



Atti della Accademia Lancisiana

Anno Accademico 2023-2024

Vol. 68, n° 2, Aprile - Giugno 2024

Corso ECM "La gestione del paziente con ulcera cutanea.
Integrazione Ospedale-Territorio-Domicilio"

30 gennaio 2024

Diagnosi clinica

A. Salerno

Per ulcera vascolare si intende una **soluzione di continuo** del rivestimento esterno della cute con coinvolgimento delle strutture profonde, di diametro maggiore di 3 mm e di forma generalmente rotondeggiante o ovalare, con margini più o meno netti.

La lesione ulcerosa si contraddistingue per almeno due caratteristiche principali: **"perdita di tessuto"** dello strato superficiale (epidermide) e/o degli strati profondi (derma e ipoderma) **CON "scarsa tendenza alla guarigione spontanea"**.

Le ulcere vascolari rappresentano la maggior parte delle ulcere cutanee degli arti inferiori.

Vanno distinte **le ulcere da danno primitivo** delle strutture vascolari, che comprendono le ulcere venose (70-80%), quelle arteriose (15-25%), le miste, le microangiopatiche (infiammatorie, vaso occlusive), **dalle ulcere da danno secondario delle strutture vascolari** (ulcere da pressione e da cause fisico-chimiche, ulcere infettive, metaboliche, ematologiche, neoplastiche, da deficit della pompa muscolare).

A prescindere dalla causa, il meccanismo d'azione che porta alla formazione di un'ulcera è unico. Quindi alla base di tutte le ulcere risiede un danno ischemico, secondario ad un evento ad eziologia di varia natura, che solo secondariamente può creare le condizioni di danno macro o micro circolatorio, responsabile come evento finale di danno endoteliale che comporta la formazione e la persistenza di un'ulcera cutanea.

Ma cosa fare quando, alla nostra attenzione, si presenta un paziente con ulcera cutanea???

Necessario e fondamentale è iniziare con una **valutazione globale delle condizioni cliniche generali del paziente** per accertare l'eziologia della lesione. Quindi iniziare la visita con un'**anamnesi accurata**, utile a determinare le patologie preesistenti, a valutare la terapia medica in atto, descrivere le caratteristiche del dolore se presente o meno.

Quindi avendo ben chiaro il quadro anamnestico, una valutazione accurata richiede un esame clinico completo, che nel caso degli arti inferiori non deve assolutamente escludere di esaminare bilateralmente gli arti inferiori determinando:

- la presenza di **discromie cutanee o rossore e/o presenza di varici**, pregresse cicatrici;
- **termoregolazione**: presenza di calore o ipotermia;

- presenza di **tumefazioni**;
- presenza o assenza dei **polsi femorali, poplitei, tibiale posteriore e pedidio**.

Si passa poi ad **esaminare e analizzare le caratteristiche della lesione** prendendo in considerazione **bordi a picco, forma** a stampo, **essudato** minimo o assente, **fondo** necrotico/grandeggiante/fibrinoso, **localizzazione** distale ed **esposizione** di strutture profonde.

Nel caso in cui l'ulcera sia completamente coperta da *slough* o escara e, quindi, non possa essere classificata adeguatamente, viene considerata instabile. La sua corretta classificazione avverrà solo dopo la rimozione di *slough* e/o escara e, quindi, con la visualizzazione diretta del fondo dell'ulcera.

Descrivere e saper leggere attentamente un'ulcera è importante per poter discriminare tra i diversi tipi di ulcera e così poter essere capaci di apportare le cure mirate. Importante è inoltre saper riconoscere i segni clinici che fanno **sospettare un'infezione/sovrainfezione** dell'ulcera, che sono:

- essudato purulento;
- dolore;
- arrossamento, gonfiore e calore della cute perilesionale. In presenza di questi segni si dovrebbe eseguire, dopo accurata detersione, un **tampone cutaneo** per la ricerca di germi e miceti.

Negli ultimi tempi un ruolo dirimente è stato dato dall'analisi colturale di un **campione biotico del fondo**.

Nel sospetto di vasculiti, ulcere infiammatorie, malattie autoimmuni e tumori, è necessario eseguire il **prelievo di una piccola quantità di tessuto dal bordo della lesione** per procedere con l'esame istologico e definire l'esatta causa dell'ulcera.

Sempre ai fini di una chiara descrizione e lettura dell'ulcera, come nel caso delle ulcere da decubito, si può applicare anche la stadiazione basata sulla estensione in profondità. Ognuna di queste, in base alla profondità, viene rispettivamente classificata in quattro stadi.

- **I stadio:** presenza di cute intatta con eritema non sbiancante di un'area localizzata. La zona può presentarsi dolente, dura, molle, generalmente associata ad un aumentato calore al termotatto rispetto al tessuto perilesionale;
- **II stadio:** perdita a spessore parziale della cute con coinvolgimento dell'epidermide e/o del derma. Si presenta come un'ulcera aperta, superficiale, lucida o asciutta;
- **III stadio:** perdita cutanea a tutto spessore (osso, tendini e muscoli non sono esposti);
- **IV stadio:** perdita tissutale a tutto spessore, con coinvolgimento di osso, tendini e muscoli. Potrebbero essere presenti *slough*, tessuto devitalizzato, o escara, tessuto necrotico. Spesso questo stadio include anche sottominatura o tunnellizzazione dei tessuti.

Saper valutare clinicamente il paziente e saper leggere un'ulcera sono atti fondamentali per poter discriminare tra i diversi tipi di ulcere vascolari cutanee a carico degli arti inferiori e in questo modo poter basare il trattamento sulla condizione di base e in modo mirato. A breve tratteremo singolarmente i tipi più frequenti nei nostri ambulatori di Angiologia e Chirurgia Vascolare, nel frattempo qui elencati i più comuni tipi e la loro eziologia.

- **Ulcera venosa:** ritorno venoso anomalo od ostacolato dalla presenza di edema diffuso all'arto interessato;
- **Ulcera arteriosa:** ischemia, patologia aterosclerotica;
- **Ulcera vasculitica:** processo infiammatorio, generalmente immunomediato, che interessa i vasi sanguigni, arteriosi e/o venosi di ogni calibro;

- **Ulcera da pressione:** ischemia e ipossia conseguenti a pressione. Si sviluppano anche in seguito a macerazione, frizione, forze di stiramento;
- **Ulcera diabetica:** causata da traumi o pressione, sostenuta dalla neuropatia, dalla vasculopatia e dall'infezione conseguenti alla patologia arteriosa tipica del diabete;
- **Ulcera linfatica:** condizione rara che emerge come conseguenza di linfedema;
- **Ulcera ematologica:** policitemia vera e anemia falciforme;
- **Ulcera di altra natura:** sarcoidosi, pioderma gangrenoso, conseguenti a trauma;
- **Ulcera neoplastica.**

L'Insufficienza venosa è la causa più frequente delle ulcere agli arti inferiori e si verifica a causa di un insufficiente ritorno venoso che provoca edema e ipertensione nei vasi sanguigni venosi. Quindi queste ulcere sono caratterizzate da:

- edema;
- iperpigmentazione della pelle;
- prurito;
- possono essere accompagnate da varici;
- solitamente con predilezione a livello della **Faccia mediale dell'estremità distale della gamba.**

Il paziente affetto da insufficienza venosa cronica verrà quindi considerato in un quadro più ampio di malattia, classificato formalmente con la CEAP: **Classificazione Clinica Eziologia Anatomia Patofisiologia**, che si rivolge a tutti i disturbi venosi cronici, considerati sia dal punto di vista morfologico che funzionale. Dove, se vediamo bene, la gravità dei diversi stadi culmina poi nella presenza dell'ulcera venosa.

Le ulcere arteriose si presentano in un contesto di Insufficienza arteriosa: si verificano quando il flusso sanguigno arterioso è compromesso a causa di problemi vascolari come l'aterosclerosi. Si presentano come lesioni **eritemato-cianotiche** a margini netti, spesso multiple, tendenti ad approfondire, con cute perilesionale distrofica e necrosi puntiformi marginali. Prediligono la sede acrale, periungueale, le salienze ossee più esposte a traumi quali malleolo, calcagno, teste metatarsali. Hanno forma regolare e, all'esordio, piccole dimensioni con progressivo aumento dell'estensione. Molto dolenti, soprattutto in clinostatismo (dolore notturno), sovente alleviato dalla posizione ortostatica.

La presenza di **lesioni cutanee su base ipoperfusiva arteriosa**, che corrisponde al **IV stadio della classificazione di Leriche e Fontaine**, (III grado categoria 5-6 della classificazione Rutherford, 1997) che coincide sostanzialmente con il quadro della **ischemia critica cronica d'arto.**

Quindi **l'ulcera ischemica si inquadra nel contesto nosologico di ischemia critica d'arto definita appunto come** lesione trofica + dolore. Sul piano clinico la diagnosi di ischemia critica deve essere sospettata in presenza dei **seguenti sintomi o segni:**

- **dolore a riposo** a carico degli arti inferiori;
- prevalentemente notturno, ovvero in **clinostatismo**;
- che dura da **oltre 15 giorni** e che esige un trattamento analgesico.

L'incidenza della ischemia critica d'arto è in Europa di circa 450 casi/milione di abitanti, con un **rischio relativo di amputazione:**

- del 50% nei pazienti **non rivascolarizzati**;
- del 26% nei soggetti **sottoposti a trattamenti di rivascolarizzazione diretta o indiretta**;

e con rischio relativo di morte rispettivamente del 50 % e del 18%.

Com'è noto gli interventi demolitivi d'arto sono gravati da una prognosi molto sfavorevole:

- circa il 30% dei pazienti decede entro i dodici mesi successivi;
- un altro 30% raggiunge una parziale autosufficienza;
- solo il restante 30% realizza una condizione di totale autonomia ed autosufficienza.

I trattamenti di RIVASCOLARIZZAZIONE sono:

diretta tradizionale e/o endovascolare seguito da un trattamento farmacologico teso a garantire la pervietà del/dei by-pass.

Attualmente il **trattamento farmacologico del paziente con ischemia critica non passibile di rivascularizzazione chirurgica prevede dunque l'utilizzo di diversi medicinali** che possono essere raggruppati in tre gruppi:

1. farmaci convenzionali diversi dai prostanoidi;
2. prostanoidi;
3. terapia genica e con cellule staminali.

Le **ulcere linfostatiche** sono molto diverse da quelle venose infatti, "si formano in seguito ad enorme accumulo di linfa soprafasiale, che crea una sovra-distensione del tessuto sottocutaneo e della cute". Ciò determina una rarefazione della **microvascolarizzazione** con **ipovascolarizzazione**, ipo-ossigenazione e **necrosi del tessuto**.

L'ambiente **umido** causato dall'accumulo anomalo di linfa favorisce inoltre un ambiente ideale per le **colonie batteriche**, che possono così **infettare le lesioni**, aggiungendo quindi ulteriori complicanze. **Le ulcere linfostatiche** guariscono velocemente se viene applicata una terapia decongestiva (linfodrenaggio più bendaggio linfologico multistrato), oltre alla medicazione, alla cura e all'igiene della cute. La terapia decongestiva con la sua azione linfodrenante è l'unico trattamento che riesce a far defluire il blocco linfatico, permettendo all'ulcera di guarire.

Ulcere neuropatiche: si verificano nelle persone con diabete o neuropatia periferica che causa danni ai nervi degli arti inferiori. Le ulcere neuropatiche sono generalmente indolori e possono verificarsi in punti di pressione, come talloni o piedi.

Ulcera da pressione: è causata dalla pressione costante o prolungata su un'area specifica del corpo, spesso quando una persona è costretta a letto o su una sedia a rotelle per un lungo periodo. Indipendentemente dalle cause che hanno determinato la formazione dell'ulcera (traumi, deficit del circolo venoso), per ottenere la guarigione della lesione sono necessari:

- **un apporto ottimale di ossigeno;**
- **una completa detersione della lesione;**
- **una stimolazione cellulare;**
- **una buona perfusione ematica.**

Quindi qui elenchiamo alcuni elementi che vengono inclusi nell'esame clinico e nella descrizione di un'ulcera cutanea degli arti inferiori:

1. **Anamnesi:** la storia medica del paziente, comprese informazioni su eventuali condizioni preesistenti come diabete, malattie arteriose periferiche, insufficienza venosa cronica, ipertensione, malattie renali o fattori di rischio per l'ulcera cutanea.

2. **Valutazione dell'approvvigionamento di sangue:** controllando il polso. Questo può aiutare a determinare se l'ulcera sia causata da una malattia arteriosa o venosa.
3. **Valutazione della funzione nervosa:** la sensazione e la funzione nervosa degli arti inferiori.
4. **Esame fisico:** valutazione dell'ulcera cutanea e dell'area circostante (dimensioni, forma, colore e profondità dell'ulcera; tessuti circostanti per valutare la presenza di infezione, necrosi o altri segni di compromissione tissutale).
5. **Azioni di pulizia dell'ulcera:** per rimuovere eventuali detriti, pus o fluidi.
6. **Esame microbiologico:** prelevare campioni dai margini dell'ulcera per l'esame microbiologico, al fine di identificare i microrganismi responsabili dell'infezione. Questo può aiutare a determinare la scelta del trattamento antimicrobico.
7. **Registrazione fotografica:** In alcuni casi, potrebbe essere necessario scattare fotografie dell'ulcera cutanea per monitorare l'avanzamento del trattamento nel tempo.
8. **Diagnostica.**
9. **Trattamento mirato.**

Attraverso questa trattazione abbiamo visto che cosa è un'ulcera e come si forma. Abbiamo capito che attraverso una corretta valutazione del paziente e del suo quadro clinico, possiamo individuare le cause specifiche della formazione dell'ulcera e, dunque la possibilità di trattarle in maniera mirata.

Dott.ssa Alessia Salerno, Chirurgia Vascolare Aurelia Hospital, Roma

Per la corrispondenza: alessiasalerno@me.com