

RENATO ROSSI GIUSEPPE RESSA

IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



cinquantatreesimo modulo

© 2004 Pillole.org

Edito on line da Pillole.org - © 2004 Pillole.org tutti i diritti riservati – riproduzione vietata
LIII modulo pag. 1 di 15

LA DIARREA

Ressa:

Allora, caro Rossi, come definiresti la diarrea? Mi pare che ci sia qualche confusione in merito...

Rossi:

Si crede che diarrea sia equivalente ad emissione di feci liquide. Si capisce però che si tratta di un parametro per certi versi soggettivo e talora difficile da valutare, se si escludono i casi eclatanti. Gli studiosi hanno dato questa definizione di diarrea: aumento (più di tre volte al giorno) delle evacuazioni e aumento del peso delle feci evacuate al giorno (superiore a 200 grammi/die).

Ressa:

Questa del peso mi fa un po' ridere...

Rossi:

In effetti direi che non è una parametro ottimale da far misurare al paziente. Ai fini pratici, possiamo però dire che per diarrea si intende un aumento delle evacuazioni giornaliere (rispetto allo standard per quel paziente) con emissione di feci molli o acquose. Faremo bene comunque a non focalizzare troppo l'attenzione sui criteri della definizione: in genere un paziente sa benissimo quando soffre di diarrea.

Ressa:

Ho sentito parlare di vari tipi di diarrea: secretoria, osmotica, infiammatoria, grassa...
Puoi dirci brevemente di cosa si tratta?

Rossi:

E' una classificazione della diarrea di tipo fisiopatologico che si richiama al meccanismo che ne sta alla base. A mio avviso non conviene perdersi troppo tempo perché credo sia più utile una classificazione di tipo clinico che distingue le diarree in acute e croniche.

Ressa:

Bene, cominciamo allora con la **diarrea acuta**...

Rossi:

Si definisce acuta una diarrea che dura da meno di 4 settimane. La causa più frequente è una infezione (virus, batteri, protozoi e parassiti multicellulari). Altre cause possono essere un'intossicazione alimentare, allergie ad alcuni alimenti oppure l'uso di farmaci. Numerosi sono i farmaci che possono essere responsabili di diarrea: molti antibiotici, antineoplastici, antidiabetici (acarbiosio, metformina), vari FANS, chinidina, beta-bloccanti, orlistat, teofillina.

Da non dimenticare una situazione che può sfuggire se non ci si pensa: la diarrea potrebbe essere dovuta ad abuso di lassativi.

Esiste anche la falsa diarrea che si verifica in caso di fecalomi; il fecaloma è un accumulo di feci dure e secche che si realizza in caso di stipsi ostinata e si situa a livello dell'ampolla rettale: il paziente riferisce perdite rettali liquide che però non sono delle vere feci.

Infine una forma acuta potrebbe in realtà essere la presentazione iniziale di una diarrea cronica.

Ressa:

Come comportarsi di fronte ad una diarrea acuta?

Rossi:

Anamnesi ed esame obiettivo rimangono fondamentali. Nell'anamnesi si deve valutare soprattutto l'assunzione di farmaci o di particolari alimenti (alcuni soggetti ingeriscono molti zuccheri e dolcificanti artificiali che sono responsabili di diarrea e flatulenza) oppure un recente viaggio all'estero (diarrea del viaggiatore). Bisogna chiedere inoltre se nelle feci sono presenti muco e sangue, segni che possono orientare verso una genesi infettiva batterica oppure verso una rettocolite ulcerosa all'esordio.

L'esame obiettivo non serve ovviamente per determinare la causa della diarrea ma per valutarne la gravità. È importante soprattutto esaminare l'idratazione del paziente con l'esame delle mucose e della pressione in clino e ortostatismo, la presenza di segni neurologici (che orientano verso una tossinfezione alimentare). Particolare attenzione va posta ai bambini piccoli che vanno incontro facilmente a disidratazione (alla diarrea può associarsi anche il vomito); in questi casi può essere prudente prevedere un ricovero di qualche giorno per ripristinare l'equilibrio idro-elettrolitico con una terapia infusiva.

Ressa:

È necessario richiedere esami di laboratorio o strumentali?

Rossi:

Nella maggior parte dei casi la diarrea acuta ha un decorso autolimitato e non necessita di accertamenti. In alcuni casi particolarmente impegnati è opportuno tuttavia richiedere un emocromo (per escludere o confermare una anemia e per valutare una leucocitosi che può indirizzare verso una forma batterica), elettroliti, azotemia e creatinina (per evidenziare disidratazione). Utile può essere la coprocultura se si sospetta una diarrea di origine batterica (salmonella, shigella, coli patogeni, campylobacter, yersinia, vibrione); se il paziente ha assunto recentemente antibiotici bisogna richiedere una coprocultura per clostridium difficile nell'ipotesi di una colite pseudomembranosa. Anche la ricerca di uova e parassiti fecali talora può risultare di una qualche utilità.

In alcuni casi, se la diarrea si protrae e/o è grave può essere necessario ricorrere ad un esame endoscopico.

Ressa:

Vi sono particolari categorie di pazienti a cui porre attenzione?

Rossi:

Nei pazienti affetti da AIDS una diarrea acuta può significare la presenza di una colite batterica oppure di un linfoma a localizzazione colica. Nei pazienti con neoplasia la comparsa di diarrea acuta può essere una complicanza della chemioterapia o della radioterapia, talora essere dovuta allo scioglimento di un fecaloma oppure all'uso eccessivo di lassativi (di solito usati in associazione alla morfina per combattere la stipsi causata dall'oppioide).

Ressa:

Insomma, come dobbiamo comportarci di fronte ad un paziente con diarrea acuta dal punto di vista della terapia?

Rossi:

La cosa più importante è reintegrare la perdita di liquidi ed elettroliti. Nei normali casi ambulatoriali può essere sufficiente ricorrere alle soluzioni reidratanti orali che si trovano in libera vendita in farmacia. Comunque si può preparare la soluzione anche in casa sciogliendo in un litro d'acqua 4 cucchiaini di zucchero, un cucchiaino di sale da cucina, 2 banane frullate e un cucchiaino di bicarbonato di sodio.

Per quanto riguarda la quantità da somministrare questa dovrà essere guidata dalla sete del paziente e dal suo stato di idratazione.

Ressa:

Io la sapevo diversa: **pozione del Riverio**: un litro d'acqua, succo di 1-2 limoni, 3 cucchiaini di zucchero, 1 cucchiaino di bicarbonato un pizzico di sale; mescolare il tutto a temperatura ambiente e berlo a piccolissimi sorsi (1-2 cucchiaini di bevone ogni 5-10 minuti).

Qualche consiglio alimentare al paziente con diarrea?

Rossi:

Di solito io consiglio di eliminare il latte e di privilegiare per qualche giorno una dieta a base di riso, patate lesse, pollo o pesce bollito, banane, the, grissini.

Ressa:

Esiste uno spazio per la terapia farmacologica?

Rossi:

Tra gli antidiarroici trovo comoda la loperamide che prescrivo nei casi in cui le scariche siano molto frequenti. Come da scheda tecnica il farmaco non va usato al di sotto dei 5 anni, in gravidanza e durante l'allattamento, se vi è sangue nelle feci o febbre elevata che facciano pensare ad una enterite batterica; va evitato anche in caso il paziente soffra di colite ulcerosa.

Ressa:

Ricordo anche una bella ritenzione acuta di urina di un paziente con iperplasia prostatica mentre soggiornava in un paese tropicale (e meno male che lo avevo avvisato di non usare prodotti per fermare la diarrea ma solo antimicrobici).

E gli antibiotici?

Rossi:

Le comuni enteriti acute ambulatoriali nella maggior parte dei casi sono dovute a virus (rotavirus, adenovirus, coronavirus e altri) e anche nei casi batterici (circa il 20% dei casi è dovuto a infezioni da *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella*, *E. Coli*, *Yersinia*, *Vibrio* e altri) il decorso è molte volte autolimitato per cui di solito non prescrivo antibiotici.

In realtà vi sono alcune prove che la diarrea acquisita in comunità possa avere un decorso più breve di 1-2 giorni con l'uso della ciprofloxacina (studi con altri antibiotici hanno dato risultati incerti). In linea generale si può consigliare di ricorrere all'antibiotico quando vi è febbre alta, se vi sono feci sanguinolente o se la diarrea persiste oltre i 3-4 giorni.

Un caso particolare è la cosiddetta **diarrea del viaggiatore** che nell'80% dei casi è provocata da batteri (soprattutto *E. Coli* enterotossica ma anche *Salmonella*, *Shigella* o rotavirus). Vi sono numerosi RCT che hanno dimostrato che l'uso empirico di antibiotici (i due più usati sono chinolonici e cotrimoxazolo) riducono la durata della diarrea acquisita durante un viaggio di un paio di giorni. Alcuni consigliano in alternativa un macrolide come l'azitromicina o la claritromicina. Anche la rifaximina ha dimostrato di essere efficace per la profilassi della diarrea del viaggiatore, perlomeno nei casi in cui questa è dovuta a *E. Coli*.

Ressa:

Altre terapia come i fermenti lattici?

Rossi:

I probiotici vengono ampiamente usati; quasi sempre sono gli stessi pazienti che iniziano spontaneamente ad assumerli. Alcune segnalazioni suggeriscono che possono avere una certa utilità

(vedi una recente revisione Cochrane), così come per la diosmectite, che talora anch'io prescrivo. Penso però che si tratti di una terapia complementare dalla quale non mi aspetto miracoli anche perché la maggior parte delle enteriti acute guarisce spontaneamente in pochi giorni.

Ressa:

Quando dobbiamo ricoverare il paziente?

Rossi:

Vanno ricoverati i neonati e i lattanti, i pazienti con gravi segni di disidratazione (perdita > 10% del peso), con condizioni generali scadute oppure se la diarrea è abbondante, sanguinolenta, persistente e/o con febbre elevata.

Ressa:

Passiamo alla **diarrea cronica**.

Rossi:

Qui le cose si fanno più complesse in quanto possono essere in gioco numerose patologie; le cause infettive sono responsabili raramente di una diarrea cronica.

Spesso si rendono necessari accertamenti laboratoristici e strumentali.

Ressa:

Un iter diagnostico di minima?

Rossi:

Esami di routine come l'emocromocitometrico, la VES, la PCR, l'elettroforesi proteica, la sideremia e la ferritina sono utili per studiare lo stato generale del paziente con diarrea cronica. Bisogna poi chiedere una coprocoltura e un esame parassitologico delle feci (aggiungere anche la ricerca di antigeni fecali della Giardia).

Ressa:

La giardiasi cronica è una delle cause più comuni a tutte le età e, a volte, è difficile da eradicare.

Rossi:

Una volta esclusa una causa infettiva si può puntare l'attenzione sulle patologie infiammatorie croniche dell'intestino (colite ulcerosa e morbo di Crohn) e neoplastiche: una colonscopia e/o un esame radiologico del piccolo intestino possono essere di aiuto nella diagnosi.

Infine vanno esplorate altre possibilità:

- una insufficienza esocrina pancreatica conseguenza per esempio di una pancreatite cronica in cui le feci appaiono grasse e untuose
- una celiachia
- una intolleranza al lattosio
- una diarrea endocrina (ipertiroidismo, gastrinoma, VIPoma, feocromocitoma)

In alcuni casi la negatività degli esami di primo livello, la persistenza della sintomatologia e la necessità di ricorrere a test particolari (per esempio il test alla secretina per svelare una insufficienza pancreatica o il breath test al lattosio) consigliano di inviare il paziente presso un centro gastroenterologico.

Vorrei infine ricordare due punti sempre da valutare prima di imbarcarsi in lunghi ed estenuanti accertamenti:

- la sindrome del colon irritabile può essere responsabile di periodi di diarrea (vedi il capitolo relativo)
- chiedere sempre al paziente circa un eventuale abuso di lassativi.

Ressa:

Come si tratta la diarrea cronica?

Rossi:

Da quanto si è detto finora si può capire che il trattamento dovrebbe esser indirizzato alla causa che sta alla base del disturbo.

Nei casi in cui non si arrivi ad una diagnosi oppure in attesa dell'esito degli accertamenti può essere prescritta una terapia sintomatica a base di inibitori della motilità intestinale come la loperamide. Gli autori anglosassoni usano anche la clonidina e gli oppioidi come codeina e morfina, ma in Italia quest'ultimo è un approccio che non gode di molta simpatia sia per i formalismi di legge che regolano la prescrizione di questi farmaci sia per il timore di un abuso, timore che, secondo la letteratura, sarebbe però esagerato. Possono risultare di una certa utilità anche gli addensanti come la diosmectite.

Alcuni consigliano un tentativo empirico con un antibatterico (chinolonico o metronidazolo) o con colestiramina.

Nella steatorrea di origine pancreatica trovano indicazione gli enzimi pancreatici.

LA STIPSI

Ressa:

Dalla padella alla brace... parliamo ora della stipsi.

Rossi:

Si intende per stipsi una riduzione della frequenza delle evacuazioni rispetto al normale.

Prima però bisognerebbe definire qual è la normalità. Gli studiosi si sono messi d'accordo ed hanno definito normale una frequenza che va da 2 volte al giorno a 3 volte alla settimana.

Ressa:

Da dove hanno tirato fuori queste percentuali?

Rossi:

Non te lo so dire anche se immagino abbiano usato degli studi epidemiologici. Così per stipsi si intende una frequenza di evacuazioni di 2 volte alla settimana o frequenze inferiori. Comunque, secondo me, sono numeri da prendere con beneficio d'inventario...

Ressa:

Quanti tipi di stipsi esistono?

Rossi:

Come succede per molte alte condizioni la stipsi viene suddivisa in forme secondarie e primitive.

Ressa:

Partiamo dalle prime...

Rossi:

Vi sono numerose situazioni che possono causare stipsi. Alcune sono abbastanza facilmente individuabili con l'anamnesi o con alcuni semplici test di laboratorio: diabete, ipotiroidismo, ipercalcemia, ipopotassiemia, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, ictus cerebrale, uso di farmaci (FANS, oppioidi, antispastici, antidepressivi triciclici, antipsicotici, levo-dopa, calcioantagonisti, clonidina, antiacidi, sucralfato, colestiramina, alcuni chemioterapici come il metotrexato o il fluorouracile).

Negli anziani che fanno poco movimento, sono spesso seduti o allettati, hanno una dieta povera di fibre, spesso la stipsi è dovuta alla formazione di fecalomi che è necessario rimuovere manualmente.

Ressa:

Ricordo che anche patologie del tratto digestivo possono causare stipsi: diverticoli, neoplasie, sindromi aderenziali addominali post-chirurgiche, patologia ano-rettale (ragadi, emorroidi trombizzate, prolasso della mucosa anorettale)...

Rossi:

L'esame della zona anale è sempre indispensabile nel caso di stipsi anche se in caso di ragade o emorroidi trombizzate il sintomo principale che porta dal medico di solito è il dolore.

Ressa:

E la malattia di Hirschsprung?

Rossi:

Mai vista! Comunque la malattia di Hirschsprung (o megacolon congenito) è una anomalia di innervazione (assenza dei plessi autonomici a livello della parete intestinale), di solito limitata al colon, che comporta una ostruzione funzionale alla progressione delle feci. Nelle forme più conclamate la malattia si diagnostica già nei bambini che presentano stipsi importante e distensione addominale. Nelle forme più lievi vi può essere solo una stipsi episodica per cui la diagnosi viene posta durante l'adolescenza o nei giovani adulti.

Ressa:

Veniamo alla stipsi idiopatica o primitiva...

Rossi:

Si pensa che essa possa verificarsi essenzialmente per due meccanismi:

1) il transito intestinale rallentato a causa di un malfunzionamento delle fibre muscolari lisce della parete intestinale primitivo o mediato da una alterazione funzionale delle fibre nervose che le innervano

2) difficoltà o incapacità ad espellere le feci per una insufficienza del complesso meccanismo che regola questa delicata funzione (in pratica durante il tentativo di espulsione delle feci la muscolatura del pavimento pelvico e dello sfintere anale esterno invece di rilassarsi si contraggono, vi è, in altre parole, una dissinergia del pavimento pelvico)

I due meccanismi possono coesistere nello stesso paziente.

Ressa:

Come si valuta un paziente che riferisce stipsi...

Rossi:

Anzitutto è bene chiedere cosa intende per stipsi perché può essere che i pazienti non abbiano le idee chiare. Poi con anamnesi ed esame obiettivo bisogna cercare di escludere qualche forma secondaria. E' importante soprattutto una attenta anamnesi farmacologica perché abbiamo visto che ci sono molti prodotti che possono causare stipsi.

Ressa:

Si richiedono accertamenti?

Rossi:

Dipende naturalmente da quanto tempo dura il sintomo. Se si tratta di un disturbo transitorio di recente insorgenza può essere appropriato solo un trattamento sintomatico, purché ovviamente non vi siano segni che orientano verso una patologia organica come una occlusione intestinale.

Se il disturbo è cronico può essere utile chiedere una glicemia, una calcemia, una potassiemia e un TSH. Inoltre consiglieri anche un emocromo con sideremia e ferritina e una ricerca del sangue occulto nelle feci, tutti esami che possono eventualmente indirizzare verso una patologia infiammatoria o neoplastica del colon.

Gli esami endoscopici (ano-retto-sigmoidoscopia e colonscopia) sono richiesti se si sospetta una patologia organica (per esempio se vi è rettorragia o ematochezia o anemia sideropenica).

Nei pazienti che lamentano anche dolore addominale una radiografia in bianco dell'addome serve ad escludere la presenza di livelli idro-aerei sospetti per sindrome oclusiva.

Ressa:

E nei pazienti che lamentano stipsi cronica idiopatica intrattabile?

Rossi:

Può essere utile ricorrere alla valutazione di un gastroenterologo dedicato che potrà eseguire una manometria rettale e una defecografia. Ho per la verità un'esperienza limitata di casi come questi ma ho visto che, anche dopo ripetute valutazioni specialistiche, il paziente deve tenersi il suo disturbo e imparare a convivervi.

Ressa:

Anch'io, sono esami che non ho mai fatto eseguire.

Come trattiamo la stipsi?

Rossa:

Nelle forme acute di recente insorgenza spesso è lo stesso paziente che si reca in farmacia e assume di sua iniziativa un lassativo.

Nel forme croniche idiopatiche si raccomanda di solito di aumentare la quantità di fibre assunte con la dieta, di bere molto e di praticare attività fisica.

I pazienti affetti da dissinergia del pavimento pelvico possono trarre giovamento da tecniche di biofeed-back che insegnano a controllare l'ultima fase di espulsione delle feci con l'uso della manometria rettale in modo che il paziente stesso cerchi di eliminare la contrattura paradossa che si verifica durante la defecazione.

Ressa:

Non mi è mai capitato di avviare pazienti a queste metodiche, maledetta ignoranza !

E i lassativi?

Rossi:

Sono utili se usati sporadicamente ma spesso i pazienti tendono a farne un uso cronico provocando talora una vera e propria stipsi da lassativi.

Se ne distinguono diversi a seconda del loro meccanismo d'azione: lassativi di massa (a base di metilcellulosa o psyllium), emollienti (arcinota la miscela dei tre oli), osmotici (sali di magnesio, lattulosio, sorbitolo), stimolanti (olio di ricino, senna, cascara).

Quelli meglio tollerati nell'uso cronico sono i lassativi di massa e quelli osmotici.

Talora possono trovare indicazione le supposte di glicerina e i clisteri, soprattutto nei casi di dissinergia del pavimento pelvico.

Ressa:

Due parole per concludere...

Rossi:

Direi di far nostre le conclusioni di una recente revisione per sdrammatizzare un po' la questione. La stipsi cronica infatti è una condizione comune che preoccupa i pazienti ma non è pericolosa e sulla quale medici e pazienti forse devono rivedere alcune convinzioni (Müller-Lissner SA et al. Am J Gastroenterol. 2005;100:232-242).

Queste sono le principali conclusioni:

- 1) non c'è nessuna prova che la stipsi sia dannosa perché provoca una "autointossicazione" (assorbimento di sostanze tossiche dalle feci che ristagnano nel colon)
- 2) il dolico colon non è una causa di stipsi
- 3) il ruolo degli ormoni sessuali nel causare stipsi è controverso, probabilmente minimo, anche se durante la gravidanza le variazioni ormonali possono essere responsabili di un rallentamento del transito intestinale.
- 4) l'ipotiroidismo è una causa rara di stipsi

5) una dieta povera di fibre probabilmente non causa stipsi; è vero che alcuni pazienti possono beneficiare da un aumento delle fibre nella dieta, ma è anche vero che soggetti con forme severe di stipsi peggiorano quando aumentano l'introito di fibre

6) non ci sono prove che l'aumento dell'introito di liquidi migliori la stipsi

7) alle dosi comunemente usate i lassativi di tipo stimolante non sono pericolosi e anche in chi li usa cronicamente è difficile che si instaurino fenomeni di tolleranza; non ci sono prove che alla sospensione dei lassativi si abbia una stipsi da rebound né che l'uso cronico porti alla dipendenza.

Ressa:

La stipsi cronica idiopatica quindi non è pericolosa (e non è un fattore di rischio per sviluppo di neoplasia del colon) e forse è per questo che i medici hanno la tendenza a metterla in secondo piano, mentre preoccupa molto i pazienti che ricorrono spesso all'automedicazione per cercare di "regolarizzare" la loro funzione intestinale. In ogni caso i pazienti si sentono molto disturbati e focalizzano forse in maniera eccessiva l'attenzione sulla loro funzione intestinale.

Queste conclusioni che riporti fanno giustizia di alcuni luoghi comuni come per esempio che la condizioni dipenda da una dieta povera di fibre o di liquidi. Quello che più conta comunque è che l'uso cronico di lassativi stimolanti non sembra comportare rischi particolari. In questo senso i medici possono quindi tranquillizzare i pazienti che talora sono preoccupati dal fatto di dover ricorrere spesso ai lassativi, se non altro per alleviare quello che per loro è un disturbo molto fastidioso.

ULCERE CUTANEE E LESIONI DA DECUBITO

Ressa:

Cominciamo con la definizione di ulcera...

Rossi:

Per ulcera si intende una perdita di sostanza. Nel caso specifico delle ulcere cutanee tale perdita di sostanza può interessare solo gli strati più superficiali della pelle oppure approfondirsi fino ad intaccare il sottocutaneo e le strutture sottostanti (muscoli, ossa).

Si parla di ulcera cronica quando la lesione persiste per più di 45-60 giorni.

Ressa:

Quanti tipi di ulcere cutanee esistono?

Rossi:

Ne esistono sostanzialmente di tre tipi: quelle vascolari (venose e arteriose o miste), quelle diabetiche e quelle da decubito. In questo capitolo ci occuperemo delle ulcere venose e delle piaghe da decubito mentre per il piede diabetico rimando al capitolo specifico.

Ressa:

Cominciamo allora con le **ulcere venose, patologia che vediamo molto di frequente**. Chi sono i soggetti a rischio?

Rossi:

Le ulcere venose sono dovute ad un rallentamento del ritorno venoso con conseguente ristagno di sangue e si localizzano agli arti inferiori. La zona colpita con più frequenza è la cute attorno ai malleoli. Le persone più a rischio perciò sono i soggetti che hanno avuto una trombosi venosa profonda (e che hanno sviluppato la cosiddetta sindrome post-flebitica) e quelli che soffrono di insufficienza venosa cronica con formazione di varici. A rischio sono anche le persone con riduzione dell'autonomia che rimangono per lunghe ore sedute e quelle che hanno già avuto un'ulcera venosa.

Ressa:

Come si possono prevenire le ulcere venose?

Rossi:

La prevenzione si basa soprattutto sulla elastocompressione (calze elastiche) e sul movimento attivo (per esempio camminare) che facilita il ritorno venoso tramite la pompa della muscolatura delle gambe. Inoltre è importante insegnare al paziente a dormire con gli arti superiori lievemente rialzati e a praticare una adeguata igiene usando saponi non irritanti (per esempio sapone di Marsiglia), asciugando delicatamente la cute e tenendo la pelle idratata con l'uso di creme (per esempio creme a base di vaselina che offre anche una certa azione protettiva).

Una posizione scorretta a letto è quella di mettere un cuscino sotto le gambe; questa posizione non serve, si devono usare gli appositi letti che permettono di tenere alzata la metà dove poggiano i piedi oppure si deve mettere un rialzo sotto il letto, sempre dalla parte dei piedi, in modo che la testa risulti più bassa.

Ressa:

Una volta che l'ulcera si è instaurata bisogna procedere al suo trattamento.

Cosa ci puoi dire in merito?

Rossi:

Vanno distinti vari tipi di ulcera.

Se il fondo dell'ulcera è nero (cosiddetta **ulcera necrotica**) bisogna prima procedere alla rimozione del materiale necrotico tramite toilette chirurgica oppure sfruttando l'azione di alcuni composti, previa detersione dell'ulcera con ringer lattato. Per esempio si possono usare gli idrogel (tipo Katogel Plus o Idrogel) che ammorbidiscono i tessuti necrotici e ne favoriscono l'autolisi oppure composti enzimatici (per esempio Citrizan gel o Noruxol pomata) che però possono provocare una lesione dei tessuti attorno all'ulcera (che quindi vanno protetti con creme idratanti). La medicazione va rinnovata ogni 2-3 giorni fino a che comincia a diventare detersa. E' sempre utile procedere, dopo la medicazione, alla elastocompressione da lasciare per alcuni giorni.

Ressa:

C'è poi l'**ulcera infetta** che mostra la presenza di materiale purulento verdastro e maleodorante...

Rossi:

In questo caso è consigliato somministrare un antibiotico per via sistemica, detergere la lesione con Ringer/lattato, tamponare con garze sterili, proteggere la cute attorno alla lesione con creme idratanti, coprire con garze sterili senza applicare l'elastocompressione. La medicazione va cambiata ogni giorno fino a miglioramento.

Nelle ulcere infette sono presenti tutti i segni della flogosi (arrossamento, edema, dolore, possibile febbre). Talora però le ulcere sono contaminate ma non infette: dall'ulcera esce del materiale purulento (**ulcera secernente**) ma non ci sono i segni della flogosi.

In questi casi, dopo detersione con ringer/lattato, è utile l'applicazione di un batteriostatico a base di argento (Katoxyn spray o Katomed cpr medicate). Nelle ulcere secernenti ma non infette si procede poi con l'elastocompressione come per le ulcere necrotiche.

Ressa:

Rimane da parlare dell'ulcera in via di guarigione.

Rossi:

Quando l'ulcera è in via di guarigione e ben detersa (cosiddetta ulcera rossa, con tessuto di granulazione), dopo lavaggio con ringer/lattato si copre la lesione con idrocolloidi o schiume o pellicole di poliuretano, si applica l'elastocompressione da lasciare per 5-8 giorni.

In genere le varie ASL prevedono per questo tipo di malati l'attivazione di un protocollo di medicazioni domiciliari (definito ADI MED) con personale infermieristico che esegue le medicazioni e fornitura dei prodotti necessari.

Ressa:

Puoi dire qualcosa circa le varicorragie?

Rossi:

Si tratta di emorragie che hanno origine da una varice e possono essere spontanee oppure avvenire dopo traumi anche di lieve entità. Di solito sono abbastanza limitate anche se mi è capitato il caso di una paziente anziana con varici estese che è andata incontro a una perdita notevole, era sola in casa, non è riuscita ad avvicinarsi al telefono e l'ha trovata il figlio al suo rientro in una pozza di sangue, distesa a terra, semisvenuta.

Ressa:

Come ci si deve comportare?

Rossi:

Per prima cosa sollevare l'arto, disinfettare e poi coprire con delle garze sterili e infine bendare l'arto con fasce adesive. Bisogna ovviamente consigliare la deambulazione perché l'allettamento può precipitare una trombosi venosa. E' utile prescrivere anche una profilassi antibiotica. La medicazione va rimossa dopo alcuni giorni, se c'è una crosta questa non va toccata perché cadrà da sola dopo 2-3 settimane.

Ressa:

Passiamo alle **ulcere da decubito**.

Rossi:

Per ulcera o piaga da decubito si intende una soluzione di continuo della cute e dei tessuti sottostanti provocato da una compressione continua dovuta al decubito. Si verifica perché la compressione altera la dinamica circolatoria capillare con stasi e ipossigenazione dei tessuti. Se il fenomeno dura a sufficienza questi tessuti, in primis la cute, vanno incontro a soluzioni di continuo e a successiva infezione. La piaga da decubito può essere di profondità variabile, limitata solo alla cute oppure arrivare fino alle strutture muscolari e ossee.

Ressa:

Ricordo che per il formarsi di una piaga da decubito possono occorrere giorni ma talora basta una ipossia di poche ore, soprattutto in malati in condizioni generali scadute.

Rossi:

Giusto. Ho visto pochi giorni fa una paziente allettata da anni che non ha mai sviluppato una piaga da decubito e un'altra allettata da qualche giorno che ha sviluppato un'ulcera presacrale nel giro di 24 ore. Questo dipende naturalmente dalle caratteristiche della cute, dal paziente, dal tipo di pressione esercitata sui tessuti, dalle patologie concomitanti, ecc.

Ressa:

Vuoi ricordare quali sono le sedi più frequenti in cui si sviluppano le piaghe da decubito?

Rossi:

Regioni sacrali e talloni sono le zone più comuni. Ovviamente la sede dipende anche dal tipo di decubito; per esempio se il paziente giace in decubito laterale le zone più colpite sono l'anca, parte laterale del ginocchio, lato esterno del piede, spalla e gomito. Nei pazienti che stanno molte ore immobili in carrozzina le zone colpite sono la regione sacrale e le natiche.

Ressa:

Come si possono prevenire le piaghe da decubito?

Rossi:

Un ruolo importante è svolto dai caregivers (familiari, badanti, infermieri, ecc.). Essi devono individuare i primi segnali (arrossamento e gonfiore cutaneo).

La prevenzione si basa su una corretta igiene del paziente, rimuovendo tempestivamente pannoloni bagnati o sporchi di feci (anche più volte al giorno), il lavaggio va effettuato con detergenti neutri (per esempio il normale sapone di Marsiglia), la cute va asciugata delicatamente senza sfregare e poi protetta con creme emollienti. Va usata biancheria morbida e liscia, pulita, senza elastici, bottoni, ecc.

Bisogna inoltre garantire un cambiamento frequente della posizione sia a letto che quando il paziente è seduto (ogni ora). L'uso di materassi antidecubito e di cuscini in gel o lattice possono in qualche modo aiutare ad alleviare la pressione. Non vanno usate invece le ciambelle perché possono danneggiare le zone con cui vengono in contatto.

Importante è anche assicurare una buona idratazione e alimentazione perché la disidratazione e la malnutrizione favoriscono l'insorgenza delle piaghe.

Ressa:

Se devo essere sincero questi presidi antidecubito non fanno miracoli... Inoltre non è realistico aspettarsi dal personale che assiste il malato (spesso sono gli stessi familiari) tutte quelle precauzioni che hai detto: bisognerebbe prevedere almeno due-tre persone che si alternano nella giornata e si occupano a tempo pieno dell'assistenza, vale a dire qualcosa di irrealizzabile.

Rossi:

Purtroppo è così.

Esistono alcune prove sull'efficacia dei presidi ad aria (nelle diverse varianti) mentre non ci sono evidenze sull'efficacia dei materassi ad acqua, in gel, in schiuma, ecc.

Ressa:

Una volta che si sia formata la piaga da decubito cosa si deve fare?

Rossi:

Bisogna distinguere. Le piaghe da decubito infatti si distinguono in vari stadi.

Ressa:

Come comportarsi?

Rossi:

Ti schematizzo il protocollo suggerito nella nostra ASL da parte del team per le cure palliative

Stadio 1: Eritema con cute integra

Pulire la cute con soluzione fisiologica o con ringer/lattato con irrigazione a bassa pressione, asciugare delicatamente tamponando con garze sterili e poi coprire con benda colloidale trasparente da lasciare per alcuni giorni.

Stadio 2: Ulcera che interessa l'epidermide e il derma

Detergere la cute come per lo stadio 1, asciugare e coprire con idrobenda colloidale non trasparente da cambiare ogni 3-5 giorni oppure se cambia colore e diventa traslucida.

Stadio 3: Ulcera che arriva fino allo strato muscolare senza superarlo

Pulizia con fisiologica o ringer/lattato, stendere nella cavità fino a riempirla della pasta colloidale e coprire con idrobenda colloidale non trasparente, cambiare la medicazione quando la benda cambia colore. Se la piaga è molto essudante conviene usare delle medicazioni a base di alginati al posto della pasta colloidale.

Stadio 4: Lesione profonda che si estende fino ai muscoli e al piano osseo

Pulire con fisiologica o ringer/lattato, asciugare e in caso di necrosi trattare con enzimi proteolitici (oppure con toilette chirurgica) e poi medicare come per lo stadio 3.

Ressa:

Ricordo che le escare sui talloni se sono asciutte e senza secrezione non vanno asportate ma lasciate in sede controllandole ogni giorno.

E l'uso di disinfettanti o di pomate antibiotiche?

Rossi:

I disinfettanti non sono raccomandati di routine perché possono lesionare i tessuti e non ci sono prove che impediscano l'infezione. Se però l'ulcera è infetta (essudato abbondante, cattivo odore) si possono usare soluzioni disinfettanti come povidone iodio all'1%, amuchina o clorexidina seguite da lavaggio con fisiologica. L'uso topico di antibiotici può essere previsto se l'ulcera continua a rimanere infetta dopo alcune settimane di trattamento. In questi casi può essere utile anche l'uso di antibiotici per via sistemica soprattutto se si sospetta che vi sia una batteriemia o una osteomielite.

Ressa:

Serve eseguire un esame colturale della lesione?

Rossi:

Eseguirlo di routine probabilmente serve a poco perché non è detto che i germi che si ritrovano (che sono quelli presenti in superficie) siano responsabili della infezione. Può essere utile in casi specifici in cui non si riesce a debellare l'infezione con le pratiche prima esposte.

La detersione delle ulcere infette è indispensabile affinché si formi il tessuto di granulazione: finché l'ulcera conterrà pus e materiale necrotico non sarà possibile avviarla a guarigione.

Ressa:

C'è da dire che nonostante tutti i nostri sforzi molte ulcere da decubito, già a partire dallo stadio 2, non sono più reversibili...

Rossi:

Questo è tanto più vero quanto più permangono le condizioni che hanno determinato la formazione dell'ulcera, soprattutto la compressione. E' per questo che forse in questo campo vale un detto verso il quale abbiamo spesso espresso dubbi nel Manuale; ma qui "prevenire è meglio che curare" può avere un senso...solo che poi è da vedere quanto sia possibile attuarlo nella pratica.
