

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**MASTER UNIVERSITARIO DI PRIMO LIVELLO IN
NURSING ONCOLOGICO**

**FUNGATING WOUNDS:
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

**RELATORE:
PAOLA DI GIULIO**

**CANDIDATE:
BARBARA BONATTI
VITTORIA FANTASIA**

ANNO ACCADEMICO 2003 / 04

Indice

- Introduzione pag. 4
- 1. Fisiopatologia pag. 6
- 2. Incidenza pag. 8
- 3. Sviluppo delle lesioni pag. 9
- 4. Casi storici: opportunità di riflessione pag. 12
- 5. Segni e sintomi pag. 13
 - 5.1 Cattivo odore pag. 14
 - 5.2 Essudato pag. 15
 - 5.3 Dolore pag. 16
 - 5.4 Sanguinamento pag. 17
 - 5.5 Prurito pag. 18
 - 5.6 Macerazione pag. 19
 - 5.7 Edema pag. 19
 - 5.8 Aspetti psicologici e cure psicosociali pag. 20
- 6. Valutazione pag. 24
 - 6.1 Valutazione del paziente pag. 24
 - 6.2 Valutazione della lesione pag. 25
 - 6.2.1 Posizione della lesione pag. 27
 - 6.2.2 Misurazione della lesione pag. 27
 - 6.2.3 Fotografia pag. 28
 - 6.2.4 Percentuale di devitalizzazione pag. 28
 - 6.2.5 Valutazione dell'odore della lesione e della cute circostante pag. 29
 - 6.2.6 Valutazione del dolore pag. 30
- 7. Gestione della lesione pag. 32
 - 7.1 Trattamenti anticancro pag. 32
 - 7.2 Detersione pag. 33
 - 7.3 Debridement pag. 34
 - 7.4 Trattamenti topici pag. 35
 - 7.5 Trattamento chirurgico pag. 36
- 8. Gestione dei sintomi pag. 37
 - 8.1 Cattivo odore pag. 37
 - 8.2 Essudato pag. 41

8.3	Dolore	pag. 42
8.4	Sanguinamento	pag. 43
8.5	Prurito	pag. 44
9.	Medicazione	pag. 46
9.1	Tabella prodotti	pag. 49
10.	Conclusioni	pag. 52
	Bibliografia	pag. 53
	Abstract	pag. 58

Introduzione

È per noi motivo di soddisfazione presentare una revisione della letteratura relativa alle " fungating wounds ".

Le fungating wounds sono l'espressione cutanea di una neoplasia maligna in stadio avanzato, molto comune nei soggetti anziani . non esiste una traduzione letterale del termine, ma per facilità di discorso verrà usato il termine improprio, perché generico, di "lesioni maligne".

Allo stato attuale, sono ancora scarse le conoscenze sulla natura, lo sviluppo ed il trattamento di queste lesioni, non esistono, inoltre, testi di riferimento in italiano, in un universo scientifico in lingua anglosassone.

Lo scopo della revisione della lettura più recente sull'argomento, è di fornire una visione d'insieme sulle fungating wounds, aumentando le basi di conoscenza che permettano il riconoscimento dei sintomi ed i principali metodi di trattamento, nonché l'identificazione di problemi sociali e psicologici in cui incorrono i soggetti che ne sono affetti.

La nostra speranza è quella di facilitare i colleghi ma, soprattutto, che ne traggano vantaggio i soggetti affetti da fungating wounds.

Questa tesi è il frutto del lavoro di due persone dove una ha curato la parte di fisiopatologia, i segni ed i sintomi, e l'altra ha analizzato la gestione ed il trattamento della fungating wounds.



Fungating wounds in paziente affetta da neoplasia seno (Yuen – Liang et all, 2003).

1. Fisiopatologia

Il termine fungating wounds indica le lesioni maligne cutanee che si manifestano per lo più in soggetti anziani colpiti da tumore.

Consistono nell'infiltrazione, proliferazione e successiva infezione di cellule maligne a livello epidermico e possono derivare sia da un tumore locale, sia dalla manifestazione metastatica di una lesione primaria (Collier 2000).

Anche se il cancro è controllato da uno o da più trattamenti combinati (chemioterapia, radioterapia), l'infezione si estende rapidamente provocando un danno importante nel punto di lesione, attraverso una combinazione di più fattori tra cui: crescita proliferativa, diminuzione dell'apporto vascolare a livello cutaneo, ulcerazione (Naylor 2002).

Col termine maligno si identificano tutte quelle lesioni con un modello di crescita ulcerata (Bycroft 1994, Grocott 1995).

La crescita è rapidissima, talvolta anche in 24 ore ed, a seguito della componente maligna, si manifesta la tendenza a deteriorarsi nel tempo.

I principali siti di localizzazione della lesione sono :

- Mammella
- Testa e collo
- Inguine e genitali
- Dorso.

Secondo Collier (1997), microscopicamente, la lesione cutanea si può presentare:

- invasiva

- ulcerata
- a forma di cavolfiore
- a forma di cratere poco profondo, spesso complicato dalla presenza di una fistola.

Non è inusuale che queste lesioni presentino sia l'ulcerazione che la proliferazione e, tutto questo provoca confusione quando si cerca di descriverle.

Riassumendo, rispetto ad una patologia tumorale, le lesioni maligne si presentano come:

- primarie
- secondarie
- ricorrenti

e si possono riferire a:

- tumore ulcerato
- lesione maligna
- lesione neoplastica.

Grocott (1995), le definì come " la condizione di ulcerazione e proliferazione che si presenta quando le cellule tumorali infiltrano la cute erodendola ".

2. Incidenza

I dati sull'incidenza delle fungating wounds sono scarsi. È stato calcolato che, di tutti i soggetti affetti da cancro con metastasi, circa il 5 – 10 %, potrà sviluppare una lesione maligna (Naylor 2002).

L'esatta incidenza è sconosciuta perché le lesioni, sono complicanze che non vengono segnalate nel registro dei tumori pur essendo ad essi associate.

Nel Regno Unito, in particolare nei centri di radioterapia, hospices e centri infermieristici specializzati, è stato osservato che l'area di localizzazione più comune di una lesione maligna è la mammella, seguita dalla testa e dal collo. La tabella n. 1 riassume l'incidenza e le aree di localizzazione più comuni, mettendo a confronto i dati rilevati da Thomas nel 1992 con quelli di Wilkes del 2001.

Tabella n.1, Thomas (1992), Wilkes (2001)

3. Sviluppo delle lesioni

Localizzazione Fungating Wounds	Incidenza percentuale	
	Thomas 1992	Wilkes 2001
Mammella	62	39
Testa - collo	24	33.8
Dorso – torace - addome	3	1.0
Inguine - ascella	3	7.4
Genitali	3	5.1
Altro	8	3.7

Le cellule neoplastiche si caratterizzano per:

- la capacità di invadere il tessuto sano;
- la capacità di diffondersi in siti diversi;
- l'invasione locale è la conseguenza di un aumento della mobilità della cellula dovuta alla produzione di enzimi che distruggono le normali membrane basali.

Inoltre, le cellule maligne possono diffondersi:

- per diffusione diretta locale;
- per via linfatica;
- per via ematica;

Esaminando come un tumore si presenta e si propaga nell'organismo, è possibile capire come e perché le lesioni maligne si sviluppano.

Alcuni tumori si sviluppano a livello cutaneo come i melanomi ed i tumori cutanei a cellule squamose. Il tumore primario invade la cute erodendola, creando lesioni maligne. Lo si può osservare spesso in tumori non trattati o in neoplasie maligne ricorrenti che hanno la capacità di svilupparsi e propagarsi assai rapidamente. Di quest'ultima categoria fanno parte il tumore della mammella ed il sarcoma dei tessuti molli.

Altri, invece, invadendo i vasi sanguigni e linfatici, aumentano la possibilità di sviluppo di metastasi cutanee perché le cellule maligne, attraverso il microcircolo, possono raggiungere la cute.

Inoltre le lesioni maligne possono essere causate da tumori non trattati in tempo utile o da cellule cancerogene disseminate nella zona circostante la sede di

intervento chirurgico, ad esempio nella parete addominale durante una laparotomia per cancro dell'ovaio o per un tumore coloretale (Naylor 2002).

Il primo segno di coinvolgimento epidermico è lo sviluppo distinto di noduli palpabili.

La cute può presentarsi di colore che vira dal rosa, al blu – violetto, al marrone – nero ed essere il risultato della proliferazione delle cellule maligne nelle strutture cutanee (Naylor 2002).

Con la proliferazione cellulare si verifica un aumento delle dimensioni del nodulo che, successivamente, andranno ad ostacolare i vasi linfatici ed ematici che irrorano la zona.

Si pensa, infatti, che le neoformazioni nodulari interferiscano con l'ossigenazione tessutale, il drenaggio linfatico e l'emostasi, soprattutto dal punto di vista coagulativo.

A causa delle anomalie create dalla vascolarizzazione dei tumori solidi, si crea una riduzione di perfusione del tessuto, l'edema, l'ipossia e di conseguenza l'anossia cellulare e, a seguito della morte cellulare, si ha la necrosi cutanea (Collier 1997, Naylor 2002).

Il rapido sviluppo delle cellule tumorali porta ad effetti sul pH dei liquidi extracellulari, interferendo con i meccanismi che regolano la coagulazione, si occludono i vasi sanguigni e, di conseguenza si ha la necrosi della zona che non viene più irrorata (Grocott 1995).

Nel 1973, Willis osservò che l'infiltrazione cutanea avviene per lo più in aree con minore resistenza all'invasione tumorale, come i capillari, i vasi linfatici e sanguigni, lo spazio perineurale.

Il sistema linfatico può essere danneggiato e la pressione dei liquidi interstiziali, essendo superiore a quella extravascolare, crea uno stravasamento passando nel distretto extravascolare, si ha il collasso del vaso che collassa con conseguente infezione, ipossia, anossia e necrosi (Naylor 2002). Se questo stravasamento non viene controllato, si potrà inoltre verificare l'edema che potrà divenire un problema cronico per il paziente.

La perdita della vascolarizzazione è la maggior responsabile dei problemi legati alle fungating wounds, infatti si crea un ambiente in cui la proliferazione batterica aerobia ed anaerobia, spiega la manifestazione di segni e sintomi caratteristici quali: l'odore sgradevole e l'essudato profuso.

Il tumore primario, soprattutto se localizzato nella cavità addominale o perineale, può creare delle fistole a livello cutaneo con l'elevata possibilità che se ne verifichi l'ulcerazione (Collier 1997, Naylor 2002).

Si può verificare un'ulteriore forma degenerativa di ulcerazione, l'ulcera di Marjolin, la quale prende il nome del medico che per primo ha diagnosticato il problema.

È una forma molto rara ed aggressiva in cui una lesione cronica subisce una degenerazione in carcinoma a cellule squamose. In media, quest'ulcera cronica tende a degenerare in maligna dopo circa 25 – 40 anni dalla comparsa, a differenza delle fungating wounds che, come già detto, possono anche ulcerare nell'arco di 24-48 ore. L'ulcera di Marjolin può essere diagnosticata con una biopsia e di solito ha una predisposizione a recidivare a livello locale.

4. Casi storici: opportunità di riflessione

In letteratura sono enunciati numerosi casi clinici, di seguito vengono riportati quelli che gli autori definiscono ormai storici.

Il primo caso ad essere riportato in letteratura anglosassone è quello di una donna caucasica di 83 anni affetta da fungating wound alla mammella destra.

La paziente venne sottoposta a mastectomia secondo Patey con relativa linfadenectomia ascellare.

L'esame istologico sentenziò un carcinoma papillare in situ, le sezioni esaminate intorno al tumore erano libere da malattia. Inoltre i 10 linfonodi ascellari risultarono negativi. Il post operatorio avvenne senza problemi ed al follow – up triennale non vi era nessuna evidenza di malattia.

L'altro caso che, spesso, viene menzionato in letteratura, è quello di un diciassettenne inglese con una lesione maligna al gomito sinistro. Viene citato spesso, poiché è assai raro che le fungating wounds compaiano in giovane età.

Un anno prima dello sviluppo della malattia, il ragazzo venne colpito al gomito durante una partita di rugby. L'arto, nei mesi successivi, iniziò ad infiammarsi e seguì il ricovero. La diagnosi fu di osteosarcoma dell'omero sinistro con lesioni ossee secondarie. Venne rifiutata la proposta di amputazione.

A seguito dell'ulcerarsi della sede di malattia, si svilupparono segni e sintomi caratteristici quali odore sgradevole, essudato, dolore.

Si impostò un piano di cure che come principale obiettivo ebbe il controllo dei sintomi.

5. Segni e sintomi

Le lesioni maligne sono il risultato dell' infiltrazione cutanea del tumore (primario o secondario) e spesso si manifestano con segni e sintomi molteplici assai sgradevoli.

Ogni lesione è unica nel suo genere sia per quanto concerne la manifestazione fisica sia per la sintomatologia presentata, infatti vi sono soggetti portatori che presentano sintomi multipli ed altri che ne presentano solo alcuni.

Se il tumore non risponde al trattamento oppure se la cura non è tollerata o accettata dal paziente, la lesione tende ad estendersi e la situazione con i relativi sintomi si aggrava.

I segni ed i sintomi più comuni, in ordine di frequenza, sono:

- cattivo odore
- essudato
- dolore
- sanguinamento
- prurito
- macerazione
- edema.

I segni e sintomi minori che si possono rilevare sono:

- necrosi tessutale
- infezione
- fistole secernenti pus
- alterazione della cute circostante la lesione
- formazioni cistiche.

Il portatore di una fungating wounds, tendenzialmente, può manifestare segni e sintomi legati alla sfera psicologica che si traducono in :

- difficoltà psicosociali
- alterazione dell'autostima
- alterazione dell'immagine corporea
- depressione
- senso di imbarazzo
- rabbia
- isolamento sociale.

5.1 Cattivo odore

È importante ricordare che non tutte le fungating wounds hanno odore e non tutte le lesioni maleodoranti sono maligne.

Le tre cause principali dell'odore sono:

- necrosi tessutale
- sovrainfezione
- secrezione esterna.

L'ipossia tessutale che si crea all'interno della lesione, rappresenta un problema perché un organismo anaerobio prospera in presenza di tessuto necrotico.

Il cattivo odore rilasciato come prodotto metabolico, è il principale responsabile sia del caratteristico odore che dell'abbondante essudato che spesso si verifica in questo tipo di lesioni. Si può affermare che l'essudato stagnante potrebbe, in parte, essere il responsabile dell'odore delle lesioni

(Naylor 2002, Grocott 1995). L'odore prodotto dalla lesione maligna si avverte costantemente e può scatenare conati e riflessi di vomito (Naylor 2002).

Il controllo di questo segno è la più grande sfida sia dei sanitari che del paziente, il quale tende all'isolamento sociale anche all'interno del nucleo familiare.

Il cattivo odore emanato dalla lesione risulta essere il sintomo più fastidioso per il paziente, i familiari e, talvolta anche per il personale sanitario. Sentimenti di imbarazzo e disgusto sono solo l'inizio di un percorso che conduce, inesorabilmente, alla depressione ed all'isolamento sociale. La sensazione di colpa e vergogna scatenata dal problema - odore, danneggia lo stato emotivo, i rapporti relazionali e l'espressione sessuale del soggetto. Questi sentimenti sono scatenati da situazioni visibili quali medicazioni intrise di essudato, abiti e biancheria del letto macchiata (Grocott 1995).

5.2 Essudato

Generalmente, una lesione maligna produce una discreta quantità di essudato. Questo, come vedremo, è molto importante per la scelta del tipo di medicazione idonea.

L'essudato presenta una concentrazione di elettroliti sovrapponibile ai livelli sierici del paziente, ad esclusione della concentrazione di glucosio che risulta maggiore. Secondo gli studi riportati da Grotendorst (1992) e da Randolph May (1982), l'essudato delle lesioni maligne contiene sia

enzimi proteolitici che fattori di crescita quali il PDGF (fattore di crescita piastrino derivato),ed il EGF (fattore di crescita epidermico). Pare che gli enzimi proteolitici attivati distruggano le molecole indispensabili per avviare il processo di guarigione (Collier 2000). Un essudato fortemente maleodorante è sempre sinonimo di infezione (Collier 2000). L'essudato è anche il risultato di una situazione edematosa data ad esempio da una stasi linfatica o sanguigna causata dalla pressione che una neoplasia può esercitare. Per questo motivo, durante l'approccio terapeutico, si dovrebbe iniziare riducendo questa pressione.

Le infezioni delle lesioni ne incrementano notevolmente la produzione intesa come il risultato della risposta infiammatoria e dalla proliferazione anaerobia dei batteri nel tessuto compreso tra la necrosi e la lesione (Collier 2000).

Qualora le perdite di elettroliti a livello sierico fossero alterate, si provvederà alla corretta integrazione.

5.3 Dolore

Il dolore è un fenomeno complesso e soggettivo, vissuto in modo unico da ogni individuo, per questo può essere valutato solo da quanto la persona comunica, sia in modo verbale che non verbale.

Per una corretta gestione della sintomatologia dolorosa, è indispensabile un accertamento accurato che ne comprenda l'identificazione del tipo, del grado, della frequenza con cui compare e della sua durata (Naylor 2002).

La valutazione del dolore è un processo molto critico, ma fondamentale per il suo trattamento, molte linee guida identificano nella valutazione la chiave del successo del trattamento.

Il controllo del dolore è una delle priorità del programma oncologico dell' O.M.S.

Gli operatori sanitari rivestono un ruolo importante per la valutazione della natura e l'entità del sintomo nel malato, la comunicazione tra malato, familiari ed equipe curante, la somministrazione di trattamenti farmacologici e non. Il sollievo da dolore risulta essere uno dei principali ambiti dell'intervento infermieristico nella cura delle persone malate di cancro.

È presente in tutti i soggetti che sviluppano una lesione maligna. È causato per lo più dalla pressione esercitata dal tumore o dall'invasione di questo in prossimità di vasi e di nervi – il danno nervoso è spesso il risultato che dà il dolore tipico delle neuropatie.

Può inoltre essere causato da cure inappropriate come una medicazione adesiva sul letto della lesione o da un'inappropriata tecnica di detersione e medicazione (Jones et al 1998).

5.4 Sanguinamento

La fragilità capillare del tumore aumenta il rischio di emorragie (Grocott 1995).

Le lesioni sono spesso formate da tessuto sottile, fragile, friabile con tendenza al sanguinamento, soprattutto se, durante la

medicazione si creano dei traumi, ad esempio rimuovendo il cerotto (Hallet 1995, Jones et al 1998).

Comunque, sanguinamenti spontanei si hanno per lo più se il tumore erode grossi vasi sanguigni, con le conseguenze del caso: anemizzazione o morte per dissanguamento.

Anche se raro, questo può dare luogo a profusi sanguinamenti, che causeranno molto stress all'interno del nucleo di cura, compreso quello familiare (Naylor 2002). Inoltre il sanguinamento può essere causato da dei disordini piastrinici all'interno del tumore.

5.5 Prurito

È solitamente il risultato di un tumore a livello cutaneo in fase attiva (Grocott 2001).

Lo sviluppo di nuovi noduli cutanei associati all'attività del tumore può causare prurito o irritazione della zona intorno alla lesione. Pare che sia il risultato del tumore che crescendo tende la pelle, irritandola.

L'escoriazione cutanea associata all'essudato può anche causare prurito.

L'intensità è legata alla capacità di sopportazione del singolo.

5.6 Macerazione

La diagnosi di una fungating wounds si basa essenzialmente sull'esame istologico che evidenzia per lo più organismi anaerobi. Il trattamento inappropriato innesca un processo a catena che è difficile arrestare. Vengono prodotti degli acidi che derivano dall'acido lattico, propionico e succinico, che, miscelandosi all'essudato prodotto dalla lesione, creano la macerazione e il deterioramento del tessuto circostante la lesione stessa. Collier, nel 2000, definì la macerazione come l'escoriazione dell'epidermide dovuta ad un'eccessiva permanenza di tossine sulla cute.

Lo stato della cute circostante la lesione, può indicare la presenza di un'infezione della lesione stessa, ed i segni clinici includono in questo l'infiammazione, l'eritema locale, calore o dolore, tutti segni che fanno risaltare il problema della macerazione tissutale (Collier 2000).

5.7 Edema

Si verifica quando è presente una quantità di liquido superiore alla norma negli spazi interstiziali dei tessuti e che comporta un anomalo rigonfiamento delle regioni interessate, cui seguono alterazioni delle caratteristiche dei tessuti colpiti e della composizione del sangue, che viene privato della componente liquida.

L'edema può essere dovuto sia ad un aumento della pressione all'interno dei capillari, sia ad un'ostacolata circolazione linfatica, come ad esempio nel caso in cui il tumore determina una pressione sulle strutture

linfatiche e sanguigne circostanti, sia ad un'umentata permeabilità capillare, come quando è presente infiammazione dei tessuti lesionati.

5.8 Aspetti psicologici e cure psicosociali

I soggetti affetti da lesioni maligne è raro che si presentino per un consulto medico in fase precoce, ma per lo più giungono al servizio sanitario quando la patologia è molto evidente (Naylor 2002). La letteratura da molto risalto ad alcune delle ragioni che causano ritardo nella ricerca della diagnosi e del trattamento idoneo di lesioni sospette.

Le ragioni sono da ricercarsi nella reazione psicologica del paziente, ad esempio, si è rilevato che il soggetto affetto da fungating wounds ignora la presenza della lesione nella speranza che questa scompaia (Collier 2000).

La presenza di una lesione cronica come quelle da decubito, è un grosso peso per il paziente, ma, quando la manifestazione cutanea è data da un tumore, rappresenta un costante ricordo del fatto di essere malati.

Oltre ai problemi tangibili, le fungating wounds impongono delle difficoltà psicologiche e sociali.

Nei casi e negli articoli presenti in letteratura, si evidenzia ripetutamente l'effetto che le lesioni fungine hanno in termini di angoscia psicofisica. La descrizione che segue rispecchia i problemi e l'impatto che questi danno al soggetto colpito: " il segno visibile è vedere il proprio corpo letteralmente mangiato dalla malattia...

Il paziente è imbarazzato dall'odore emanato e dal mostrare la parte del corpo devastata" (Naylor 2002).

La tabella n. 2 schematizza i problemi psicologici e sociali in cui incorrono i pazienti affetti da questa patologia (Naylor 2002).

Tabella n. 2, Naylor W. (2002)

Problemi psicologici
Alterazione dell'immagine corporea
Negazione
Depressione
Imbarazzo
Paura ed ansia
Senso di colpa
Mancanza di autostima
Problemi di espressione sessuale
Repulsione e disgusto
Vergogna

Problemi sociali
Difficoltà di comunicazione
Problemi di relazione in ambito familiare e relativo impatto
Necessità di informazioni
Mancanza di appoggio sociale
Limitazioni da sostituzione di medicazione
Isolamento sociale

L'aspetto estetico delle lesioni maligne, ha degli effetti negativi sul benessere psicosociale del paziente.

Problemi comuni sono dati dall'adattamento alla nuova immagine corporea soprattutto se la lesione è localizzata in zone difficili da nascondere, e i problemi aumentano se la localizzazione è in prossimità degli organi sessuali (Grocott 1999, Naylor 2002, Collier 1997).

L'appropriato uso di medicazioni e trattamenti, può consentire al paziente di mantenere il suo aspetto esteriore inalterato con conseguenti effetti positivi sulla sua autostima e sul di stress emotivo. La principale preoccupazione del soggetto affetto da fungating wounds è, quindi, il mantenimento sia dell' integrità estetica che dei rapporti sociali e familiari (Naylor 2002).

In teoria, vi sono molte strategie per affrontare i problemi psicosociali causati dalle fungating wounds però non sono ancora stati effettuati degli studi che ne abbiano valutato, in modo controllato, l'efficacia.

Le principali strategie sono:

- counselling attuato da un counselor o da un infermiere preparato;
- appropriato supporto sociale per ridurre lo stress emotivo e l'ansia a domicilio;
- appropriato supporto religioso in base alle credenze del paziente;
- coinvolgimento del paziente e della famiglia nelle decisioni del piano di cura;
- comunicazione chiara sugli obiettivi e sulle decisioni terapeutiche, il consenso e la consapevolezza del paziente sono indispensabili come tutela dal punto di vista medico legale;

- tocco terapeutico attraverso cui il paziente potrà percepire che è visto come persona indipendentemente dalla deturpazione che le lesioni maligne provocano ;
- accesso alle terapie complementari che potrebbero migliorarne la qualità di vita.

6. Valutazione

Capire come il paziente vive e percepisce il suo problema di salute, è basilare per strutturare un piano complessivo della gestione della lesione.

L'accertamento non deve comprendere solo la manifestazione cutanea maligna ma anche le reazioni psicologiche del soggetto e gli effetti che la lesione ha nell'impatto con la vita sociale dello stesso.

La valutazione che il personale sanitario deve condurre è una visione d'insieme delle varie problematiche che una lesione maligna crea con la sua comparsa sia al singolo che alla famiglia. La visione d'insieme, viene definita olistica e di seguito viene descritta nelle varie parti di cui si compone.

6.1 Valutazione del paziente

Basilare nella valutazione del paziente con fungating wounds è l'approccio olistico, e l'interpretazione da parte del personale sanitario esperto, del rapporto esistente tra il soggetto malato e l'alterazione dell'immagine corporea verificatasi a seguito dello sviluppo della lesione, nonché dal grado di accettazione della stessa.

Ogni intervento deve essere mirato al mantenimento della qualità di vita del soggetto, creando trattamenti terapeutici attivi o palliativi che permettano il proseguimento della quotidianità nel migliore dei modi possibili, ad esempio se la lesione è presente in una zona esposta, si dovrà cercare di creare una medicazione il più discreta possibile.

Gli effetti collaterali dati dai trattamenti anticancro, come la chemioterapia e la radioterapia, devono essere inclusi nella valutazione del paziente.

6.2 Valutazione della lesione

Per valutare correttamente una fungating wounds oltre a:

- esame obiettivo e soggettivo;
- analisi dei dati raccolti;
- discussione in equipe multidisciplinare del caso;
- identificazione dei problemi e dei bisogni;
- redazione di un piano di cura

sono indispensabili:

- la conoscenza anatomo-patologica della lesione;
- la conoscenza del processo di guarigione delle lesioni comuni.

Nello specifico la valutazione della lesione deve basarsi su alcune caratteristiche:

- posizione;
- misura della lesione;
- percentuale di devitalizzazione osservata all'interno dei margini della lesione, cioè l'area in cui è presente il tessuto necrotico;
- quantificazione dell'essudato prodotto dalla lesione;
- valutazione dell'odore;
- intensità e tipo di dolore attribuito direttamente alla lesione e gli effetti sulla qualità di vita del paziente;
- lo stato della cute adiacente la lesione.

Nella tabella n. 3 (Naylor 2002), vengono indicati i parametri principali con cui si identificano le fungating wounds.

Quando si adotta un approccio sistematico della valutazione della lesione, si deve rispondere alle seguenti domande:

- Qual è l'eziologia e la posizione della lesione?
- Come va classificata obiettivamente?

Parametri di accertamento
• localizzazione della lesione
• dimensione, profondità e forma della lesione
• presenza e livello di cattivo odore
• tipologia del tessuto presente (ad es. necrotico, di granulazione, di riepitelizzazione, squamoso)
• quantità ed origine dell'essudato
• segni di infezione
• natura e tipo di dolore
• episodi di sanguinamento
• condizione della cute circostante

- Qual è l'obiettivo: cronicizzare o semplicemente controllare i sintomi?
- Qual è il trattamento più idoneo per raggiungere l'obiettivo?

L'obiettivo non sarà mai la guarigione perché non possibile, ma la palliazione, che dovrà mirare a :

- ottimizzare le condizioni locali di cura

- ridurre il più possibile gli effetti delle complicanze associate alla lesione
- ridurre l'odore sgradevole
- garantire una buona qualità di vita

6.2.1 Posizione della lesione

La posizione della lesione determina la scelta del tipo di medicazione da usare. La localizzazione della lesione e le conoscenze del personale sanitario circa la sua evoluzione, possono dare alcuni elementi sulla necessità di ricorrere al supporto di psicologi, si pensi, per esempio, ad un' ulcera nel distretto capo-collo, alle reazioni che, con la comparsa dei sintomi, si verificheranno nel soggetto affetto.

6.2.2 Misurazione della lesione

Tenere una nota visiva dei cambi della superficie, permette l'identificazione di potenziali evoluzioni (Collier 2000).

Il personale sanitario ha così la possibilità di valutare se ci sono segni di miglioramento o di deterioramento. Nel caso di lesioni multiple, la tendenza è quella di registrare le dimensioni delle due lesioni estreme, la minore e la maggiore, cosicché la misura di tutte le altre sarà compresa tra i due range a meno che le caratteristiche di una lesione non si alterino.

6.2.3 Fotografia

La fotografia non ha scopo diagnostico, ma viene usata per fornire delle immagini utili per la letteratura. Infatti se venisse usata per diagnosi, si creerebbero delle incomprensioni perché chi esegue materialmente la fotografia dovrebbe assicurarsi che l'apparecchio fotografico, l'angolo, la distanza focale e la posizione del paziente siano costanti rispetto alla volta precedente. Per ovviare a questo, Grocott (1995), afferma che le immagini utilizzabili dal punto di vista clinico siano quelle dell'ecografia della zona interessata.

Ci sono molti metodi disponibili per valutare le lesioni visivamente, il più utilizzato nel Regno Unito e negli U.S.A., è l'epiluminescenza, la medesima utilizzata per valutare l'evoluzione dei nevi in dermatologia. Purtroppo la letteratura esaminata non fornisce indicazioni circa la diffusione e l'affidabilità dell'epiluminescenza applicata alle lesioni maligne.

6.2.4 Percentuale di devitalizzazione

Molto importante è la percentuale di tessuto lesionato ai margini della fungating wounds perché il personale sanitario ha bisogno di valutare se la lesione è necrotica, squamosa o granuleggiante al fine di fornire l'approccio terapeutico più idoneo.

Il tessuto devitalizzato è descritto come crosta ed escara. Crosta si riferisce alla struttura delle proteine collagene, fibrina,

elastina. Di solito è giallo pallido o grigia, soffice e fibrosa. L'escara è allo stesso livello della pelle, si presenta spessa, dura, nera o marrone scura. Crosta ed escara sono rifugio di batteri e quindi terreno di coltura per eventuali infezioni.

La rimozione del tessuto necrotico, conosciuto come debridement, è classificato da metodo enzimatico, meccanico e autolitico (Clark 2002).

6.2.5 Valutazione dell'odore della lesione e della cute circostante

Impossibile una valutazione effettiva dell'odore essendo soggettivo per ogni essere vivente. Il personale infermieristico, ad esempio, ha la tendenza alla desensibilizzazione all'odore a seguito delle continue esposizioni a lesioni con simili sintomi.

Spesso l'essudato, se presente in quantità rilevante, è il maggior responsabile del cattivo odore della lesione e della macerazione della cute sana intorno, ad essa, data principalmente dall'adesione di medicazioni intrise di essudato.

6.2.6 Valutazione del dolore

L'inquadramento deve prevedere:

- anamnesi generale e della malattia mediante colloquio, osservazione, esame obiettivo, con particolare attenzione ai trattamenti in corso o subiti;
- la valutazione dei dati laboratoristici e strumentali (esami di laboratorio, T.C., radiografie) che permettano di stabilire le aree invase dalla lesione e la loro profondità;
- valutazione del dolore stesso:
 - o storia del dolore;
 - o sedi interessate (schema corporeo per la localizzazione);
 - o caratteristiche temporali;
 - o qualità e tipologia del dolore;
 - o fattori e situazioni scatenanti;
 - o fattori e situazioni attenuanti;
- misurazione dell'intensità attraverso scale di gradazione in cui il dolore è espresso da:
 - o aggettivi (scale verbali);
 - o segmento lineare (scala analogo visiva o VAS);
 - o numeri (scale numeriche);
 - o colore (scale cromatiche);
 - o simboli (scale simboliche).

In base alla letteratura analizzata, non si evidenziano schemi per la valutazione del dolore, ma fa fede la rilevazione eseguita in

sede di raccolta dati anamnestici e l'espressione verbale del soggetto durante le medicazioni.

7. Gestione della lesione

Il trattamento dei sintomi principali va identificato attraverso la paziente ed accurata attività del personale sanitario (Grocott 1995, Jones 1998, Pudner 2001). È inoltre necessario discutere col paziente le strategie terapeutiche da intraprendere di modo che siano il più accettabili possibili.

Ancora scarsa è l'attenzione data alla qualità di vita. L'autoaccertamento dei problemi psicosociali attuato dal paziente, mira ad attenuare questa mancanza. Per ottenere queste informazioni, il paziente autovaluta i sintomi e l'eventuale relazione di questi con i disagi psicosociali che causano la maggior parte dei problemi (Naylor 2002).

Il trattamento delle fungating wounds è complesso e impegnativo; il distress psicofisico per il paziente e per chi lo ha in carico (personale sanitario e famiglia) è ben documentabile.

Grocott (2002) ha recentemente ammesso che, negli ultimi 10 anni, non ci sono stati cambiamenti rilevanti nella cura delle fungating wounds. Al momento, la buona pratica, mira all'effettivo trattamento dei sintomi.

7.1 Trattamenti anticancro

In generale, le lesioni maligne non guariscono, e, teoricamente, potrebbero guarire o quanto meno ridursi, se la malignità fosse sensibile ai trattamenti sottoposti.

Il trattamento comunemente usato è la radioterapia che, distruggendo le cellule maligne, riduce le dimensioni della lesione,

alleviandone, di conseguenza, le manifestazioni sintomatologiche quali l'essudato, il sanguinamento, il dolore.

All'inizio del trattamento radioterapici si avrà un temporaneo peggioramento della lesione cui farà seguito o un eritema o uno sfaldamento cutaneo che rappresentano la reazione dell'epidermide alla terapia.

È dimostrato che l'uso di un singolo agente o basse dosi di chemioterapia sistemica, sono efficaci per l'alleviamento dei sintomi ma, nel caso di recidive o malattie avanzate, la risposta è minima ed irrilevante.

La terapia endocrina o ormonale è utilizzata quando il tumore primario è ormone-recettivo. Un esempio è dato dal tumore della mammella che è recettivo per gli estrogeni. Dopo circa 4 – 6 settimane, se la terapia è efficace, si inizierà a notare un rallentamento della progressione della lesione, cui farà seguito una riduzione della stessa. Il tempo di risposta è molto lento.

7.2 Detersione

Molti agenti impiegati routinariamente per la detersione della cute e delle lesioni sono dannosi perché contenenti prodotti citotossici.

Se non altrimenti prescritto, l'agente detergente di scelta è la soluzione fisiologica 0,9%, seguita dall'acqua, molto utili sono detersivi con base enzimatica o proteolitica. Vanno evitati batuffoli di cotone a causa di spargimenti di fibra, lavaggi con liquidi molto freddi, l'uso di

antisettici locali quali la Clorexidina, Iodio Povidone, Acqua Ossigenata e Sodio Ipoclorito perché causano dolore e danno tessutale.

L'uso di queste soluzioni è dibattuto sia per l'effetto tossico sui tessuti sani, sia per la rapidità con cui vengono inattivati dal materiale organico (Naylor 2002).

Bisogna prestare molta attenzione durante la detersione, l'energia con cui si pulisce la ferita può causare un trauma associato a dolore e sanguinamento. Questo è il motivo per cui le lesioni vanno deterse per caduta diretta della soluzione.

L'unico fattore importante per ridurre il livello di contaminazione batterica nelle ferite croniche è la rimozione del tessuto devitalizzato attraverso il debridement.

7.3 Debridement

Col termine debridement si intende l'eliminazione del tessuto necrotico dalla ferita.

L'eliminazione della necrosi è il punto di partenza del trattamento locale.

L'eliminazione della necrosi è un importante fattore di stress per il paziente. Valori di emoglobina inferiori a 9 g/dl., ed uno stato catabolico sono indicatori di cut – off rispetto alla riparazione tissutale, quindi un soggetto con questi parametri non verrà sottoposto a debridement, se non dopo la correzione dei valori.

Nell'attività di debridement è fondamentale tenere presente questo limite in quanto il meccanismo d'azione si basa sia sullo sbrigliamento della necrosi sia sulla concomitante neoangiogenesi con formazione di tessuto di granulazione. Se mancano i presupposti sopra citati, non è possibile ottenere crescita del tessuto vitale.

Risultano quindi basilari sia il mantenimento di valori di emoglobina soddisfacenti per garantire un sufficiente apporto di ossigeno ai tessuti in rigenerazione, sia il raggiungimento di uno stato di anabolismo spinto per consentire un valido supporto a livello di funzione plastica e ricostruttiva.

7.4 Trattamenti topici

L'uso di prodotti per medicazione tradizionali quali garze classiche e/o vaselinate, non è raccomandato nella cura delle lesioni maligne. Infatti questi prodotti aderiscono alla ferita inglobandone parte dei tessuti con conseguente trauma alla rimozione ed il relativo aumento di dolore e di possibilità di sanguinamento. Risulta inefficace inumidire la medicazione prima di rimuoverla (Naylor 2002).

Le medicazioni devono essere fatte rispettando il microclima della ferita, mantenendone il giusto grado di umidità, per ridurre notevolmente sia il trauma che il dolore provocati dalla rimozione della medicazione.

Si possono usare degli antibatterici topici come il Metronidazolo gel che con altri sistemi di medicazione, aiuta nel controllo di segni sgradevoli quali l'odore. Da uno studio condotto da Thomas e Hay (1991), è

emerso che il Metronidazolo gel è efficace su microrganismi aerobi ed anaerobi e non sono stati rilevati effetti collaterali indesiderati (Collier 2000).

L'applicazione del gel va fatta in quantità abbondante sulla lesione detersa e, di seguito, coperta con una medicazione secondaria.

È importante che il gel non venga usato in associazione con altri gel perché si verificherebbe la diluizione del principio attivo.

7.5 Trattamento chirurgico

L'approccio chirurgico è sottostimato perché ostacolato da complicanze potenziali quali il sanguinamento.

La lesione viene escissa completamente ma, a seguito del difetto di riparazione della ferita, si interviene con la chirurgia plastica.

Il danno viene riparato con innesti cutanei e lembi di pelle. Se questi attecchiscono il risultato sarà palliativo dal punto di vista medico ma, migliorerà l'aspetto estetico del paziente offrendogli la possibilità di vivere per un certo periodo libero da malattia (Naylor 2002).

8. Gestione dei sintomi

Raramente le lesioni maligne guariscono e lo scopo della gestione terapeutica non è la chiusura della lesione ma la promozione del comfort, la

prevenzione dell'isolamento sociale ed il mantenimento o il miglioramento della qualità di vita del paziente.

Il principale scopo del trattamento sarà quindi l'eliminazione o il controllo dei sintomi .

8.1 Cattivo odore

Il controllo dell'odore è uno degli obiettivi principali della gestione delle fungating wounds.

L'odore tipico è causato soprattutto dai batteri prodotti dalla necrosi tessutale.

Il trattamento iniziale è la detersione.

È sconsigliato l'uso di prodotti idratanti poiché, come risultato, creano una maggiore produzione di essudato e della decomposizione tessutale (Grocott 2001).

Come precedentemente accennato per il trattamento di questo sintomo si usa il Metronidazolo per via topica e sistemica, con lo scopo di eliminare i microrganismi responsabili dell'odore.

Per via sistemica questo antibiotico va somministrato alla dose di 200 mg. per 3 volte/die fino a quando il paziente non manifesterà effetti collaterali non tollerabili quali ad esempio una nausea persistente (Hampton 2003).

Quello per via topica, in versione gel allo 0,75% non solo diminuisce ed elimina l'odore putrido delle lesioni fungine della pelle, ma riduce anche la cellulite, le secrezioni delle lesioni, e l'infezione in atto. Ciò è esplicito da ricercatori che condussero uno studio aperto su 43 pazienti terminali. Tra il

giorno 0 e il giorno 7, il numero dei pazienti con lesioni maleodoranti scese dal 64% all'11%. Al 14° giorno il personale sanitario valutò il cattivo odore come presente ma non rivoltante in 37 pazienti, 40 pazienti furono valutati come inoffensivi. I restanti pazienti l'odore risultò moderatamente sgradevole. Nessuna lesione fu valutata come estremamente rivoltante. Lo studio produsse alcuni benefici superiori rispetto al metronidazolo topico: la cellulite si ridusse significativamente, al 14° giorno 9 pazienti non avevano più cellulite, 34 ne avevano un grado moderato e nessuno aveva cellulite severa. Al 14° giorno si evidenziò la riduzione di essudato: 20 pazienti non presentavano essudato, 22 avevano moderata quantità di essudato, nessuno presentava una produzione severa.

Dopo il 14° giorno le infezioni anaerobiche furono isolate in un solo tampone effettuato su una lesione. Dei 26 tubi di gel analizzati nessuno mostrò segni di contaminazione (da American Journal of Nursing 1996).

Considerato che queste lesioni sono scarsamente vascolarizzate l'uso di farmaci per via sistemica rappresenta un problema poiché non arrivano al letto della lesione.

L'uso topico è l'alternativa: quotidianamente, per 5 o 6 giorni, il gel viene applicato direttamente sulla lesione coprendo l'intera superficie o riempiendo la cavità.

Recentemente, nei casi di antibiotico resistenza, è stato rivalutato un preparato galenico a base di zucchero e miele. Molti prodotti sul mercato hanno un'alta percentuale di zucchero. Lo zucchero, attraverso

processi chimici iperosmotici, crea un ambiente tale per cui si ha l'inibizione della proliferazione batterica (Edwards 2000).

Le proprietà terapeutiche del miele erano già note agli Egizi, e in particolare il miele di una pianta specifica, MANUKA – LEPTOSPERMUM SCOPARIUM, molto diffusa in Nuova Zelanda, veniva comunemente utilizzato nella medicina popolare per trattare le ferite e le ustioni. Ora proprio questa sua caratteristica viene riproposta da uno scienziato dell'Università di Waikato in Nuova Zelanda, Peter Molan, che ha messo a punto un nuovo trattamento per aiutare le ferite a rimarginarsi velocemente, basato interamente sul miele di Manuka. Uccide i batteri e velocizza il processo di guarigione, inibisce lo sviluppo di un gran numero di batteri e funghi.

All'origine delle proprietà antibatteriche del miele vi sono molteplici fattori quali l'elevata concentrazione zuccherina, il pH acido e una serie di sostanze cosiddette inibine (come l'acqua ossigenata, il lisozima, il flavonoide, acidi aromatici ed altre componenti non meglio identificate).

È un preparato gelatinoso che si applica direttamente sulle ferite.

Il miele utilizzato nei preparati galenici contiene perossido di idrogeno che viene rilasciato lentamente all'interno della lesione. Ovviamente prima dell'uso va depurato dalle spore di clostridium fisiologicamente presenti, attraverso l'irradiazione con raggi gamma (Molan 1999).

Raramente, per le ulcere maligne profonde, vengono effettuati impacchi a base di perossido di idrogeno al 3% e perossido benzolio al 10 – 20% perché fortemente istolesivi. Sono usati nei casi in cui nessun

trattamento ha dato dei risultati positivi circa il controllo dei segni e dei sintomi.

Il perossido di benzolio è un potente agente ossidante organico che produce una dermatite da contatto su base allergica.

La cute sana circostante la lesione deve essere protetta con gelatina di petrolio o pasta di ossido di zinco ed il tutto coperto da una garza intrisa di perossido di benzolio al 10 – 20%.

La medicazione deve essere fatta con garze sterili e deve coincidere con l'ulcera evitando rigorosamente il contatto del perossido di benzolio con la cute sana circostante ed a ogni cambio deve essere detersa con soluzione fisiologica allo 0,9% (Twycross second edition).

Occasionalmente i pazienti si lamentano del bruciore nella sede di medicazione, sintomo destinato ad affievolirsi nell'arco di 30 minuti.

In commercio sono disponibili molti tipi di medicazioni e di garze medicate, le più diffuse sono quelle che sfruttano il potere assorbente del carbone attivo e quelle a base d'argento, recentemente usate come medicazioni di prima linea nella cura di queste lesioni.

Per contrastare l'odore ci si avvale anche di classici sacchetti in materiale plastico con placca adesiva (simili a quelli utilizzati dai portatori di stomia), che vengono svuotati dell'essudato con conseguente riduzione del cattivo odore (Naylor 2002). Come adiuvante a questi trattamenti possono essere usati oli essenziali, filtri e deodoranti per ambienti per favorire la permanenza del soggetto in ambienti chiusi e ridotti (Naylor 2002).

8.2 Essudato

La lesione maligna produce una significativa quantità di essudato.

Molto importante è la scelta del tipo di medicazione atta a contenerne una grande quantità e soprattutto a mantenere il microclima idoneo affinché non si verifichi un ulteriore peggioramento della ferita.

A questo scopo vengono utilizzate medicazioni confezionate non adesive a base di schiuma attiva (Grocott 1999).

Negli stadi iniziali, quando la quantità di essudato è assente o ridotta, a scopo preventivo, sono usate medicazioni a base di idrocolloidi (Jones 1998).

I trattamenti hanno lo scopo di prevenire i danni che l'essudato potrebbe causare alla cute, ed è importante che le medicazioni se aderenti, vengano applicate sulla cute asciutta; infatti la protezione cutanea è un aspetto fondamentale nella cura delle fungating wounds, la pelle integra va protetta costantemente dal contatto con l'essudato, e particolari cautele si devono adottare nella rimozione della medicazione.

Vengono usati prodotti spray non alcolici che si applicano sulla cute sana ed asciugandosi rapidamente creano un film protettivo (Hampton e Collins 2001).

8.3 Dolore

Le condizioni del paziente e la progressione della malattia indirizzeranno verso obiettivi curativi o palliativi.

Il dolore è considerato come il quinto segno vitale, la sua rilevazione e valutazione sono paragonate alla rilevazione della temperatura.

La sedazione del dolore è il primo obiettivo da perseguire, come sancito dalla WHO (World Health Organization), ogni paziente ha il diritto di ricevere un trattamento in grado di alleviare dolore e sofferenza.

La terapia farmacologica ha un ruolo fondamentale, deve sempre essere individualizzata e continuamente valutata e verificata nell'efficacia.

Le basi per un buon controllo del dolore sono la messa in pratica delle linee guida fornite WHO.

Basilare è la prevenzione del sintomo: l'uso di medicazioni non adesive, e il mantenimento di un adeguato microclima riducono il trauma e proteggono le terminazioni nervose eventualmente esposte. È indicata la somministrazione di analgesici prima del cambio della medicazione. Si possono usare oppioidi a basse dosi, il cui rilascio sarà rapido ed andrà ad adiuvarne l'analgesico esistente in coloro che sono già in trattamento.

Altri operatori prendono in considerazione la possibilità di eseguire la medicazione in narcosi (Naylor 2002).

Nella realtà anglosassone l'applicazione topica di derivati morfiniti è un trattamento alternativo nei soggetti che non rispondono all'analgesia convenzionale, anche se, l'evidenza scientifica sull'effettiva capacità di controllo è limitata a pochi casi in cui si è verificata la reale diminuzione della sintomatologia dolorosa (Grocott 2000). In questo caso il derivato morfinitico è miscelato con un gel ed applicato direttamente sulla lesione, la

concentrazione di morfina è di 1 mg. ogni grammo di gel idrosolubile. Il metronidazolo può essere miscelato all'oppioide al fine di ottenere un duplice controllo sia dell'odore che del dolore (Grocott 2000), il composto viene applicato una volta al giorno e può dare sollievo fino al giorno successivo all'applicazione.

8.4 Sanguinamento

Vi sono molti metodi per ridurre il rischio di sanguinamento: l'uso di medicazioni non adesive, la detersione con soluzioni applicate per caduta, sono alcuni degli esempi attuati per ridurre la possibilità di trauma. Se lo stillicidio è importante si provvederà all'emostasi confezionando una medicazione compressiva. Se il sanguinamento non si arresta si dovrà intervenire chirurgicamente attraverso la cauterizzazione o legatura dei vasi.

A scopo preventivo è utile l'uso di acido tranexamico alla dose di 1 – 1,5 g. dalle 2 alle 4 volte al giorno per 10 gg. come inibitore della fibrinolisi (Naylor 2002).

Sotto controllo medico si può fermare il sanguinamento con l'uso topico di adrenalina che crea un'importante vasocostrizione facendo attenzione che l'abuso crea ischemia e necrosi (Grocott 2001).

L'uso di prodotti topici a base di sucralfato può essere adottato per favorire la coagulazione.

Talvolta si rende necessario l'impiego di falde emostatiche; buoni risultati si ottengono con cellulosa ossidata rigenerata od alginati di calcio.

8.5 Prurito

E' il sintomo dato da un tumore cutaneo in fase attiva che generalmente non risponde alle terapie con antistaminici (Grocott 2001).

L'uso di medicazioni con idrogel conservate in luogo fresco danno sollievo sintomatologico. Altri suggeriscono l'uso di creme mentolate su base acquosa che grazie al loro effetto lenitivo e rinfrescante non inaridiscono la cute e si applicano sulle aree pruriginose 2 – 3 volte al giorno e ogni volta che necessita, ovviamente non vanno applicate sulle lesioni aperte (Naylor 2002).

Secondo gli studi condotti da Grocott (2000) la TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) pare sia utile ad alleviare il prurito associato a lesioni maligne, poiché questo trattamento produce la contrazione ed il rilassamento dei muscoli promuovendo così il flusso sanguigno. Questo processo inoltre permette l'eliminazione delle sostanze algogene favorendo quindi la diminuzione del dolore e la produzione di endorfine responsabili dei vantaggi terapeutici della TENS creando una momentanea barriera al sistema nervoso nel punto di dolore.

9. Medicazione

Nel 1962, il dott. George Winter coniò il termine "medicazione occlusiva", poiché osservò che le lesioni nei maiali domestici guarivano due volte più velocemente sotto uno strato di polietilene. I seguenti 40 anni hanno visto lo svilupparsi di medicazioni che trattengono l'umidità e la ricerca prova la loro efficacia e ridimensiona il mito dell'aumento percentuale delle infezioni con le medicazioni occlusive. Infatti una lesione inizia a disidratarsi entro due o tre ore dalla comparsa e la cute diventa necrotica. La presenza di umidità fornita dalla medicazione occlusiva aumenta il tasso di epitelizzazione rispetto alle lesioni esposte all'aria.

Questo tipo di lesioni pur non guarendo aumentano la proliferazione di tessuto, riducendo il dolore. Il letto della ferita dovrebbe restare umido senza

formazione di necrosi e senza eccessivo accumulo di essudato. La protezione della cute perilesionale è una parte importante del processo di medicazione delle fungating wounds (Clark, 2002).

La medicazione rappresenta uno dei momenti più dibattuti nel trattamento delle lesioni maligne, quella ideale è caratterizzata da:

- mantenimento di un microambiente umido
- permettere e favorire la rimozione di essudato e tessuto necrotico
- essere permeabile ai gas
- proteggere dalle infezioni
- avere un basso costo
- essere maneggevole.

A questi principi si ispira Grocott, la quale pone particolare attenzione a:

- controllo del dolore attraverso il mantenimento dell'umidità nel sito della lesione usando medicazioni non aderenti;
- controllo dell'odore usando antibatterici e antibiotici appropriati;
- rimuovere la medicazione senza traumi;
- ristabilire la simmetria corporea attraverso l'uso di medicazioni per gli spazi vuoti;
- controllare il sanguinamento quando occorre con medicazioni emostatiche.

I prodotti di medicazione che gli infermieri devono prendere in considerazione sono:

- medicazione assorbiodori a base di carbone attivo da porre direttamente sulla lesione odorosa con notevole quantità di essudato;
- prodotti schiumogeni per lesioni con essudato;

- fogli di idrocolloidi per lesioni con essudato leggero o per la protezione della cute circostante;
- prodotti spray che creano un film protettivo sulla cute integra.

L'uso di materiali di medicazioni adesivi è fortemente sconsigliato da tutti gli studi osservazionali svolti per lo più in Gran Bretagna.



Fungating wounds in paziente affetta da neoplasia al seno dopo trattamento (Yuen – Liang et all, 2003).

9.1 Tabella prodotti

Prodotto	Categoria	Vantaggi e indicazioni	Svantaggi e controindicazioni	Modalità di impiego
Idrocolloidi in placca	Medicazione occlusiva	Mantiene un microclima umido e protegge dalle infezioni esogene	Possibile scollamento della medicazione in caso di lesioni fortemente essudanti; in tal caso si possono verificare fenomeni macerativi	Tempo massimo di permanenza 5-7gg. va sostituita se scollata.
Idrocolloidi + adsorbente in tampone	Medicazione occlusiva adsorbente	Per ferite piane ad elevata essudazione, deterse o ricoperte di fibrina;essendo medicazioni molto sottili, sono particolarmente indicati sotto bendaggio elastocompressivo	Nessuna	Previa detersione si sostituiscono alla fuoriuscita di essudato dai bordi (da 2 a 7 gg).
Idrocolloidi + adsorbenti in fibra	Medicazione occlusiva adsorbente	Indicata su ferite ad essudazione medio elevata, deterse o ricoperte di fibrina.	Nessuna	Previa detersione si sostituiscono alla fuoriuscita di essudato dai bordi (da 1 a 5 gg).
Iodopovidone	Antisettico, attivo nei confronti di gram positivi e negativi, miceti	Indicato in tutte le forme di infezione clinicamente manifesta o di colonizzazione;è usato in soluzione come essiccante nelle necrosi.	È istolesivo;rallenta i processi di guarigione, il suo impiego deve essere limitato alla risoluzione dei fenomeni infettivi;possono verificarsi fenomeni allergici verso lo iodio;non va usato su sanguinamenti ed in caso di insufficienza renale	Può essere impiegato in antisepsi (soluzione) diluito, oppure utilizzato impregnando le garze.

Ipocloriti	Antisettico	Ampio spettro antibatterico; indicati nella detersione di ferite con segni clinici di infezione	Attività istolesiva nei confronti delle cellule rigenerative con ritardo nella cicatrizzazione; sono frequenti alterazioni della cute circostante	Possono essere impiegati nella detersione in ferite infette.
Prodotto	Categoria	Vantaggi e indicazioni	Svantaggi e controindicazioni	Modalità di impiego
Metronidazolo	Antibiotico	Impiegato in lesioni infette da germi anaerobi o miceti.	Possibile sensibilizzazione e insorgenza di fenomeni di resistenza.	Previa detersione applicato 1-2 volte die.
Miele	Eutrofizzante	Indicato su lesioni non necrotiche.	Rimozione difficoltosa	Va applicato uno strato generoso e sostituito ogni 12-24 ore; necessita di medicazione secondaria.
Pellicole non aderenti porose	Pellicola porosa che evita il contatto fra la lesione e la medicazione	Usata per medicazioni che non possono aderire alla lesione	Nessuna	Dopo averle inumidite vengono conformate al fondo della lesione e su queste si pone la medicazione; possono stare in sede anche 7 gg.
Soluzione fisiologica	Detergente	Si usa per la detersione della ferita durante la medicazione	Nessuna	Versata per caduta ed asciugata per tamponamento
Silicone spray	Protettivo	Protezione della cute perilesionare dalla macerazione.	Riduce la capacità di adesione delle medicazioni	Si applica uno strato sottile sulla cute integra

10. Conclusioni

La revisione della bibliografia attuata, fa dedurre che, allo stato attuale, non esista una linea di comportamento comune circa la gestione della medicazione delle fungating wounds.

È certo che il trattamento delle lesioni maligne è un lavoro di equipe multidisciplinare, basato sul controllo dei sintomi e sull'identificazione dei problemi psicosociali del soggetto colpito, allo scopo di migliorare la qualità di vita sia del paziente affetto che della famiglia.

Bibliografia

1. Adderley U., Smith R. *Topical agents and dressings for fungating wounds*.
The Cochrane Library 2004; 2
2. Benbow M. *Mixing dressings – a clinical governance issue?*. Journal of
Community Nursing 2004; 18 (03)
3. Bycroft L. *Care of a handicaped women with metastatic breast cancer*.
British Journal of Nursing 1994; 3 (3): 126 – 133
4. Chisholm L.J., Gupta R., Theaker J.M., Royle G.T. *Papillary carcinoma – in
– situ of the breast presenting as a fungating lesion*. (Articolo disponibile
on line su www.idealibrary.com)
5. Clark, Jan J. *Wound repair and factors influencing healing (Wound and
Skin Management in the ICU)*. Critical Care Nursing Quarterly 2002; 25
(01): 1 - 12

6. Collier M. *Management of patients with fungating wounds*. Nursing Standard 2000; 15 (11): 46 – 52
7. Collier M. *The assessment of patient with malignant fungating wounds – a holistic approach*. Nursing Time 1997; 93 (46): 1 - 4
8. Edwards J. *Managing malodorous wounds*. Journal of Community Nursing 2000; 14 (04): 37 - 42
9. Grocott P., Cowley S. *The palliative management of fungating malignant wounds – generalising from multiple – case study data using a system of reasoning*. International Journal of Nursing Studies 2001; 38: 533 – 545
10. Grocott P. *Palliative management of fungating malignant wounds*. Journal of Community Nursing 2000; 14 (03): 31 - 38
11. Grocott P. *The management of fungating wounds*. Journal of Wound Care 1999; 8 (5): 232 – 234
12. Grocott P. *Controlling bleeding in fragile fungating tumours*. Journal of Wound Care 1998; 7 (7): 342

13. Grocott P. *The palliative management of fungating malignant wounds*. Journal of Wound Care 1995; 4 (5): 240 - 242
14. Grocott P. *Assessment of fungating malignant wounds*. Journal of Wound Care 1995; 4 (7): 333 - 336
15. Hallet A. *Fungating wounds*. Nursing Times 1995; 91 (39): 81 - 85
16. Hampton S. *Reducing malodour in wounds: a dressing evaluation*. Journal of Community Nursing 2003; 17 (04)
17. Hampton S., Collins F. *Superskin: the management of skin susceptible to breakdown*. British Journal of Nursing 2001; 10 (11): 742 - 746
18. Harker J. *Handbook of wound management in Cancer Care*. Journal of Clinical Nursing 2003; 12 (6)
19. Howells A. *Walking wounded*. Nursing Standard 2003; 17 (18)
20. Jones M. *Dressing wounds*. Nursing Standard 1998; 12 (39): 47 - 52
21. Leaper D. *Antiseptics in wound healing*. Nursing Times 1996; 92 (39): 63 - 68

22. Molan P. *The role of honey in the management of wounds.* Journal of Wound Care 1998; 8 (8): 415 - 418
23. Murakami M, Kuroda Y, Sano A, Okamoto Y, Nishikawa T, Nishimura S, Matsusue S. *Validity of local treatment including intraarterial infusion chemotherapy and radiotherapy for fungating adenocarcinoma of the breast – case report of more than 8 year survival.* American Journal of Clinical Oncology 2001; 24 (04): 388 - 391
24. Naylor W. *Malignant wounds: aetiology and principles of management.* Nursing Standard 2002; 16 (52): 45 - 53
25. Nielsen A. *Management of wound exudates.* Journal of Community Nursing 1999; 13 (06)
26. Pudner R. *Deodorising dressing products in wound management.* Journal of Community Nursing 2001; 15 (10)
27. Pudner R. *Amorphous hydrogel dressings in wound management.* Journal of Community Nursing 2001; 15 (06)
28. Pudner R. *Alginate and hydrofibre dressings in wound management.* Journal of Community Nursing 2001; 15 (05)

29. Pudner R. *The management of patients with a fungating or malignant wound*. Journal of Community Nursing 1998; 12 (9): 30 - 34
30. Sisson J. *Evidence based practice*. Journal of Community Nursing 2002; 16 (05)
31. Twycross R. *Fungating cancer*. Symptom management in advanced cancer 1997; 267 – 268
32. Watret L., Armitage M. *Making sense of wound cleansing*. Journal of Community Nursing 2002; 16 (04)
33. Watret L., Armitage M. *Barriers to healing*. Journal of Community Nursing 2001; 15 (11)
34. Yuen- Liang L., Hen – Hong C., Ming – Jer H., Kou – Hwa C., Wen – Hao S., Hong – Wen C., Chang – Hung C., Wen – Yu W., Li – Hua L., Yu – Jen C. *Combined effect of topical trioxide and radiation therapy on skin – infiltrating lesion of breast cancer – a pilot study*. Anti – Cancer Drugs 2003; 14: 825 – 828
35. *Metronidazole: Deodorant for skin ulcers (Drug Watch)*. American Journal of Nursing 1996; 96 (9): 52

Abstract

Approssimativamente il 5 – 10% dei pazienti con cancro metastatico sviluppano fungating wounds. La deturpazione dei lineamenti provocata e la natura sgradevole di queste lesioni può creare problemi psicosociali nei pazienti, il che significa che cercheranno aiuto solo quando la lesione sarà in fase avanzata. Non esistono trattamenti curativi, ma solo palliativi atti al controllo dei sintomi.

Quando il tumore non risponde a questi trattamenti il paziente verrà lasciato con la gestione complessa di una lesione cronica, che è l'unica opzione.

La revisione della letteratura considera l'eziologia, la fisiopatologia, l'incidenza, i sintomi, i trattamenti, la valutazione olistica del paziente e della lesione.

La gestione della fungating wounds si presenta molto complessa a causa dell'essudato massivo , l'odore sgradevole e la tendenza al sanguinamento.

Le strategie di cura evidenziate sono il risultato della ricerca bibliografica internazionale, utilizzabili per la pratica clinica.

