

LE COLICHE DEL CAVALLO

Sindromi dolorifiche di origine addominale, continue o ad accessi, legate a distensione, trazione o spasmo della musc. liscia dei visceri addominali



Si distinguono coliche:

- Gastriche, intestinali, epatiche, spleniche, renali, uterine, vascolari, vescicali, ecc.
- Funzionali: ileo, crampo addominale
- Organiche: flogosi, neoplasie, vasculopatie
- Meccaniche: ostruzioni (enteroliti, ascaridi, paratopie, costipazioni), aumento del contenuto (dilatazione gastrica, meteorismo intestinale)

- I Legate a fattori individuali:
aereofagia, voracità, irregolarità della
tavola dentaria
- I Vere: apparato digerente
- I False: rene, vescica, utero, peritoneo,
vasi, ecc.
- I Infettive: carbonchio ematico,
adenite equina, salmonellosi, ecc.

Segnalamento

- Animali giovani: coliche parassitarie (ascaridi, strongili) e da adenite mesenterica
- Negli animali adulti: coliche da irregolarità dentarie, da costipazione e da ostruzione
- Nei maschi: coliche da ernie inguino-scrotali
- Nelle femmine coliche per lacerazione dei legamenti larghi o per torsione uterina

ANAMNESI

- Ø Da quanto tempo è insorta la sintomatologia algica (ansietà e ipereccitabilità)
- Ø Se il dolore è continuo, remittente o ingravescente
- Ø Se vi sono stati precedenti episodi di colica
- Ø Alimento (alimenti fibrosi, avena)
- Ø Abbeverata (acqua fredda, stagnante)
- Ø Se sono stati somministrati farmaci e gli effetti ottenuti
- Ø Se è stata effettuata già l'esplorazione rettale
- Ø Se sono coinvolti più animali (fattori infettivi, alimentari)
- Ø Comparsi della minzione e della defecazione

LE COLICHE DEL CAVALLO

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Manifestazioni dolorifiche:

- Ø Tipo di dolore (es.intenso e continuo come nella colica da cambiamento di posizione o intenso ma discontinuo come nella colica spasmodica; es. di modica intensità come nella colica da costipazione del grosso intestino)
- Ø Comportamento del dolore di fronte all'uso di spasmolitici ed analgesici (in corso di colica spasmodica la cessazione del dolore sarà definitiva, mentre i dolori continueranno in corso di colica da cambiamento di posizione dell'intestino o nella colica trombo-embolica)



LE COLICHE DEL CAVALLO

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Atteggiamenti particolari:

- Ø **Arti posteriori spinti indietro** (Colica da costipazione del crasso; adenite meseraici)
- Ø **Si guarda o scalcia il fianco dx o sx** (localizzazione del dolore !!!)
- Ø **Posizione di cane seduto** (pressione anse meteoriche sul diaframma)
- Ø **Atteggiamento prolungato di mingere** (costipazione curvatura pelvica del grosso colon; colica da costipazione)
- Ø **Vomiturazione nasale** (dilatazione gastrica acuta)

Atteggiamenti particolari:

Ø Sudorazione collo e spalle (dilatazione gastrica acuta)

Ø Sbadiglio insistente (sofferenza gastrica)

Ø Posizione supina (trazione radice mesenteriale da parte delle anse intestinali costipate)

Ø Decubito con movimenti di strisciamento sul terreno e sbattere della testa sul suolo

Sensorio

Il dolore può essere:

- Lieve: l'animale raspa, scalcia, si guarda il fianco
- Moderato: l'animale si corica e si alza frequentemente, si muove in circolo
- Intenso: l'animale si accascia pesantemente al suolo, assume posizione di decubito dorsale o ventrale. Striscia sullo sterno, incunea la testa in un angolo del box

Sensorio

- I Stato di ansietà: si può osservare dopo la rottura dello stomaco
- I Depressione: nello shock, endotossiemie

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Cute: fredda (estremità distali), sudata, anelastica: grado di disidratazione !!!

Mucose oculo-congiuntivali: pallide (shock); rosso mattone (tossiemia endogena); cianosi (ipossia per insufficienza cardio-respiratoria)

Temperatura: ipertermia (cause infettive, contrazioni muscolari; tossiemia endogena)

Ipotermia (shock)

Polso: debole e frequente; diseguale o aritmico (prognosi infausta per insufficienza cardio-circolatoria)

Respiro: spesso frequente, superficiale e costale (dilatazione gastrica acuta)

Monitoraggio Frequenza Cardiaca



- F.C normale: 40 bpm (colica non grave)
- F.C aumentata: 40-65 bpm
(monitoraggio continuo dei parametri vitali)
- F.C notevolmente aumentata: > 65 bpm
(prognosi riservata)

LE COLICHE DEL CAVALLO

ESAME DELL'APPARATO DIGERENTE

Cavità orale: alterazioni dentali (residui di alimenti nel vestibolo buccale “far magazzino”)

Addome: Ispezione (volume e forma)

Palpazione (tensione)

Ascoltazione (borborigmi)



Carattere delle Feci

- I Pastose: colica spasmodica
- I Dure e Secche: stato di disidratazione o intasamento intestinale
- I Molli o Acquose: precedente terapia (es. purganti) o enterite
- I Assenza di Feci: ostruzione grosso intestino o grave ileo

Ispezione Addome

La distensione delle pareti addominali di solito consegue a meteorismo del grosso intestino, da confermare con la percussione e l'esplorazione rettale

Il rilievo di un sibilo all'ascoltazione, associata alla percussione a livello della regione superiore< del fianco dx, è indicativo di timpanismo del cieco

Ispezione Addome

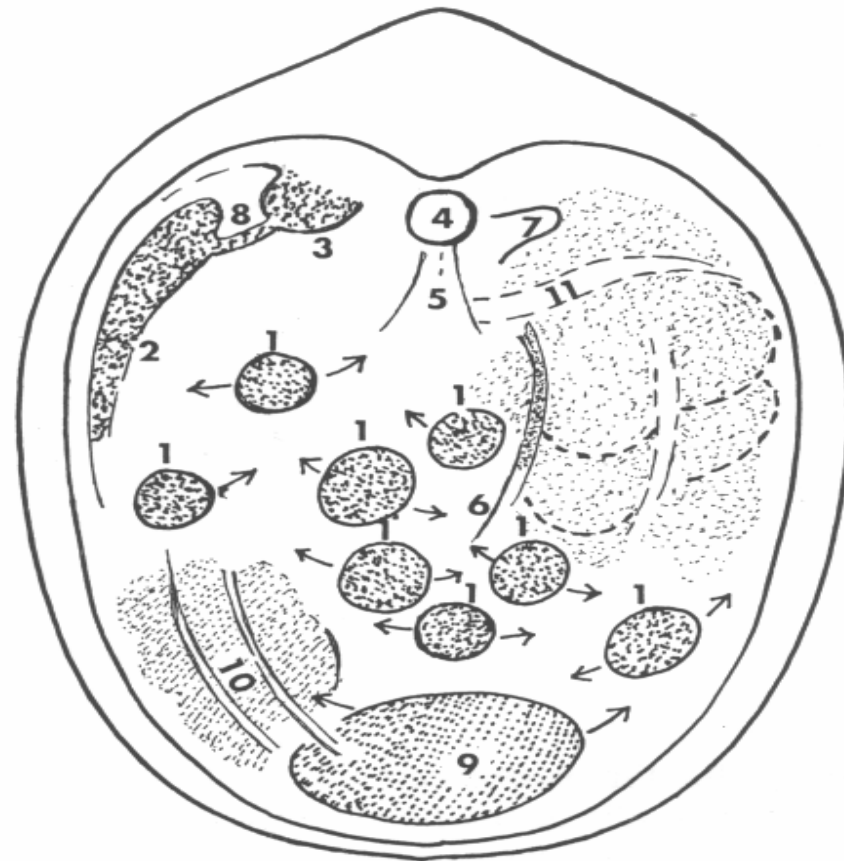
- I Addome rigido e retratto

Ascoltazione Addome

- I Riduzione o assenza borborigmi : ileo o coprostasi (nei cavalli sani a digiuno da più di 12 ore i borb. Possono essere ridotti !!!)
- I Aumento borborigmi: colica spasmodica (i borb. del tenue sono udibili a distanza; accentuazione dei rumori fischianti per il passaggio di liquidi attraverso la valvola ileocecale)

Esplorazione Rettale

- | Piccolo colon (1)
- | Milza (2)
- | Rene sx (3)
- | Aorta addominale (4)
- | Radice mesenterica (5)
- | Tenia mediale cieco (6)
- | Inserzione testa cieco (7) il corpo del cieco non è palpabile
- | Legamento lieno-renale (8)
- | Flessura pelvica (9)
- | Tenie del colon ventrale sx (10)
- | Flessura caudale del duodeno (palpabile solo quando il cieco è disteso) (11)



LE COLICHE DEL CAVALLO

ESAME DELL'APPARATO DIGERENTE

- Ø Sondaggio gastrico
- Ø Paracentesi
- Ø Rx
- Ø Ecocografia

LE COLICHE DEL CAVALLO

ESAME DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO

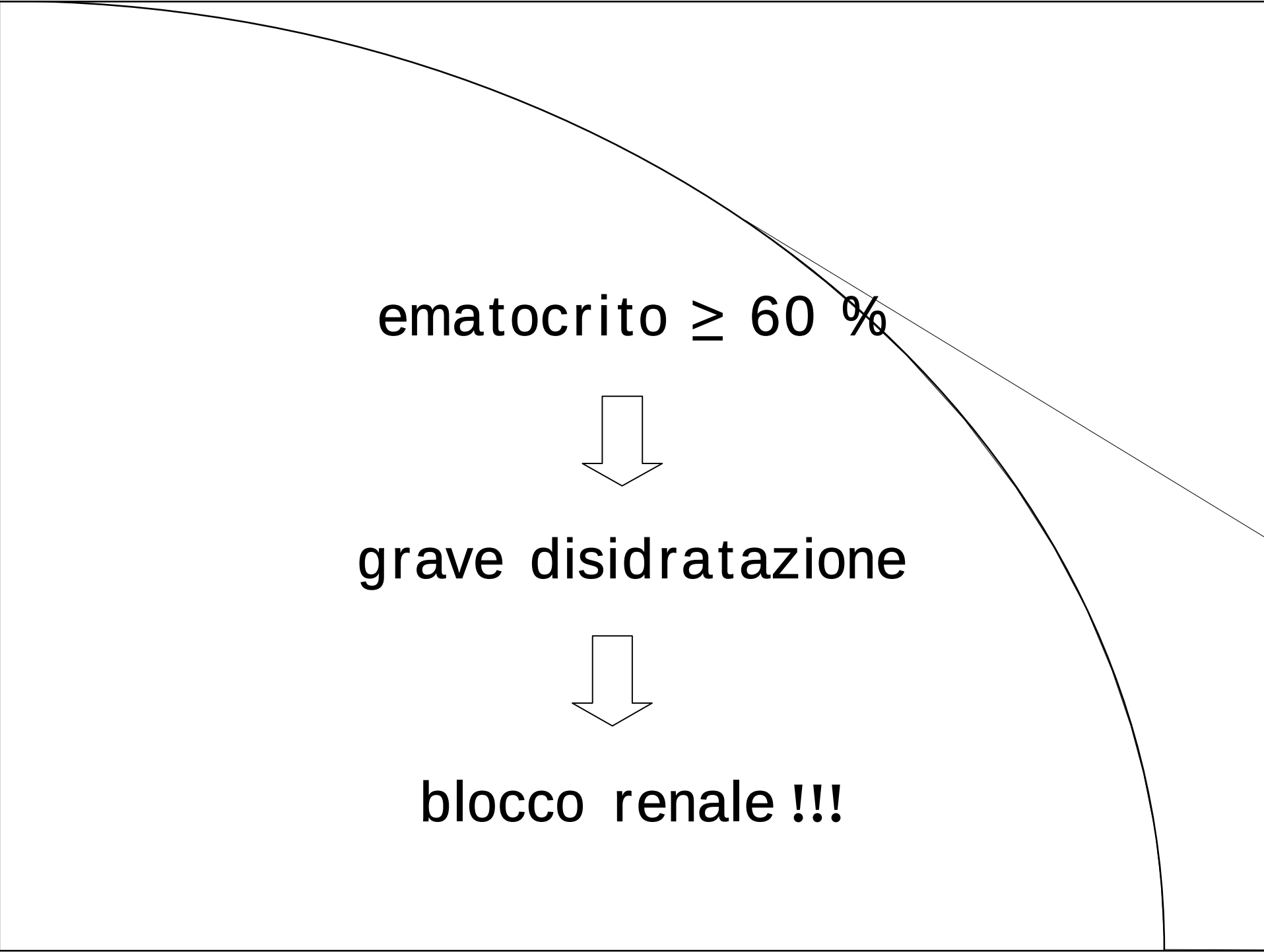
- Ø Tempo di riempimento capillare
- Ø Valutazione della pressione venosa centrale
- Ø Esame del cuore
- Ø Valutazione della pressione arteriosa



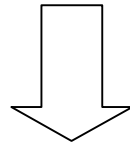
LE COLICHE DEL CAVALLO

ESAMI DI LABORATORIO

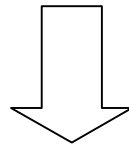
- Ø Ematocrito e proteine totali
- Ø azotemia
- Ø Lattacidemia
- Ø Enzimi muscolari
- Ø Emo-gas-analisi
- Ø Prove di emocoagulazione
- Ø Valutazione del liquido peritoneale
- Ø Valutazione del contenuto gastrico



ematocrito $\geq 60\%$



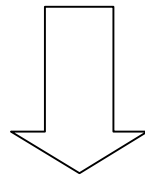
grave disidratazione



blocco renale !!!

Esami Ematochimici

Disidratazione



Iperazotemia pre-renale
($> 20 \text{ mg/dl}$)

Esami Ematochimici

I aumento della creatin-fosfochinasi:
danni muscolari che si verificano per le
contrazioni muscolari oppure quando il
cavallo si agita in preda al dolore colico

Esami Ematochimici

Lattacidemia

- l v.n. 10 mg/dl
- l Valori tra 10 e 75 mg/dl: shock endotossico e prognosi fausta
- l Valori tra 75 e 100 mg/dl: grave compromissione intestinale e prognosi riservata
- l Valori > 100 mg/dl: danno intestinale irreversibile e prognosi grave

Emo-Gas Analisi

- I Acidosi Metabolica ($\text{pH} < 7.3$; $\text{HCO}_3^- < 20$ mEq/l): tossiemia endogena, shock cardiovascolare
- I Alcalosi Metabolica ($\text{pH} > 7.45$; $\text{HCO}_3^- > 26$ mEq/l): ostruzioni dell'intestino tenue

L'alcalosi può essere anche conseguente alla sudorazione profusa e prolungata in corso di colica

Una leggera alcalosi respiratoria di solito è il risultato di un'iperventilazione conseguente allo stato algico

Squilibri Elettrolitici

- I Ipocalcemia

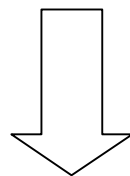
- I Iponatremia

- I Ipocloremia

- I ipokalemia

Prove Emocoagulative

Riduzione fibrinogeno ($< 70 \text{ mg/dl}$) e
aumento prodotti di degradazione



CID

Sondaggio Gastrico

- ▮ Assenza di abbondante raccolta liquida: esclude fatti occlusivi
- ▮ Notevole raccolta gassosa: meteorismo, occlusione, ileo
- ▮ Raccolta liquida superiore ai 5 litri: ostruzione, ileo (se il Ph è > 5 ostruzione tenue; se pH acido dilatazione gastrica)
- ▮ Liquido marrone (posa di caffè): ulcera gastro-duodenale

Paracentesi

- ▮ Aspetto limpido e colore giallo paglierino: trasudato
- ▮ aspetto torbido e fioccoso: essudato (peritonite !!!)
- ▮ Colore verde o marrone, con odore di fermentazione o fecale: necrosi e rottura dell'intestino (prognosi infausta !!!)

LE COLICHE DEL CAVALLO

Tipi di colica:

- Ø Colica spasmodica
- Ø Dilatazione gastrica acuta
- Ø Ipertrofia della tonaca muscolare dell'ileo
- Ø Dilatazione gastrica cronica
- Ø Meteorismo dell'intestino
- Ø Coliche da costipazione dell'intestino

LE COLICHE DEL CAVALLO

Tipi di colica:

- Ø Colica da arterite, da trombo-arterite parassitaria e da piccoli infarti intestinali
- Ø Colica trombo embolica da esteso infarcimento emorragico dell'intestino
- Ø Colica da cambiamento di posizione dell'intestino
- Ø Colica da adenite equina dei linfonodi meseraici

COLICA SPASMODICA

EZIOLOGIA

L'ipertono vagale sarebbe responsabile di violenti crampi intestinali.

Cause favorenti sono: raffreddamenti, errori alimentari, strapazzi, ecc.

Colica “a frigore “

COLICA SPASMODICA

QUADRO CLINICO

- Ø Manifestazioni dolorifiche
- Ø Feci normali, poi diarroiche
- Ø Atteggiamiento di minzione
- Ø Mucose congeste
- Ø Tachicardia

COLICA SPASMODICA

QUADRO CLINICO

In questo tipo di colica possiamo riscontrare due stadi:

Il 1° è caratterizzato da accessi dolorosi discontinui, borborigmi vivaci e continue emissioni di feci; il 2° è caratterizzato da una dolorabilità continua ma di modesta entità, i rumori peristaltici sono rari e la defecazione è quasi sospesa

COLICA SPASMODICA

QUADRO CLINICO

L'esplorazione rettale è spesso negativa

Il sondaggio gastrico non lascia fuoriuscire
nessun contenuto

COLICA SPASMODICA

DIAGNOSI

Il primo stadio della colica spasmodica deve essere differenziato dalla colica trombo-embolica e da cambiamenti di posizione dell'intestino

La terapia antispasmodica non darà alcun risultato in corso di queste due affezioni.

COLICA SPASMODICA

TERAPIA

La terapia antispasmodica deva essere
attuata il più tempestivamente possibile

DILATAZIONE GASTRICA ACUTA

Aumento del volume dello stomaco
associato a manifestazioni
dolorifiche, insufficienza
circolatoria periferica e dispnea

Può essere *primitiva* o *secondaria*

DILATAZIONE GASTRICA ACUTA PRIMITIVA

EZIOLOGIA

- Ø Ingestione di grandi quantità di biada o di pellettato
- Ø Repentini cambiamenti di alimentazione
- Ø Assunzione di alimenti molto fermentescibili
- Ø Spasmo del piloro in corso di colica spasmodica

DILATAZIONE GASTRICA ACUTA PRIMITIVA

QUADRO CLINICO

- Ø Accessi dolorifici
- Ø Abbondante scialorrea
- Ø Profusa sudorazione del collo e delle spalle
- Ø Rigurgito dalle narici del contenuto gastrico
(vomiturazione)
- Ø Atteggiamento di “*cane seduto*”
- Ø Respiro costale e dispnoico

DILATAZIONE GASTRICA ACUTA PRIMITIVA QUADRO CLINICO

Con l'esplorazione rettale si evidenzia una milza spostata in senso caudale ed il legamento lieno-renale fortemente teso

Con la paracentesi si ottiene un liquido chiaro e trasparente, la cui formazione deriva dalla stasi venosa

L'ematocrito è aumentato in seguito alla formazione del versamento addominale

DILATAZIONE GASTRICA ACUTA PRIMITIVA

DIAGNOSI

Sondaggio gastrico effettuato con sonda
rino-gastrica, lunga 2,20 metri.

Avremo la fuoriuscita spontanea di
abbondante contenuto gastrico di
sgradevole odore acidulo

DILATAZIONE GASTRICA ACUTA PRIMITIVA

TERAPIA

- ∅ Analgesici - spasmolitici
- ∅ Lavanda gastrica

DILATAZIONE GASTRICA ACUTA SECONDARIA

EZIOLOGIA

- ∅ Invaginamento
- ∅ Volvolo del digiuno
- ∅ Costipazione dell'ileo
- ∅ Torsione del grosso colon
- ∅ Ipertrofia della tonaca muscolare dell'ileo

DILATAZIONE GASTRICA ACUTA SECONDARIA EZIOLOGIA

In conseguenza dell'ileo meccanico, insorgono movimenti antiperistaltici che convogliano il contenuto intestinale nello stomaco

Il quadro clinico è riconducibile alla forma primaria, a cui si aggiungono i sintomi della patologia di base

DILATAZIONE GASTRICA ACUTA SECONDARIA

DIAGNOSI

Viene formulata in base al risultato del sondaggio gastrico, caratterizzato dalla fuoriuscita di abbondante materiale prevalentemente liquido che va dal giallo al verde scuro (bile !!)

TERAPIA

lavanda gastrica
terapia della malattia di base

LACERAZIONE GASTRICA

EZIOLOGIA

La lacerazione gastrica si osserva frequentemente come esito di una dilatazione gastrica acuta secondaria

In genere si verifica a livello della grande curvatura dello stomaco, in quanto in questo punto la parete gastrica è priva del rivestimento peritoneale

LACERAZIONE GASTRICA

EZIOLOGIA

Nel cavallo la lacerazione gastrica si verifica abbastanza frequentemente in corso di dilatazione acuta, perché questa specie animale difficilmente vomita

LACERAZIONE GASTRICA

Quadro clinico

- ∅ Shock
- ∅ Sguardo fisso
- ∅ Narici dilatate
- ∅ Tremori muscolari
- ∅ Sudorazione fredda

SHOCK !!!

LACERAZIONE GASTRICA

Quadro clinico

- ∅ Mucose pallide
- ∅ Polso frequente e filiforme
- ∅ Respiro frequente e superficiale

SHOCK !!!

LACERAZIONE GASTRICA

Quadro clinico

Con l'esplorazione rettale, scorrendo la mano sul peritoneo, si può percepire crepitio da enfisema sottosieroso, e rugosità per la presenza di particelle di alimento

LACERAZIONE GASTRICA

Diagnosi

Improvvisa cessazione dei dolori colici e comparsa dello shock

Effettuando la paracentesi si raccoglie liquido siero-emorragico contenente frustoli di alimento

La morte generalmente avviene entro due ore dalla lacerazione, la terapia chirurgica è priva di possibilità di successo

IPERTROFIA DELLA TONACA MUSCOLARE DELL'ILEO

EZIOLOGIA

Si presume che l'ipertrofia della tonaca muscolare dell'ileo sia la conseguenza di una stenosi dell'ileo causata dalla cicatrizzazione di piccole ferite della mucosa ileale o di lesioni da migrazione di larve di strongili

IPERTROFIA DELLA TONACA MUSCOLARE DELL'ILEO

QUADRO CLINICO

Manifestazioni dolorifiche intervallate da piccole pause. Vomiturazione, fuoriuscita spontanea attraverso la sonda di grandi quantità di contenuto gastrico giallo verdastro .

L'esplorazione rettale evidenzia diffuso meteorismo del tenue e l'ampolla rettale si presenta vuota

IPERTROFIA DELLA TONACA MUSCOLARE DELL'ILEO

DIAGNOSI

Si basa sul risultato del sondaggio gastrico e della
esplorazione rettale

TERAPIA

La terapia risolutiva è di tipo chirurgico
(anastomosi ileo-cecale o digiuno-cecale)

DILATAZIONE GASTRICA CRONICA

EZIOLOGIA

- ∅ Atonia della parete gastrica
- ∅ Aereofagia da ticchio d'appoggio
- ∅ Stenosi del piloro o del tenue

DILATAZIONE GASTRICA CRONICA

QUADRO CLINICO

L'anamnesi riferisce che il soggetto soffre da tempo di coliche ricorrenti che si ripetono dopo il pasto.

Inoltre riscontriamo:

- ∅ Dimagrimento
- ∅ Vomiturazione
- ∅ Uscita di ingenti quantità di materiale gastrico dalla sonda
- ∅ Milza spostata all'indietro (espl. rettale)

DILATAZIONE GASTRICA CRONICA

TERAPIA

Non è risolutiva e consiste nella introduzione della sonda gastrica tutte le volte che si verificano gli accessi dolorifici e nella somministrazione di alimenti poco voluminosi ed in piccole quantità

METEORISMO DELL'INTESTINO

Si tratta di una colica caratterizzata da un rapido sviluppo di gas nell'intestino tenue e/o crasso, che determina una forte distensione delle pareti e la paralisi dell'intestino stesso

Colica Ventosa

METEORISMO DELL'INTESTINO

EZIOLOGIA

Il meteorismo dell'intestino può insorgere per:

- Ø Assunzione di alimenti fermentescibili
- Ø Ticchio d'appoggio
- Ø Cambiamenti di posizione e costipazione dell'intestino
- Ø Peritonite acuta diffusa (arresto della peristalsi)

METEORISMO DELL'INTESTINO

EZIOLOGIA

Il meteorismo primitivo è esteso a quasi tutto l'intestino (meteorismo generalizzato), mentre quello secondario è generalmente circoscritto alle parti dell'intestino che precedono l'occlusione (meteorismo locale)

METEORISMO DELL'INTESTINO

QUADRO CLINICO

Nel meteorismo primitivo di lieve entità abbiamo:

- ∅ Manifestazioni dolorifiche lievi
- ∅ Peristalsi aumentata
- ∅ Emissione di gas e poche feci

METEORISMO DELL'INTESTINO

QUADRO CLINICO

Nel meteorismo primitivo grave abbiamo:

- Ø Manifestazioni dolorifiche intense
- Ø Dispnea con respiro di tipo costale (per compressione esercitata sul diaframma)
- Ø Shock (la pressione intraddominale elevata ostacola il ritorno venoso)
- Ø Presenza di liquido in cavità addominale

METEORISMO DELL'INTESTINO

QUADRO CLINICO

Non è consigliabile praticare la paracentesi per il pericolo di entrare nell'intestino meteorico.

Con l'esplorazione rettale si percepiscono anse intestinali elastiche, distese e dal contenuto gassoso.

METEORISMO DELL'INTESTINO

DIAGNOSI

Anamnesi ed esplorazione rettale, sia in corso di meteorismo intestinale primario che secondario, rivestono il significato maggiore ai fini diagnostici

METEORISMO DELL'INTESTINO

TERAPIA

Nei casi di meteorismo primitivo lieve:

- Ø Dipirone 5-10g ogni 8 ore
- Ø Lavanda gastrica

Nei casi di meteorismo primitivo grave:

- Ø Puntura del cieco (fossa del fianco dx a 4-5 cm dalla estremità dell'apofisi trasversa della II vertebra lombare)
- Ø Dipirone 5-10g ogni 8 ore
- Ø Lavanda gastrica
- Ø Enterocentesi
- Ø Anti-timpanici, antisettici, adsorbenti

COLICHE DA COSTIPAZIONE DELL'INTESTINO

La costipazione dell'intestino rappresenta la causa più frequente di colica, si può verificare in qualsiasi tratto dell'intestino, risulta però prevalente quella del grosso colon

COLICHE DA COSTIPAZIONE DELL'INTESTINO

Le cause più frequenti che ne favoriscono l'insorgenza sono l'uso di foraggio scadente, difetti dentari, l'ipotonia intestinale senile, mangimi pellettati, scarsa disponibilità di acqua, repentino passaggio da una alimentazione a base di erba a foraggio secco, riduzione del lume intestinale in conseguenza di retrazioni cicatriziali, ecc.

COLICHE DA COSTIPAZIONE DELL'INTESTINO

La costipazione si verifica più
frequentemente a monte delle
sedi anatomiche in cui si ha
riduzione del lume intestinale

(colon ventrale sx)

COLICHE DA COSTIPAZIONE DELL'INTESTINO

COSTIPAZIONE DELL'ILEO

COSTIPAZIONE DEL CIECO

COSTIPAZIONE DEL GROSSO COLON

OSTRUZIONE DELL'INTESTINO

COSTIPAZIONE DELL'ILEO

EZIOLOGIA

Si ritiene derivi dalla stenosi dell'ostio ileale

QUADRO CLINICO

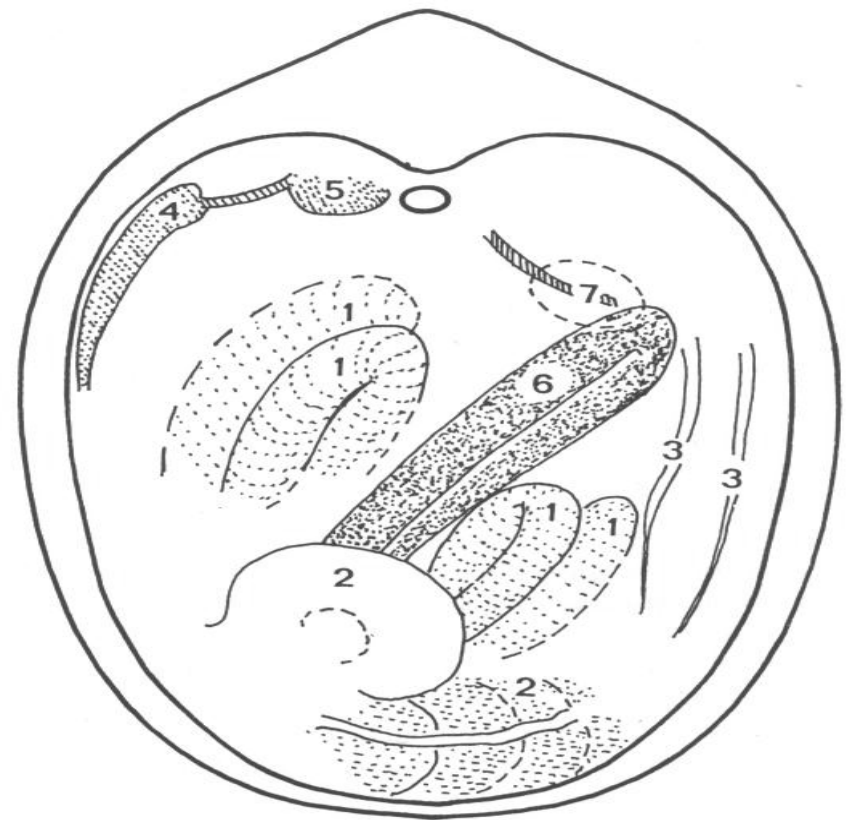
Inizialmente manifestazioni dolorifiche, sudorazione, dopo alcune ore aumento dei diametri trasversi dell'addome, mucose rosso mattone, dispnea, > tempo di riempimento capillare, > ematocrito, > pressione venosa centrale, polso piccolo e frequente

COSTIPAZIONE DELL'ILEO

Esplorazione rettale
Sondaggio gastrico
Paracentesi

COSTIPAZIONE DELL'ILEO

- Ampolla rettale vuota con muco coloso
- Piccolo colon non palpabile
- Anse del tenue meteoriche (1)
- Flessura pelvica timpanica (2)
- Colon ventrale a contenuto molle (2)
- Cieco non disteso; percepibili tenie (3)
- Milza (4)
- Rene sx (5)
- Tratto intestinale come un avambraccio duro, liscio, al centro dell'addome (6)
- Secondo cordone teso e dolente (meso dell'ileo) (7)



COSTIPAZIONE DELL'ILEO

TERAPIA

- ü Sondaggio gastrico
- ü Lavanda gastrica
- ü Olio di ricino
- ü Olio di paraffina
- ü Terapia chirurgica

COSTIPAZIONE DEL CIECO

EZIOLOGIA

Oltre ai fattori già ricordati viene attribuita una rilevante importanza eziologica allo spasmo tonico dello sfintere *cieco-colico*

COSTIPAZIONE DEL CIECO

QUADRO CLINICO

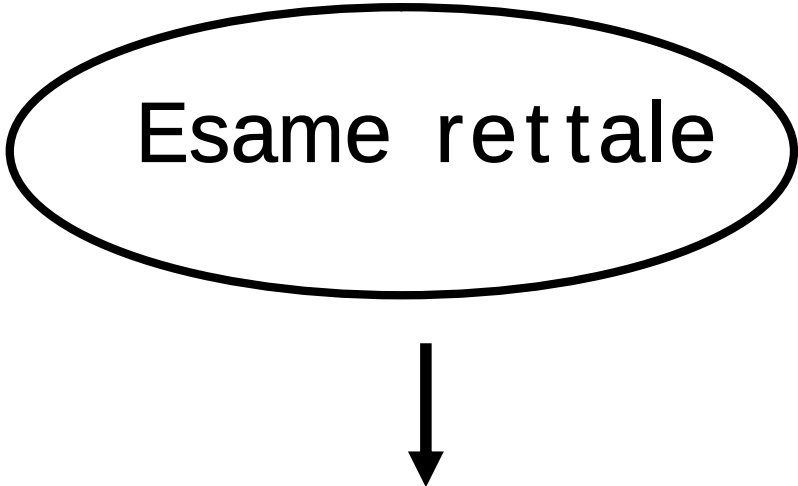
Nello stadio iniziale le manifestazioni dolorifiche sono di modica intensità, intervallate da lunghi periodi di tranquillità, durante i quali il cavallo si alimenta normalmente

COSTIPAZIONE DEL CIECO

QUADRO CLINICO

I rumori peristaltici sono diminuiti,
assenti quelli caratteristici del cieco,
le feci sono scarse e diventano
progressivamente più molli fini ad
assumere un carattere diarroico

COSTIPAZIONE DEL CIECO



Esame rettale

The diagram consists of an oval containing the text 'Esame rettale'. A thick black arrow points downwards from the bottom center of the oval to the text below. A thin black curved line starts from the top left corner of the slide and curves towards the bottom right corner, passing behind the oval and arrow.

Tre forme di costipazione del cieco, localizzate alla testa, alla parte pendente della testa e al corpo

COSTIPAZIONE DEL CIECO

TERAPIA

200-300g di solfato di sodio in soluzione acquosa al 5% (4-6 l di acqua), insieme a 2 litri di olio di paraffina, ogni 12-24 ore e somministrare spasmolitici ed analgesici

COSTIPAZIONE DEL GROSSO COLON

Per quanto riguarda l'eziologia vale quanto riportato nella parte generale

QUADRO CLINICO

I dolori colici si manifestano soltanto quando la costipazione ha raggiunto notevoli dimensioni e sono di lieve e media intensità, discontinui ed intervallati da periodi di tranquillità

COSTIPAZIONE DEL GROSSO COLON

QUADRO CLINICO

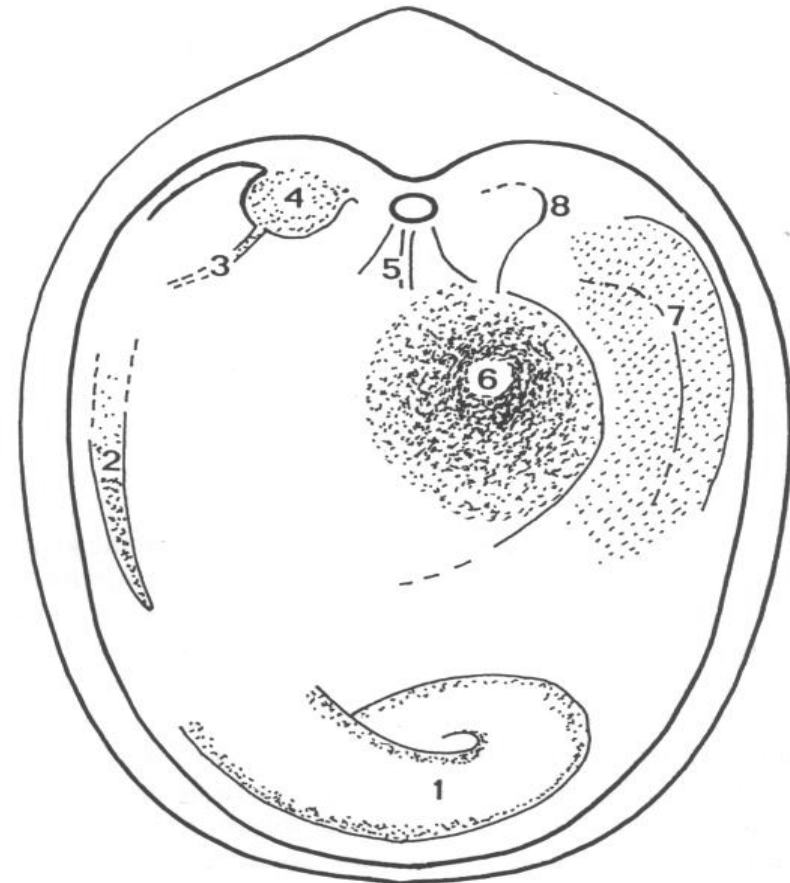
In alcuni casi possiamo notare atteggiamenti particolari, come arti posteriori sospinti all'indietro, frequenti emissioni di urine e feci

Se la costipazione non viene risolta in 10-14 giorni avremo un peggioramento dovuto a necrosi della parete intestinale e conseguente peritonite

COSTIPAZIONE DEL GROSSO COLON

Dilatazione gastriforme del colon dorsale dx

- I Flessura pelvica (1)
- I Bordo caudale della milza (2)
- I Legamento lieno-renale (3)
- I rene sx (4)
- I Radice mesenteriale craniale (5)
- I Formazione dura ,grande come un pallone, liscia, cui è possibile imprimere movimenti pendolari sagittali (colon) (6)
- I Cieco timpanico(7)



COSTIPAZIONE DEL GROSSO COLON

TERAPIA

Somministrare con sonda rino-esofagea olio di paraffina, 2-3 l in 4-5 l di acqua calda, oppure 300 g di solfato di sodio insieme a 100 g di magnesio in 10 l di acqua calda. Nei giorni seguenti ripetere le stessa terapia idrico-emolliente e somministrare spasmo-analgesici

OCCLUSIONE DELL'INTESTINO

EZIOLOGIA

- l Enteroliti (90% fosfato-ammonio-magnesiaco accumulato attorno ad un corpo estraneo)
- l Fitobezoari
- l Conglobati vegetali
- l Ammassi di *Parascaris equorum*
- l Corpi estranei

OCCLUSIONE DELL'INTESTINO

QUADRO CLINICO

Le manifestazioni dolorifiche, ad insorgenza improvvisa, sono continue, di intensità media od elevata, recedono solo transitoriamente dopo somministrazione di spasmolitici. La defecazione è completamente sospesa.

Individuazione della formazione occludente tramite esplorazione rettale

OCCLUSIONE DELL'INTESTINO

TERAPIA

Somministrare olio di paraffina per via
orale o rettale

Nelle coliche da ascaridiosi vanno
somministrati spasmolitici e antielmintici

Terapia chirurgica

COLICHE DA COSTIPAZIONE DELL'INTESTINO

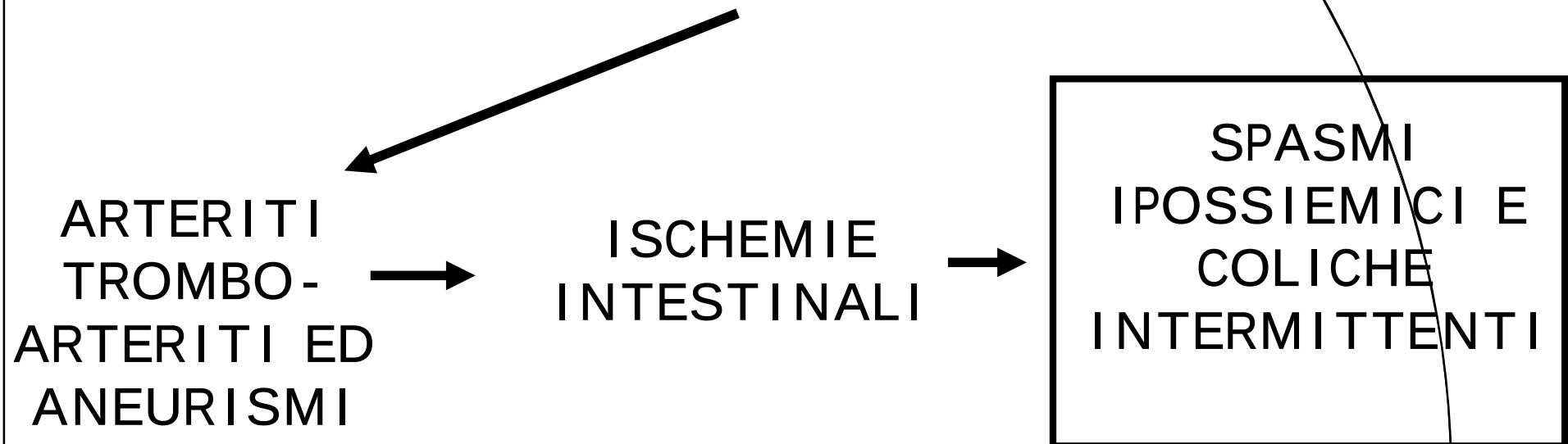
Sono inoltre presenti:

- Ø Costipazioni del piccolo colon
- Ø Costipazioni retto
- Ø Coliche da mancata espulsione del meconio

COLICA DA ARTERITE, DA TROMBO- ARTERITE PARASSITARIA E DA PICCOLI INFARTI INTESTINALI

EZIOLOGIA E PATOGENESI

Le larve dello *Strongilus vulgaris* assunte per via orale, penetrano nella mucosa del cieco e del colon ventrale e raggiungono le pareti dell'arteria mesenterica craniale e del tronco celiaco



COLICA DA ARTERIE, DA TROMBO- ARTERITE PARASSITARIA E DA PICCOLI INFARTI INTESTINALI

QUADRO CLINICO

Il quadro clinico è riconducibile a quello della colica spasmodica. Esso infatti è caratterizzato da manifestazioni dolorifiche di durata relativamente breve, peristalsi molto accentuata accompagnata a frequenti emissioni di feci, generalmente molli.

COLICA DA ARTERITE, DA TROMBO-ARTERITE PARASSITARIA E DA PICCOLI INFARTI INTESTINALI DIAGNOSI

L'anamnesi riferisce che il cavallo ha precedentemente sofferto di ripetuti accessi dolorifici di breve durata, e che con la terapia analgesico-spasmolitica si è constatato che gli accessi dolorifici non sono receduti con la facilità e l'immediatezza di quelli riconducibili alla colica spasmodica da vagotonia

**COLICA DA ARTERITE, DA TROMBO-
ARTERITE PARASSITARIA E DA
PICCOLI INFARTI INTESTINALI**

TERAPIA

Vengono utilizzati anticoagulanti

**Eparina: 500 mg di una soluzione al
5% per un cavallo di 350 Kg per via
EV, seguita da somministrazioni per
via sottocutanea ogni 6 ore**

**Durante la terapia vanno monitorati i
tempi di coagulazione**

COLICA TROMBO-EMBOLICA DA ESTESO INFARCIMENTO EMORRAGICO DELL'INTESTINO EZIOLOGIA e PATOGENESI

Affinché si verifichi questa colica è necessario che si abbia la completa occlusione di un grosso tronco arterioso nelle vicinanze della sua origine oppure la completa occlusione di più rami anastomotici da parte di altrettanti emboli

COLICA TROM-EMBOLICA DA ESTESO INFARCIMENTO EMORRAGICO DELL'INTESTINO

EZIOLOGIA e PATOGENESI

L'anemia indotta nel territorio dipendente dall'arteria occlusa, apporta nel volgere di 1-2 ore alterazioni ipossiemiche a carico dei relativi capillari, ai quali piccole anastomosi possono far affluire sangue, che attraverso le pareti alterate dei capillari può fuoriuscire ed infiltrare i tessuti (Nieberel e Cohrs 1962).



INFARTO EMORRAGICO

COLICA TROM-EMBOLICA DA ESTESO INFARCIMENTO EMORRAGICO DELL'INTESTINO

QUADRO CLINICO

Accessi dolorifici violenti e continui, lo stato generale si aggrava rapidamente, compare ben presto temperatura febbrile, l'addome aumenta di volume in seguito a meteorismo, la peristalsi è soppressa e la defecazione è sospesa.

L'esame rettale mette in evidenza anse meteoriche, e la presenza di muco e sangue nel lume intestinale.

COLICA TROMBO-EMBOLICA DA ESTESO INFARCIMENTO EMORRAGICO DELL'INTESTINO

TERAPIA

Somministrazione di analgesico-spasmoditici

Terapia di sostegno

Intervento chirurgico

COLICA DA ADENITE EQUINA DEI LINFONODI MESERAICI

EZIOLOGIA E PATOGENESI

L'adenite equina a livello di detti linfonodi
corrisponde ad una forma atipica di questa
malattia infettiva, sostenuta dallo
Streptococcus equi

Essa insorge qualche settimana dopo la risoluzione
della forma tipica

COLICA DA ADENITE EQUINA DEI LINFONODI MESERAICI

EZIOLOGIA E PATOGENESI

I linfonodi meseraici presentano un'adenite suppurativa la cui perforazione porta ad una peritonite spesso letale.

La capsula linfonodale può contrarre aderenze con l'intestino e con la parete addominale per mezzo di solide lacinie connettivali che possono compromettere la funzionalità intestinale

COLICA DA ADENITE EQUINA DEI LINFONODI MESERAICI

QUADRO CLINICO

Febbre continua od intermittente,
costipazione alternata a diarrea, dolori
colici ricorrenti di media intensità,
associati talvolta ad atteggiamenti
caratteristici, come arti posteriori
sospinti all'indietro ed anteriori in avanti

COLICA DA ADENITE EQUINA DEI LINFONODI MESERAICI

QUADRO CLINICO

Con l'esplorazione rettale percepiremo una formazione di varia grandezza, duro-elastica, talvolta in alcuni punti fluttuante, spostabile più o meno lateralmente e situata al centro della cavità addominale

COLICA DA ADENITE EQUINA DEI LINFONODI MESERAICI

TERAPIA

Si deve favorire l'incapsulamento ed il riassorbimento del pus; a tale scopo si consiglia la somministrazione di jodio per via endotracheale (Liquido di Lugol), unitamente a sulfamidici per via orale

COLICHE DA CAMBIAMENTO DI POSIZIONE DELL'INTESTINO

- Ø Torsione del cieco
- Ø Flessione del cieco
- Ø Torsione del grosso colon
- Ø Flessione del grosso colon
- Ø Volvolo del tenue
- Ø Invaginamento del tenue
- Ø Invaginamento ileo-cecale
- Ø Ernie

TERAPIA MEDICA DELLE COLICHE DEL CAVALLO

I PRINCIPALI OBIETTIVI DELLA TERAPIA MEDICA SONO:

- Ø Eliminazione del dolore per mezzo di analgesico-spasmolitici
- Ø Ripristino della motilità intestinale per mezzo di lassativi ed emollienti
- Ø Prevenzione e neutralizzazione dell'acidosi
- Ø Sostegno della attività cardiaca e normalizzazione del circolo periferico

ELIMINAZIONE DEL DOLORE PER MEZZO DI ANALGESICO-SPASMOLITICI

- Ø N-butilbromuro di joscina (spasmolitico), nome commerciale *buscopan*; dose 200mg ev. (*buscopan compositum* azione spasmolitica ed antalgica)
- Ø Derivati del pirazolone (azione analgesica e antiperitica), nome commerciale *novalgina* e *farmolisina* (soluzioni al 50 %), dose 50 ml im o ev
- Ø Sedofarmolo (derivato fenotiazinico ad attività spasmolitica), dose 10-15 ml im

ELIMINAZIONE DEL DOLORE PER MEZZO DI ANALGESICO- SPASMOLITICI

- Ø Baralgina Novalgina + Pitofenone + Fenpiverina
- Ø Pentazocina (analgesico), dose 30mg/q
- Ø Xilazina (Rompun) 0.5 - 1 mg/Kg im; 0.2 - 0.5 mg/Kg ev

RIPRISTINO DELLA MOTILITÀ INTESTINALE PER MEZZO DI LASSATIVI ED EMOLLIENTI

- Ø Purganti salini: solfato di sodio e di magnesio al 5 % (400 g in 8 litri di acqua); i sali di magnesio hanno anche un'azione spasmolitica e coleretica
- Ø Olio di ricino (purgante), dose 200 ml; indicato nelle costipazioni dell'ileo e del cieco
- Ø Emollienti: Paraffina liquida (2-6 l in acqua calda); indicata nei casi in cui la mucosa enterica sia secca ed infiammata, come nella costipazione del crasso insorta da tempo

**Costipazione del colon:
10 litri di acqua tiepida saponata +
300 g di bicarbonato di sodio per
enteroclistma**

Colica Ventosa:
Lavanda gastrica con acqua fredda e
massaggio della cute con trementina
o ammoniaca per promuovere la
peristalsi intestinale

PREVENZIONE E NEUTRALIZZAZIONE DELL'ACIDOSI

Ø 1 litro di soluzione di bicarbonato di sodio al 4,2% ev

Ø Soluzioni di Ringer Lattato e Ringer Acetato ev (forniscono sostanze tampone ed energetiche)

Sostegno della attività cardiaca e normalizzazione del circolo periferico

Ø Strofantina (digitale) dose 2,5-5 mg
2 volte al dì (10-20 fiale di
Kombetin) (coliche che si protraggono
a lungo)

Ø Fluidoterapia intensiva ev (3-4 l in 1
h per 3-4 volte in 24 h)

**Sostegno della attività cardiaca e
normalizzazione del circolo periferico**

**Ø Sostituto del plasma (destrano a
basso peso molecolare)**

**Ø Le trasfusioni di sangue nell'equino
devono essere effettuate con
cautela: possibili incidenti
trasfusionali**

Ø antibiotici (beta-lattamine) : shock settico

Ø Corticosteroidi: shock cardiocircolatorio; riducono l'edema della mucosa e migliorano la circolazione sanguigna della parete enterica

La via di somministrazione deve essere quella endovenosa perché i farmaci per via sottocutanea o endomuscolare nello stato di shock vengono riassorbiti male e la loro azione viene pertanto molto rallentata