

# Giornata Infermieristica **AIEOP**

**RIMINI**  
Hotel Savoia

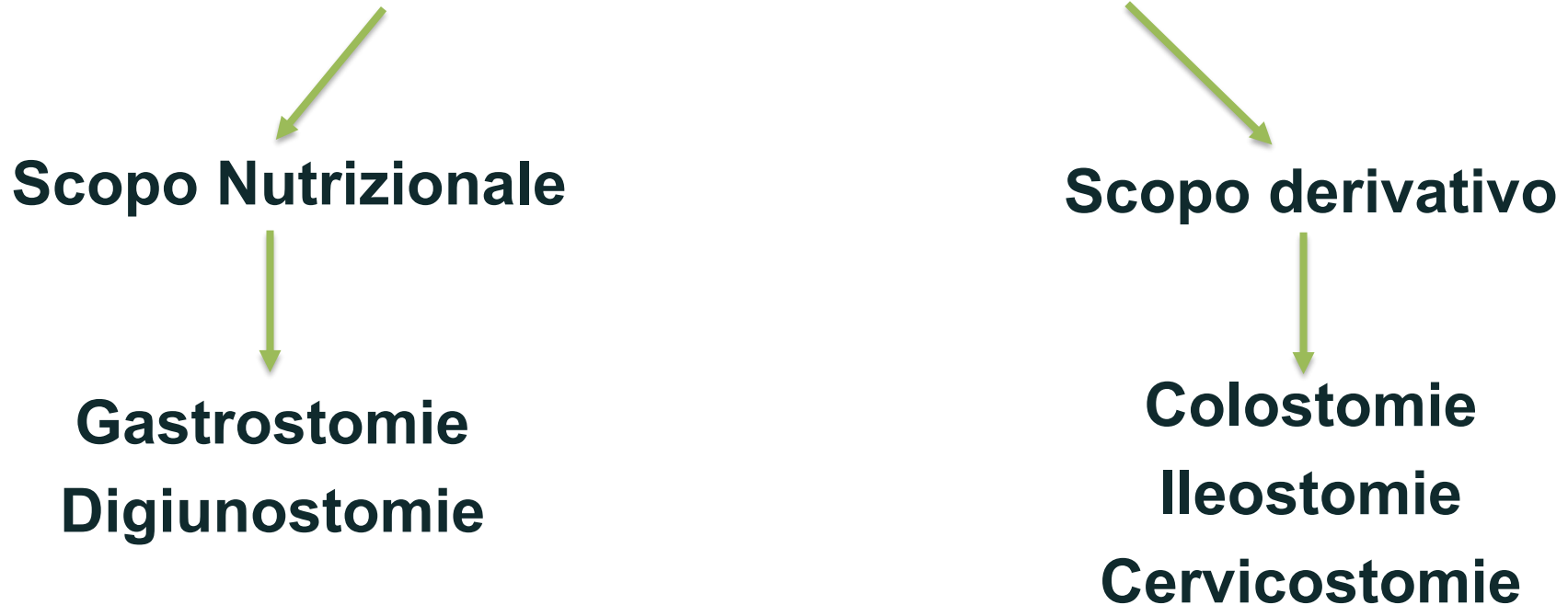
13 Aprile 2026

## **Stomie e PEG**

*Virginia Bove – Ludovica Sforza*

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

# Indicazioni al confezionamento di Stomie nel paziente oncoematologico



## Criticità nella gestione:

- Fragilità cutanea
- Fragilità delle mucose
- Elevato rischio infettivo
- Obbligatorietà della sede dello stoma (spesso)
  - Aspetti psicologici



**MAGGIOR RISCHIO DI COMPLICANZE**

## Gestione delle stomie Nutrizionali:

Tecnica di posizionamento chirurgico (propriamente detto):

- Esofagostomia
- Gastrostomia
- Digiunostomia

Tecnica endoscopica-percutanea:

- PEG: gastrostomia percutanea endoscopica
- PEJ: digiunostomia percutanea endoscopica.
- PEG/PEJ

## INDICAZIONI AL POSIZIONAMENTO

- Neoplasie esofagee
- Neoplasie testa-collo
- Neoplasie cerebrali

Altre indicazioni non neoplastiche di interesse:

- Chirurgie facciali/lesioni del cavo orale
- Atresie esofagee
- Malattie cerebro-vascolari

## CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE:

- Impossibilità ad esecuzione di endoscopia
- Ulcera gastrica duodenale in atto
- Coagulopatie gravi
- Dialisi peritoneale

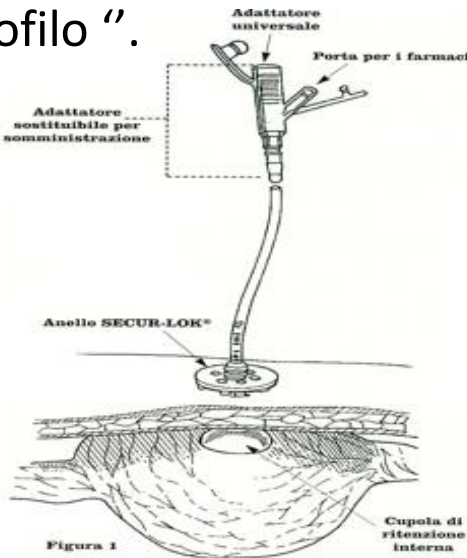
## RELATIVE:

- Pregressa chirurgia gastrica
- Neoplasie gastriche
- Insufficienza epatica; renale o cardiaca

## PRESIDI E COMPLICANZE

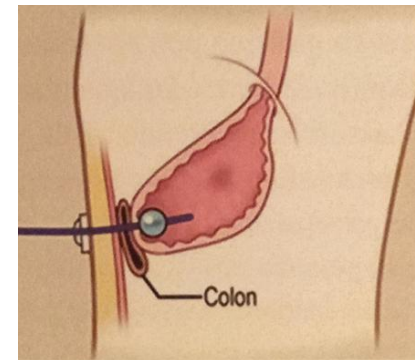
### SONDA NATIVA:

Le sonde native hanno lo scopo di andare a creare una fistola gastro-cutanea su cui successivamente posizionare i dispositivi a "basso profilo".



### PRINCIPALI COMPLICANZE:

- Sanguinamento
- Infezioni peristomali
- Malposizionamento Sonda e Fistola gastro-colica
- Dislocazione della sonda
- Buried Bumper Syndrome (BBS)



Malposizionamento della sonda con formazione di fistola gastro-colica

## BURIED BUMPER SYNDROME



BBS con incompleta copertura del bumper da parte della mucosa gastrica

BBS con completa copertura del bumper ma lume ancora pervio.

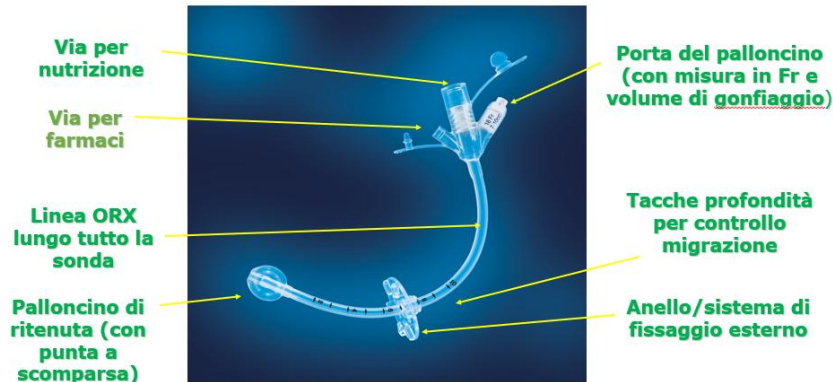


BBS con completa copertura del bumper ed OCCLUSIONE del lume della sonda

## PRESIDI E COMPLICANZE

### BOTTONE GASTROSTOMICO E FOLEY GASTROSTOMICA:

Presidi GASTRICI impiantati  
dopo il consolidamento della  
fistola gastro-cutanea.



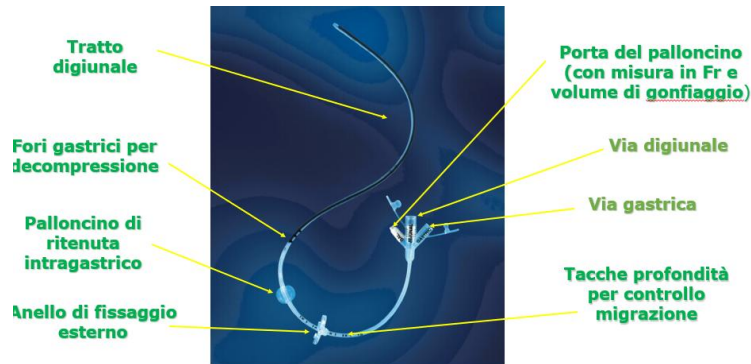
### PRINCIPALI COMPLICANZA:

- Dermatiti irritative da contatto
- Dermatiti allergiche da contatto
- Infezioni del complesso stomale
- Rottura del palloncino
- Granulomi
- Prolasso stomale

## PRESIDI E COMPLICANZE

BOTTONE GASTRO-DIGIUNALE o FOLEY  
GASTRO-DIGIUNALE:

Presidi inseriti chirurgicamente con apice della sonda in DIGIUNO; anch'essi impiantati dopo il consolidamento della fistola gastro-cutanea.



PRINCIPALI COMPLICANZE:

- DISLOCAZIONE DELLA SONDA NEL TRATTO DIGIUNALE IN ZONA GASTRICA!

E poi...

- Dermatiti irritative da contatto
- Dermatiti allergiche da contatto
- Infezioni del complesso stomale
- Rottura del palloncino
- Granulomi
- Prolasso stomale

**CASO CLINICO:** Ci si presenta Marco; paziente con Sonda Gastrostomica (basso profilo) posizionata da ormai 6 mesi: riferisce di aver sempre eseguito la rotazione della sonda come consigliato e di posizionare garze in TNT dopo la pulizia quotidiana. La situazione di Marco è questa:



DUE problemi:

- L'anello Secure-Lok risulta essere troppo lontano dal piano cutaneo
- Posizionare la garza in TNT coperta da cerotto causa umidità e calore; l'ambiente ideale alla proliferazione batterica

Insieme hanno portato all'affermarsi di una...

**DERMATITE IRRITATIVA DA CONTATTO CON SOVRAINFEZIONE BATTERICA.**

## CASO CLINICO :

Paziente di 10 anni portatrice di PEG/PEJ che presenta tosse produttiva da alcuni giorni. La bambina effettua alimentazione per via enterale; dalla via digiunale. La mamma riferisce che dopo 30' dalla solita NE la bambina presenta un vomito alimentare; per cui interrompe la NE e la porta alla nostra attenzione in D.E.A.

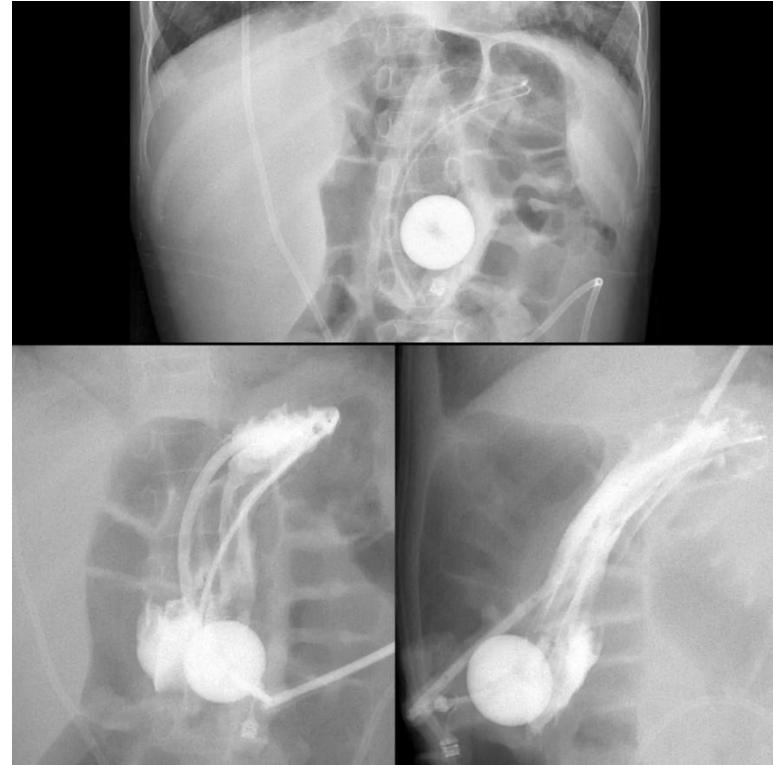
N.B. la mamma è stata adeguatamente educata a riconoscere le emergenze; ad agire nel modo giusto e a rivolgersi ai professionisti sanitari !!

.... INTANTO: Si esegue radiografia in urgenza con somministrazione di contrasto tramite via digiunale

**CASO CLINICO** : Paziente di 10 anni portatrice di PEG/PEJ che presenta tosse produttiva da alcuni giorni. La bambina effettua alimentazione per via enterale; dalla via digiunale. La mamma riferisce che dopo 30' dalla solita NE la bambina presenta un vomito alimentare; per cui interrompe la NE e la porta alla nostra attenzione in D.E.A

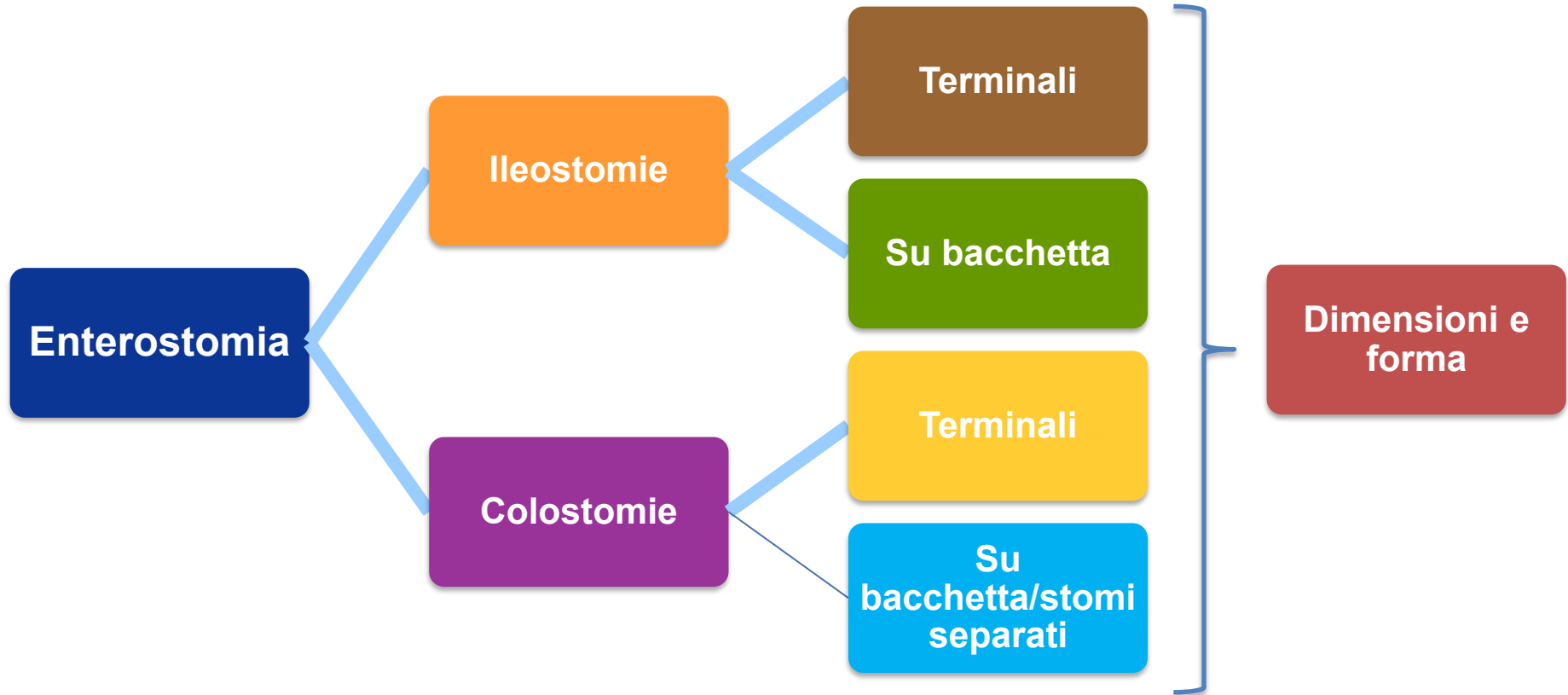
Le immagini mostrano lo spandimento del contrasto nello stomaco e non in digiuno.

**LA NOSTRA SONDA E' DISLOCATA.**

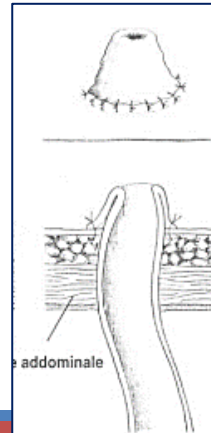
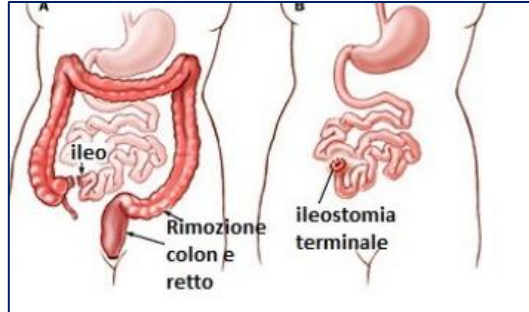


# **Gestione delle stomie Derivative**

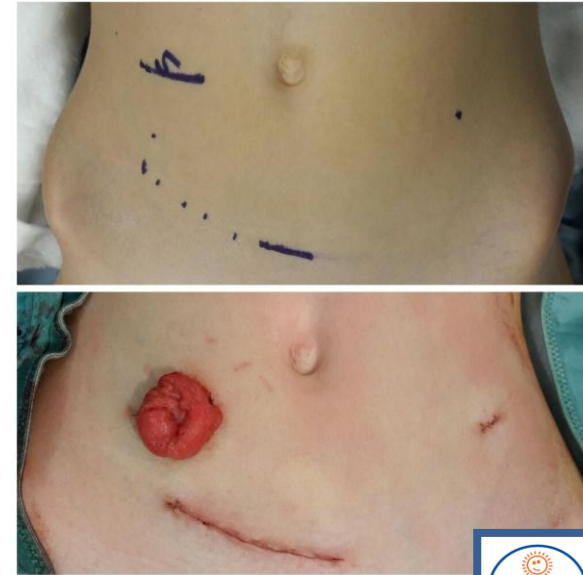
**Aboccamento di una porzione del tratto intestinale alla parete addominale**



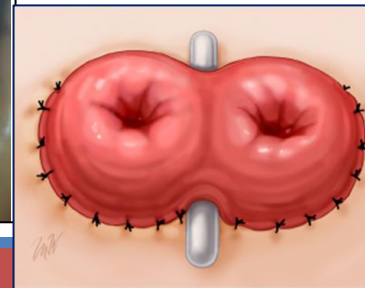
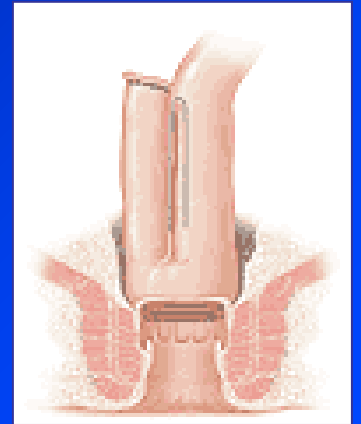
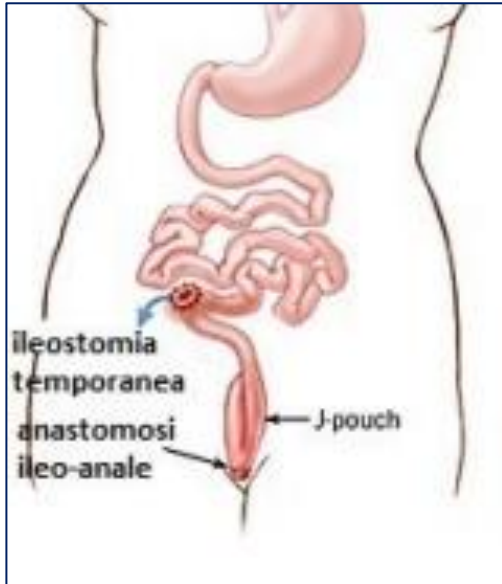
## ILEOSTOMIA TERMINALE:



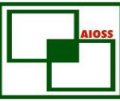
(4) Ileostomia terminale



## ILEOSTOMIA su BACCHETTA: proctectomia totale+ileo-anoanastomosi su J pouch







## Carta Internazionale dei diritti dello stomizzato

1973 - 2003



*Art.2 Avere una stomia ben confezionata, nella sede appropriata, in considerazione del comfort del paziente.*



Associazione  
Tecnico-Scientifica  
di Stomaterapia  
e Riabilitazione  
del Pavimento Pelvico



Roveron, G., De Toma, G., & Barbierato, M. (2016). Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 43(2), 165–169.



Obiettivo



*Coping e accettazione del nuovo organo*



ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
OPERATORI  
SANITARI DI  
STOMATERAPIA

SOCIETÀ  
ITALIANA  
DI CHIRURGIA



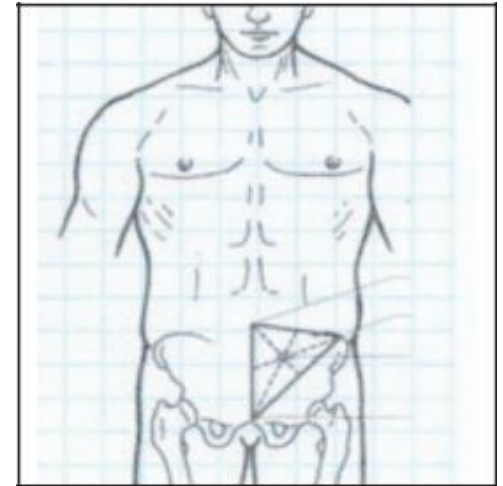
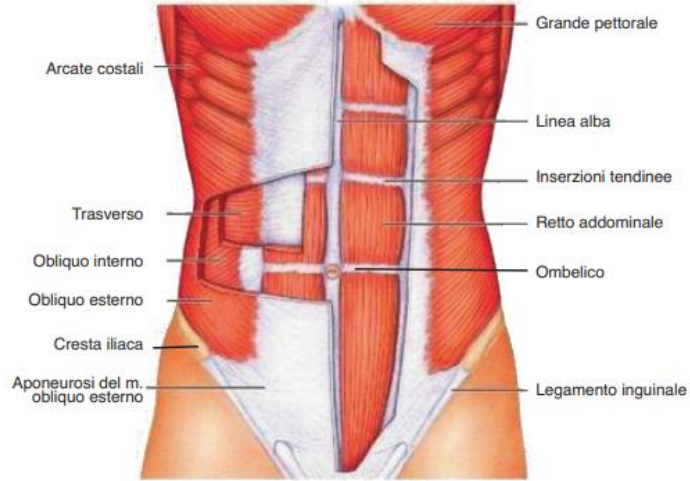
## STOMA SITING



DOCUMENTO  
DI POSIZIONAMENTO

AIOSS - SIC

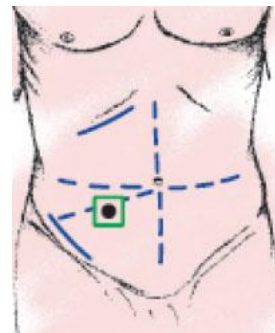
2013



## Enterostomie Disegno preoperatorio

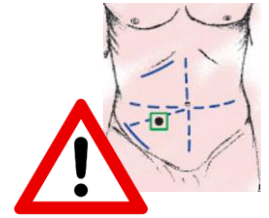
In generale i criteri procedurali da considerare per identificare il punto “ideale” in cui confezionare la stomia sono i seguenti:

- Delimitare la superficie addominale all'interno della quale disegnare la stomia.
- Identificare eventuali aree che possono rappresentare criticità per la buona adesione alla cute del dispositivo di raccolta: presenza di nei, cicatrici pregresse, pliche cutanee.
- Valutare se al cambio di postura vi sono modifiche del profilo addominale che compromettono le caratteristiche di idoneità del punto segnato.
- Verificare l'accessibilità visiva e tattile del paziente, in posizione ortostatica seduta e supina, del punto che sarà sede di stomia (per il bambino più grande)
- In presenza di addomi “difficili”, marcare un secondo punto in modo da offrire al chirurgo una possibile alternativa.



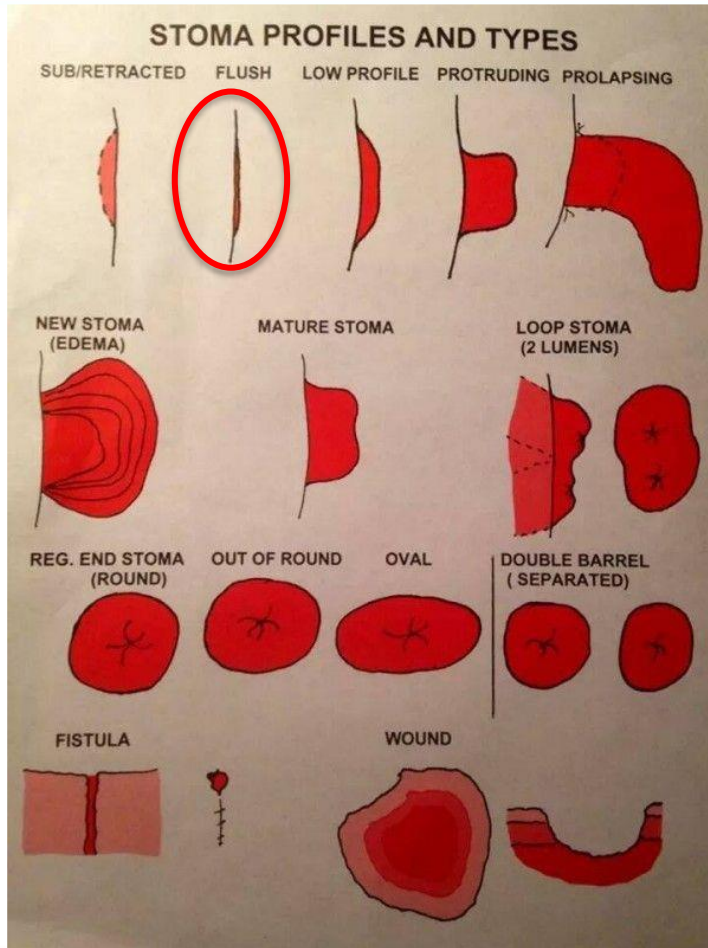


## Caso Clinico 1



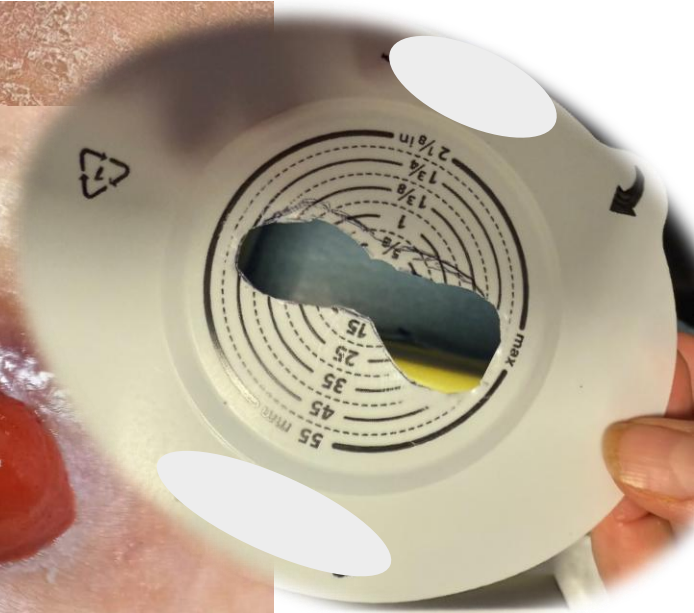
## Caso Clinico 2











## Caso Clinico 3

***Pseudomonas Aeruginosa***



## Take home message

- Lo stoma perfetto non esiste (in pediatria ancora di più)
- Spesso la grande sfida, quando ci si avvicina al paziente pediatrico, ancora di più se oncoematologico, è la scelta del presidio giusto, con le caratteristiche giuste.
- Il connubio tra esperienza clinica, evidenze scientifiche e preferenze del paziente (EBP) è il primo passo per ottenere il risultato finale... e spesso l'ingegno e la fantasia degli operatori sono l'unico strumento che ci permette di trovare la soluzione più idonea per garantire al paziente una buona qualità di vita e recupero funzionale!





*Who makes the difference?  
Only the TEAM can make the difference!*

