

# Tenesmo: consigli pratici di gestione nei pazienti eleggibili alle cure palliative pediatriche



Irene Avagnina, Letizia Bertasi, Franca Benini

Centro Regionale Veneto di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Università di Padova

## Introduzione

Le cure palliative pediatriche (CPP) rappresentano un ambito multidisciplinare della pediatria che si prefigge l'obiettivo di garantire la qualità di vita a bambini affetti da malattie inguaribili ad alta complessità assistenziale e di rispondere ai loro bisogni e a quelli delle loro famiglie.

A livello clinico, molteplici sono i sintomi disturbanti con ampia ricaduta sulla qualità della vita, che devono essere gestiti e trattati. Alcuni di questi in modo particolare, rappresentano una sfida importante per i caregiver e i sanitari che si occupano dei bambini eleggibili alle CPP.

In questo lavoro e nei successivi verranno affrontati sintomi legati all'apparato genitourinario e gastroenterologico che spesso riscontriamo in bambini in CPP.

## Definizione e cause

Il tenesmo è la sensazione dolorosa di pienezza a livello rettale senza correlata presenza di feci in ampolla, associata a urgenza defecatoria in assenza o con incompleta emissione di feci [1]. Il tenesmo è un sintomo determinato da un disordine della motilità del retto secondario a uno spasmo ripetuto e incontrollato della muscolatura liscia del retto. Tale sintomo può determinare quadri di dolore severo, estremamente invalidante e con impatto negativo sulla qualità di vita del bambino.

La fisiopatologia del tenesmo è strettamente connessa alla causa scatenante. Nel bambino in cure palliative pediatriche, come nell'adulto, il tenesmo viene riscontrato soprattutto in pazienti con patologia oncologica. In questo contesto il sintomo è secondario a un'infiltrazione locale della neoplasia che causa un quadro di dolore misto, nocicettivo e neuropatico, che si associa anche a un'alterazione della motilità del retto [1]. Vista la complessa anatomia anorettale, la gestione di questo sintomo risulta essere particolarmente difficile per i clinici e spesso le linee di terapia convenzionale del dolore nocicettivo e neuropatico non sono sufficienti nel controllo del sintomo.

Mancano in letteratura dati di prevalenza del tenesmo in ambito pediatrico, mentre nell'età adulta dati di prevalenza sono disponibili solo per i pazienti con carcinoma rettale dove il tenesmo è presente circa nel 14% dei casi [2].

In ambito oncologico pediatrico il tenesmo può associarsi a patologie oncologiche a carico del retto-sigma, della regione pelvica, dell'apparato urogenitale, linfomi e metastasi o in pazienti che siano stati sottoposti a radioterapia della regione pelvica.

Tuttavia, il tenesmo in età pediatrica e adulta non è da limitare al solo ambito oncologico ma può essere osservato anche in pazienti con:

- stipsi ostinata, fecalomi, prolasso rettale;
- storia di fissurazioni, ulcere anorettali, polipi rettali, emorroidi, adenomi;
- malattie infiammatorie croniche;
- solitary rectal ulcer syndrome [3];
- infezioni intestinali (schistosomiasi, Shighella, Campilobacter, Clostridium difficile), proctite o ascessi;
- appendicite pelvica;
- presenza di corpo estraneo.

Più raramente il tenesmo e/o il dolore anorettale si associa a cause funzionali, definito in tale contesto proctalgia fugace. Tale patologia rientra nella più ampia categoria dei disordini funzionali gastrointestinali, di cui mancano tuttavia dati in età pediatrica.

## Sintomatologia

Gli episodi di tenesmo possono presentarsi più volte al giorno, con gradi diversi di invalidità. Tale sintomo può associarsi a disordini defecatori (stipsi, incontinenza fecale), ematochezia, mucorrea.

Inoltre, oltre all'associazione con il dolore anorettale, il tenesmo può associarsi a dolore perineale e/o a dolore addominale. L'associazione con dolore in altre aree limitrofe (i.e. perineale o in regione glutea) indica un coinvolgimento più esteso delle strutture muscolari e nervose della regione pelvica.

## Diagnosi

La diagnosi è prevalentemente clinica e si basa sul riconoscimento della causa sottostante.

A livello anamnestico va indagato l'alvo (modifiche recenti, caratteristiche delle feci – colore, forma, presenza di sangue o muco –, frequenza defecatoria, necessità di sforzo defecatorio, presenza di soiling) e nella valutazione clinica va esclusa presenza di fecalomi (riconoscibili palpatoriamente e/o mediante rx addome in bianco) o masse palpabili. Vanno ricercati segni o sintomi associati al tenesmo che possono aiutare il clinico nell'inquadramento diagnostico (come, per esempio, storia di dissenteria, di sintomi compatibili con gastroenterite e riscontro di positività alla coprocultura o all'esame parassitario delle feci; storia di sanguinamento e mucorrea ed esami ematochimici e strumentali compatibili con malattia infiammatoria cronica). L'esplorazione rettale in pediatria non va eseguita di prassi in caso di tenesmo e va limitata a eventuale indicazione specialistica.

Nel paziente oncologico, l'insorgenza di tenesmo deve far pensare a una progressione di malattia o a una reazione infiammatoria secondaria a radioterapia. A seconda della storia di malattia spetterà allo specialista definire gli approfondimenti diagnostici adeguati. Nel contesto delle cure palliative pediatriche l'esecuzione di accertamenti mirati va limitata a situazioni per le quali al miglior inquadramento diagnostico possa corrispondere l'identificazione di strategie terapeutiche specifiche per migliorare la qualità di vita del bambino (come, per esempio, valutazione della progressione di malattia laddove si possa intervenire con chemioterapia o radioterapia palliativa). Inoltre, sempre nel nostro contesto, qualunque sia la causa principale, vanno comunque escluse cause concomitanti che possano peggiorare il sintomo quali stipsi, fissurazioni, ulcere o altre lesioni anali.

Inoltre, durante il percorso diagnostico, particolare attenzione va posta alla valuta-

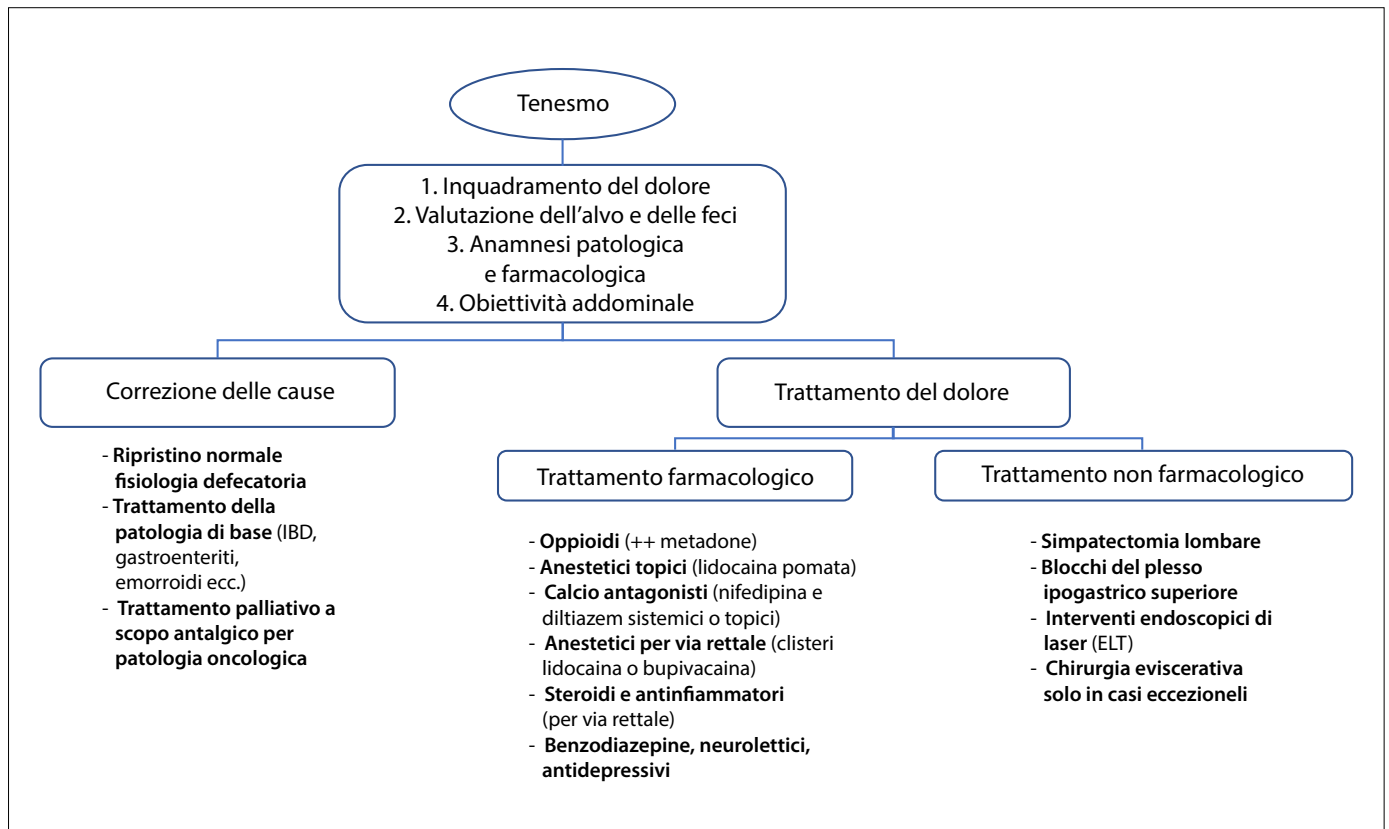


Figura 1. Flow chart per la gestione del tenesmo in CPP.

zione del dolore sia attraverso un'adeguata anamnesi antalgica e un monitoraggio dell'entità del sintomo utilizzando scale algometriche validate e adeguate all'età e alla situazione clinica del paziente, sia attraverso un attento esame obiettivo generale e della zona dolente.

### Trattamento

Le indicazioni in letteratura di trattamento del tenesmo in età pediatrica sono scarse, si basano prevalentemente su studi qualitativi dove vengono descritte applicazioni nel bambino di strategie terapeutiche per l'adulto.

Nell'approccio terapeutico al tenesmo bisogna innanzitutto differenziare il trattamento delle cause sottostanti dal trattamento per il tenesmo stesso.

Per quanto concerne il **trattamento delle cause**, ricordiamo per esempio il trattamento della stipsi (che verrà affrontato in una rassegna separata), il trattamento specifico per le infezioni gastrointestinali o per le malattie infiammatorie croniche intestinali, il trattamento chirurgico/chemioterapico/radioterapico in caso di patologia oncologica.

Per quanto concerne invece il **trattamento del tenesmo e del dolore anoretale**, va fatta un'ulteriore differenziazione tra strategie farmacologiche e non farmacologiche.

Le *strategie farmacologiche* riportate in letteratura sono:

- **Oppioidi:** viene riportata in letteratura una tendente refrattarietà del tenesmo agli oppioidi, a eccezione di una documentata efficacia del metadone [4-5]. Inoltre, in una *case series* in ambito palliativo, vengono illustrati alcuni ambiti di utilizzo di oppioidi topici, tra cui anche il dolore anoretale [6].
- **Calcio antagonisti:** i calcio antagonisti possono aiutare a ridurre lo spasmo della muscolatura liscia e possono essere utilizzati sia per via sistemica, di cui i più studiati sono la nifedipina e il diltiazem [7], che per via topica con pomate a base di nifedipina e lidocaina (Antrolin®)
- **Anestetici topici:** l'utilizzo topico di anestetici è stato descritto in associazione con oppioidi e/o calcio antagonisti. Tra i farmaci vengono menzionate la lidocaina e la bupivacaina [8], che possono essere somministrate oltre che in forma topica anche sotto forma di clistere rettale. L'utilizzo di lidocaina e bupivacaina per via rettale è *off label* e va sottolineato in questo contesto il possibile rischio di effetti collaterali cardiovascolari (aritmie, ipotensione), per cui l'utilizzo di tali farmaci richiede particolare attenzione.
- **Steroidi e antinfiammatori:** anche l'uso di steroidi per via sistemica (desametasone) o per via rettale (clisteri di corticosteroidi), così come quello di farmaci antinfiammatori quali sulfasalazina e

clisteri di sucralfato, viene descritto soprattutto nel tenesmo associato a radioterapia, patologie su base infiammatoria o nella solitary rectal ulcer syndrome [9-10].

- **Benzodiazepine e neurolettici fenotiazinici (clorpromazina, promazina):** l'utilizzo tradizionale di questi farmaci nel tenesmo non ha evidenze scientifiche [2].
- **Antidepressivi triciclici (i.e. amitriptilina):** trovano indicazione laddove si evidenzino una componente di dolore neuropatico [1].

Spesso tali terapie vengono utilizzate in sinergia per potenziarne l'effetto. Data l'applicazione nell'adulto principalmente nel fine vita, mancano riferimenti rispetto all'efficacia a lungo termine. Non esistono a oggi dati in letteratura per la popolazione pediatrica rispetto al trattamento del dolore rettale nel paziente oncologico, mentre disponiamo di dati specifici per le patologie infiammatorie croniche o la solitary rectal ulcer syndrome.

Le *strategie non farmacologiche* sono:

- simpatetomia lombare [1-2];
- blocchi del plesso ipogastrico superiore [1-2];
- interventi endoscopici di laser (ELT) [2-11];
- chirurgia eviscerativa solo in casi eccezionali.

Non esistono studi esclusivamente pediatrici in merito al trattamento farmacologico e non del tenesmo; la revisione proposta è tratta da studi relativi alla sola popolazione adulta. Le strategie proposte risultano determinare un buon controllo del sintomo con, tuttavia, durate temporali estremamente variabili da individuo a individuo. Inoltre, molte di esse si associano a importanti morbidità che potrebbero avere un impatto ulteriormente negativo sulla qualità di vita del paziente. Pertanto l'utilizzo di tali terapie andrà contestualizzato caso per caso e monitorato in base alla risposta osservata nel singolo bambino.

### Take home message

- Il tenesmo è un sintomo raro ma estremamente invalidante, perlopiù associato a patologia oncologica.
- La diagnosi è clinica.
- Il trattamento è difficile e si basa sulla correzione delle cause ove possibile e sul controllo del dolore.

### Caso clinico

Paziente di 17 anni, 60 kg, carcinoma del colon metastatizzato in fase di terminalità. Presenza di episodi di tenesmo pluriquotidiani associati a dolore intenso (NRS 9-10/10).

### Approccio terapeutico:

- avviata morfina i.c. titolata in base alla risposta clinica;
- regolarizzazione dell'alvo mediante clistere evacuativo e terapia con macrogol;
- clisteri di lidocaina 2% 30 ml × 2 v/die.

Nonostante la terapia impostata il controllo del sintomo è stato solo parziale con necessità di approfondire la sedazione palliativa per controllare il dolore.

✉ [irene.avagnina@aopd.veneto.it](mailto:irene.avagnina@aopd.veneto.it)

1. Mueller K, Karimuddin AA, Metcalf C, et al. Management of Malignant Rectal Pain and Tenesmus: A Systematic Review. *J Palliat Med.* 2020 Jul;23(7):964-971.
2. Laoire AN, Fettes L, Murtagh FE. A systematic review of the effectiveness of palliative interventions to treat rectal tenesmus in cancer. *Palliat Med.* 2017 Dec;31(10):975-981.
3. Thirumal P, Sumathi B, Nirmala D. A Clinical Entity Often Missed-Solitary Rectal Ulcer Syndrome in Children. *Front Pediatr.* 2020 Jul 17;8:396.
4. Morley JS, Bridson J, Nash TP, et al. Low-dose methadone has an analgesic effect in neuropathic pain: a double-blind randomized controlled crossover trial. *Palliat Med.* 2003 Oct;17(7):576-587.

5. Mercadante S, Fulfaro F, Dabbene M. Methadone in treatment of tenesmus not responding to morphine escalation. *Support Care Cancer.* 2001 Mar;9(2):129-130.
6. Krajnik M, Zylicz Z, Finlay I, et al. Potential uses of topical opioids in palliative care – report of 6 cases. *Pain.* 1999 Mar;80(1-2):121-125.
7. Stowers KH, Hartman AD, Gustin J. Dilatation for the management of malignancy-associated perineal pain and tenesmus. *J Palliat Med.* 2014 Sep;17(9):1075-1077.
8. Zaporowska-Stachowiak I, Kowalski G, Luczak J, et al. Bupivacaine administered intrathecally versus rectally in the management of intractable rectal cancer pain in palliative care. *Onco Targets Ther.* 2014 Oct 6;7:1541-1550.
9. Hong JJ, Park W, Ehrenpreis ED. Review article: current therapeutic options for radiation proctopathy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001 Sep;15(9):1253-1262.
10. Qari Y, Mosli M. A systematic review and meta-analysis of the efficacy of medical treatments for the management of solitary rectal ulcer syndrome. *Saudi J Gastroenterol.* Jan-Feb 2020;26(1):4-12.
11. Gevers AM, Macken E, Hiele M, Rutgeerts P. Endoscopic laser therapy for palliation of patients with distal colorectal carcinoma: analysis of factors influencing long-term outcome. *Gastrointest Endosc.* 2000 May;51(5):580-585.



## Vietato guardare i monitor dopo una commozione cerebrale

Il trauma cranico con commozione cerebrale è un evento non infrequente soprattutto tra gli adolescenti (il 15% degli studenti delle scuole medie superiori ha riferito di una commozione cerebrale negli ultimi 12 mesi). Le numerose linee guida internazionali richiedono un'astensione dall'attività cognitiva e fisica assoluta per le prime 24-48 ore per migliorare i tempi di recupero dalla sintomatologia cerebrale, anche se in letteratura non ci sono forti prove di efficacia a sostegno di questa affermazione; il riposo, riducendo al minimo le richieste di energia cerebrale durante il periodo post commotivo, potrebbe ragionevolmente essere implicato nel meccanismo della mitigazione dei sintomi. I genitori chiedono se il tempo passato davanti allo schermo è da considerarsi attività cognitiva; la risposta fino a oggi è sempre stata ambigua, anche se alcune linee guida, prudentemente (ma senza evidence based), indicano di evitare di stare davanti ai monitor della televisione, del computer o del telefonino. Oggi invece abbiamo i risultati di un trial che fanno chiarezza su questa importante questione: 125 giovani (12-25 anni) sono stati randomizzati entro 24 ore da un trauma commotivo in un gruppo dove era vietato l'uso dello schermo e in un gruppo dove c'era libertà di utilizzo. Il primo gruppo ha riportato un tempo medio davanti allo schermo di 130 minuti (IQR, 61-275 minuti) al follow-up a 3 giorni mentre il secondo di 630 minuti (IQR 415-995 minuti) con la conseguenza che il tempo di recupero medio dal trauma è stato rispettivamente nei due gruppi di 3,5 giorni e 8 giorni; non ci sono state differenze nel ritorno a scuola tra i due gruppi. Da notare che la maggior parte del tempo sullo schermo nel gruppo libero da restrizioni consisteva nella visione della televisione (212,5 minuti) o nell'uso del telefono (260 minuti), con scarso utilizzo di videogiochi (35 minuti). Le ore di sonno nei primi giorni non erano differenti tra i due gruppi, ma questo dato potrebbe essere spiegato da una differente qualità del sonno o da un'imprecisa raccolta di questa variabile che era autoriportata dai giovani. D'ora in poi potremo certamente affermare che lo schermo fa male per chi ha necessità di riposo cerebrale, anche se non sappiamo quale sia il meccanismo alla base di questo comportamento dannoso.

1. Macnow T, Curran T, Tolliday C, et al. Effect of Screen Time on Recovery From Concussion: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2021 Sep 7;e212782.