (22)

L'obiettivo di questo elaborato è quello di valutare criticamente il materiale disponibile in base alla domanda di ricerca e agli obiettivi del lavoro, perché un tema così delicato rispetto alla donna in gravidanza con stomia purtroppo è poco trattato, soprattutto nei nostri paesi, quindi ho cercato di raccogliere più informazioni possibili per agevolare coloro che sono in cerca di risposte sul tema, identificando le dimensioni della qualità di vita che il confezionamento di una stomia nella donna in gravidanza compromette, e capire il loro stato d'animo.

La letteratura considerata eleggibile per la revisione verrà analizzata e sintetizzata al fine di fornire al lettore una visione d'insieme il più possibile aggiornata sulle conoscenze attualmente presenti riguardo al tema preso in esame per lo svolgimento di questa tesi.

3.2 Materiali e metodi

Per l'elaborazione di questo lavoro ho scelto di utilizzare come metodologia la revisione sistemica della letteratura. Qui di seguito vengono riportate in modo sintetico le tappe che sono state seguite per lo svolgimento di questa revisione:

DOMANDE DI RICERCA

- CONVIVERE DURANTE LA GRAVIDANZA CON ILEOSTOMIA
- QUALI CONSEGUENZE DAL PUNTO PSICOLOGICO?
- QUALI INFLUENZE AVRA' SULLA QUALITA' DI VITA?
- COME SI SENTE LA DONNA E IL SUO PARTNER NEL GESTIRE LA SITUAZIONE?
- LA GRAVIDANZA INFLUENZA LA STOMIA?

Ho utilizzato per rispondere a questi quesiti il metodo PICO (P = PROBLEMA I= INTERVENTO C=CONTROLLO O= OUTCOME)

(22) (Kiliç et al., 2007)

P: problema	paziente adulto (età > 18 anni) portatore di ileostomia.
I: Intervento	- indagare il funzionamento psicologico e sociale del paziente a seguito del confezionamento della stomia
C: controllo	- Verificare gli esiti
O: outcome	- accettazione o rifiuto dell'ileostomia

P: problema	paziente adulto (età > 18 anni) portatore di ileostomia.
I: Intervento	- raccogliere e valutare il vissuto del paziente inerente la stomia e le restrizioni che essa comporta
C: controllo	- Verificare gli esiti
O: outcome	- assenza o riscontro di problematiche psicologiche

P: problema	paziente adulto (età > 18 anni) portatore di ileostomia.
I: Intervento	- valutare le dimensioni della qualità di vita (fisica, psicologica, sociale, economica e spirituale)
C: controllo	- Verificare gli esiti
O: outcome	- compromissione di una o più dimensioni della qualità o mantenimento di una qualità di vita soddisfacente

3.3 Criteri di inclusione

- **Popolazione:** pazienti adulte in gravidanza, appartenenti a tutte le etnie
- **Ambiente:** pazienti stomizzati presenti, a domicilio o in ambulatorio
- **Lingua:** studi in lingua inglese (rappresentano la produzione letteraria più consistente).
- **Limite temporale:** sono stati considerati eleggibili per la revisione gli articoli pubblicati dopo il 1997.
- **Pubblicazioni:** articoli pubblicati (es: banche dati, libri, giornali).
- **Design di ricerca:** studi primari quantitativi e qualitativi.

3.4 Strategie di ricerca

Banche dati consultate: Science Direct, Pubmed, Wiley – Blackwell, Google Scholar, Cochrane, EBSCO

Parole chiave: colostomy, quality of life, changes, body image after surgery, stoma, altered body image, nursing role, patient's experience, impact of stoma, negative thoughts, ostomy, ileostomy, psychological adjustment, pregnancy, ulcerative colitis, Crohn's disease, Complementary therapies

Operatori booleani: AND, OR, NOT.

Ulteriori studi sono stati ricavati a partire dalla bibliografia degli articoli trovati. Gli studi sono stati selezionati tramite lettura dei titoli e degli abstract tenendo conto dei criteri di inclusione. Ho selezionato 30 articoli di cui ne ho ricavati 8 più inerenti al mio oggetto di studio.

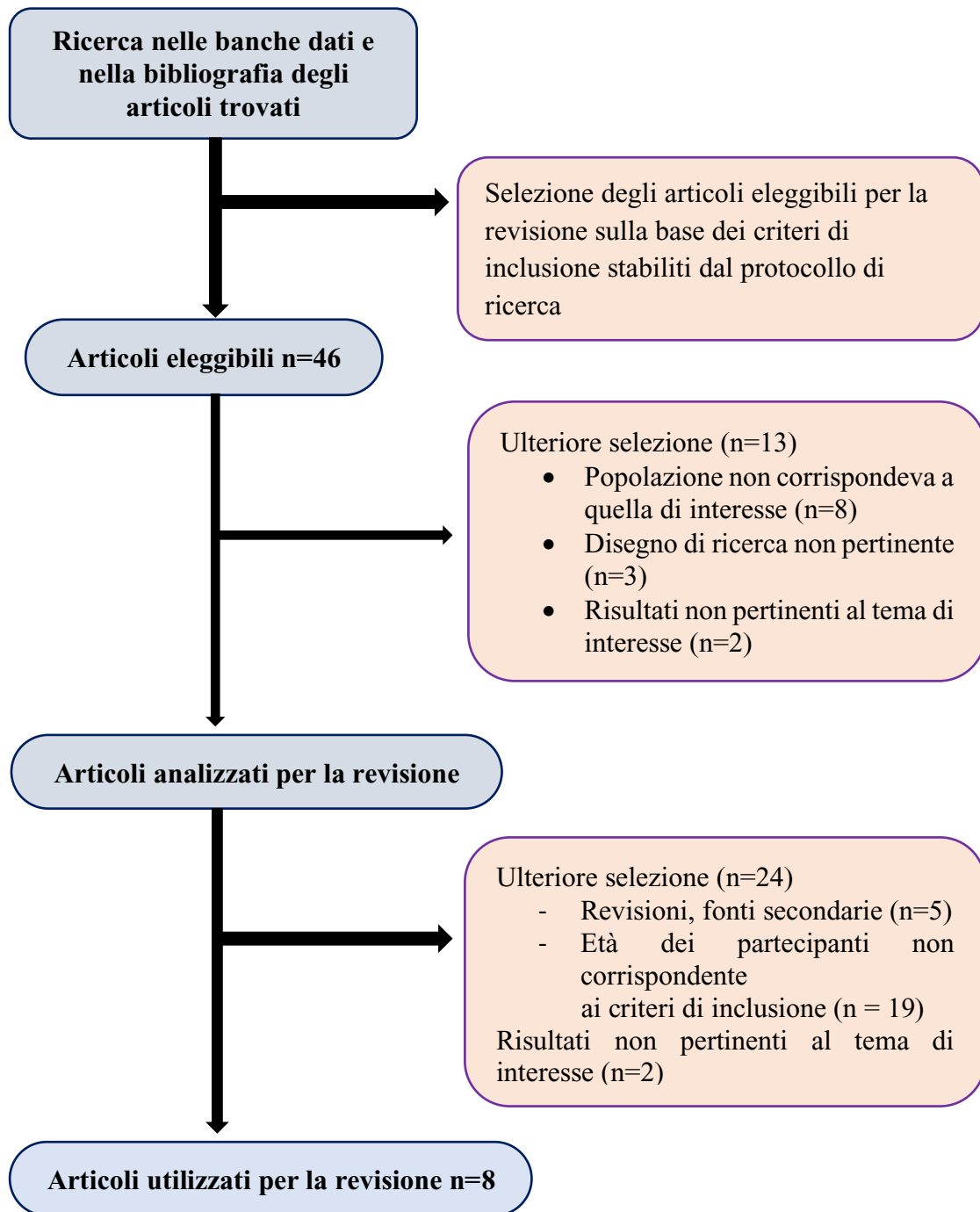
3.5 Risultati

Grazie alla bibliografia dei testi impiegati per la stesura del background e degli articoli utilizzati per la revisione della letteratura, sono emersi ulteriori studi pertinenti alla domanda di ricerca.

Dopo una prima selezione della letteratura in base ai criteri di inclusione illustrati sul protocollo di ricerca, sono stati raccolti 46 articoli potenzialmente eleggibili per la mia revisione.

A seguito di un'attenta lettura di questi documenti, ne ho esclusi 13 in quanto non erano pertinenti per il mio lavoro perché i campioni non corrispondevano ai criteri di inclusione. Dei 15 articoli ne ho selezionati 8 perché sono risultati idonei per la revisione della letteratura.

Di seguito viene illustrato un diagramma di flusso che riassume il processo di selezione impiegato per il mio lavoro. (Figura 2 Diagramma di flusso)



(Figura 2 Diagramma di flusso)

3.6 Tabella riassuntiva articoli eleggibili per la revisione

La tabella riassuntiva è composta da: titolo, autore/i, anno di pubblicazione dell'articolo, popolazione, design dello studio, scopo e interventi, strumenti utilizzati, outcomes, con valutazione critica degli articoli.

<i>TITOLO 1 ARTICOLO</i>	Collaborative care management for a pregnant woman with an ostomy (Gestione delle cure collaborative per una donna incinta con stomia)
AUTORE/ANNO	Virginia Aukamp, Darlene Sredl Febbraio 2004
DESIGN DELLO STUDIO	Studio osservazionale
POPOLAZIONE	Donne in gravidanza
NUMERO	Non definito
ETA' MEDIA	30 ANNI
TIPO DI STOMIA	Ileostomia, urostomie e colostomie
COMPLICANZE LEGATE ALLA STOMIA DURANTE LA GRAVIDANZA	Ostruzione intestinale, ernia peristomale, problemi di sacca, retrazione dello stoma, stenosi, lacerazione e prolasso stomale
OUTCOMES	L'assistenza infermieristica alla donna in gravidanza stomizzata e la sua esperienza è molto simile a quella data ad una popolazione generale.
<i>TITOLO 2 ARTICOLO</i>	Esiti della gravidanza dopo chirurgia della stomia per malattia infiammatoria intestinale: risultati di uno audit multicentrico retrospettivo
AUTORE/ANNO	Gazzetta Ufficiale, Associazione di Coloproctologia di Gran Bretagna e Irlanda (ACPGBI) ANNO 2022

DESIGN DELLO STUDIO	Audit retrospettivo multicentrico
POPOLAZIONE	Donne in gravidanza con Morbo di Crohn e Colite Ulcerosa
NUMERO	82 GRAVIDANZE
ETA' MEDIA	31.4 (60.9%) (range 20-39 anni)
TIPO DI STOMIA	Ileostomia n=72 (88%) Colostomia n=10 (12%)
COMPLICANZE LEGATE ALLA STOMIA DURANTE LA GRAVIDANZA	9 CASI: prolasso stomale, (2 hanno richiesto nuovo intervento chirurgico) 3 CASI: ernie peristomiali (2 hanno richiesto nuovo intervento chirurgico) 7 CASI: ostruzione intestinale (3 hanno richiesto un intervento chirurgico)
OUTCOMES	Lo scopo di questo studio era quello di descrivere la gestione delle donne con stomia correlata a MICI durante la gravidanza, ciò includeva esiti delle MICI, esiti della stomia, esiti ostetrici e neonatali, nelle gravidanze di donne che avevano una stomia prima della gravidanza.
TITOLO 3 ARTICOLO	Successful pregnancy and Delivery in a young woman with permanent Colostomy Due to Rectal Carcinoma (Gravidanza e parto di successo in una giovane donna con colostomia permanente da carcinoma del retto)
AUTORE/ANNO	Osman H. MD, Abdalla Ali MD Frcog, Fath E. M. MD ANNO 2014
DESIGN DELLO STUDIO	Case Report
POPOLAZIONE	Donna in gravidanza con colostomia

NUMERO	1
ETA' MEDIA	31 ANNI
TIPO DI STOMIA	Colostomia permanente
COMPLICANZE LEGATE ALLA STOMIA DURANTE LA GRAVIDANZA	Non rilevate complicanze
OUTCOMES	La colostomia inizialmente ha avuto un grande impatto psicosociale per la donna, compresa la vita coniugale e sessuale. La gravidanza in una donna con stomia possiede un notevole interesse nella sua gestione; tuttavia, la letteratura che ha affrontato questo problema ha rivelato informazioni minime. La donna dopo l'intervento chirurgico e durante il follow-up ecografico di routine ha scoperto di essere incinta. Ha partorito spontaneamente per via vaginale a termine senza complicazioni non riportate. Ora la paziente si è ben adattata in poco tempo alla nuova situazione sia a livello sociale, relazionale e sessuale
TITOLO 4 ARTICOLO	The embodied experience of pregnancy with an ileostomy (L'esperienza incarnata della gravidanza con un'ileostomia)
AUTORE/ANNO	Ian whiteley, Janice Gullick ANNO 2017
DESIGN DELLO STUDIO	Fenomenologia ermeneutica
POPOLAZIONE	Donna in gravidanza con ileostomia
NUMERO	8
ETA' MEDIA	SOPRA 18 ANNI
TIPO DI STOMIA	Ileostomia

COMPLICANZE LEGATE ALLA STOMIA DURANTE LA GRAVIDANZA	Ostruzione intestinale, ernia peristomale, retrazione, stenosi, lacerazione, sanguinamento, prolasso, problemi di sacca, nausea, vomito, disidratazione
OUTCOMES	Le donne con MICI spesso devono affrontare sintomi debilitanti e gravi problemi di salute, la formazione di un ileostomia migliora i sintomi e il senso di sentirsi normali, facilitando la prontezza al concepimento, alla gravidanza e alla maternità; tuttavia, l'incertezza delle donne sul concepimento e sulla gravidanza però persiste a causa delle scarse informazioni ed esperienze offerte dai medici e delle paure intorno al loro corpo inaffidabile durante la gravidanza.
TITOLO 5 ARTICOLO	Pregnancy, delivery, and postpartum experiences of fifty-four woman with ostomies (Esperienze di gravidanza, parto e post-partum di cinquantaquattro donne con stomie)
AUTORE/ANNO	Cheryl Van Horn BSMT, Patricia Barrett BSN ANNO 2017
DESIGN DELLO STUDIO	Indagine sui pazienti: questionario
POPOLAZIONE	Partecipanti conferenza nazionale United Ostomy Association, infermieri negli Stati uniti centro-orientali, pazienti qualificati
NUMERO	54
ETA' MEDIA	PERSONE ADULTE
TIPO DI STOMIA	Tutti tipi stomie
COMPLICANZE LEGATE ALLA STOMIA DURANTE LA GRAVIDANZA	Fertilità e altre complicanze dopo secondo o terzo trimestre di gravidanza

OUTCOMES	<p>Vengono descritte le esperienze soggettive di gravidanza, travaglio e parto di donne con stomie.</p> <p>La maggior parte dei problemi sono stati risolti senza intervento del medico, e la presenza di una stomia non dovrebbe essere un deterrente per il successo della gravidanza e del parto.</p>
TITOLO 6 ARTICOLO	<p>Pregnancy and delivery in patients with enterostomy due to anorectal complications from Crohn's disease.</p> <p>(Gravidanza e parto in pazienti con enterostomia a causa di complicanze anorettali del morbo di Crohn)</p>
AUTORE/ANNO	<p><u>Takahashi, Ken-ichi, Funayama, Yuji</u> <u>Fukushima, Kouhei, Shibata, Chikashi</u> <u>Ogawa, Hitoshi, Kumagai, Eiko</u> <u>Sasaki, Iwao</u> ANNO 2007</p>
DESIGN DELLO STUDIO	Studio osservazionale
POPOLAZIONE	Donne in gravidanza con Morbo di Crohn
NUMERO	5
ETA' MEDIA	MAGGIORI 18 ANNI
TIPO DI STOMIA	Ileostomia
COMPLICANZE LEGATE ALLA STOMIA DURANTE LA GRAVIDANZA	1 CASO: lacerazione mucosa dello stoma a causa del presidio
OUTCOMES	L'enterostomia è spesso sottoposta a pazienti con malattia di Crohn (CD) a causa di gravi lesioni anorettali come la fistola rettovaginale (RVF). I resoconti di gravidanza e parto riusciti, che sono

	<p>importanti determinanti della qualità della vita per le pazienti di sesso femminile con CD con stomia, sono limitati. Nell'articolo sono stati studiati i problemi associati alla gravidanza e al parto nelle pazienti di sesso femminile con CD in un ospedale.</p> <p>Tra il 1985 e il 2003, cinque pazienti con CD di sesso femminile con enterostomia hanno avuto sette gravidanze e hanno partorito otto bambini in quell'ospedale. Per questo studio, hanno studiato l'attività CD, la crescita fetale, le complicazioni dello stoma e l'esito del parto in queste sette gravidanze. Tra le cinque pazienti, quattro sono state sottoposte a ileostomia ad ansa e una sigmoidostomia ad ansa per il trattamento di RVF o grave stenosi del retto o del colon sigmoideo. Ad eccezione di un caso, non è stato effettuato alcun trattamento per la fertilità. Durante la gravidanza, in una paziente è stata osservata una riacutizzazione che è stata trattata con successo con corticosteroidi. Sebbene in due casi fosse richiesta la nutrizione enterale o parenterale domiciliare, la crescita fetale rientrava nell'intervallo normale in tutte le gravidanze. Il parto pretermine si è verificato in un caso con una gravidanza gemellare. Il diametro medio dello stoma è aumentato durante la gravidanza</p>
--	--

	<p>(($p < 0,01$), e in un caso si è verificata una lacerazione della mucosa dello stoma da parte del bordo di un apparecchio per stomia. Tutti i parti sono stati sicuri, con sei tagli cesarei e un parto transvaginale. Dopo ogni parto, la stomia è tornata alle dimensioni pre-gravidanza. La gravidanza e il parto nelle pazienti con CD con stomia sono sicuri e dovrebbero essere incoraggiati. Tuttavia, si raccomanda un'attenzione particolare all'attività della malattia, al supporto nutrizionale e alle complicanze legate allo stoma.</p>
TITOLO 7 ARTICOLO	<p>Case-report: A rare cause of intestinal obstruction in late pregnancy (Caso clinico: una rara causa di ostruzione intestinale nella tarda gravidanza)</p>
AUTORE/ANNO	<p><u>Dholoo, Farzan Shabana, Amanda See, Abbas Hameed, Waseem</u> ANNO 2021</p>
DESIGN DELLO STUDIO	Case-Report
POPOLAZIONE	Donna multigravida
NUMERO	1
ETA' MEDIA	31
TIPO DI STOMIA	Ileostomia permanente
COMPLICANZE LEGATE ALLA STOMIA DURANTE LA GRAVIDANZA	Ostruzione intestinale
OUTCOMES	Una donna multigravida di 31 anni, a 38 settimane e 6 giorni di gestazione; si

	<p>presenta in ospedale con una storia di 2 giorni di dolore addominale diffuso e distensione. L'esame iniziale era insignificante a parte la lieve dolorabilità epigastrica. I marcatori infiammatori aumentati e le preoccupazioni per la salute del feto hanno portato a un taglio cesareo d'urgenza. La sintomatologia è però peggiorata e la paziente è stata portata in sala operatoria per un'emicolectomia destra d'urgenza con formazione di ileostomia terminale. La paziente si è ripresa bene dopo l'inversione dell'ileostomia terminale, senza complicazioni fino ad oggi.</p>
<p><i>TITOLO 8 ARTICOLO</i></p>	<p>Obstructed ileostomy in the third trimester of pregnancy due to compression from the gravid uterus: diagnosis and management.</p> <p>(Ileostomia ostruita nel terzo trimestre di gravidanza per compressione dall'utero gravido: diagnosi e gestione)</p>
<p>AUTORE/ANNO</p>	<p><u>Porter H</u>; Department of Obstetrics and Gynaecology, Royal North Shore Hospital, Sydney, New South Wales, Australia.</p> <p><u>Seeho S</u> Discipline of Obstetrics, Gynaecology & Neonatology, The University of Sydney, Sydney, New South Wales, Australia.</p> <p>ANNO 2014</p>

DESIGN DELLO STUDIO	Case Report
POPOLAZIONE	Donne in gravidanza
NUMERO	1
ETA' MEDIA	30 ANNI
TIPO DI STOMIA	Ileostomia
COMPLICANZE LEGATE ALLA STOMIA DURANTE LA GRAVIDANZA	Ostruzione per compressione dell' utero, aderenze.
OUTCOMES	L'ostruzione dell'ileostomia in gravidanza, sebbene rara, è una complicanza significativa con morbilità e mortalità associate. I primi studi raccomandavano un intervento chirurgico immediato per i casi di ostruzione dell'ileostomia in gravidanza. Qui si parla di un caso di ostruzione ileostomica a 29 settimane di gestazione in cui è stata eseguita una laparotomia per presunte aderenze. Quando l'adesiolisi non è riuscita a risolvere l'ostruzione, è diventato chiaro che l'ostruzione era causata dalla compressione esterna dell'utero gravido in espansione. Il resto della gravidanza è stato gestito con successo mediante l'aspirazione quotidiana del contenuto intestinale utilizzando un tubo di drenaggio di grande diametro e la nutrizione totale della paziente. Studi recenti hanno utilizzato la risonanza magnetica per distinguere tra aderenze e compressione uterina come causa dell'ostruzione dell'ileostomia in

	<p>gravidanza. Nei pochi casi di ostruzione causata da compressione uterina, i pazienti sono stati gestiti in sicurezza con terapia conservativa, evitando così i rischi dell'intervento chirurgico.</p>
--	--

3.7 Discussione

Dopo un'attenta analisi degli articoli scelti per la revisione della letteratura, si evince come i risultati/outcomes confermino quanto la qualità di vita di una donna in gravidanza con stomia sia compromessa.

Ho focalizzato l'attenzione sulle sensazioni percepite da queste donne e sulle complicanze che comporta il confezionamento di una stomia.

Dallo studio effettuato, risulta che le principali compromissioni sono relative alle complicanze, compromissione della sessualità che la donna ha durante il periodo di gestazione, sotto vengono elencati i risultati ottenuti dagli articoli:

Complicanze maggiori

Quelle emerse in maggior percentuale per queste donne con ileostomia sono le seguenti:

- Prolasso stomale
- Retrazione dello stoma
- Ostruzione intestinale
- Ernia peristomale
- Problemi di sacca
- Stenosi
- Lacerazione

Complicanze minori

- reazione agli adesivi dei presidi

Sessualità

In generale, le donne con uno stoma possono continuare ad avere una vita sessuale soddisfacente e molte di loro possono avere dei figli. Se affette dal morbo di Crohn o da colite ulcerosa, il confezionamento di una stomia può migliorare la situazione di salute. La patologia medica che ha portato ad avere uno stoma potrebbe aver impedito i rapporti sessuali.

Dopo esserti ripresa dall'intervento chirurgico e dopo che ogni ferita si sarà rimarginata

completamente, confrontati con il tuo Stomaterapista di fiducia per capire quando potrai avere rapporti sessuali e cercare una eventuale gravidanza.

Uno stoma può influire sulla possibilità di una gravidanza?

Uno stoma non dovrebbe influire sulla possibilità di concepimento e di mettere al mondo un bambino, salvo non si siano subite importanti modificazioni fisiologiche dopo l'intervento chirurgico.

Le difficoltà di concepimento sono di solito dovute a problemi preesistenti, indipendenti dall'intervento chirurgico.

Bisogna avere precauzioni particolari con una stomia?

Chi ha una stomia, deve avere qualche accorgimento in più e consultare subito il proprio medico/ginecologo nel caso abbia dubbi o sospetti in merito alla presenza di qualche problema.

Ad esempio, alcune donne con ileostomia potrebbero occasionalmente avere episodi di occlusione intestinale.

In tutti questi casi, è importante riconoscerne i segnali per intervenire tempestivamente.

Conclusioni

La gravidanza dopo un intervento chirurgico con confezionamento di stomia per malattia di MICI può essere una decisione difficile per molte donne.

Purtroppo, ci sono poche ricerche pubblicate sull'impatto della gravidanza sulla funzione dello stoma, sulle complicanze legate allo stoma, sugli esiti ostetrici o neonatali. Leggendo moltissimi articoli uno mi ha colpito particolarmente e voglio citarlo qui nella mia conclusione perché ha veramente significato a ciò che è la vita qualunque sia il modo in cui essa si propone.

L'articolo è stato pubblicato sul Daily Mail Online (quotidiano britannico)

“11 donne con ileostomia confezionata per Morbo di Crohn hanno posato in biancheria intima per cercare di smentire pregiudizi e stigmatizzazioni che vengono comunemente associati alla stomia e per motivare tutti coloro che convivono con questo dispositivo e quindi aumentare la fiducia in loro stesse.

Secondo queste donne essere belle, affascinanti e avere una vita normale è possibile malgrado la presenza della stomia.” (23)

Futuri studi prospettici dovrebbero acquisire dati, compresi i risultati riportati dai pazienti, per poter raccogliere un quadro completo dell'impatto della gravidanza dopo un intervento chirurgico allo stoma per MICI.

Giunta alla fine del mio lavoro di tesi, credo di poter essere soddisfatta del percorso, che ha portato all'elaborazione di questo scritto. Ritengo di aver compiuto un percorso molto appagante che mi ha offerto un'esperienza formativa decisamente costruttiva e gratificante.

La metodologia utilizzata mi ha permesso di sviluppare la capacità di ricerca, di analisi critica e di sintesi di numerosi articoli scientifici.

In vista del mio futuro professionale, sono convinta che queste abilità siano indispensabili per mettere in atto una pratica basata sulle evidenze (Evidence Base Practice).

Gli obiettivi che mi ero prefissata, ovvero capire come una donna in gravidanza con un'ileostomia a livello psicologico e in che modo la stomia influenza la sua qualità di vita, ritengo che siano stati raggiunti.

Grazie a questa revisione della letteratura è stato possibile identificare le dimensioni della qualità di vita che il confezionamento di una stomia compromette ed evidenziare

(23) Rhodes 2015 Daily Mail Online – Quotidiano Britannico

l'importanza della presenza di un team multidisciplinare ha nell'indagare il vissuto della persona per poter mettere in atto una presa in cura individualizzata e globale.

Da ultimo, il mio desiderio resta quello di aver prodotto un elaborato utile alla professione infermieristica, che possa permettere di trarre qualche spunto per occuparsi nel migliore dei modi delle persone che, per varie ragioni, sono costrette a convivere con una stomia.

Ringraziamenti

Giunta al termine del mio percorso universitario sento il dovere di ringraziare chi mi ha sostenuto in questa esperienza formativa.

Un sentito ringraziamento alla Professoressa Isabella Baglioni, mia relatrice, per la sua dedizione e attenzione nei confronti del progetto di tesi, e per la disponibilità nei miei confronti.

Grazie alla mia famiglia, per avermi aiutato e sostenuto nel raggiungere l'obiettivo che mi sono prefissata.

Grazie a Matteo Grilli, infermiere stomaterapista che ho avuto la fortuna di conoscere durante il mio tirocinio formativo, mi ha dato consigli preziosi e invogliato a continuare la mia formazione sul meraviglioso mondo che riguarda la gestione del paziente stomizzato.

Silvia

Bibliografia e Sitografia

- (1) <http://www.mici360.it>
- (2) Apistom, Stomia e Gravidanza – <http://www.apistom.it>
- (3) Pizzi e Mutillo, 2006
- (4) <https://www.mici360.it/mici-crescita-nei-paesi-sviluppati>
- (5) Siew C Ng, Hai Yun Shi, Nima Hamidi, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. Lancet 2017; 390 (10114): p2769–2778. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)
- (6) Study highlights the need for research into prevention of inflammatory bowel disease <https://www.birmingham.ac.uk/news/latest/2017/12/prevention-for-inflamma...>
University of Birmingham, press release.
- (7) Apistom, stomia e gravidanza <http://www.apistom.it>
- (8) Malattie infiammatorie intestinali e gravidanza: un binomio possibile” Fondazione Veronesi Magazine <http://fondazioneveronesi.it>
- (9) Fondazione IRCCS Cà Granda, Guida alla gestione della ileostomia, colostomia, urostomia, <http://policlinico.mi.it/AMM/DiCosaHaiBisogno/documenti/Ileostomia>
- (10) www.nurse24.it
- (11) Seligman et al, 2011
- (12) Prima stesura: Bay Front Medical Centre Ostomy Fair. Florida, 1976. Ultima revisione: Seminario EOA (European Ostomy Association). Frankfurt, 03/05/2003.
- (13) F.A.I.S., 2018 (Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati)
- (14) Timby & Smith, 2014
- (15) ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons) e la WOCN (Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society), Salvadalena et. al, 2015
- (16) Porrett et al. (2006)
- (17) Rayson, 2012
- (18) Simmons et al., 2007
- (19) (Brown & Randle, 2005; Kiliç et al., 2007; Tao et al., 2014; Tseng et al., 2004
- (20) (Kiliç et al., 2007).
- (21) (Rayson,2012),
- (22) (Kiliç et al., 2007)
- (23) Rhodes 2015 Daily Mail Online – Quotidiano Britannico

