

IL CASO DEL SIGNOR GP QUALCHE RIFLESSIONE IN UN QUALUNQUE GIORNO DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE A MONTECATONE

Prof. Gabriele Bazzocchi

Direttore UO Neurogastroenterologia e Riabilitazione Intestinale
Montecatone Rehabilitation Institute - Università di Bologna

Via Montecatone 37, 40026 Imola

Tel: 0542-632800

Fax: 0542-632845

Email: gabriele.bazzocchi@unibo.it

L'altro giorno si è presentato al nostro Day Hospital il Sig. GP: 31 anni non ancora compiuti, paraplegico con una lesione dorsale completa, in seguito ad un incidente stradale giusto 11 mesi prima. Trattandosi di una consulenza presso l'Unità Operativa di Riabilitazione Gastroenterologica e Medicina Interna, secondo la nostra abituale procedura abbiamo iniziato a parlare della gestione dello svuotamento vescicale. Era da poco che attuava gli autocateterismi: per lungo tempo, dopo una prima fase con catetere a permanenza, era stato usato solo Urocontrol. In seguito ad un esame video-urodinamico che aveva evidenziato una condizione di reflussi vescico-ureterali, era appunto stato avviato al cateterismo vescicale intermittente, ma ciò era avvenuto a distanza di almeno 4-5 mesi dal trauma. Nell' eseguire il cateterismo, il paziente trovava ancora molte difficoltà: l'addestramento non era stato soddisfacente, aveva tratto l'impressione che il personale non fosse molto esperto e non era stato messo in condizione di provare tutti i cateteri per verificare quale fosse il più adatto per lui. In ogni caso, le "fughe" di urina sia diurne che durante la notte erano sempre avvenute nel corso di questi 11 mesi e gli episodi di contaminazione e di infezione delle vie urinarie erano molto frequenti, per cui doveva assumere antibiotici di regola almeno due volte al mese. Siamo poi passati a fare il punto sulla gestione della funzione intestinale. Come per l'urina, anche su questo "versante" non era più presente una percezione di "bisogno" e quindi la defecazione veniva programmata utilizzando un microclisma di glicerina ogni due giorni. Il paziente attendeva l'evacuazione al letto, in decubito laterale: tutta l'operazione poteva durare anche due ore e si doveva necessariamente concludere con un'esplorazione manuale. Il problema era che gli episodi di evacuazioni indesiderate, immancabilmente seguiti da incontinenze ed imbrattamenti, erano molto frequenti, per cui il paziente doveva comunque indossare sempre mezzi di protezione ed era notevolmente limitato nella sua vita di relazione e lavorativa. Se l'evacuazione programmata era scarsa o addirittura "fallita", non osava uscire di casa per quella e la giornata successiva, con le ovvie ripercussioni sulla propria Qualità di Vita. Inoltre lamentava senso di gonfiore/tensione addominale, con a volte anche inappetenza e difficoltà respiratorie tanto l'addome era teso e voluminoso. Calcolammo il "Neurogenic Bowel Dysfunction Score", uno strumento validato per determinare la severità della compromissione della funzione intestinale

nella persona con mielolesione, pubblicato da ricercatori danesi su Spinal Cord nel 2006: il risultato fu un punteggio di 36, altissimo, vicino al massimo patologico possibile. Alla visita proctologica completata da una rettoscopia eseguita senza alcuna pulizia intestinale preventiva, riscontrammo la presenza di abbondanti residui fecali presenti nel retto, pur essendo trascorse poche ore dall'evacuazione programmata come abitudine, a testimonianza che lo svuotamento, affidato ai clismi ed alle manovre manuali era stato notevolmente incompleto. Il dato, che l'evacuazione fosse solo parziale e lasciasse abbondanti residui fecali post-evacuativi verrà poi confermato anche in seguito, su un periodo di osservazione di una settimana, mediante uno Studio del Transito Intestinale con marcatori radiopachi. Infine l'esame rivelò l'esistenza di un prolasso della mucosa rettale, con esiti cicatriziali di piccole lesioni dovute certamente ai ripetuti microtraumatismi della esplorazione digitale.

Fin qui la storia del Sig. GP poteva essere simile a quelle di tanti altri pazienti che, concluso il primo ricovero in una Unità Spinale dove erano stati affrontati i principali e più eclatanti problemi legati ad una mielolesione postraumatica, vengono nuovamente ricoverati per mettere a punto gli aspetti che erano rimasti un attimo in seconda battuta, secondari in quella fase, e quelli intestinali sono appunto frequentemente tra questi. In verità, risultava un po' "anomala" la gestione neuro-urologica, ma, come si dice, "non tutto è perfetto anche nelle migliori famiglie". Poi però il Sig. GP ha continuato a raccontare. Visitandolo avevamo constatato una condizione di estrema spasticità degli arti inferiori: si faceva fatica a posizionarlo sul lettino per poterlo esaminare. Era poi presente una vasta escoriazione a livello della spina iliaca Dx, quell'osso che si palpa sopra la coscia e che delimita l'addome lateralmente: riferiva che se l'era procurata perché, pur avendo cambiato due o tre carrozzine, non gli era stata ancora trovata quella che non creasse questa lesione, una vera e propria "piaga da decubito" da malpostura per inadeguatezza dell'ausilio scelto. A questo punto ci siamo fermati e, senza darlo a vedere, ci siamo messi ad esaminare a ritroso la cartella clinica per verificare da dove il Sig. GP venisse, chi lo avesse inviato alla nostra osservazione. Sì, perché la storia si stava facendo un po' troppo anomala, quasi imbarazzante per la qualità dei servizi resi dall'Unità Spinale che aveva seguito il paziente fino a quel momento. Intanto il Sig. GP non si fermava più: come un fiume in piena, acquisita una certa confidenza con gli operatori che lo stavano accompagnando e preparando alle varie tappe che la consulenza comportava, raccontava che non aveva mai potuto affrontare i suoi problemi di ordine sessuale, non aveva mai avuto la possibilità di confrontarsi con psicologici, per cui l'aiuto ricevuto per accettare questa sua nuova condizione di paraplegico completo, l'aveva avuto solo da prescrizione di psicofarmaci, senza alcun colloquio, e da amici e familiari. Quando arrivarono anche i risultati della valutazione della Composizione Corporea e dello stato nutrizionale, test a cui il Sig. GP era stato sottoposto mentre appunto finiva di raccontare la sua storia, fu evidente che era portatore di una severa forma di "malnutrizione occulta" con una riduzione di peso modesta rispetto al proprio Peso e Body Mass Index ideali (era 72 kg invece dei 75 che avrebbe dovuto essere), ma in cui gli indici di Massa Magra e del Body Cell Mass Index (quelli che si

misurano i muscoli, l'entità della massa cellulare metabolicamente funzionante di un organismo) erano ridotti di oltre il 30%. In sostanza, si trattava di un uomo malnutrito il cui peso non era variato dopo la mielolesione, anzi era rimasto perfettamente nella norma, ma perché la massa cellulare persa era stata sostituita da grasso ed acqua. Questa condizione, come tutte le malnutrizioni, comporta meno difese immunitarie, difficoltà alla cicatrizzazione, labilità del sistema endocrino e tante altre condizioni che influenzano tutto il funzionamento dell'organismo, come si può facilmente capire. Anche la psiche, la resistenza al dolore. Insomma, il Sig. GP presentava quasi tutte le complicanze "a lungo termine" a cui una persona con mielolesione può andare incontro. Anzi, va detto meglio, a cui una persona con mielesione non può che andare incontro, se non viene trattata adeguatamente.

Ci siamo egoisticamente sentiti bene quando constatammo che il Sig. GP non era mai stato a Montecatone: non eravamo stati noi a seguirlo in quel suo prima anno da paraplegico. Ma l'esame del suo percorso sanitario che emergeva dalla cartella dimostrava una cosa molto più importante: il Sig. GP non era mai stato ricoverato in nessuna Unità Spinale, bensì era stato seguito in strutture sanitarie non dedicate alla riabilitazione del mieloleso. Non aveva mai conosciuto la Riabilitazione Globale.

A ormai più di 20 anni dall'istituzione delle Unità Spinali anche in Italia, non dovrebbero più esistere storie come quella del Sig. GP. Il fatto invece che ci si imbatta in esse più frequentemente di quanto si pensi deve fare riflettere tutti, ma in particolare quelli che ritengono che le Unità Spinali siano facili "da mettere su", da organizzare, oppure, al contrario, quelli che pensano siano sostituibili con percorsi gestiti tra territori ed i loro "normali" ospedali di riferimento. Rimane il fatto che il Sig. GP non poteva essere un paziente di Montecatone.