

LESIONI NEL TALLONE

Trattamento precoce del flittene: una proposta

> di FRANCO OGNIBENE*

LA DEFINIZIONE INTERNAZIONALE NPUAP-EPUAP DI ULCERA DA PRESSIONE È: "UN'ULCERA DA PRESSIONE È UNA LESIONE LOCALIZZATA ALLA CUTE E/O AGLI STRATI SOTTOSTANTI, GENERALMENTE IN CORRISPONDENZA DI UNA PROMINENZA OSSEA, QUALE RISULTATO DI PRESSIONE, O PRESSIONE IN COMBINAZIONE CON FORZE DI TAGLIO. NUMEROSI FATTORI CONTRIBUENTI O CONFONDENTI SONO ASSOCIATI CON LE ULCERE DA PRESSIONE; IL SIGNIFICATO DI QUESTI FATTORI DEVE ANCORA ESSERE ELUCIDATO".

Il flittene del tallone è una lesione da pressione i cui fattori contribuenti sono prevalentemente le forze di taglio generate con la frizione. Nella classificazione NPUAP-EPUAP dell'Ulceri da Pressione, il flittene del tallone è definito di categoria II. Il trattamento delle lesioni da decubito è ben documentato per lesioni allo stadio avanzato, ma se identifichiamo la presenza di una lesione da pressione precocemente perché non iniziare subito a medicarla? i risultati dovrebbero essere migliori. Avanzo qui una serie di considerazioni e una proposta, ovviamente aperta a ogni contributo.

Per cercare altre esperienze il database per eccellenza è PubMed e una semplice ricerca "heel sores treatment" non restituisce nulla di interessante sul trattamento e soprattutto sul trattamento precoce. Uno studio italiano sul tallone è stato realizzato da "Forni et al", ma mirato alla prevenzione delle lesioni del tallone con l'utilizzo di medicazioni/supporti in poliuretano. La ricerca più recente, del 2011, è la revisione sistematica realizzata dalla Cochrane Collaboration, un elaborato che ha effettuato una ricerca specifica per il trattamento delle lesioni al tallone. Il documento evidenzia come ci siano molti studi sulla prevenzione e pochi sul trattamento, tanto che solo uno supera la rigida selezione. Una ricerca sulle procedure e linee guida disponibili online, e realizzate da diverse ASL, consente di trovare un'eterogeneità di comportamenti

sul trattamento precoce delle lesioni del tallone, dalla copertura del flittene con pellicole sottili alla foratura semplice.

Flittene: come si presenta

Ma come si presenta il flittene del tallone e come esordisce? Il flittene che si presenta più frequentemente ha come causa di esordio prevalente le forze di taglio; la forma è tondeggianti a bordo regolare, con un diametro di 2-5 cm. Chi lavora a contatto con i pazienti può vedere come ogni giorno, durante il rifacimento del

letto, l'allettato esercita contro le lenzuola una frizione energica e continua; la frizione può avvenire con un movimento ampio e ripetuto, oppure con movimenti piccoli e ad una pressione alta. In questo caso apparentemente l'arto sembra fermo, l'effetto in entrambi i casi è una forza tangenziale sufficiente a scollare l'epidermide.

Il flittene può comparire da un giorno all'altro; se si osservano talloni arrossati è necessario applicare tutte le strategie di prevenzione disponibili in reparto. Ciò è importante e le talloniere vanno applicate immediatamente appena ci si accorge di un paziente frizionatore del tallone, ma non sono sempre sufficienti perché con il loro insistere i pazienti riescono ugualmente a procurarsi dei flitteni. La tipologia di anziani in cui mi è capitato di osservarne la presenza è sostanzialmente di due tipi: pazienti con ictus che



hanno un comportamento di contrazione dell'emisoma colpito, oppure pazienti allettati per patologie varie, dallo scompenso cardiaco alla frattura di bacino, che riferivano di non riuscire a stare fermi e frizionavano il tallone.

Lo scollamento dell'epidermide crea una cavità e il derma produce un liquido che ha una natura sieroproteica. Il flittene del tallone da frizione esordisce con una morfologia tipica, la forma è tondeggiante dal bordo netto, il diametro massimo varia dai 2 ai 5 cm, alla base il derma è integro e non presenta aree nere, la cavità con il liquido interno può essere trasparente, sieroso o sierolematico più o meno fluido o denso e la cavità può essere unica o divisa in setti a seconda della natura del siero, in alto l'epidermide o tetto del flittene.

Cosa succede al flittene ignorato e lasciato a se stesso? Nella fase iniziale il contorno del flittene si presenta lineare e solo successivamente può diventare frastagliato, sul derma si può riconoscere un punto o più con una piccola area nera oppure in poco tempo il derma diventa tutto nero. Il flittene evolve in escara nera. La lesione ad escara nera è grave, il derma

è secco, necrotizzato e dà origine ad un piastrone unico con il siero e l'epidermide; si perde la funzione di barriera favorendo l'ingresso dei batteri, dalla colliquazione dello strato adiposo sottostante; si possono presentare sepsi con ipertermia e endocarditi gravi. Per la guarigione dell'escara nera del tallone possono occorrere alcuni mesi, con medicazioni costose, e spesso il risultato diventa una cicatrice invalidante. Trattare il flittene da frizione del tallone precocemente per far guarire la lesione al secondo stadio è possibile e con un intervento minimo.

Una proposta di intervento

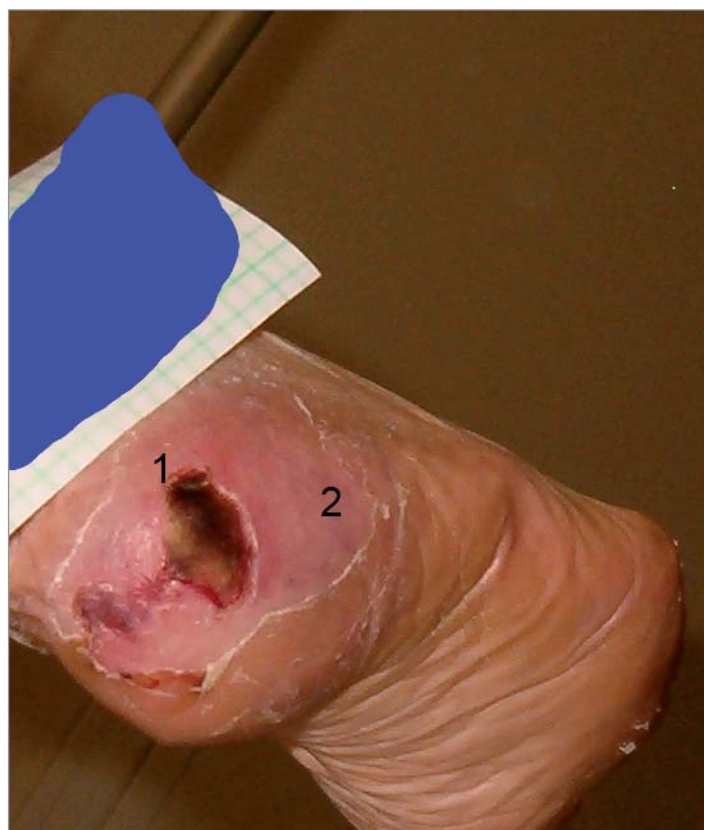
La tecnica presentata di seguito richiede poco tempo, risorse comuni ed ha un'efficacia alta.

La presente istruzione operativa si applica solo per il trattamento precoce dei flitteni da frizione del tallone. Il trattamento è distinto in 3 fasi: informazione, detersione, educazione.

Informazione: l'utente e i suoi familiari vengono informati della presenza della lesione, perché è comparsa e lo scopo della tecnica che ci si appresta ad eseguire. In questo momento è importante informarsi se sono note allergie allo iodopovidone.

Detersione: utilizzare i DPI adatti. Disinfettare la superficie esterna con iodopovidone 10% soluzione acquosa; aspirare e rimuovere il liquido all'interno della cavità con un agocannula ch 18-20 gauge, lasciare in sede la cannula; aspirare in una siringa da 20ml, 1 ml di una soluzione acquosa di iodopovidone al 10% e portare a 10ml con soluzione fisiologica (NaCl 0,9%); detergere il flittene, attraverso l'agocannula precedentemente lasciata in sede, si risciacqua il flittene con la soluzione. Attenzione a non eccedere con la pressione (controllare il tetto della flittene che non sia teso rischio di getti), si ri-aspira per 2-3 volte. Se dopo il primo passaggio la soluzione nella siringa presenta del particolato si ripete la procedura. Coprire il tallone con garze TNT (tessuto non tessuto, pacchetto 4-5 strati) e fissare con cerotto. Data e firma dell'operatore; se il pacchetto delle garze viene rimosso per frizionamento, si riapplica; mantenere la talloniera. Ripetere dopo 48 ore.

Educazione: informare il familiare di riferimento o il caregiver sulla necessità di rimuovere le cause di frizione, di segnalare tempestivamente la rimozione della garza in TNT e della talloniera.



Materiale impiegato

- DPI;
- disinfettante iodopovidone 10%;
- soluzione fisiologica fl da 10ml;
- siringhe 10ml con ago; batuffoli, garze;
- agocannula 18-20 ga.

Controindicazioni

- Allergia nota ai prodotti iodati.

Risultati

I risultati esposti sono riferiti all'esperienza diretta, dato che non è stato ancora attivato un processo di monitoraggio sistematico. Un caso tipico: il flittene del tallone è comparso in una paziente con ictus. Alla presa in carico il flittene aveva una forma tondeggiante ellittica, un bordo netto, e dopo la prima detersione era nota la presenza di una lesione nera sul derma. L'esperienza evidenzia la guarigione del flittene, che dopo la detersione si è asciugato. L'aspetto del flittene guarito dipende dallo spessore dell'epidermide e dal residuo di iodopovidone, in quanto dopo la detersione se non sono presenti lesioni nere (aree di necrosi del derma) si avrà la presenza di striature scure a seconda

dell'efficacia del riaspirazione effettuata durante la detersione.

Una volta asciutto, il flittene è guarito e il derma riprenderà la sua funzione di protezione. Comunque esiste un rischio di recidiva e deve essere applicata e mantenuta la procedura di prevenzione con talloniera e postura regolare.

Il flittene scompare quando si asciuga ma restano visibili i contorni nell'area in cui si era formato; dopo circa una settimana dall'asciugatura, l'epidermide del flittene si scolla e lascia intravedere l'epidermide nuova ed integra.

Riguardo il tempo necessario per arrivare ad un risultato di asciugatura del flittene, ovvero quando l'epidermide ritorna aderente al derma, questo è variabile e possiamo avere due situazioni:

- Se la nostra capacità di sorveglianza delle lesioni da pressione è elevata riusciamo ad applicare tempestivamente la detersione; in questo caso il tempo di guarigione è più lungo perché agiamo durante il periodo secernente del derma ed inficia la detersione, che va ripetuta per 2-3 volte o più.
- Se abbiamo in carico un paziente che ha un flittene in sede da giorni potrebbe capitare che vediamo l'asciugatura del flittene anche con un solo trattamento.

Il tempo di asciugatura e quindi di guarigione è inversamente proporzionale alla nostra capacità di osservare e monitorare il paziente; il suggerimento, comunque, è di applicare subito la detersione microinvasiva dato che non possiamo sapere a priori in quanto tempo e con quale area il derma necrotizza e quindi non è più recuperabile. La detersione microinvasiva ha un'efficacia prossima al 100% dei casi, le situazioni osservate di non efficacia sono dovute al non aver impedito il frizionamento attivo del paziente che quindi si è causato la rottura del flittene oppure le recidive sullo stesso flittene.

Discussione

Un'ipotesi interessante per spiegare la progressione del flittene ad escara nera quando non si interviene, è la progressiva modificazione del contenuto sieroproteico che arriva inevitabilmente ad una concen-

trazione elevata con modificazioni chimiche che esplicano un effetto tossico per il derma. Un'ipotesi la cui dimostrazione pratica sarebbe possibile solo con un'analisi del siero da parte di esperti; per adesso si può fare solo un'ipotesi inferenziale. Ovvero, se il siero è lasciato in sede, il flittene progredisce, se il siero viene rimosso non progredisce, quindi il siero è un elemento importante per la modificazione del flittene ad escara nera.

Il quesito è lavoro per esperti, ma possiamo fare un'analisi della detersione microinvasiva del flittene, che in pratica è un risciacquo meticoloso dello stesso dove possiamo riconoscere alcuni principi:

- rimozione del siero: nell'ipotesi che il siero abbia proprietà irritative è l'elemento più importante; è possibile vedere, grazie alla colorazione di contrasto, se la detersione arriva in tutti i settori del flittene, che può anche essere suddiviso in setti (saccato),
- riduzione dell'attrito grazie all'utilizzo della garza in TNT, che cede alla trazione,
- riduzione del rischio di infezione; un foro è comunque un punto di ingresso per i microrganismi che si riproducono bene nel siero proteico e la presenza di residui di iodopovidone ne riduce il rischio,
- riduzione del rischio della presenza di residuo di siero per fuoriuscita dell'eccesso dal foro di ingresso,
- maggior aderenza dell'epidermide al derma per l'effetto appiccicoso dello iodopovidone.

Tutti i principi elencati sono utili per favorire l'asciugatura del flittene. Le complicanze osservate sono due: la pigmentazione transitoria e la rottura del flittene. La pigmentazione transitoria è causata dalle tracce di iodopovidone diluito utilizzato nella detersione, alla rimozione dell'epidermide secca la pigmentazione si dimostra transitoria. La rottura dell'epidermide causata dalla frizione continua lascia scoperto il derma e non è più possibile procedere con la detersione microinvasiva; in questo caso il derma, che è in una fase irritativa, è delicato e soggetto potenzialmente ad una disidratazione rapida, quindi ad una formazione di lesioni in questo caso la medicazione proseguirà

con idrocollide. E' necessario ricordarsi di mantenere la talloniera dato che la recidiva del flittene è sempre possibile.

CONCLUSIONI

Il flittene lasciato integro evolve verso una lesione nera secca e dura, nota come escara. Questo racconto è un case report perché purtroppo non ho la possibilità di fornire un'adeguata documentazione fotografica di altri casi altrimenti sarebbe un case series. Penso sia interessante pensare a sviluppi futuri per la detersione microinvasiva, per comprendere se esistono altre soluzioni da utilizzare con efficacia per il risciacquo del flittene che abbiano colorazioni di contrasto o proprietà appiccicose più efficaci.

La scarsità di studi evidenziato dalla *Cochrane collaboration* sul trattamento delle lesioni del tallone e ancora di più sul trattamento precoce delle lesioni da pressione, dimostra che è necessaria una condivisione di esperienze pratiche come questa per dare uno spunto a chi ha le risorse e i mezzi per fare studi complessi.

* Infermiere presso Casa di Cura Villa Laura, Bologna

BIBLIOGRAFIA

- Linee guida integrali dell'AHRQ per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito, IV edizione della versione italiana integrata con fisiopatologia e profilassi, Aldo Calosso e Ermellina Zanetti, ed AISLEC
- Use of polyurethane foam inside plaster casts to prevent the onset of heel sores in the population at risk. A controlled clinical study. Forni C, Loro L, Tremosini M, Mini S, Pignotti E, Bigoni O, Guzzo G, Bellini L, Trofa C, Di Cataldo AM, Guzzi M. *J Clin Nurs.* 2011 Mar; 20 (5-6):675-80. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03458.x.