
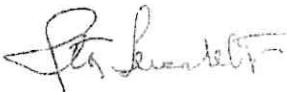
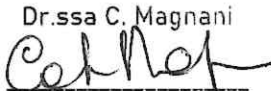

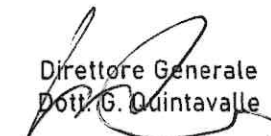
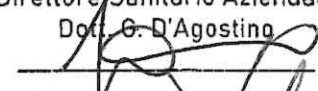
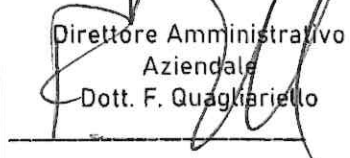
 <b>ASL ROMA 1</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>ASL ROMA 1</b> <b>AREA GOVERNO DELLA RETE</b> <b>RETE LOCALE CURE PALLIATIVE</b> <b>COORDINATORE: DR.SSA C. MAGNANI</b>		 <b>REGIONE LAZIO</b>
	<b>PROCEDURA OPERATIVA STANDARD:</b> <b>GESTIONE DELL' OCCLUSIONE INTESTINALE</b> <b>NELL'AMBITO DELLA RLCP</b>		<b>REV. 0 DEL 16/03/2025</b> <b>PAG. 1 DI 10</b> <b>RLCP POS 01</b>

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. 0	16/03/2025	GdL	Direttore Area Governo della Rete Dr.ssa Rita Lucchetti  <hr/> Coordinatore Rete Locale Cure Palliative Dr.ssa C. Magnani  Direttore UOSD Oncologia Presidio Cassia Sant'Andrea Dr.ssa Mimma Raffaele  Data: 16/03/2025	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle  <hr/> Direttore Sanitario Aziendale Dott. G. D'Agostino  <hr/> Direttore Amministrativo Aziendale Dott. F. Quagliariello 

### Gruppo di Lavoro

Dott.ssa Caterina Magnani, Coordinatore Rete Locale Cure Palliative  
 Dr.ssa Mimma Raffaele, Direttore UOSD Oncologia Presidio Cassia Sant'Andrea - ASL Roma 1  
 Dott.ssa Patrizia Latorre, Oncologo Unità Cure Palliative Aziendali  
 Dott.ssa Sara Cicchetti, Dirigente Medico, Unità Cure Palliative Aziendali  
 Dott.ssa Cristina Borghesi, Infermiera referente Unità Cure Palliative Aziendali  
 Dott.ssa Michela Marzella, Infermiera Unità Cure Palliative Aziendali  
 Dott.ssa Angela Iurlaro, Medico Specializzando in Medicina e Cure Palliative "A. Gemelli", in  
 formazione presso Unità Cure Palliative Aziendali  
 Dott.ssa Michela Broccolo, Dirigente Medico UOC ARO  
 Dott.ssa S. Greghini, F.O. UOC Risk Management



## INDICE

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>2. SCOPO.....</b>	<b>3</b>
<b>3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>4. ABBREVIAZIONI.....</b>	<b>3</b>
<b>5. MODALITÀ OPERATIVE.....</b>	<b>4</b>
<b>5.1 VALUTAZIONE E DIAGNOSI.....</b>	<b>4</b>
<b>5.2 GESTIONE DEL TRATTAMENTO .....</b>	<b>5</b>
<b>6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....</b>	<b>9</b>

## 1. PREMESSA

L'occlusione intestinale è definita come una condizione patologica legata a un disturbo della motilità intestinale (ileo) di origine meccanica (ileo meccanico) o di origine funzionale (ileo paralitico). Può essere classificata in base alla sede, alla gravità (parziale o completa) e in base alla presenza di complicanze (semplice o complicata). Inoltre, può essere reversibile o irreversibile. L'ileo meccanico può evolvere in ileo paralitico (o funzionale) e le due condizioni possono coesistere in proporzione diversa nello stesso paziente. L'insorgenza dell'occlusione intestinale può avvenire nell'arco di ore o di giorni; i sintomi iniziali intermittenti possono peggiorare e diventare continui, oppure possono risolversi spontaneamente (di solito temporaneamente). L'occlusione intestinale maligna (OIM) si verifica in circa il 3% di tutti i pazienti affetti da neoplasia. La letteratura mostra come i pazienti con cancro coloretale (10-28%) e con cancro ovarico (20-50%) sviluppino più facilmente una OIM nel corso della malattia. Nei pazienti in fase avanzata di malattia l'occlusione intestinale può essere, dunque, un evento comune, con un'incidenza variabile a seconda della patologia di base. Una gestione appropriata dell'occlusione intestinale, con particolare riferimento al paziente assistito nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), riveste un'importanza cruciale, poiché impatta globalmente sulla qualità di vita.

## 2. SCOPO

Questa procedura intende fornire strumenti operativi per omogeneizzare le modalità di gestione dell'occlusione intestinale nei pazienti con bisogni di Cure Palliative assistiti nell'ambito della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) della ASL Roma 1

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è applicabile a tutti i nodi della rete locale di cure palliative della ASL Roma 1, che comprendono:

- Ospedale: cure palliative ospedaliere.
- Ambulatorio: servizi ambulatoriali di cure palliative.
- Hospice: strutture residenziali per la cura di pazienti con malattia terminale.
- Domicilio: servizi di cure palliative domiciliari

## 4. ABBREVIAZIONI

**CP:** Cure Palliative, sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

**ESAS-r:** Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) è una scala di valutazione validata a livello internazionale utilizzata per valutare l'impatto dei sintomi principali sulla qualità della vita dei pazienti in Cure Palliative. La scala consiste di scale di misurazioni numeriche (NRS) relative a specifici sintomi che variano da 0 (assenza del sintomo) a 10 (peggiore severità del sintomo). I sintomi valutati includono: dolore, astenia, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, appetito, percezione personale di benessere, mancanza di respiro e un decimo sintomo indicato dal paziente.

**NRS:** Numerical Rating Scale (scala unidimensionale numerica che varia da 0 - assenza del sintomo - a 10 -peggiore severità del sintomo).

**OIM:** occlusione intestinale maligna, è definita come un'ostruzione meccanica/funzionale/radiologica parziale o completa del tratto gastrointestinale oltre il Legamento di Treitz in presenza di una patologia maligna addominopelvica primaria o metastatica nota.

## **5. MODALITÀ OPERATIVE**

L'approccio al sospetto di occlusione intestinale nel paziente assistito nell'ambito della RLCP prevede la valutazione clinico-diagnostica attraverso il colloquio e l'esame obiettivo, la rivalutazione della terapia in atto e l'impostazione di interventi medici, psicologici, sociali, ambientali e di educazione sanitaria uniti ad eventuali indagini diagnostiche e ad eventuale valutazione chirurgica. Identificare l'eziologia dell'ostruzione intestinale in Cure Palliative è essenziale per definire gli interventi appropriati. A determinare la scelta terapeutica saranno il tipo di ostruzione, le condizioni cliniche del paziente e la prognosi.

### **5.1 VALUTAZIONE E DIAGNOSI**

Una valutazione globale e continua del paziente è alla base di una gestione efficace dell'occlusione intestinale in CP. Nella valutazione clinica del paziente con sospetta occlusione intestinale, anche parziale, è necessario indagare sempre il possibile meccanismo fisiopatologico alla base del quadro. Di solito, l'occlusione intestinale determina un quadro infiammatorio locale con accumulo endoluminale di liquidi intestinali, gas e solidi responsabile dei sintomi caratteristici e che conduce alla sovradistensione delle anse e alla secrezione reattiva. Si distinguono, dal punto di vista fisiopatologico:

1. Ileo meccanico, le cui cause più frequenti sono:
  - occlusione estrinseca del lume (es. masse tumorali, aderenze addominali, fibrosi post-radioterapia)
  - occlusione intraluminale (es. massa neoplastica di tipo polipoide, disseminazione neoplastica anulare)
  - occlusione intramurale del lume (es. linite plastica).
2. Ileo paralitico (occlusione funzionale), le cui cause più frequenti sono:
  - Occlusione da alterazioni della motilità che possono essere conseguenti ad infiltrazione tumorale del mesentere o dei muscoli o dei nervi della parete intestinale, o coinvolgimento maligno del plesso celiaco
  - Occlusione da peritonismo indotto da ascessi peritoneali, perforazione di visceri, ischemia intestinale ecc
  - Occlusione da alterazioni della motilità da neuropatia paraneoplastica, in particolare nei pazienti con cancro del polmone
  - Pseudo-ostruzione intestinale cronica (CIP)
  - Pseudo-ostruzione paraneoplastica.
  - Altri fattori, soprattutto nei pazienti in Cure Palliative sono: l'utilizzo di farmaci ad azione costipante come oppioidi e anticolinergici, le condizioni metaboliche come ipercalcemia e iperkaliemia, la disidratazione e la presenza di fecaloma.

**Valutazione dei sintomi e segni più frequenti nell'occlusione intestinale, in ambito di CP:**

- Nausea (valutare: intensità con NRS-ESAS-r), epoca di insorgenza, fattori scatenanti o allieventi)

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DELL'OCCLUSIONE INTESTINALE NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 01	Rev. 0 del 16/03/2025	pag. 4 di 10
---	-------------	--------------------------	--------------



- Vomito (valutare: frequenza, correlazione col pasto, quantità, aspetto e odore)

Nausea e vomito possono variare nella loro intensità sulla base del livello di ostruzione e del grado di compromissione della pervietà intestinale. Nelle ostruzioni alte, fino al tratto digiunale, il vomito si svilupperà presto e con grandi volumi di liquidi.

- Dolore (valutare: se colico o continuo, localizzazione, intensità –NRS–, fattori scatenanti o allevianti)
- Alterazione delle abitudini intestinali (valutare: frequenza, tipo e consistenza delle feci, fino ad alvo chiuso nell'occlusione completa o diarrea paradossa con ostruzione parziale)
- Inappetenza
- Calo ponderale
- Dispnea
- Malessere, astenia, xerostomia

Nella conduzione dell'esame obiettivo dell'addome, particolare attenzione deve essere prestata a:

- Presenza di cicatrici, ernie
- Distensione addominale
- Suoni intestinali (da assenti a iperattivi e udibili)
- Ricerca di elementi alla palpazione come ascite, masse, peritonismo
- Valutare presenza di fecaloma con esplorazione rettale

La diagnosi di occlusione intestinale è clinica. La radiografia diretta dell'addome può essere utile ma poco precisa, mentre il gold standard diagnostico è rappresentato dalla TAC. Eventuali esami diagnostici devono essere modulati al fine di attuare un approccio personalizzato al paziente (stadio della malattia, performance status, prognosi e desideri del paziente). La valutazione ematica di: emocromo, elettroliti, funzionalità renale, funzionalità epatica può fornire informazioni utili per la diagnosi e per la terapia dei sintomi.

## 5.2 GESTIONE DEL TRATTAMENTO

Nell'iter terapeutico, si distinguono:

- trattamento chirurgico (es. resezione ed anastomosi primaria, confezionamento di stomia, bypass enterale)
- trattamento endoscopico o radiologico (es. posizionamento di stent metallici, gastrostomia a scopo decompressivo),
- trattamento farmacologico e non, posizionamento di SNG.

L'indicazione all'approccio chirurgico necessita di valutazione multidisciplinare (chirurgo, oncologo, palliativista) che tenga in considerazione, oltre alle controindicazioni assolute e relative alla chirurgia, sempre anche i desideri del paziente, la prognosi, le condizioni generali, le comorbidità e le prospettive terapeutiche.

<b>Fattori prognostici negativi per il trattamento chirurgico dell'ostruzione intestinale</b>
---

Età avanzata
--------------

Scarso performance status (OMS 3 o 4 / IK 40/30 o 20/10)

Cachessia

Estensione della malattia maligna: carcinomatosi peritoneale diffusa, ascite, masse palpabili, ostacoli multipli sull'intestino tenue

Ostruzione dell'intestino tenue piuttosto che ostruzione colica

Precedenti radioterapie addominali o pelviche

## IDRATAZIONE E NUTRIZIONE

Quando un paziente riceve una diagnosi iniziale di OIM, deve essere sottoposto a digiuno per os. Se la OIM acuta si risolve del tutto o in parte, si raccomanda una reintroduzione lenta e graduata della dieta orale, guidata dai sintomi.

Gli interventi nutrizionali devono essere iniziati solo se i benefici di questi interventi sulla qualità di vita e sulla sopravvivenza superano i rischi, con aspettative chiare discusse da un team multidisciplinare con i pazienti e le famiglie.

L'idratazione parenterale non previene o migliora i sintomi, come la sete o la secchezza delle fauci, né aumenta la sopravvivenza; inoltre, in quantità eccessive, può provocare un sovraccarico di liquidi, edema periferico e polmonare. La nutrizione parenterale domiciliare può essere utile a mantenere la qualità di vita in un gruppo molto selezionato di pazienti con OIM, in particolare se il paziente ha un programma chirurgico o un'aspettativa di vita > 3 mesi.

L'idratazione parenterale non dovrebbe essere iniziata di routine negli ultimi giorni di vita.

Così come la nutrizione parenterale dovrebbe essere interrotta (o non iniziata) nella fase terminale.

## SONDINO NASO-GASTRICO

L'uso del Sondino Naso-Gastrico (SNG) è indicato in fase acuta per evacuare grandi quantità di secrezioni gastriche (non va rimosso se le secrezioni superano 1 L/24 h) e per controllare la sintomatologia in attesa dell'efficacia del trattamento farmacologico o a fallimento di quest'ultimo o quando non è possibile praticare la gastrostomia.

Il SNG allevia il vomito intrattabile e la distensione gastrica. Le complicanze associate al suo posizionamento sono spesso legate a ulcerazione delle narici, erosione esofagea, faringite e sinusite, nonché ad occlusione, dislocamento o rimozione spontanea. Inoltre, il SNG può provocare discomfort.

L'uso del SNG dovrebbe essere intermittente a scopo decompressivo e solo durante il trattamento iniziale oppure mentre si sta decidendo quali altre strategie terapeutiche intraprendere.

## TERAPIA FARMACOLOGICA

La terapia farmacologica per l'occlusione intestinale parziale o completa comprende l'uso di antiemetici, lassativi, analgesici e corticosteroidi e mira al controllo dei sintomi come nausea, vomito, dolore, distensione addominale. In considerazione dell'alterazione dell'assorbimento secondari all'ileo, la via di somministrazione da considerare è quella parenterale (endovenosa o sottocutanea)

### FARMACI ANTICOLINERGICI

I farmaci anticolinergici antsecretivi (scopolamina butilbromide e octreotide) riducono nausea e vomito diminuendo le secrezioni gastrointestinali.

**Octreotide:** analogo sintetico della somatostatina, inibisce l'attività degli ormoni gastrointestinali, modula l'attività gastrointestinale riducendo la secrezione dei succhi gastrici, rallenta la motilità intestinale, diminuisce le secrezioni biliari e il flusso sanguigno splanchnico. Riduce i contenuti gastrointestinali e aumenta l'assorbimento di acqua ed elettroliti a livello intracellulare. È più efficace e veloce della scopolamina nel ridurre la quantità delle secrezioni gastrointestinali. Secondo la Determina AIFA del 22/11/2018 pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 281 del 03.12.18 è indicato nel trattamento dell'occlusione intestinale sintomatica nel paziente in fase avanzata di malattia.

Dosaggio consigliato: 0,3 mg/die (3 volte al dì o in infusione continua s.c./e.v.); la dose può essere aumentata fino a 0,6-0,9 mg/die se non si ottiene un buon controllo della sintomatologia.

**Scopolamina butilbromide:** la somministrazione sottocutanea/endovenosa per ridurre le secrezioni gastrointestinali nell'ostruzione gastrointestinale non responsiva a trattamenti guaritivi chirurgici o farmacologici nel paziente in cure palliative con breve aspettativa di vita (presumibile < 3 mesi) è riportata nell'Allegato 9 " Farmaci con uso consolidato nelle Cure Palliative – Fase di terminalità- nell'adulto per indicazioni anche differenti da quelle previste dal provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio " -Determina AIFA del 22/11/2018 pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 281 del 03.12.18).

Dosaggio consigliato: 20 mg s.c./e.v. ripetibile o in infusione continua iniziando con 40 mg/die fino a 120 mg/die

### ANTIEMETICI

Procinetici antagonisti della dopamina: possono essere efficaci per la gestione di nausea e vomito e per ripristinare il tempo di transito intestinale nella OIM parziale. A causa del potenziale aumento del rischio di perforazione intestinale, dovrebbero essere evitati nella MBO completa.

**Metoclopramide** è il farmaco di prima scelta nei pazienti con occlusione parziale e assenza di dolore colico. La Determina AIFA del 22/11/2018 pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 281 del 03.12.18 ne riporta la somministrazione endovenosa/sottocutanea per nausea e vomito, occlusione intestinale incompleta, anoressia da gastroparesi nei pazienti in cure palliative con breve aspettativa di vita (presumibile < 3 mesi) anche per periodi superiori a 5 giorni, se il beneficio atteso supera il rischio.

Dosaggio consigliato: 30-60 mg s.c./e.v./die (interrompere se aumento del dolore colico). Utilizzo



controindicato nei pazienti con occlusione intestinale completa.

#### NEUROLETTICI (aloiperidolo, metotripemazina, proclorperazina, clorpromazina)

L'Aloperidolo, per la sua potente attività antiemetica, è il farmaco di prima scelta nel trattamento di molte situazioni ricorrenti nel setting di cure palliative (AIFA-SICP "Farmaci con uso consolidato nelle Cure Palliative – rif al documento "Farmaci off-label in cure palliative per la popolazione adulta 2018). L'uso off label riportato nel documento AIFA-SICP 2018 si riferisce alla somministrazione sc per il controllo di nausea e vomito e singhiozzo in pazienti che necessitano di terapia sintomatica di supporto in fase avanzata di malattia (aspettativa di vita presumibile < 3 mesi).

Dal momento che l'uso in cure palliative non è un'indicazione riportata in scheda tecnica, considerando l'uso importante nella pratica clinica per i pazienti in tale ambito, sia per il controllo dei sintomi che per la via di somministrazione, si richiede che venga esaminato specificatamente tale utilizzo, limitatamente alla sola formulazione non a rilascio prolungato.

Gli antagonisti della serotonina (5HT-3), come Granisetron e Ondansetron, possono diminuire la nausea e la frequenza del vomito nella OIM. Tuttavia, ad essi è correlato un aumento della costipazione.

#### LASSATIVI

I lassativi osmotici orali possono essere presi in considerazione nella gestione di movimenti intestinali alterati in caso di ostruzione intestinale parziale, ma devono essere evitati in caso di OIM completa.

#### TERAPIA ANALGESICA

Seguire le linee guida per il controllo del dolore dell'OMS (cfr. relative linee guida).

In considerazione del carico sintomatologico (nausea e vomito significativi) e la presenza di un tratto gastrointestinale malfunzionante che impedisce l'ingestione e l'assorbimento degli analgesici orali, in questa popolazione si deve prendere in considerazione la via di somministrazione parenterale (sottocutanea o endovenosa) e/o transdermica per ottenere un'analgesia efficace.

Nel caso di dolore addominale di tipo colico non controllato, l'utilizzo di farmaci anticolinergici come Scopolamina butilbromide può essere consigliato.

#### CORTICOSTEROIDI

Nella pratica clinica, l'utilizzo di corticosteroidi può essere utile per la gestione dei sintomi acuti della OIM e può essere utilizzato per ottenere benefici a breve termine. I corticosteroidi hanno probabilmente un effetto antinfiammatorio e antisecretivo, che può contribuire a ridurre l'edema della parete intestinale, a promuovere l'assorbimento di sale e acqua nella OIM e, quindi, a contribuire alla gestione acuta di dolore, nausea e vomito. Il Desametasone è generalmente il corticosteroide da preferire, dato il suo potente effetto antinfiammatorio e la mancanza di proprietà di ritenzione del sodio. In caso di mancato miglioramento sintomatico in 3-5 giorni o della presenza di effetti collaterali, si dovrebbe considerare l'interruzione del trattamento. Se si nota un

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: GESTIONE DELL'OCCLUSIONE INTESTINALE NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 01	Rev. 0 del 16/03/2025	pag. 8 di 10
---	-------------	--------------------------	--------------

miglioramento, deve essere ridotta gradualmente la dose di steroidi fino al dosaggio minimo efficace. La Determina AIFA del 22/11/2018 pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 281 del 03.12.18 ne riporta la somministrazione endovenosa/sottocutanea per occlusione intestinale nei pazienti in fase terminale di malattia

### Supporto psicologico

È essenziale il supporto psicologico, tramite il counseling o il supporto della famiglia, analizzare la presenza di sintomi psicologici, come l'ansia secondaria alla condizione di occlusione, la depressione, il senso di isolamento, la perdita di convivialità ai pasti, l'ansia e smarrimento dei parenti, l'angoscia esistenziale e la paura della morte.

### Educazione sanitaria

L'educazione sanitaria del paziente e della sua famiglia deve comprendere la discussione delle strategie terapeutiche della OIM. Nella gestione del paziente con occlusione intestinale in cure palliative, occorre discutere gli obiettivi di cura con il paziente e il caregiver e valutare in maniera multidisciplinare l'iter diagnostico-terapeutico più idoneo in termini di carico sintomatologico, stato generale e comorbidità, prognosi.

### MONITORAGGIO

Il monitoraggio prevede:

- la rivalutazione almeno quotidiana dei sintomi
- la rivalutazione e rimodulazione del trattamento almeno giornalmente, sulla base dell'andamento clinico
- la cura del cavo orale e della cute
- la gestione della sofferenza terminale e il supporto alla famiglia

## 6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Ripamonti C, Bruera E. "Palliative management of malignant bowel obstruction." International Journal of Gynecological Cancer 12.2 (2002): 135-143
- Legge 38/2010 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (10G0056)
- Trentin L et al. AIOM—ESMO.Valutazione e trattamento dei sintomi nel malato oncologico per una precoce integrazione delle cure oncologiche e palliative. 2014
- Jackson P, Vigiola Cruz M. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2018 Sep 15;98(6):362-367. PMID: 30215917
- Documento AIFA-SICP 2018. Farmaci off-label in cure palliative per la popolazione adulta.
- Ripamonti C, Easson AM, Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction. Eur J Cancer. 2008 May;44(8):1105-15. doi: 10.1016/j.ejca.2008.02.028. Epub 2008 Mar 21.
- Laval G, Marcelin-Benazech B, Guirimand F, et al. Recommendations for bowel obstruction with peritoneal carcinomatosis. J Pain Symptom Manage. 2014 Jul;48(1):75-91.
- Madariaga A, Lau J, Ghoshal A, Dzierżanowski T, et al. MASCC multidisciplinary evidence-based recommendations for the management of malignant bowel obstruction in advanced cancer. Support Care Cancer. 2022 Jun;30(6):4711-4728.

- Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks. Palliative Care Pain & Symptom Control Guidelines for Adults for Staff Providing Generalist Palliative Care: Fifth Edition. Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks, 2019
- Giusti R, Lucchesi M, Ripamonti C. I Stipsi e occlusione intestinale maligna nel paziente oncologico: valutazione dei sintomi, cause, diagnosi e trattamento, Springer Health Communications, 2017
- Watson, Max, and others (eds), Oxford Handbook of Palliative Care, 3 edn, Oxford Medical Handbooks (Oxford, 2019; online edn, Oxford Academic, 1 July 2019), <https://doi.org/10.1093/med/9780198745655.001.0001>, accessed 5 Mar. 2025.

