

Il Dolore nelle Lesioni da decubito: Schemi di Terapia

** dott. A. De Martino; I.P. C. Moccaldi; I.P. C. Maiorano; I.P. G.Valletta; I.P. V. Pagnozzi; TdR V. Conforti

*** dott.ssa E. Migliorini; dott.ssa I. Ferraro; dott. L. Sirico; dott. A. Papace

** U.O.Terapia del Dolore e Cure Palliative – DS 103 Eboli

*** Volontari

Le Lesioni da decubito costituiscono uno dei peggiori traumi che un individuo possa subire, con conseguenze nefaste sul piano fisico e psicologico. L'elemento maggiore di questa esperienza è sicuramente il dolore che affligge i pazienti. Allettati per settimane o mesi, i malati sopportano giornalmente dolori di ogni genere che possono essere anche molto intensi.

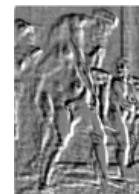
Nella nostra attività di assistenza domiciliare ai malati "al limite della vita", che svolgiamo dal 1997, abbiamo *preso in cura* oltre 600 malati di cui più del 20% presentava vari stadi di lesioni da decubito. Tale evenienza ha fatto nascere la necessità di pianificare l'assistenza in modo da prevenire queste lesioni e curarle correttamente, quando erano presenti, per impedire che costituissero ulteriori elementi di disagio e di sofferenza per i malati ed i familiari, con gravi ripercussioni di tipo organizzativo ed economico.

Ne consegue che le Cure Palliative, intese come una serie di interventi assistenziali finalizzati 1) al sollievo della sofferenza dovuta a sintomi, fisici, primo fra tutti il dolore, ma anche a problemi psicologici, sociali, spirituali e 2) al miglioramento della qualità di vita del malato e della sua famiglia, debbano essere erogate, a nostro parere, anche più precocemente nel corso di una malattia dichiarata inguaribile (neoplasie, malattie neurologiche, insufficienza d'organo).

Quindi, nella valutazione delle necessità assistenziali, ai fini di un passaggio in cura domiciliare, riteniamo che più che l'imminenza della morte e la rapida evoluzione della malattia, bisogna tener conto della presenza e dell'intensità di uno o più sintomi e delle limitazioni fisiche, psicologiche e sociali conseguenti ad una malattia dichiarata inguaribile. Questo dato va segnalato ai fini di una corretta prevenzione ed adeguato trattamento delle lesioni da decubito.

Scelta del luogo di cura: quando una malattia neoplastica diventa inguaribile, la casa del malato diventa il luogo di cura più idoneo, se il malato lo vuole (consenso informato) e se i familiari manifestano il desiderio e la capacità di vivere in prima persona (care giver) una situazione particolarmente profonda e coinvolgente, non solo dal punto di vista affettivo.

Ovviamente ciò sarà possibile solo **se è possibile garantire, a casa, interventi assistenziali efficaci e continuativi con risultati almeno equivalenti rispetto alla ospedalizzazione, per quanto riguarda il controllo del dolore e degli altri sintomi.**



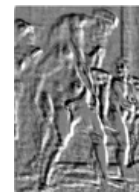
Il Problema: le lesioni da decubito sono uno dei problemi che gli operatori domiciliari devono affrontare a casa del malato neoplastico “ al limite della vita”. La comparsa di esse comporta, inevitabilmente, un ulteriore aggravamento delle condizioni psicofisiche ed un peggioramento della qualità di vita, costituendo un’ulteriore fonte di dolore e di degrado psico-sociale.

Se quest’ultima affermazione è vera, il trattamento del dolore da lesioni da decubito deve coincidere con due eventi:

1. la pianificazione degli interventi intesi a ridurre l’incidenza e la gravità delle lesioni (vedi tabella);
2. la valutazione ed il controllo del dolore legato alla neoplasia nelle sue manifestazioni primarie e secondarie (lesioni cutanee).

Per quello che riguarda la valutazione ed il controllo del dolore condividiamo alcuni principi:

1. il dolore non è mai normale, ed anche se dolore e guarigione sono tra loro strettamente correlati è possibile controllare il dolore in tutte le fasi di una malattia; per ridurre i tempi di guarigione di un 'ulcera bisogna eliminare il dolore, perché a livello cellulare gli ormoni dello stress come il cortisolo interferiscono con i processi di guarigione della lesione e l' ipossia, conseguente ad una respirazione limitata dal dolore, crea vasocostrizione periferica.
2. I pazienti con ulcere da pressione provano dolore e molti lo percepiscono in modo violento;
3. la credenza, spesso sostenuta, secondo cui maggiore è la gravità dello stadio dell'ulcera, minore è il dolore provato a causa della distruzione delle terminazioni nervose sensibili, è smentita dagli studi sul dolore neuropatico;
4. due terzi dei pazienti possono non essere in grado di esprimere il loro dolore. Non bisogna escludere che non provino dolore semplicemente perchè non sono in grado di esprimerlo;
5. possono essere presenti e coesistere vari tipi di dolore:
 - il dolore da lesione acuto non ciclico è rappresentato da un singolo episodio di dolore acuto(es. rimozione di un drenaggio da una ferita);
 - il dolore da lesione acuto ciclico è rappresentato da episodi di dolore acuto che ricorrono a causa di ripetuti trattamenti ad intervalli(es. medicazione quotidiana, i lavaggi delle piaghe, le sedute di sbrigliamento, l’applicazione di crema antibatterica, oltre alle sessioni di fisioterapia.);
 - il dolore da lesione cronica è rappresentato da un dolore persistente che si manifesta senza manipolazione dei tessuti. E' altrimenti definito come un fenomeno complesso e soggettivo di estremo disagio provato da una persona in risposta ad una ferita della pelle o dei tessuti; i malati dicono di avvertire un dolore “di fondo” relativamente costante che può essere



amplificato da movimenti della regione colpita o ancora da semplici azioni come la respirazione.

Ricapitolando: allo stadio iniziale della lesione, le caratteristiche del dolore sono definite nettamente come in qualsiasi sindrome di dolore acuto: origine chiara, descrizione e valutazione precise da parte del malato e costanza della valutazione dose-effetto del farmaco somministrato. Tuttavia, successivamente, queste caratteristiche possono modificarsi per assomigliare maggiormente a quelle di un dolore cronico: cause multiple e poco chiare, descrizione imprecisa, intolleranza al dolore, resistenza al trattamento farmacologico e sintomatologia depressiva. Fattori quali la ripetizione di trattamenti dolorosi per numerose settimane, la spossatezza fisica, lo sviluppo di perturbazioni psicologiche e soprattutto un trattamento insufficiente del dolore possono contribuire all'apparizione di questo profilo di dolore "cronico". Inoltre un certo numero di pazienti presenterà dei problemi di nevralgia post-lesioni ai siti delle ferite guarite e questi problemi possono persistere per mesi o anche anni.

L'intensità del dolore in relazione agli stadi della lesione

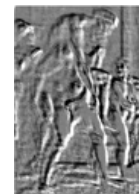
La lesione degli strati più superficiali dell'epidermide causa dolore di intensità da debole a moderata.

Le lesioni che interessano gli strati profondi dell'epidermide ed interessano la giunzione dermo-epidermica sono generalmente più dolorose tenendo conto dell'esposizione all'aria delle terminazioni nervose. Qualora è distrutta la totalità dell'epidermide e porzioni variabili del derma, anche le terminazioni nervose sono distrutte, si avrà, quindi, un dolore di diverso tipo ed intensità perché esse sono circondate o mischiate a lesioni più superficiali e la loro distruzione è causa di un dolore specifico che permane anche durante il processo finale di guarigione e di maturazione delle cicatrici. La rigenerazione nervosa nel tessuto lesso è spesso accompagnata da dolore o da prurito intenso che può talvolta uguagliare, in termini di fastidio, il dolore stesso. . (Dolore Neuropatico).

Che cosa si può fare per alleviare il dolore da lesioni da decubito?

E' estremamente difficile, per non dire impossibile, prevedere l'intensità del dolore in un dato paziente: variabili come età, sesso, condizione socio-economica, livello di istruzione sono state identificate come fattori significativi che possano spiegare le variazioni interindividuali. Bisogna tener presente che molti malati avvertono dolore molto intenso, ma questo dolore non è atroce continuamente.

Ne consegue che volendo schematizzare, secondo la nostra esperienza, un protocollo di trattamento per il dolore con farmaci, in genere oppioidi, si deve preferire la via orale ad orari fissi (**Paracetamolo+codeina**: 1 bst anche tre volte al giorno) o la via s.c. (**Tramadolo** 100/150 mg in SF nelle 24 h. previo elastomero) e, se necessario, per via transdermica (**Fentanile** 25 microgr. x 72 h, in aggiunta o in alternativa alle precedenti) con cui si riesce a controllare la sintomatologia dolorosa cronica.



Il controllo del dolore acuto dovuto a movimenti (dolore incident) è difficile da controllare quando i movimenti non sono prevedibili, il dolore da manovre può, invece, essere controllato utilizzando, mezz'ora prima di eseguirle, dosi suppletive di farmaci somministrati in bolo (**Morfina pronta** 10 o 30mg) o meglio ancora **soluzioni di anestetico locale** o **morfina 5 mg. in gel**, o la combinazione di essi. Inoltre, il dolore, multifattoriale, è controllato maggiormente quando vengono controllati altri sintomi, come l'ansia e la depressione (es. cominciando con **Amitriptilina** 5 gcc a sera; **Aloperidolo** 1-2 mg. x 24h.)

La via intramuscolare non è generalmente utilizzata a causa di una distribuzione più erratica del farmaco e dei dolori causati nei siti di iniezione i quali non la rendono una pratica consigliabile in un contesto di somministrazione prolungata. L'utilizzo della via ev. sarà privilegiato quando sono richiesti un modo d'azione rapido e una titolazione facile del farmaco. Per quanto riguarda le altre vie di somministrazione (analgesia regionale, epidurale o spinale), sono poco, per non dire affatto utilizzate nei pazienti con LDD in regione sacro-coccigea e glutea a causa del rischio di infezione. Tuttavia, potrebbero beneficiare di questo tipo di analgesia talune categorie di pazienti, soprattutto quelli le cui lesioni sono localizzate agli arti inferiori o superiori.

Si vuole sottolineare, infine, che è assolutamente essenziale, per ottenere un adeguato controllo del dolore, instaurare una terapia farmacologica fortemente individualizzata abbinata a frequenti aggiustamenti dei dosaggi di farmaci, tenendo conto delle grandi variazioni interindividuali dei livelli di dolore e delle importanti fluttuazioni di intensità in uno stesso paziente. A questo scopo, oltre ad una valutazione rigorosa e continua del dolore e del controllo del dolore, è di primaria importanza la partecipazione attiva del malato a cui devono essere, ove possibile, spiegate le motivazioni delle scelte terapeutiche, i risultati attesi ed i possibili effetti collaterali, che vanno controllati in uno con il controllo del dolore.

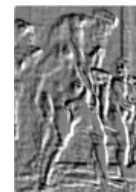
Effetti collaterali degli oppiacei: la **stipsi**, un frequente effetto collaterale, dovrà essere trattata aumentando il contenuto delle fibre nella dieta > 10 g/die (a meno che vi sia occlusione intestinale) e mediante la prescrizione di ammorbidenti delle feci (p. es., docusate sodio 100 mg bid o tid), generalmente insieme a un lassativo stimolante (p. es., la senna). La dose del lassativo stimolante è inizialmente bassa, ma, se necessario, può essere aumentata. La stipsi persistente può essere trattata con un lassativo osmotico (p. es., il magnesio citrato) somministrato ogni 2-3 giorni o con lattulosio somministrato quotidianamente (p. es., 15 ml bid).

La **sedazione** può essere specificamente trattata con il metilfenidato o la destroanfetamina, iniziando con 5 mg PO 1-2 volte/die, aumentando fino a una dose efficace. La dose massima raramente oltrepassa i 60 mg/die.



Unità Operativa
Terapia del Dolore e Cure Palliative
Centro N.A.D
Tel. / Fax 0828 362255

La Solidarietà



La **nausea** può essere trattata con idrossizina 25-50 mg os/die, metoclopramide 10-20 mg os q 6 h, oppure mediante una fenotiazina antiemetica (p. es., proclorperazina 10 mg PO o 25 mg rettale q 6 h).

La **depressione respiratoria** è rara nei pazienti sottoposti alla terapia a lungo termine, in quanto si sviluppa precocemente la tolleranza a questo effetto; se insorge la depressione respiratoria, andrà ricercato il processo patologico predisponente.