

PROTOCOLLO DI CURA E IGIENE DELLA STOMIA PER PROTESI OSTEOINTEGRATA



Università degli Studi di Bologna
Istituto Ortopedico Rizzoli
Centro Protesi Inail Vigorso di Budrio
(BO)

A cura di

Dott.ssa Gioconda Carluccio³

Dott.ssa Milena Morselli¹

Giulia Manzari³

Dott.ssa Laura Bragonzoni¹

Dott. Domenico Alesi¹

Ing. Emanuele Gruppioni³

Prof. Stefano Zaffagnini¹⁻²

Dott. Amedeo Amoresano³

¹Università degli Studi di Bologna – Alma Mater Studiorum

²II Clinica Ortopedica – Istituto Ortopedico Rizzoli (Bologna)

³Centro Protesi Inail, Vigorso di Budrio (Bologna)

INDICE

Protocollo di cura della stomia per la protesi osteointegrata di arto inferiore	1
Gestione della stomia.....	2
Istruzioni per la corretta pulizia della stomia	2
Cura della stomia.....	4
Infiammazione o infezione della stomia.....	4
Irritazione e/o secchezza della stomia	6
Presenza di tessuto cicatriziale e/o ipergranulazione ai margini della stomia	6
Gestione del dolore dell'arto osteointegrato	7
Dolore muscolare (mialgia) a livello dell'arto amputato.....	7
Dolore all'apice della stomia	8
Dolore all'articolazione coxo-femorale	8
Neuroma e dolore da arto fantasma.....	9

PROTOCOLLO DI CURA DELLA STOMIA PER LA PROTESI OSTEOINTEGRATA DI ARTO INFERIORE

La stomia è l'apertura della cute attraverso la quale la porzione distale dell'impianto protesico (adattatore) protrude all'esterno. Nella fase del post-operatorio (Figura 1a e 1b) va trattata come una ferita chirurgica; nel corso delle settimane, la parete interna viene rivestita da un tessuto assimilabile all'epitelio di una mucosa. Tuttavia, nelle prime settimane la stomia rappresenta un sito particolarmente vulnerabile e sensibile: è possibile, quindi, che sanguini o che sia soggetta a infezioni. Una volta che l'epitelio si è formato il rischio di sanguinamenti, irritazioni e infezioni dei tessuti molli diminuisce.

È necessario istruire il paziente sulla corretta gestione della stomia e sul riconoscimento tempestivo di cambiamenti della stessa che necessitano di essere gestiti da personale medico-infermieristico.



Figura 1 (a e b) – Presentazione della stomia a un giorno (sinistra) e a tre giorni (destra) dall'intervento.

La stomia deve essere pulita due volte al giorno per prevenire eventuali irritazioni o infezioni della pelle e dei tessuti molli. La cura inizia dal giorno successivo all'intervento chirurgico; nelle prime settimane la stomia deve essere accuratamente irrigata con il semplice getto di acqua del doccia. È consentito l'utilizzo di saponi neutri, tuttavia un lavaggio abbondante con acqua risulta sufficiente.

Quando la stomia continua a sanguinare si consiglia di risciacquare con acqua fredda, applicare una serie di garze ed effettuare una compressione. In caso di sanguinamento ricorrente, ridurre le attività e mantenere il moncone in scarico.

Attenzione

I tamponi di garza non sono da considerare sterili.

GESTIONE DELLA STOMIA

ISTRUZIONI PER LA CORRETTA PULIZIA DELLA STOMIA

1. Rimuovere il tampone di garza;
2. Irrigare la stomia con il doccino (Figura 2a) o con un idropulsore (si consiglia l'idropulsore). Per comodità, si consiglia di acquistare un idropulsore con livelli di getto d'acqua regolabili e con un serbatoio dell'acqua integrato;
3. Rimuovere eventuali depositi (incrostazioni) dall'impianto con un tampone di garza, acqua e sapone (Figura 2b);
4. Assicurarsi che l'impianto protesico sia perfettamente pulito e privo di detriti;
5. Massaggiare la pelle e i muscoli durante il risciacquo e assicurarsi che non si verifichino aderenze tra il rivestimento interno della stomia e l'impianto;
6. Dopo il risciacquo, procedere eliminando i residui di acqua con un asciugamano. Se necessario, coprire la stomia con una garza da 10x10 cm, adeguatamente ripiegata sul lato lungo e bloccata attorno all'impianto con un nodo.

Attenzione

Coprire la stomia con una garza solo quando c'è una secrezione importante. Lo scopo dell'uso di una garza è impedire semplicemente che si formino macchie sui vestiti: la copertura per stomia non ha lo scopo di mantenere la zona sterile. La stomia va pulita accuratamente anche dopo tutte le attività.



Figura 2 (a e b) – Pulizia della stomia con il doccino (sinistra) e pulizia dell'adattatore con una garza (destra).

CURA DELLA STOMIA

Uno dei primi segni di irritazione della stomia è il rossore, che può essere accompagnato da gonfiore dei tessuti molli, calore e dolore.

Va ricordato che la presenza di irritazioni o infezioni ripetute nello stesso soggetto può essere ricondotta a una scarsa o insufficiente igiene del moncone, a uno strato adiposo sottocutaneo sovrabbondante attorno all'area della stomia e/o alle abitudini tabagiche del soggetto.

Attenzione

Attenersi sempre alle indicazioni di un medico opportunamente formato.

INFIAMMAZIONE O INFEZIONE DELLA STOMIA

L'infezione si presenta come dolore attorno e all'interno della stomia, accompagnato da secrezioni purulente giallo-verdi, rossore, gonfiore, cute calda al tatto e rialzo della proteina C-reattiva.

In caso di infiammazione (Figura 3b) o infezione (Figura 3c) procedere nel modo seguente:

- Pulire frequentemente la stomia con acqua e sapone neutro;
- Disinfettare con clorexidina gluconato 0,5% + etanolo 70% (SANITAS) due volte al giorno, dopo aver pulito la stomia con acqua; in alternativa, irrigare la stomia con 4 mL di perossido di idrogeno (acqua ossigenata) per 5 minuti prima di sciacquare con acqua, ripetendo l'operazione due volte al giorno per due settimane. Per facilitare l'operazione è possibile aiutarsi con una siringa;
- I pazienti che soffrono di infezioni ripetute a livello della stomia traggono, talvolta, beneficio da un trattamento a lungo termine con un unguento idrofilo a base di acido

fusidico (Fucidin 20 mg/g unguento) da applicare attorno e all'interno della stomia due volte al giorno. In alternativa può essere applicata una pomata dermatologica a base di idrocortisone/oxitetraciclina cloridrato/polimixina B, che però in Italia viene commercializzata per l'applicazione auricolare o oculare (Terra-Cortril, Pfizer);

- Se, nonostante tutto, l'infezione si protrae oltre il mese di trattamento (con dolore, arrossamento e formazione di secreto purulento) chiedere al medico di famiglia di prescrivere un antibiotico per almeno 10 giorni. Oltre il 90% delle infezioni della stomia sono causate dallo *Stafilococco Aureus*, per questo motivo sono consigliati antibiotici mirati;

Qualora il soggetto presentasse una ridondanza di tessuto adiposo nello strato sottocutaneo attorno la stomia, sarebbe opportuno valutare la soluzione chirurgica. Rimuovendo il più possibile il tessuto adiposo, lo spessore del canale della stomia viene ridotto, creando il cosiddetto "short" o "dry stoma", che presenta il vantaggio di poter essere mantenuto pulito più facilmente; inoltre, rappresenta spesso la soluzione agli eccessivi sfregamenti dei tessuti molli attorno all'impianto protesico, riducendo gli episodi di irritazione e di infiammazione della stomia.



Figura 3 (a e b) – Confronto tra stomia sana (sinistra) e stomia infiammata (centro) e con infezione (destra).

IRRITAZIONE E/O SECCHENZA DELLA STOMIA

L'irritazione (Figura 4) si presenta come dolore o sensazione di bruciore attorno e all'interno della stomia, potenzialmente accompagnato da un cambiamento della qualità delle secrezioni. Non devono essere presenti rossore, gonfiore, calore al tatto o rialzo della proteina C-reattiva.

Spesso l'irritazione è causata dal continuo sfregamento tra i tessuti molli attorno alla stomia e la parte dell'impianto protesico che la attraversa. Nei casi di "dry stoma", la parete interna della stomia può risultare più sensibile.

È possibile ricorrere all'Instillagel, un gel lubrificante sterile che contiene 0,23 g di lidocaina cloridrato e 0,0057 g di clorexidina gluconato che funge, quindi, da anestetico locale e antibatterico. È disponibile in siringhe da 11 mL, solo su prescrizione medica. Applicare da 1 a 2 mL ogni ora del giorno, arrivando in profondità. Essendo il farmaco assorbito dalla cute in maniera molto limitata, è possibile utilizzare il gel cronicamente in caso di stomia secca e adesa alla componente protesica. In alternativa, nei casi meno gravi, è possibile applicare della vaselina sulla stomia e sull'impianto.



Figura 4 – Confronto tra stomia sana (sinistra) e stomia irritata (destra).

PRESENZA DI TESSUTO CICATRIZIALE E/O IPERGRANULAZIONE AI MARGINI DELLA STOMIA

Applicare Terra-Cortril due volte al giorno dopo aver pulito la stomia. Cessarne l'utilizzo una volta che la situazione è risolta. È altamente sconsigliato l'utilizzo per più di quattro settimane consecutive.

GESTIONE DEL DOLORE DELL'ARTO OSTEOINTEGRATO

È comune riscontrare dolore a livello di un arto osteointegrato. Le cause possono essere diverse: le più comuni si verificano durante la fase riabilitativa del soggetto neo-osteointegrato e sono, in gran parte, trattabili.

È importante, al fine di una corretta gestione, identificarne l'origine e trattarla in maniera specifica. Gran parte del dolore deriva dalla stomia e dal tessuto osseo in via di guarigione, oltre che dai tessuti molli presenti a livello dell'arto amputato (tendini, muscoli, articolazioni). La maggior parte dei tessuti molli risente dell'inutilizzo prolungato conseguente all'amputazione e/o all'impiego di una protesi con invasatura; con l'adozione di una protesi osteointegrata si assiste a una riattivazione dei gruppi muscolari e ciò, all'inizio, può essere causa di dolore.

È necessario spiegare l'eventualità al soggetto e tranquillizzarlo. Normalmente, adottando uno stile di vita attivo, controllando il peso corporeo ed evitando il fumo, il soggetto può riscontrare un beneficio sia a livello dell'arto amputato che globale.

In qualche caso, invece, è necessario integrare altri trattamenti medici.

DOLORE MUSCOLARE (MIALGIA) A LIVELLO DELL'ARTO AMPUTATO

È la tipologia di dolore di più comune riscontro durante il periodo di riabilitazione post-chirurgico. L'inattività prolungata dei gruppi muscolari è causata sia dall'utilizzo della carrozzina, sia dalla protesi tradizionale con invasatura. Di conseguenza il soggetto presenta spesso perdita di tono e forza muscolare a livello dell'arto amputato.

Dopo un intervento di plastica del moncone ed impianto di protesi osteointegrata i tessuti molli e le articolazioni sono portati a riacquisire gli schemi motori di un soggetto non amputato, motivo per cui il moncone accusa velocemente fatica e impotenza funzionale. Una volta che il tono e la trofia dell'arto vengono recuperati, il dolore e la fatica muscolare diminuiscono; la velocità con il quale questo avviene dipende dai ritmi e dalle attività intraprese durante la riabilitazione del soggetto, oltre che dalla durata del periodo di inattività conseguente all'amputazione prima di sottoporsi all'intervento di osteointegrazione.

È utile seguire alcuni accorgimenti:

- Allenarsi quotidianamente e con costanza, senza eccedere, soprattutto all'inizio;
- Proseguire la riabilitazione alleggerendo il carico di lavoro. È possibile, eventualmente, prolungare l'utilizzo delle stampelle. La sospensione degli esercizi non rappresenta una soluzione, in quanto rallenterebbe solo la formazione della struttura tendinea;
- Nel caso in cui il dolore all'arto diventi insostenibile è possibile l'impiego di un antidolorifico, dopo valutazione medica.

DOLORE ALL'APICE DELLA STOMIA

Si tratta di un dolore che insorge soprattutto nell'amputazione transfemorale e coinvolge i tessuti molli dell'apice distale della stomia, soprattutto nella parte anteriore. È causato dal sovraccarico dei muscoli che sono stati suturati alla corticale dell'osso femorale durante il primo *step* chirurgico (miodesi); tale ancoraggio, all'inizio, è debole e solo l'esercizio fisico e la deambulazione permettono la formazione di una giunzione tendinea solida tra la superficie corticale dell'osso e la porzione distale della muscolatura del moncone.

Il soggetto lamenta una sensazione di calore e bruciore all'apice della stomia, con un'insorgenza collegabile alle attività svolte durante la seduta di riabilitazione e accompagnata, talvolta, da sanguinamento.

Il dolore potrebbe peggiorare nel momento in cui si passa a caricare totalmente il peso corporeo sull'impianto, ovvero, in occasione dell'abbandono degli ausili (bastoni o stampelle).

DOLORE ALL'ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE

Il dolore all'anca (coxalgia) è la conseguenza del sovraccarico dell'articolazione coxo-femorale. Indossando una protesi transfemorale con invasatura l'articolazione viene privata del carico fisiologico, in quanto questo viene scaricato direttamente sulla pelvi; ciò comporta un assottigliamento della cartilagine articolare, dovuto al disuso. Nel caso di una protesi osteointegrata, il peso viene ridistribuito lungo l'asse fisiologico e l'anca potrebbe diventare dolente.

La coxalgia è un'indicazione a limitare il livello di carico o di attività, avendo cura di utilizzare sempre un ausilio per il cammino. Se la condizione dovesse peggiorare, sarebbe opportuno indagare lo stato di degenerazione articolare tramite una radiografia. Nel caso di una severa osteoartrosi resistente ai trattamenti conservativi, bisognerebbe valutare la necessità di ricorrere all'impianto di un'artroprotesi di anca.

NEUROMA E DOLORE DA ARTO FANTASMA

Il dolore di tipo neurologico nell'arto amputato è causato spesso dalla formazione di un neuroma a livello del nervo amputato. L'ipersensibilità della cute del moncone ne può rappresentare una manifestazione.

Il dolore può essere controllato attraverso farmaci inibenti la trasmissione del segnale nervoso (ad esempio: gabapentin, pregabalin o amitriptillina); essendo, comunque, causa di sonnolenza è opportuno limitarne l'utilizzo alla sera, al fine di garantire un corretto riposo del soggetto ed evitare sonnolenza e spossatezza durante il giorno. Se il paziente necessita di un dosaggio maggiore, è consigliabile somministrare dei dosaggi contenuti durante le ore diurne. Distrazioni quali lo sport, il lavoro o le attività di socializzazione possono essere uno strumento efficace per combattere questo tipo di dolore, che risente enormemente dello stato emotivo del soggetto.

L'utilizzo della Tecar terapia o un semplice massaggio locale possono essere di sollievo al paziente.

Attenzione: l'utilizzo di un catetere perinervoso collegato a un infusore esterno rappresenta una soluzione applicabile solo nell'immediato post-operatorio, ma trova difficoltà di utilizzo durante le sedute di riabilitazione, in quanto può essere mobilizzato dopo movimenti incauti o trazioni sul catetere.

Si ringraziano della collaborazione

Miccio Antonella *

Gregorio Teti**

Gianluca Boscolo***

Gianluca Govoni***

Fabio Venturoli***

Giuseppe Barone****

Agostino Igor Mirulla****

* Direttore Sanitario Centro Protesi Inail

** Direttore Tecnico Area tecnica Centro Protesi Inail

*** Tecnico ortopedico Centro Protesi Inail

**** Assegnista di ricerca – Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita – Università di Bologna

