

Lesioni cutanee a lenta guarigione in Medicina Generale

Questa indagine epidemiologica sulla prevalenza e l'eziologia delle lesioni cutanee complesse trattate negli ultimi tre anni in un ambulatorio di Medicina Generale evidenzia come il Mmg, opportunamente formato in un ambulatorio adeguatamente attrezzato, possa rappresentare la figura professionale efficace e complementare ad altri attori del Ssn e con un ruolo centrale di coordinamento

Stefano Riccardi - *Medico di medicina generale - Specialista Wound Care, ASL RM6 Distretto H1*

Liliana Dulach - *Infermiera Ambulatorio di Medicina Generale*

È stata condotta una indagine epidemiologica retrospettiva sulla prevalenza e l'eziologia delle lesioni cutanee complesse (LCC), le ferite a lenta guarigione, osservate e trattate negli anni 2017-2018-2019 e nei primi tre mesi del 2020 nell'ambulatorio di Medicina Generale situato nel Presidio Cartoni di Rocca Priora (Roma) ASL RM6 Distretto H1.

Le lesioni a lenta guarigione, le cosiddette ferite difficili o ulcere cutanee croniche (LCC), hanno una scarsa tendenza alla guarigione, possono essere molto dolorose e spesso recidivano. La branca della medicina che si occupa di queste ferite è la Vulnologia, dal latino vulnus, ferita: tuttavia essendo molto complesso il trattamento delle LCC sarebbe auspicabile un approccio multidisciplinare al fine di ridurre i tempi di guarigione di queste ferite. La multidisciplinarietà può essere realizzata sia nella stessa struttura dove gli operatori sanitari sono in fisica contiguità, sia virtualmente mediante percorsi dedicati dinamici e biunivoci.

L'approccio vulnologico basilare è rappresentato dalla valutazione della ferita secondo il modello "T.I.M.E.", che serve per "leggere" la ferita e prendere le giuste decisioni terapeutiche. Il T.I.M.E. deve essere associato al termine "CARE", la persona che abbiamo davanti, ed al fattore "Tempo": non si può curare una lesione protratta nel tempo sen-

za risultati.

Il criterio temporale di guarigione delle ferite permette di distinguere le ferite in acute e croniche:

- **T0:** il trauma determina una lesione dei tessuti a cui segue una fase caratterizzata da emostasi ed aumento della permeabilità vasale con migrazione delle cellule infiammatorie;

- **T1:** dopo alcuni giorni di fase infiammatoria segue una fase di riparazione tissutale caratterizzata da proliferazione cellulare, sintesi di matrice extracellulare, tessuto di granulazione, angiogenesi e riepitelizzazione;

- **T2:** da 10 a 14 giorni si verifica la fase di rimodellamento della ferita con la chiusura e la contrazione dei tessuti.

In sintesi la ferita acuta guarisce nell'arco di 15 giorni; superato il limite di 4-6 settimane si parla di ferita cronica. Le ferite cutanee complesse sono delle ferite croniche che vengono solitamente indicate con il termine di ulcere o piaghe a seconda che la soluzione di continuo della cute presenti o meno necrosi dei tessuti.

Posto di fronte a una LCC il vulnologo deve valutare se la ferita sarà guaribile: valutare in altri termini il meccanismo eziopatogenetico alla base della lesione, lo stato di vascolarizzazione dei tessuti perilesionali e della lesione stessa, la gravità della contaminazione batterica.

La ferita sarà guaribile se la causa della

lesione potrà essere rimossa, se sarà garantita una adeguata vascolarizzazione dei tessuti, se sarà possibile controllare la contaminazione e/o infezione della lesione stessa. Sarà necessario aggiungere infine un quarto fondamentale criterio di valutazione della lesione rappresentato dall'anamnesi del paziente e dalla gravità delle sue comorbidità.

► Indagine

Sulla base di queste premesse è stata condotta una indagine epidemiologica retrospettiva sulle prestazioni di particolare impegno, registrate nell'ambulatorio di Medicina Generale e regolarmente retribuite dalla ASL di competenza, per la cura di lesioni cutanee che hanno richiesto tempi di guarigione superiori ai 30 giorni. Sono state riportate anche quelle lesioni giudicate inizialmente complesse sia per il meccanismo patogenetico che per la stadiazione, ma che hanno fatto registrare tempi di guarigione inferiori a quanto previsto.

Occorre chiarire che il fine dello studio non era valutare l'efficacia delle medicazioni utilizzate, ma verificare se la valutazione iniziale sulla guaribilità della lesione stessa fosse stata corretta o meno; in seconda istanza verificare la possibilità che l'ambulatorio di Medicina Generale possa rappresentare un luogo idoneo al trattamento delle LCC. Durante il trattamento delle LCC sono

stati utilizzati quali indicatori di percorso la scala di stadiazione Push Tool 3.0 e/o la fotografia della lesione e la scala di valutazione del dolore Wong Baker, mentre indicatori di esito erano rappresentati dalla guarigione della lesione oppure dalla diversa decisione terapeutica intrapresa dal vulnologo. In sintesi le medicazioni sono state modificate ogni 15 giorni in funzione degli indicatori di percorso, mentre il controllo dell'indicatore di esito era previsto a 3 mesi dall'inizio delle medicazioni, qualora la LCC non fosse ancora guarita.

► Risultati

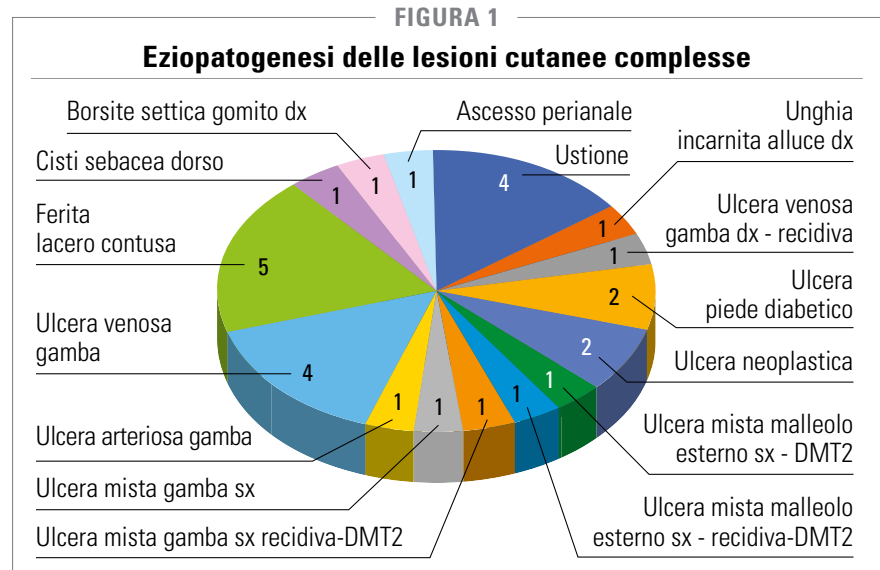
Complessivamente nel periodo di tempo compreso tra il mese di gennaio 2017 e il mese di marzo del 2020 sono stati medicati 28 pazienti (1,86%) su un bacino di 1.500 assistiti.

I pazienti sono rappresentati da 15 uomini (54%) e 13 donne (46%) con età media di 67 anni (range 21-92 anni).

Il dato ottenuto fa rilevare una sostanziale uguaglianza della prevalenza in entrambe i sessi. I pazienti medicati nel 2017 sono stati 5 (18%); 7 (25%) nel 2018, 13 (47%) nel 2019 e infine 3 (10%) nei primi tre mesi del 2020.

Confrontando i dati degli anni 2017 e 2018 in cui gli Autori hanno trattato complessivamente 104 pazienti effettuando 433 medicazioni si può rilevare come in questi due anni i 12 pazienti con LCC abbiano rappresentato l'11,5% dei pazienti complessivamente trattati. L'analisi eziopatogenetica delle LCC (figura 1) mostra i seguenti risultati in ordine decrescente:

- 9 ulcere vascolari degli arti inferiori (venose, arteriose e miste);
- 5 ferite lacero-contuse;
- 3 ustioni;
- 2 ulcere neoplastiche;
- 2 ulcere in piede diabetico;
- 1 borsite settica del gomito;
- 1 ascesso perianale;
- 1 cisti sebacea del dorso;
- 1 unghia incarnita dell'alluce in paziente diabetico.



Le ferite lacero-contuse rappresentano la percentuale maggiore delle ferite rilevate come singola entità nosologica (18,5%), ma considerando complessivamente le ulcere di natura vascolare degli arti inferiori si rileva come queste ultime rappresentino la maggioranza delle lesioni trattate (40,7%).

Occorre sottolineare che 2 pazienti affetti da ulcera venosa agli arti inferiori sono stati trattati una seconda volta per recidiva in anni diversi e uno dei pazienti, affetto da borsite settica del gomito, ha iniziato le medicazioni alla fine di dicembre 2019 e ha continuato il trattamento nel 2020 (figura 2).

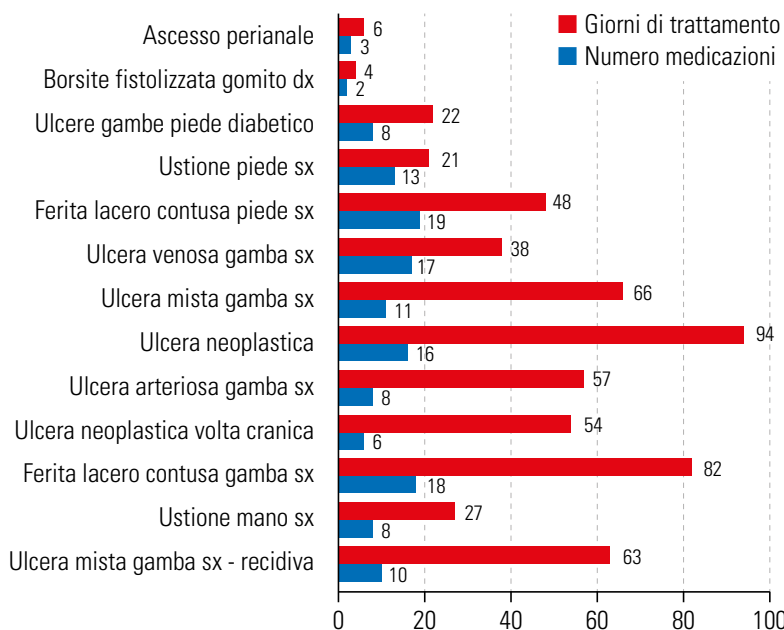
Dall'analisi dei risultati si evince che 6 pazienti (22%) hanno mostrato tempi di guarigione inferiori ai 30 giorni, anche se la valutazione iniziale sulla guaribilità della ferita faceva supporre tempi superiori: nel dettaglio si tratta di 2 pazienti affetti da ustione di 2° del dorso e della mano; 1 paziente, affetto da ascesso perianale, che dopo il drenaggio e la scomparsa della sintomatologia clinica, è stato inviato a consulenza proctologica; 1 paziente diabetico che ha mostrato un rapido recupero della integrità cutanea a livello delle gambe: probabilmente il pregresso intervento di rivascolarizzazione e il compenso metaboli-

co hanno inciso notevolmente sull'evoluzione del quadro clinico; 1 paziente ha mostrato un veloce miglioramento, ma la riparazione è stata ottenuta con cicatrice ipertrofica; infine 1 paziente che, affetto da ulcera venosa degli arti inferiori, ha ridotto i tempi di guarigione indossando la calza contenitiva prescritta. Analizzando il tempo impiegato e il numero di medicazioni effettuate, come ripeto tutte registrate ed inviate al Distretto ASL di competenza per il loro pagamento, e limitando lo studio delle LCC ai 21 pazienti che hanno richiesto tempi di guarigione superiori ai 30 giorni, si evidenziano i seguenti risultati:

- Il tempo medio impiegato per le diverse medicazioni è stato di 70,9 giorni (range 27 - 240 giorni);
 - Il numero medio delle medicazioni effettuate è stato di 16,7 medicazioni (range 6 - 58 medicazioni).
- Focalizzando l'attenzione sui pazienti con recidiva è stato osservato quanto segue:
- il paziente con ulcera venosa al primo episodio ha richiesto 7 medicazioni con tempo di guarigione pari a 22 giorni; l'anno successivo per la stessa lesione sono state necessarie 11 medicazioni con un tempo di guarigione pari a 44 giorni.
 - La seconda paziente affetta da ulce-

FIGURA 2

Prevalenza delle lesioni cutanee complesse (2019)



ra vascolare mista e DMT2 al primo episodio ha richiesto 9 medicazioni con un tempo di guarigione pari a 42 giorni; per la recidiva sono state necessarie 25 medicazioni con un tempo di guarigione pari a 113 giorni.

La valutazione del dolore associato alla lesione, valutato con scala di Wong Baker, non ha evidenziato la necessità di ricorrere ad un trattamento sistemico del dolore; talvolta è stata usata lidocaina

per uso topico prima della medicazione. L'analisi degli esiti (*figura 3*) ha evidenziato:

- 2 pazienti ancora in trattamento: la borsite settica del gomito e una ferita lacero contusa della gamba in una paziente di 91 anni (*figura 4*);
- 1 paziente con ulcera neoplastica è deceduto;
- 1 paziente con ulcera arteriosa dell'arto inferiore è stato ricoverato;
- 2 pazienti sono stati inviati a consulenza specialistica chirurgica: 1 paziente affetta da ulcera venosa degli arti in-

feriori (chirurgo vascolare) e 1 paziente affetto da ascesso perianale (chirurgo proctologo);

- tutti gli altri pazienti sono guariti (75%).

► Conclusioni

I report mensili, inviati alla ASL di appartenenza e regolarmente retribuiti come da contratto, sono stati archiviati nell'ambulatorio del Mmg. A questo proposito si potrebbe proporre una revisione delle prestazioni di particolare impegno che possono essere fatte in convenzione dal Mmg introducendo ad esempio il trattamento delle LCC, la prevenzione e il management del piede diabetico, la profilassi domiciliare delle lesioni da pressione ed eliminando prestazioni che attualmente vengono eseguite con rara frequenza oppure ormai obsolete, come le iniezioni sottocutanee desensibilizzanti sostituite dalle gocce sublinguali. L'analisi dei dati e soprattutto la valutazione degli esiti evidenzia come il Mmg, opportunamente formato in un ambulatorio adeguatamente attrezzato, possa rappresentare una figura professionale efficace e complementare ad altre figure professionali del SSN nella gestione delle lesioni cutanee; potrebbe avere un ruolo di coordinamento all'interno dell'ambulatorio infermieristico e potrebbe rappresentare il fulcro attorno a cui ruotano i diversi specialisti coinvolti a diverso titolo nella gestione delle lesioni cutanee ed in particolare in quelle a lenta guarigione.

FIGURA 3

Esito

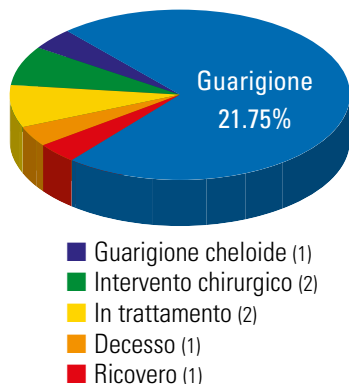


FIGURA 4

Ferita lacero contusa della gamba (paziente di 91 anni)

