

La gestione del dolore procedurale nelle lesioni maligne fungiformi del distretto cervico-facciale

Antonino Lombardo,¹ Francesco Stivala,¹ Loredana Reina,¹ Enrica Fontana,¹ Rosalia Altini,² Silvia Valzan,³ Gloria Montanari,³ Maria T. Arnaud,² Andrea Todisco,³ Anna De Luca⁴

¹Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistiche; ²Dipartimento di Oncologia; ³S.C. DiPSa; ⁴Dipartimento Anestesia e Rianimazione, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino, Italia

RIASSUNTO

Le lesioni maligne fungiformi (LMF) sono lesioni croniche definite come un'infiltrazione della cute da parte del tumore o delle metastasi. Le lesioni possono presentarsi come noduli sollevati simili ad un cavolfiore (proliferativo), come un'ulcera crateriforme (distruttivo) o una combinazione di entrambe. Le LMF sono spesso associate a diversi segni, più comunemente cattivo odore, essudato, sanguinamento, dolore lesione-correlato, slough/necrosi, infezione e prurito. In più le lesioni interessanti il distretto cervico-facciale espongono il paziente a problemi psicologici e sociali. Perciò i pazienti con LMF richiedono cure palliative e una corretta gestione della lesione, non solo per il controllo dei sintomi fisici lesione correlati, ma anche per la risoluzione dei problemi psicosociali. È stato effettuato uno studio osservazionale presso la S.C. ORL U, Presidio Ospedaliero Molinette. Dal 1 gennaio 2016 al 31 maggio 2017 sono stati osservati un totale di 18 pazienti, di cui 12 uomini e 6 donne, affetti da LMF. Il dolore è stato valutato con una Scala di valutazione validata Numerical Rating Scale, con range da 0 a 10, dove zero corrisponde ad assenza di dolore e dieci al massimo del dolore immaginabile. L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'entità del dolore percepito dai pazienti durante il cambio della medicazione, includendo le fasi di: rimozione, detersione, debridment, cura della cute perilesionale, applicazione, chiusura e fissaggio. Rimozione: media dolore 2,3 DS±1. Detersione: media dolore 3,4 DS±2. Debridment: media dolore 3,4 DS±2. Confezionamento e Fissaggio: media dolore 5,3 DS±4. Alla luce dei risultati emersi, si evidenzia la necessità di un miglior controllo del dolore correlato alla medicazione. A tale scopo si è costituito un gruppo multidisciplinare. Il gruppo di lavoro ha elaborato appropriati schemi terapeutici differenziati in relazione al dolore basale e alla presenza o meno di terapia di supporto per la malattia oncologica di base. Gli schemi terapeutici elaborati verranno sperimentati sul campo al fine di valutarne l'efficacia sulla gestione del dolore procedurale.

Corrispondenza: Antonino Lombardo, Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistiche, AOU Città della Salute e della Scienza, Corso Bramante 88, 10126 Torino, Italia.
Tel.: +39.011.6336602.
E-mail: alombardo@cittadellasalute.to.it

Key words: Lesioni maligne fungiformi; Dolore; Terapia antalgica; Cure palliative; Lesioni del distretto cervico-facciale.

Contributi: AL, FS: supervisione e coordinamento dello studio, analisi e interpretazione dei dati, redazione e revisione del manoscritto; LR, AMT, redazione e revisione del manoscritto; EF, RA, GM: ideazione e design dello studio; VS, analisi e interpretazione dei dati; AT, approvazione finale del manoscritto; ADL, redazione e revisione, approvazione finale del manoscritto.

Conflitto d'interesse: gli autori dichiarano l'assenza di conflitti d'interesse.

Fondi: nessuno.

Ricevuto per la pubblicazione: 27 Giugno 2018.
Accettato per la pubblicazione: 19 Dicembre 2018.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

© Copyright A. Lombardo et al., 2019
Licensee PAGEPress, Italy
Italian Journal of Wound Care 2019; 3(1):6-11
doi:10.4081/ijwc.2019.43

INTRODUZIONE

Le lesioni maligne fungiformi (LMF) sono lesioni croniche definite come un'infiltrazione della cute da parte del tumore o delle metastasi.^{1,2} A meno che le proliferazioni delle cellule neoplastiche non siano controllate dalle terapie specifiche come chemioterapia, radioterapia o ormonoterapia, le lesioni fungiformi possono espandersi e, come conseguenza del danno nel sito di lesione, si verifica una combinazione tra perdita di vascolarizzazione, crescita proliferativa ed ulcerazione.³ Le lesioni possono presentarsi come noduli sollevati simili ad un cavolfiore (proliferativo), come un'ulcera crateriforme (distruttivo) o una combinazione di entrambe.⁴ Tali lesioni interferiscono con il drenaggio linfatico, l'emostasi e l'ossigenazione tissutale, che possono influire sulla genesi della necrosi. Inoltre i tumori a crescita cellulare rapida possono anche influenzare il pH extracellulare con conseguente alterazione della cascata della coagulazione, successiva occlusione dei vasi con formazione di necrosi.^{5,6} L'alterazione del sistema linfatico, inoltre, comporta un aumento della pressione del fluido interstiziale tra le parti di tessuto che può

portare a collasso vascolare causando infarto tissutale, ipossia e morte cellulare.

La prevalenza di queste lesioni, nei paesi europei ed anglosassoni, varia tra il 5% e il 10% ma tale valore è senza dubbio sottostimato dovuto, essenzialmente, al fatto che questi pazienti hanno un'importante alterazione dell'immagine corporea che li porta ad isolarsi dal contesto sociale e a non cercare supporto nel servizio sanitario.⁷⁻⁹

Negli anni a venire, in considerazione dell'incremento di nuove malattie tumorali, i dati di prevalenza delle lesioni fungiformi sono destinati ad aumentare.

Le LMF sono spesso associate a diversi segni, più comunemente cattivo odore, essudato, sanguinamento, dolore lesione-correlato, slough/necrosi, infezione e prurito.^{4,10} In più le lesioni interessanti il distretto cervico-facciale espongono il paziente a problemi psicologici e sociali.^{11,12}

Perciò i pazienti con LMF richiedono cure palliative e una corretta gestione della lesione, non solo per il controllo dei sintomi fisici lesione correlati, ma anche per la risoluzione dei problemi psicosociali.^{4,12}

Nelle LMF il dolore è un importante problema, ed è spesso causa di distress con conseguente riduzione della compliance nel percorso diagnostico terapeutico e nel percorso palliativo. È un fenomeno complesso ed è stato descritto come una sensazione indesiderabile derivante dalla malattia, da una ferita o un distress emozionale.¹³ Una più precisa definizione viene dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) che descrive il dolore come una "esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno".¹⁴

Il controllo dei sintomi nel percorso diagnostico terapeutico delle cure palliative mira a prevenire e alleviare la sofferenza tramite una efficace gestione del dolore e degli altri sintomi che provocano disagio correlato alla malattia cronica al fine di migliorarne la qualità di vita.¹⁵

In tale contesto è necessario un approccio di team multidisciplinare dove il paziente e la famiglia, durante la malattia, sono supportati e indirizzati verso gli obiettivi, i bisogni e le necessità.¹⁶ Per questi pazienti sottoposti a cure palliative, il trattamento della condizione sottostante risulterà in una totale o parziale cura garantendo la migliore pratica clinico-assistenziale.¹⁷

Obiettivo

Valutare l'entità del dolore percepito dai pazienti durante il cambio della medicazione, includendo le fasi di:

- i) Rimozione;
- ii) Detersione;
- iii) Debridement;
- iv) Cura della cute perilesionale;
- v) Applicazione, chiusura e fissaggio.

MATERIALI E METODI

È stato effettuato uno studio osservazionale presso la S.C. ORL U, Presidio Ospedaliero Molinette, previo il consenso del paziente che è stato richiesto con apposito modulo ai sensi del D.Lgs. 196/2003. Dal 1 gennaio 2016 al 31 maggio 2017 sono stati osservati un totale di 18 pazienti, di cui 12 uomini e 6 donne, affetti da LMF. Il dolore è stato valutato con una Scala di valutazione validata Numerical Rating Scale (NRS), con range da 0 a 10, dove zero corrisponde ad assenza di dolore e dieci al massimo del dolore immaginabile.

Pazienti/Popolazione

Sono stati utilizzati criteri d'inclusione ed esclusione descritti in Tabella 1.

Modalità operativa medicazione

Dopo la prima fase della valutazione del dolore basale, si procede alla rimozione della medicazione mediante l'utilizzo di uno spray al silicone per la rimozione atraumatica della pellicola di poliuretano utilizzata come rinforzo dei bordi della medicazione secondaria. Dopo tale procedura, viene rivalutato il dolore. La detersione delle LMF (Figura 1) viene effettuata con spray nebulizzante a base di Sodio Cloruro 0.9% e, successivamente, in relazione alla valutazione della lesione, viene effettuato un debridement:

- i) Autolitico/Meccanico in presenza di slough;
- ii) Con taglienti se lesione con presenza di cenci necrotici maleodoranti

In presenza di lesione necrotica secca non è stato eseguito alcun trattamento di rimozione. Particolare attenzione viene riservata alla gestione

Tabella 1. Criteri di inclusione e criteri di esclusione.

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Pazienti affetti da lesioni maligne fungiformi del distretto cervico facciale	Pazienti con stato cognitivo alterato
Età ≥18 anni	Pazienti che non hanno espresso il consenso
Buon compenso del dolore basale (Numerical Rating Scale=0)	

dell'essudato, dell'odore e alla prevenzione del sanguinamento. A tal proposito, sono state utilizzate specifiche medicazioni avanzate atte anche a evitare



Figura 1. Lesioni maligne fungiformi del distretto cervico-facciale.

l'eccessiva secchezza della lesione con ripercussioni traumatiche al momento della rimozione.

Analisi dei dati

L'analisi statistica dei risultati è stata così effettuata: i dati inerenti ciascuna fase della medicazione sono stati riportati in un sistema di assi cartesiani e se ne è osservata la distribuzione; essendo la distribuzione simmetrica o gaussiana (Figura 2) e non essendo presenti valori outlier nella coda, si è scelto come indice di tendenza centrale la media e come indice di variazione, il valore della Deviazione Standard (DS).

I dati raccolti sono stati inseriti sul database Excel e, per ogni fase della medicazione, è stato rilevato il dolore percepito dal paziente e calcolata la media e la relativa DS.

RISULTATI

I risultati mostrano, come, nelle fasi di rimozione, detersione e debridment il dolore sia controllato, attestandosi nella soglia tra lieve e moderato. Come emerge dalla Figura 3, il dolore percepito era pari a $NRS=2.3$ ($DS\pm 1$) al momento della rimozione della medicazione; questo dolore tendeva ad aumentare durante la fase di detersione, ($NRS=3.3\pm 2$), mentre si attestava a $NRS=3.4\pm 2$ durante la fase di debridment; con aumento nuovamente durante la fase di confezionamento e fissaggio ($NRS=5.3\pm 4$).

Si evince, inoltre, che il dolore aumenta man mano che si procede nell'esecuzione della medicazione, raggiungendo valori elevati nella fase di confezionamento e fissaggio, con picchi di dolore $NRS=9$.

DISCUSSIONE

Questo studio osservazionale si pone l'obiettivo di valutare il dolore percepito dai pazienti durante le varie fasi del cambio della medicazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità le cure palliative sono parte integrante della terapia oncologica e l'approccio alla cura del paziente deve essere multidisciplinare. Oltre al controllo del dolore si devono curare gli aspetti psicologici, sociali e spirituali. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. La terapia per il trattamento del dolore, soprattutto in ambito oncologico, deve essere graduale, prevede cioè un approccio (a gradini), partendo dalla terapia con analgesici non oppioidi, passando successivamente alla terapia con oppioidi deboli, fino a giungere alla terapia con oppioidi forti.¹⁸

Le medicazioni hanno un impatto importante nel comfort del paziente: alleviano il dolore, riducono l'odore

e il sanguinamento e assorbono l'essudato in eccesso. Inoltre, una medicazione appropriata può facilitare il paziente ad essere socialmente attivo mascherando l'alterata immagine di sé. La gestione del dolore dovrebbe seguire le linee guida WHO con una terapia fissa ad orario ed una dose di supporto, partendo da analgesici locali, soprattutto durante il cambio della medicazione, la quale deve essere applicata e dopo rimossa il più delicatamente possibile per consentire un miglior controllo del dolore ed un maggior confort del paziente.¹⁹

Nello studio sono stati inseriti i pazienti con NRS=0 allo scopo di valutare l'effettivo impatto provocato dalla sola medicazione sul dolore. Si denotava un aumento graduale del dolore con il progredire della fase del cambio medicazione. Ciò potrebbe essere dovuto alla maggior sensibilità nocicettiva del paziente derivante dalla sua malattia di base. Per tale motivo risulta fondamentale un approccio strutturato in grado di garantire assenza o bassi livelli di dolore in tutte le fasi della medicazione.

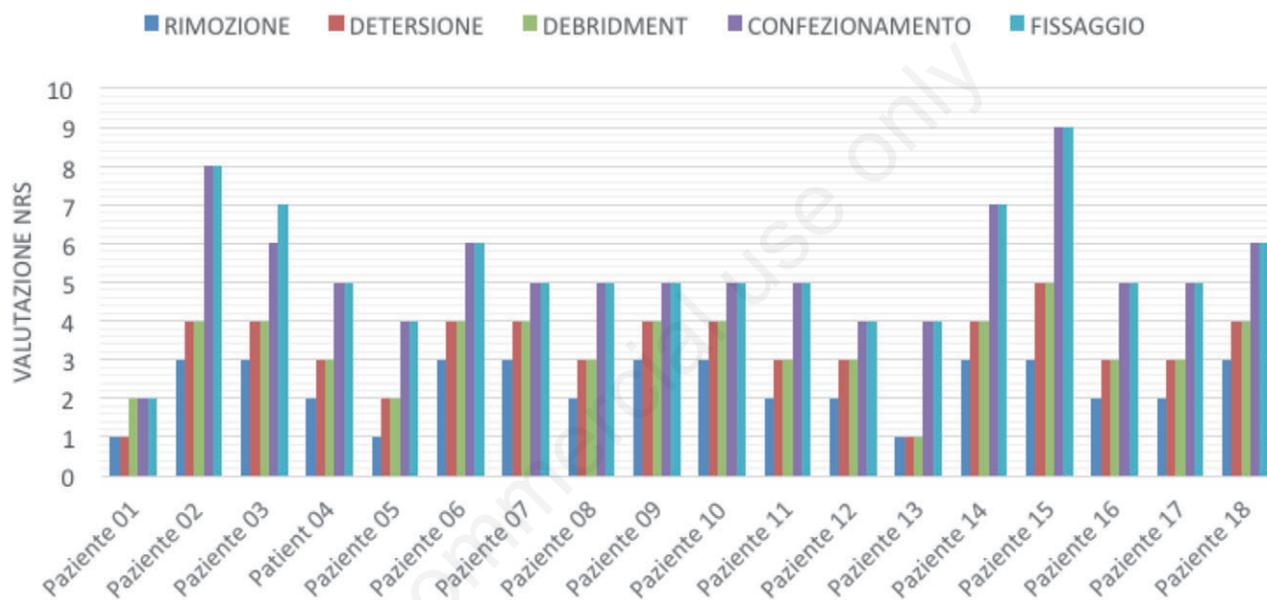


Figura 2. Distribuzione dati.

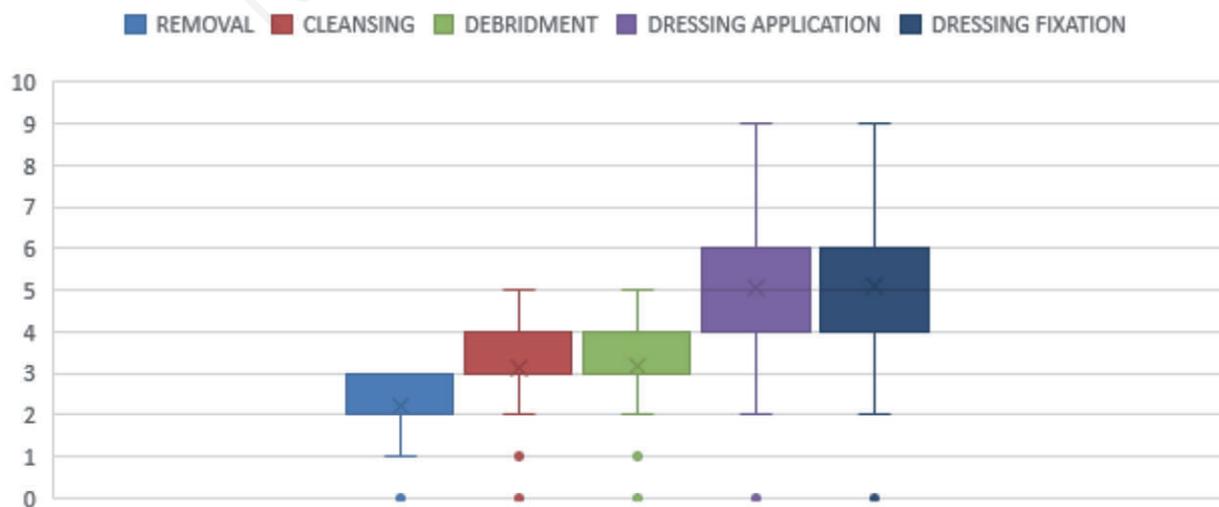


Figura 3. Media dolore.

CONCLUSIONI

Alla luce dei risultati emersi, si evidenzia la necessità di un miglior controllo del dolore correlato alla medicazione. A tale scopo si è costituito un gruppo multidisciplinare composto da:

- i) Infermieri esperti in Wound Care;
- ii) Medici specialisti in terapia antalgica;
- iii) Infermieri esperti in oncologia;
- iv) Medici specialisti in ORL;
- v) Medici anestesisti.

Il gruppo di lavoro ha elaborato appropriati schemi terapeutici differenziati in relazione al dolore basale e alla presenza o meno di terapia di supporto per la malattia oncologica di base (Supplementary file). Gli schemi terapeutici elaborati verranno sperimentati sul campo al fine di valutarne l'efficacia sulla gestione del dolore procedurale.

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi:

- i) Pazienti con lesioni superficiali;
- ii) Pazienti con lesioni profonde e/o vegetanti.

I pazienti con lesione superficiale con dolore NRS<3 non sono sottoposti a nessun trattamento preventivo. Se NRS>3 viene applicata sulla lesione e sulla cute perilesionale Lidocaina crema 5% in associazione a Paracetamolo 1 gr se dolore non controllato.

In alternativa, viene praticato Tramadolo 50 mg-100 mg in soluzione fisiologica, in relazione al peso corporeo (50-100 kg). Dopodiché si valuta se inviare il paziente in consulenza antalgica per impostare un trattamento farmacologico per il controllo della malattia di base.

Ai pazienti con lesioni profonde e/o vegetanti, in assenza di terapia antidolorifica di base, viene somministrata Lidocaina crema 5% + Fentanyl 100 mcg sub-linguale se portatore di lesione nasale; oppure Fentanyl 50 mcg per via nasale se presente lesione del cavo orale e/o impossibilità alla somministrazione sub-linguale (sempre previo consenso del paziente poiché entrambi off-label).

Al paziente con terapia analgesica con oppioidi di base viene sempre somministrata Lidocaina crema 5%; a questo trattamento, sulla base della molecola farmacologica utilizzata per la gestione del dolore basale, si somministra una dose uguale ad 1/6 del dosaggio giornaliero prima dell'esecuzione della medicazione. I pazienti in trattamento con Morfina possono effettuare la rescue dose con Fentanyl transmucosale secondo le seguenti modalità:

- i) Se Morfina <60 mg: Fentanyl 100 mcg;
- ii) Se Morfina >60 mg <100 mg: Fentanyl 100 mcg;
- iii) Se Morfina >180 mg: Fentanyl 400 mcg.

In alternativa al trattamento di cui sopra, la rescue dose può essere eseguita con Morfina 5 mg-7 mg.

Se il paziente, invece, è in terapia con Ossicodone per

OS (es. 60 mg) la rescue dose può essere effettuata:

- i) Ossicodone 10 mg a lento rilascio per OS;
- ii) Fentanyl 200 mcg Via trans-mucosa;
- iii) Morfina 5-7 mg via endovena/sottocutanea (ovvero 5 mg come dose equivalente dell'Ossicodone 10 mg a lento rilascio per OS e Morfina 7 mg come dose equivalente al Fentanyl 200 mcg via trans mucosale.

I pazienti con terapia di base in corso con Morfina per via endovena/ sottocutanea, effettuano la rescue dose pari ad 1/6 del dosaggio giornaliero complessivo. In alternativa si utilizza:

- i) Fentanyl 100 mcg se dosaggio giornaliero complessivo con Morfina <30 mg;
- ii) Fentanyl 200 mcg se dosaggio giornaliero complessivo con Morfina >30 mg <90 mg;
- iii) Fentanyl 400 mcg se dosaggio giornaliero complessivo con Morfina >90 mg.

Se paziente con terapia di base in corso con Fentanyl transdermico la rescue dose viene effettuata con Morfina ev o in alternativa con Fentanyl trans-mucosale (Figura S3 in Supplementary file).

BIBLIOGRAFIA

1. Grocott P, Cowley S. The palliative management of fungating malignant wounds – generalising from multiple-case study data using a system of reasoning. *Int J Nurs Stud* 2001;38:533-45.
2. Mortimer P. Management of skin problems: medical aspects. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2003.
3. Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds. *J Wound Care* 2000;9:4-9.
4. Alexander S. Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. *J Wound Care* 2009; 18:273-80.
5. Hirst DG. Tumour vascular physiology. Annual report of the Cancer Research Campaign Grey Laboratory; 1992.
6. Grocott P. The palliative management of fungating malignant wounds. *J Wound Care* 1995;4:240-2.
7. Gibson S, Green J. Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. *J Wound Care* 2013;22:265-75.
8. Probst S, Arber A, Faithfull S. Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. *J Wound Care* 2013;22:352-60.
9. Selby T. Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. *Nurs Times* 2009; 105:14-7.
10. Tandler S, Stephen-Haynes J. Fungating wounds: management and treatment options. *Br J Nurs* 2017;26:S6-14.
11. Naylor W. Malignant wounds: aetiology and principles of management. *Nurs Stand* 2002;16:45-56.
12. Lo SF, Hu WY, Hayter M, et al. Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2008;17:2699-708.

13. Gallagher SM. Ethical dilemmas in pain management. *Ostomy Wound Manag* 1998;44:18-23.
14. IASP. A virtual pocket dictionary of pain terms. international association for the study of pain. 1999. Available from: <http://www.iasp-pain.org> Accessed: May 2018.
15. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care, 2nd ed. Pittsburgh, PA, USA: National Consensus Project; 2009.
16. The World Health Organization. The World Health Organization quality of life (WHOQOL)-BREF. 2004;1-5.
17. Institute for Clinical Systems Improvement. Healthcare order set: palliative care. November 2007.
18. Maltoni M, Zagonel V, Caraceni A, et al. Linee guida terapia del dolore in oncologia. Associazione Italiana di Oncologia Medica; 2017. Available from: media.aiom.it/userfiles/files/doc/LG/2017_LGAIOM_Terapia_dolore.pdf
19. Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. *Br J Nurs* 2001;10:33-6.

Non-commercial use only