

LE ULCERE CUTANEE

Inquadramento e diagnosi differenziale



Dott.ssa Arianna Alborghetti

DEFINIZIONE DI ULCERA CUTANEA

Perdita di sostanza che interessa epidermide, derma e talvolta ipoderma con scarsa tendenza alla guarigione

EPIDEMIOLOGIA

In Italia più di 2 milioni di persone soffriranno di ulcere cutanee nel corso della vita

Per il 50% malattia invalidante

1% di prevalenza nella popolazione generale

8% dei pazienti ospedalizzati

15-25% dei pazienti in strutture di lunga degenza

15% dei pazienti diabetici presenta un'ulcera del piede

IMPORTANZA DEL FENOMENO

Numero di pazienti coinvolti

Tempo e risorse necessarie per il trattamento del problema

Medicazioni appropriate con necessità di continuo monitoraggio e opportune correzioni

Le ulcere, soprattutto in fase avanzata, sono debilitanti, dolorose e riducono la qualità della vita del paziente

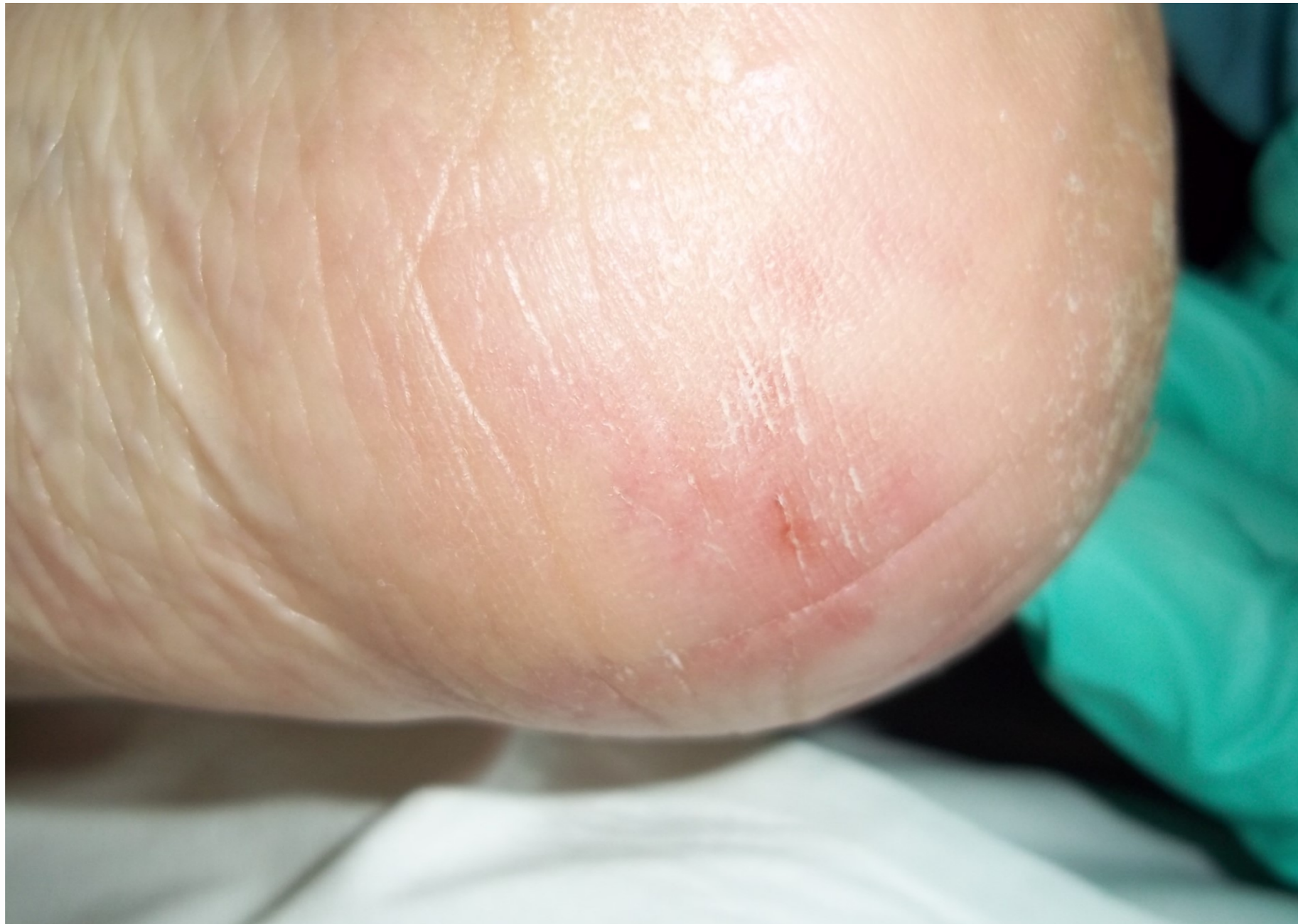
I modelli organizzativi per il trattamento non sempre garantiscono qualità ed efficienza

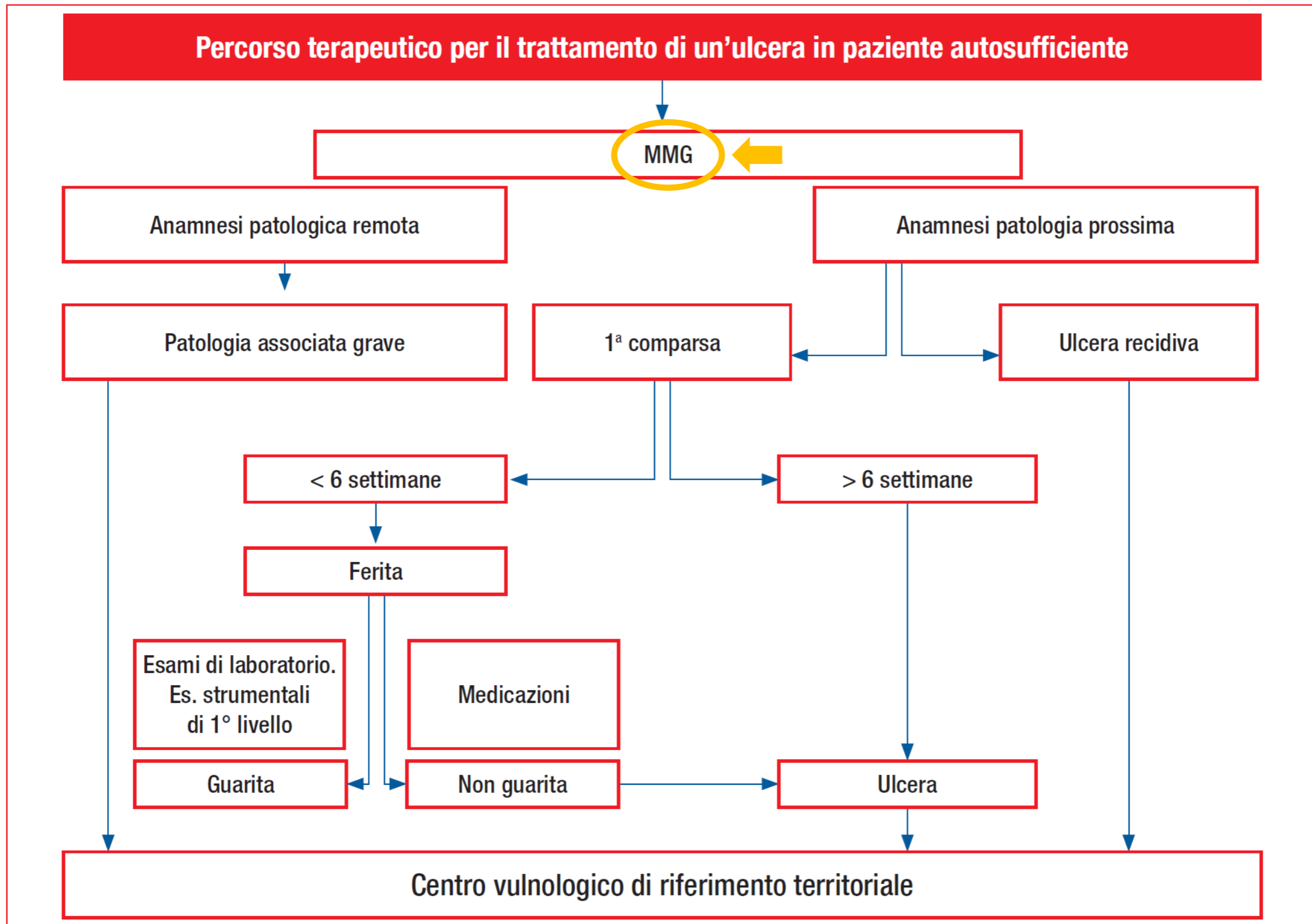












INQUADRAMENTO CLINICO E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

ANAMNESI

- Anamnesi familiare
- Anamnesi patologica prossima
- Anamnesi patologica remota (diabete, cardiopatie, connettivopatie, neoplasie)
- Modalità di insorgenza (se traumi)
- Se presente **dolore** di che tipo e periodicità
- Sintomi associati (claudicatio, parestesie)
- Terapie eseguite e/o in atto
- Stile di vita per la ricerca di fattori di rischio (fumo)

INQUADRAMENTO CLINICO E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

ESAME OBIETTIVO GENERALE E LOCALE

- Sede
- Dimensione
- Forma
- Margini e bordi
- Profondità e fondo
- Caratteristiche dell'essudato
- Segni di infezione
- Cute perilesionale Circostante (edema, discromie, atrofia)

LESIONI CUTANEE ACUTE

Insorgenza < 6 settimane

- Abrasioni
- Ustioni superficiali
- Lacerazioni
- Piccoli traumi con perdita di sostanza
- Focale scelta della medicazione adatta

LESIONI CUTANEE CRONICHE

Insorgenza > 6 settimane

- Ulcere diabetiche
- Ulcere vascolari arteriose e venose
- Ulcere da pressione
- Ulcere da difetti immunologici o ematologici
- Ulcere neoplastiche

Differential diagnosis and assessment of atypical leg ulcers

Underlying disease		Clinical characteristics	History	assessment
Vasculitis	<p>Small vessel: leukozytotoxic (infection tumour /drug induced/autoimmune disease such as rheumatoid arthritis, Lupus Erythematoses, Sclerodermia, Sjögren's Syndrome)</p> <p>Middle and large vessel (Polyarteritis nodosa, Nodular Vasculitis, Wegener Granulomatosis)</p>	<p>Dorsum of foot, pretibial, calf</p> <p>Sharply demarcated, punched-out appearance, deep, multiple, confluence, necrotic</p> <p>Surrounding skin: palpable purpura</p>	Autoimmune disease, medication, infection, tumour	<p>Vasculitis Serology: RF, ANA, ANCA, C3, C4, anti-dsDNA, Cryoglobulins</p> <p>Biopsy</p> <p>Rule out infection / tumour</p>
Neuropathic	Diabetes mellitus, Tabes dorsalis, Poliomyelitis, peripheral nerve lesions	<p>Weight bearing areas</p> <p>Sharply demarcated, punched-out appearance, deep, sometimes pus (Osteomyelitis)</p> <p>Surrounding skin: thick callus, Anaesthesia, Hyperesthesia.</p>	Polyneuropathy (Diabetes, alcohol, renal insufficiency, vitamin deficiency, borrelia, lepra, drugs)	Reflexes, sensibility. HbA1c, Creatinin, Vitamin B12. Probe to bone (Osteomyelitis)
Metabolic	Diabetes mellitus	Bullosis diabeticorum, arteriopathy / Microangiopathy, delayed healing of ulcers of other aetiologies	Diabetes	
	Calciphylaxis	Palpable calcium deposits, necrotic ulcers	Renal insufficiency	Ca ⁺⁺ , Phosphate
	Gout, Cholesterol emboli		Gout	

Haematologic	Erythrocytes: sickle cell anaemia, Sphärozytosis, Thalassemia, Polycythemia Leukocytes: Leukaemia Dysproteinemias: Cryoglobulinemia, cold agglutinins, Macroglobulinemia			Blood analysis, RF, Cryoglobulins
Trauma	Pressure, cold, post-actinic, burn, artefact		History of trauma, psychiatric disorder	
Neoplasia	Epithelial tumours (Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma), Sarkoma, Lymphoproliferative, Metastasis	Primary ulcerating tumour on healthy skin, secondary in long-standing venous ulcer or scar	History of skin cancer; sun exposure	Biopsy
Infectious	Bacteria, Mycobacteria, Spirochetes, deep Mycosen, Protozoa often mixed infections (tropical ulcers)		Trips to tropical countries, drug use, immuno-suppression	Microbiology from swab or biopsy
Panniculitis	Alpha-1-Antitrypsin deficiency, Pancreatic fat tissue necrosis			Biopsy
Ulcerating skin diseases	Necrobiosis lipoidica	Atrophic plaque with nodular borders	Diabetes mellitus	HbA1c, Biopsy
	Pyoderma gangraenosum	Highly inflammatory edge, purulent ulcer base Cave Pathergy-Phenomenon	Inflammatory bowel disease, RA, MDS	Diagnosis by exclusion!
	Necrobiotic Xanthogranuloma			
Genetic diseases	Sickle cell anaemia, Klinefelter Syndrome	Resembling venous ulcers		
Drug induced	Topical and systemic, e.g. Hydroxyurea			

CLASSIFICAZIONE DELLE ULCERE

- **VASCOLARI**
- **DIABETICHE**
- **NEOPLASTICHE**
- **DA PRESSIONE**
- **INFIAMMATORIE**
- **EMATOLOGICHE**
- **IATROGENE**
- **METABOLICHE**
- **ASSOCIATE A CONNETTIVOPATIE**
- **INFETTIVE**

ULCERE VASCOLARI

- VENOSE

- ARTERIOSE

- MISTE

ULCERE VENOSE

Soluzione di continuo dell'arto inferiore ad evoluzione ingravescente che può estendersi ed interessare strutture più profonde sostenuta da una condizione di ipertensione venosa cronica

70% delle ulcere degli arti inferiori

Causate da alterazioni emodinamiche a livello venoso che portano a una distensione del circolo capillare, danno sul tessuto endoteliale e passaggio di cellule nell'interstizio con conseguente sofferenza dei tessuti e formazione delle lesioni

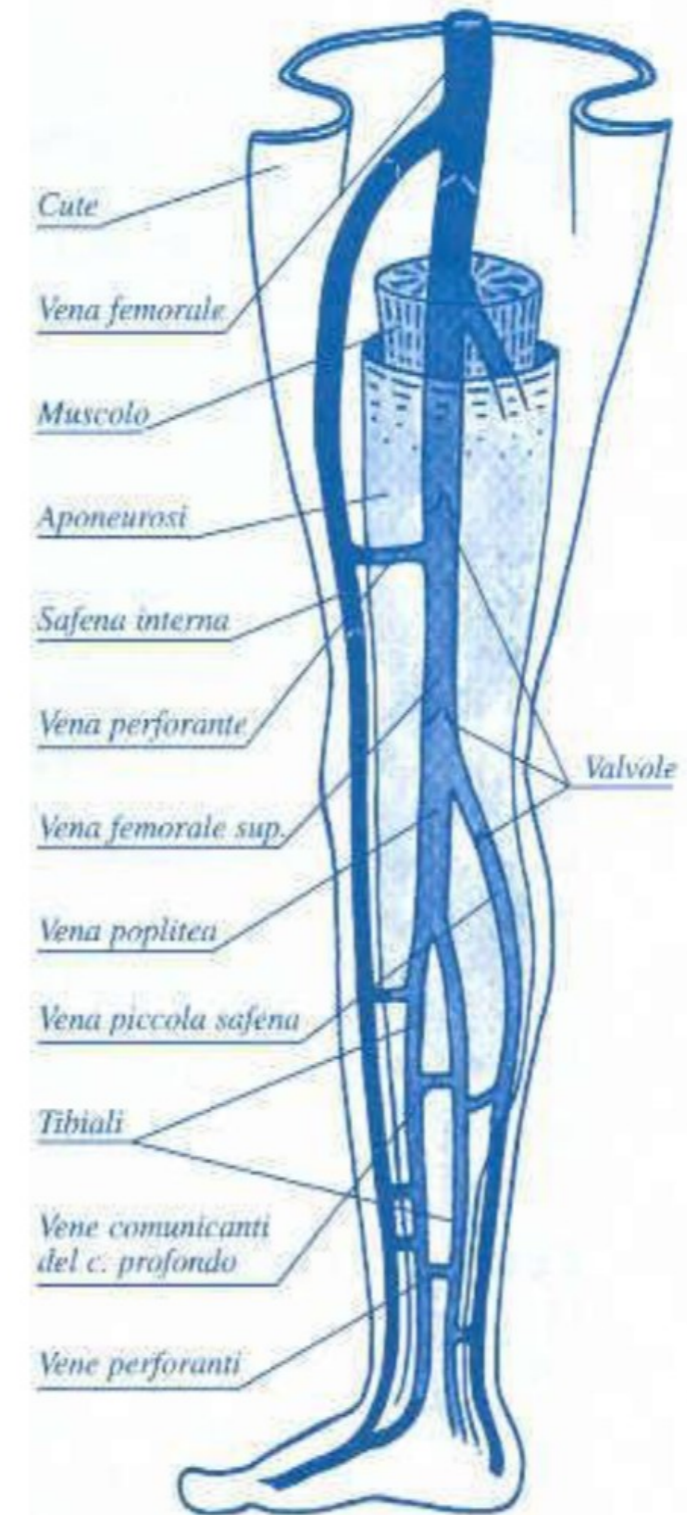
SISTEMA VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI

SISTEMA VENOSO SUPERFICIALE

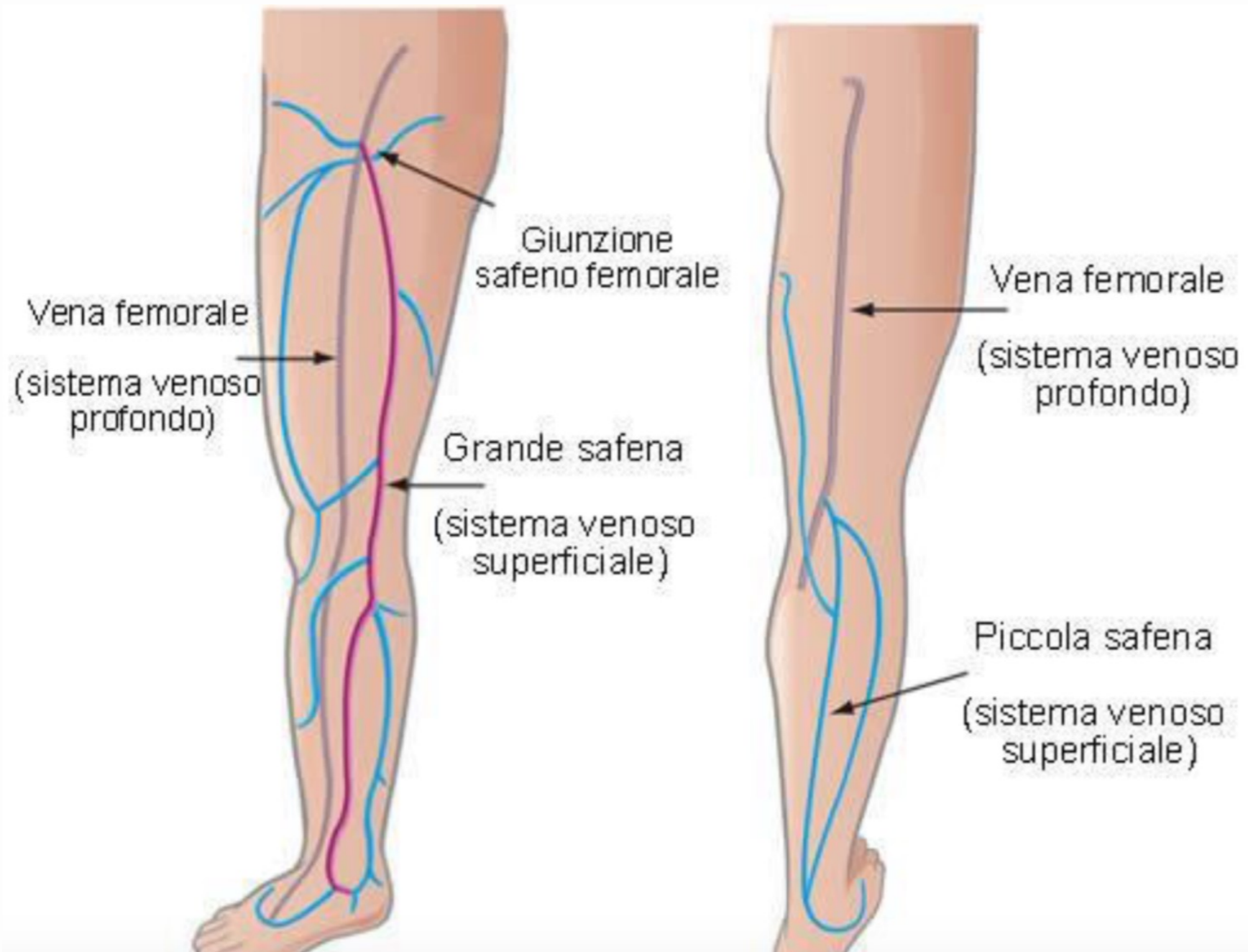
- Grande safena o safena interna
- Piccola safena o safena esterna

SISTEMA VENOSO PROFONDO

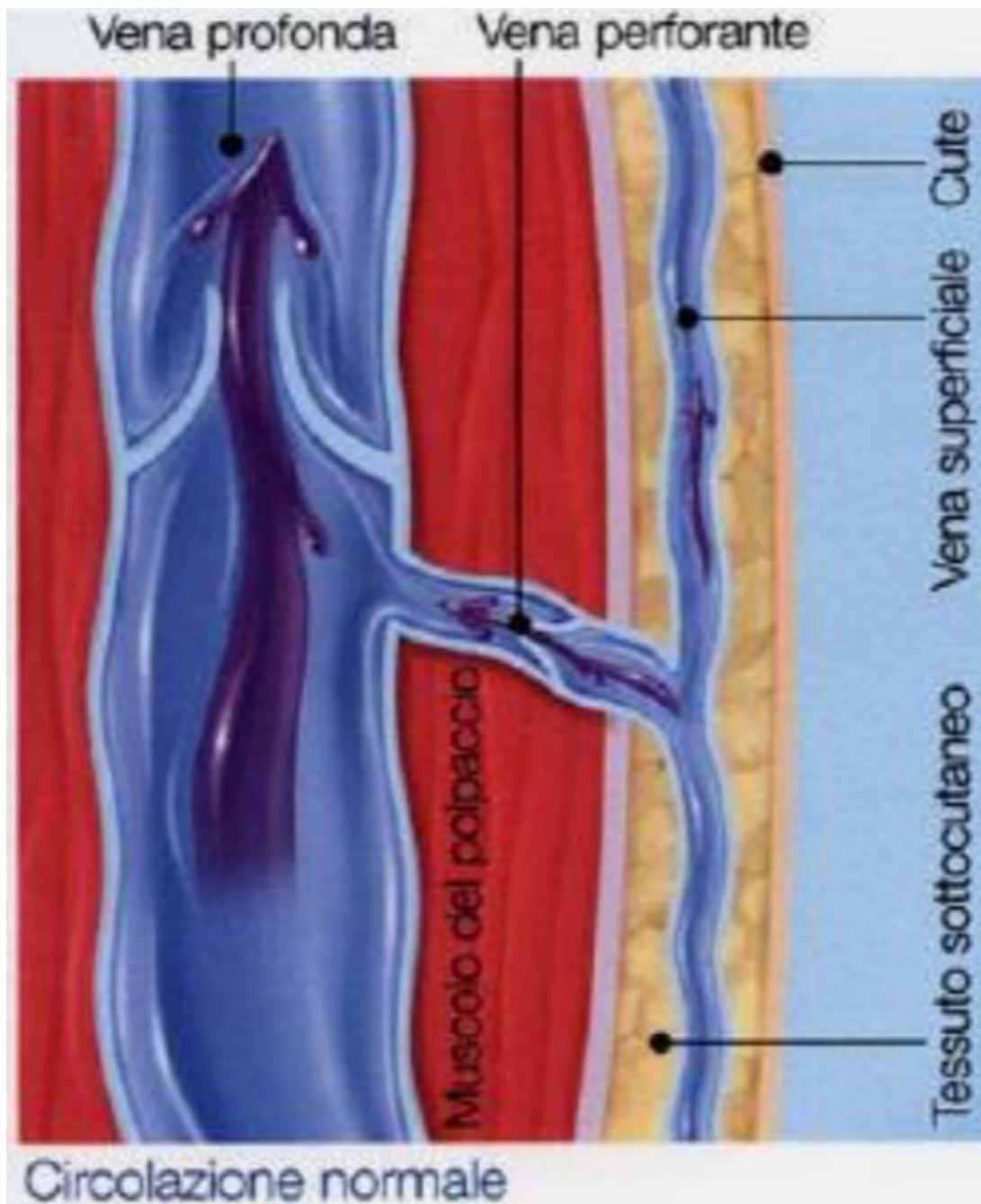
- Vene pedidie
- Vene tibiali
- Vene peroniene
- Vena poplitea
- Vena femorale profonda
- vena femorale superficiale



SISTEMA VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI

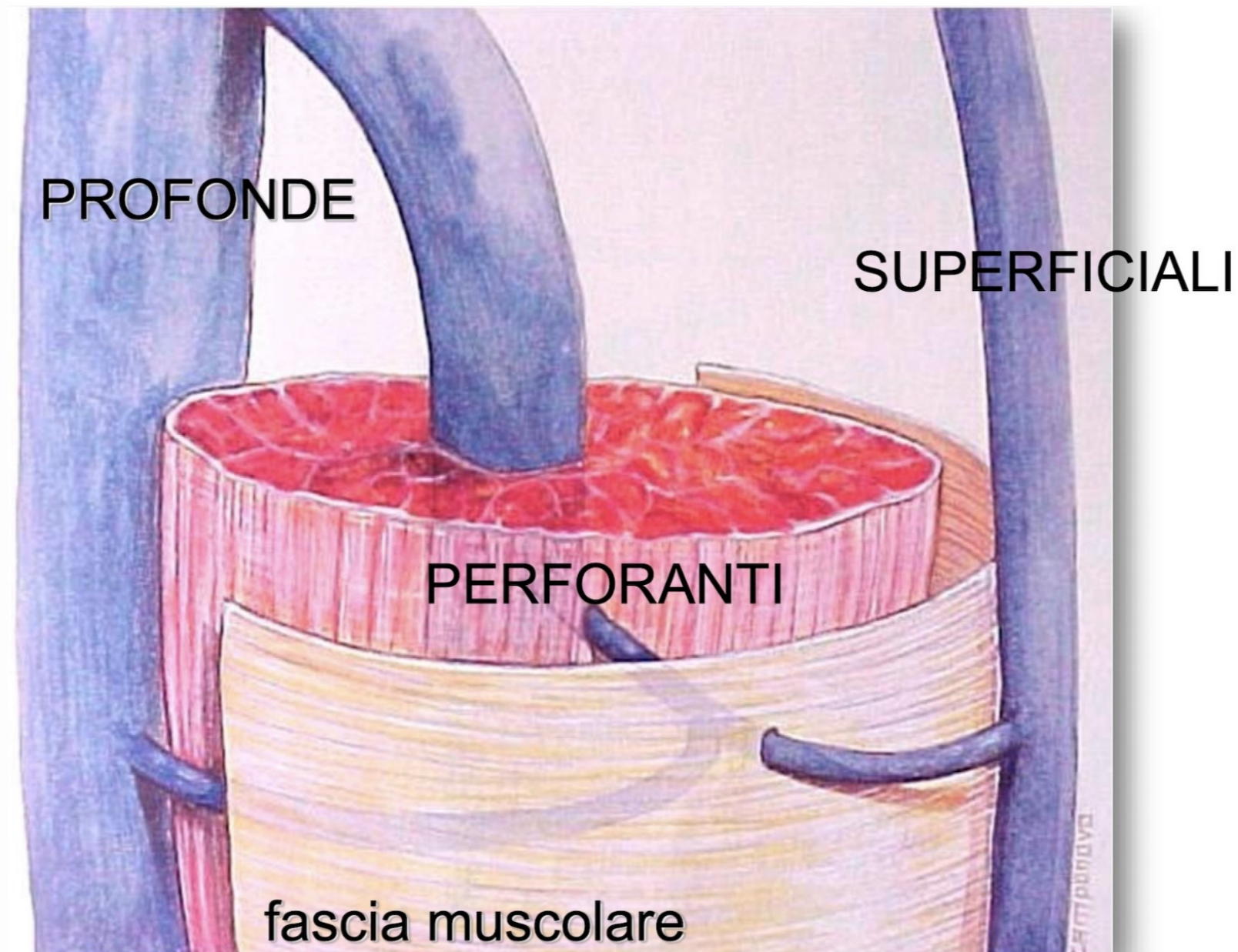


SISTEMA VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI



SISTEMA VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI

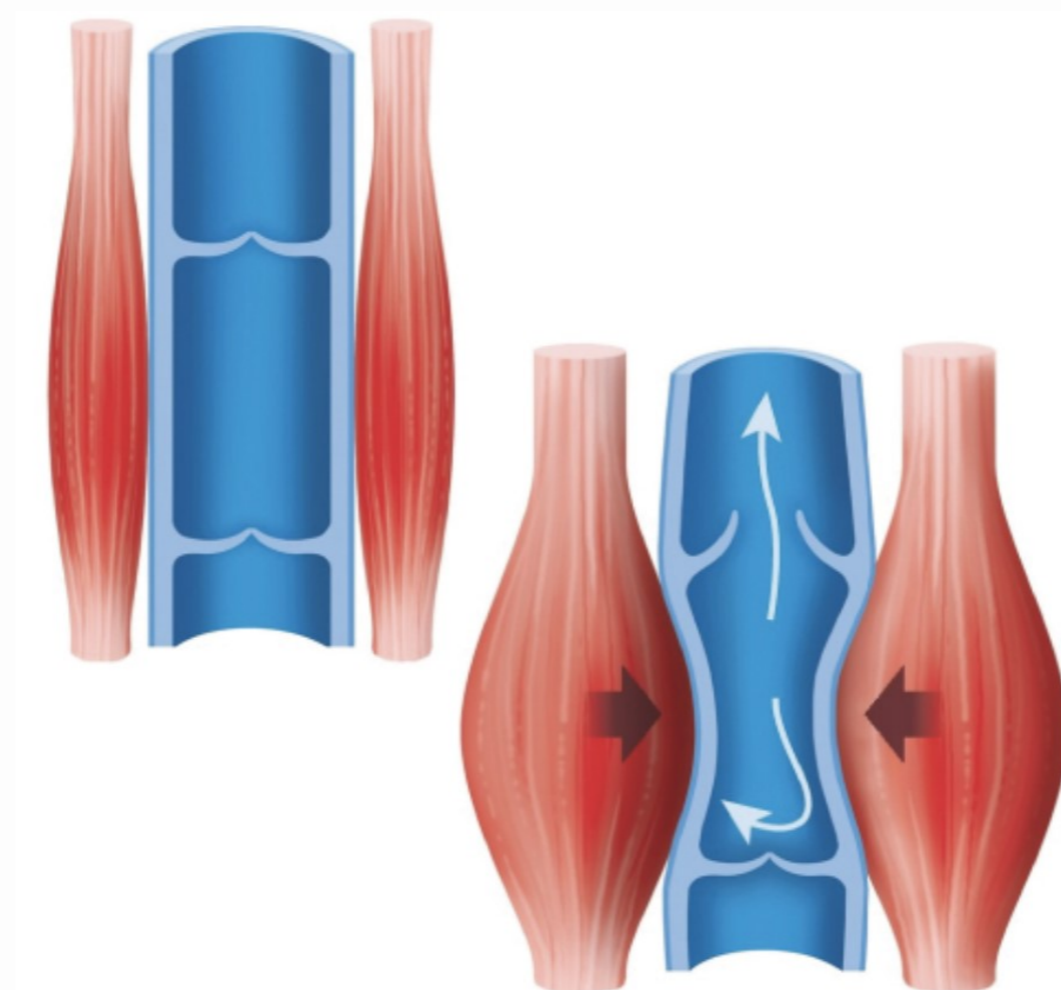
Le vene PERFORANTI mettono in comunicazione il sistema venoso superficiale e quello profondo



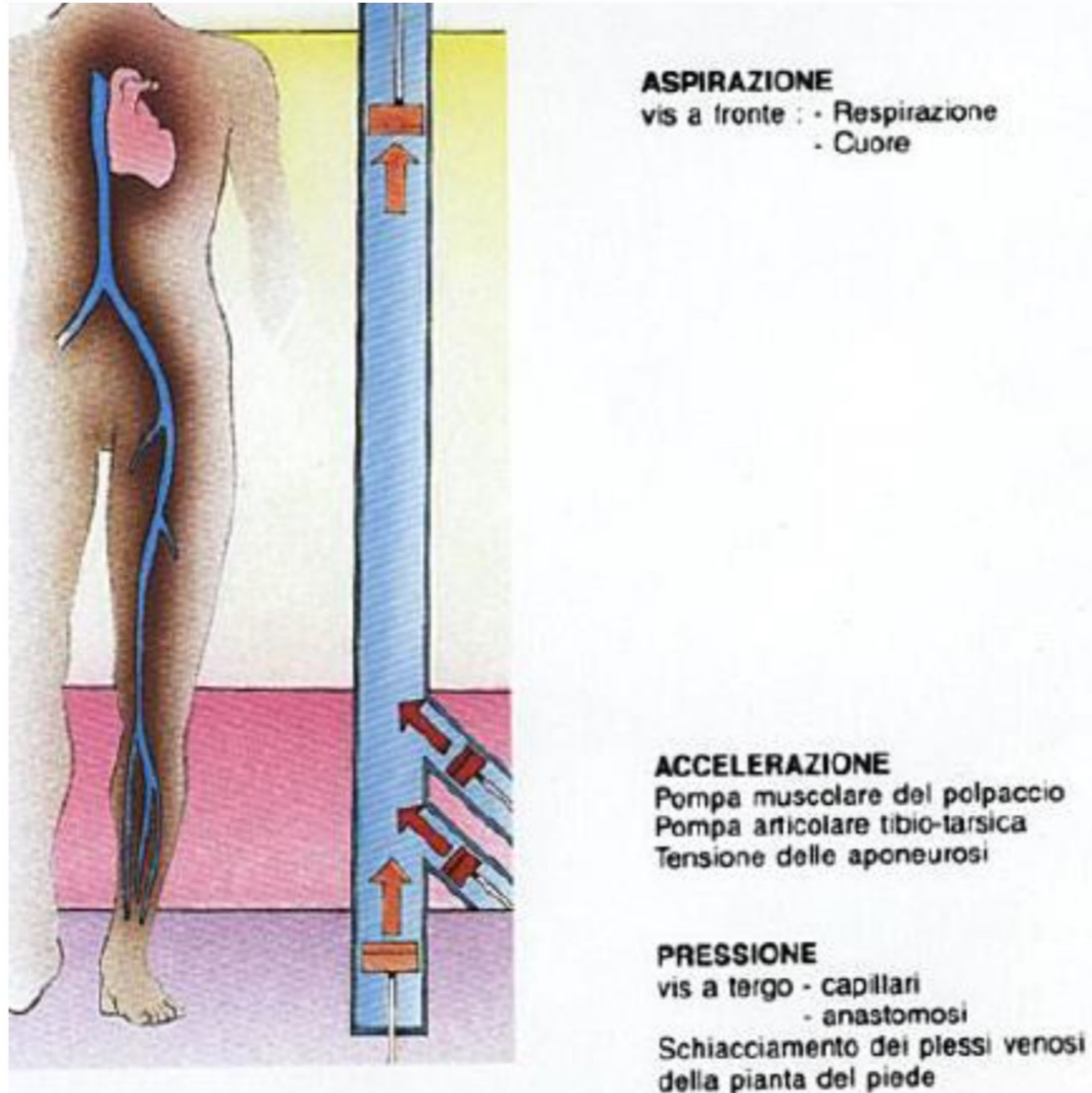
SISTEMA VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI

Il SISTEMA VALVOLARE orienta il flusso dal circolo superficiale a quello profondo, la corretta chiusura impedisce il flusso retrogrado

Durante la deambulazione le CONTRAZIONI MUSCOLARI garantiscono la progressione del sangue

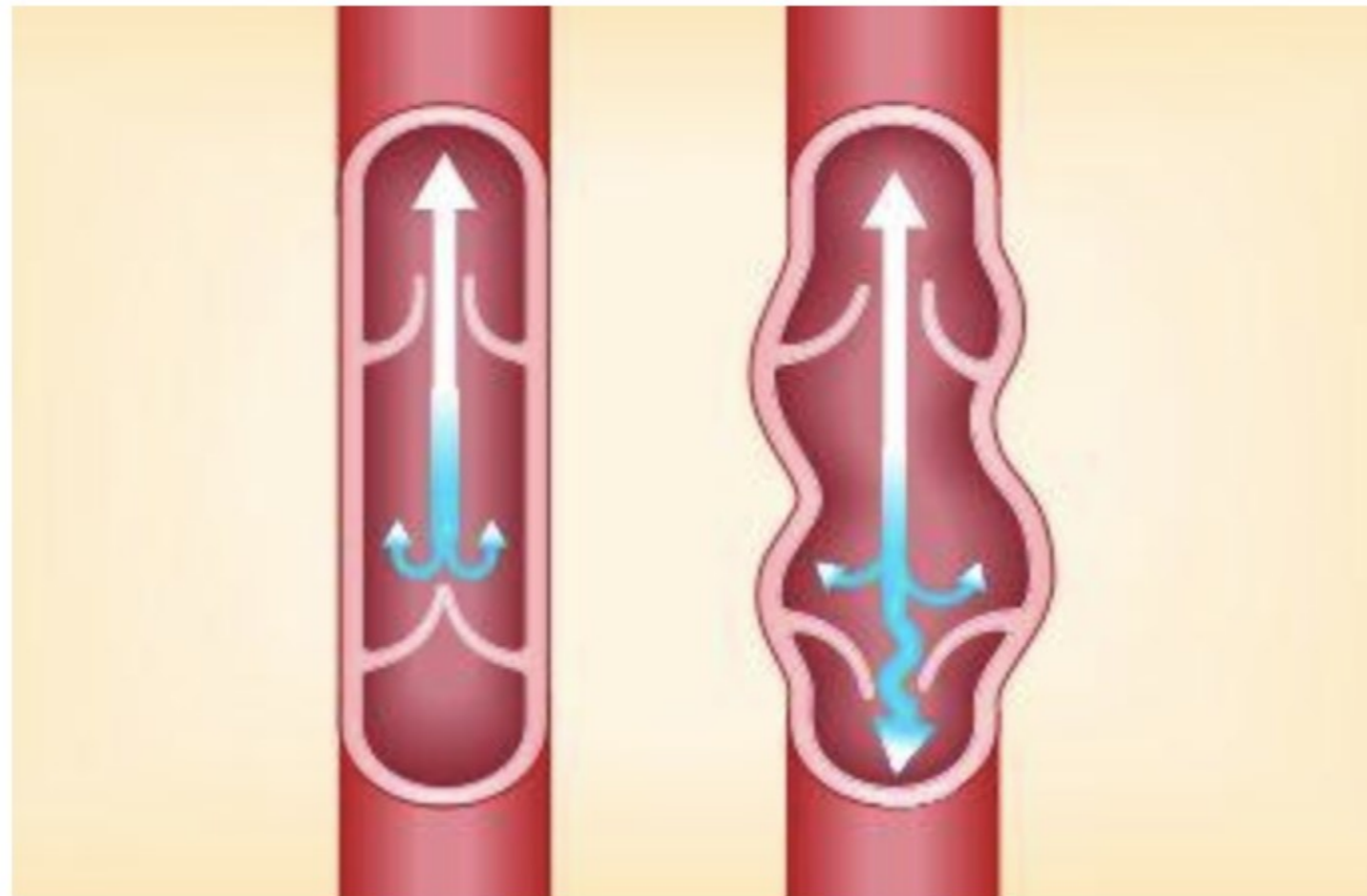


SISTEMA VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI



INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA (IVC)

Tutti i fattori che alterano i meccanismi del ritorno venoso (ridotta contrazione muscolare per ipomobilità, ostruzione venosa, insufficienza valvolare) determinano un'IPERTENSIONE VENOSA periferica con comparsa di rallentamento del flusso che è alla base delle successive alterazioni trofiche cutanee e causa di disturbi clinicamente percepiti nell'insufficienza venosa



CLASSIFICAZIONE CEAP DELL'IVC

- Clinica
- Eziologia
- Anatomia
- Patofisiologia

Insufficienza Venosa Cronica: Classificazione CEAP

C0	Assenza di segni di patologia venosa
C1	Teleangectasie
C2	Varici
C3	Edema
C4a	Pigmentazione o eczema
C4b	Lipodermatosclerosi
C5	Ulcera guarita
C6	Ulcera attiva

Allegra c, Antignani PL, Bergan JJ, et al. "C" of CEAP: suggest definitions and refinements: an International Union of Phlebology conference of expert. J Vasc Surg 2003;37:129-31

REVISIONE CLASSIFICAZIONE CEAP DELL'IVC

CEAP Classification System and Reporting Standard Revision 2020

C (Clinical Manifestations), **E** (Etiology), **A** (Anatomic Distribution), **P** (Pathophysiology)

C0	No visible or palpable signs of venous disease
C1	Telangiectasias or reticular veins
C2	Varicose veins
C2r	Recurrent varicose veins
C3	Edema
C4	Changes in skin and subcutaneous tissue secondary to chronic venous disease
C4a	Pigmentation or eczema
C4b	Lipodermatosclerosis or atrophie blanche
C4c	Corona phlebectatica
C5	Healed
C6	Active venous ulcer
C6r	Recurrent active venous ulcer

SEGNI DI IVC

TELEANGECTASIE



SEGNI DI IVC

VENE VARICOSE



SEGNI DI IVC

EDEMA



SEGNI DI IVC

PIGMENTAZIONE/ECZEMA



SEGNI DI IVC

PIGMENTAZIONE/ECZEMA



SEGNI DI IVC

LIPODERMATOSCLEROSI



SEGNI DI IVC

ULCERA GUARITA



SEGNI DI IVC

ATROFIA BIANCA



SEGNI DI IVC

ULCERA VENOSA ATTIVA

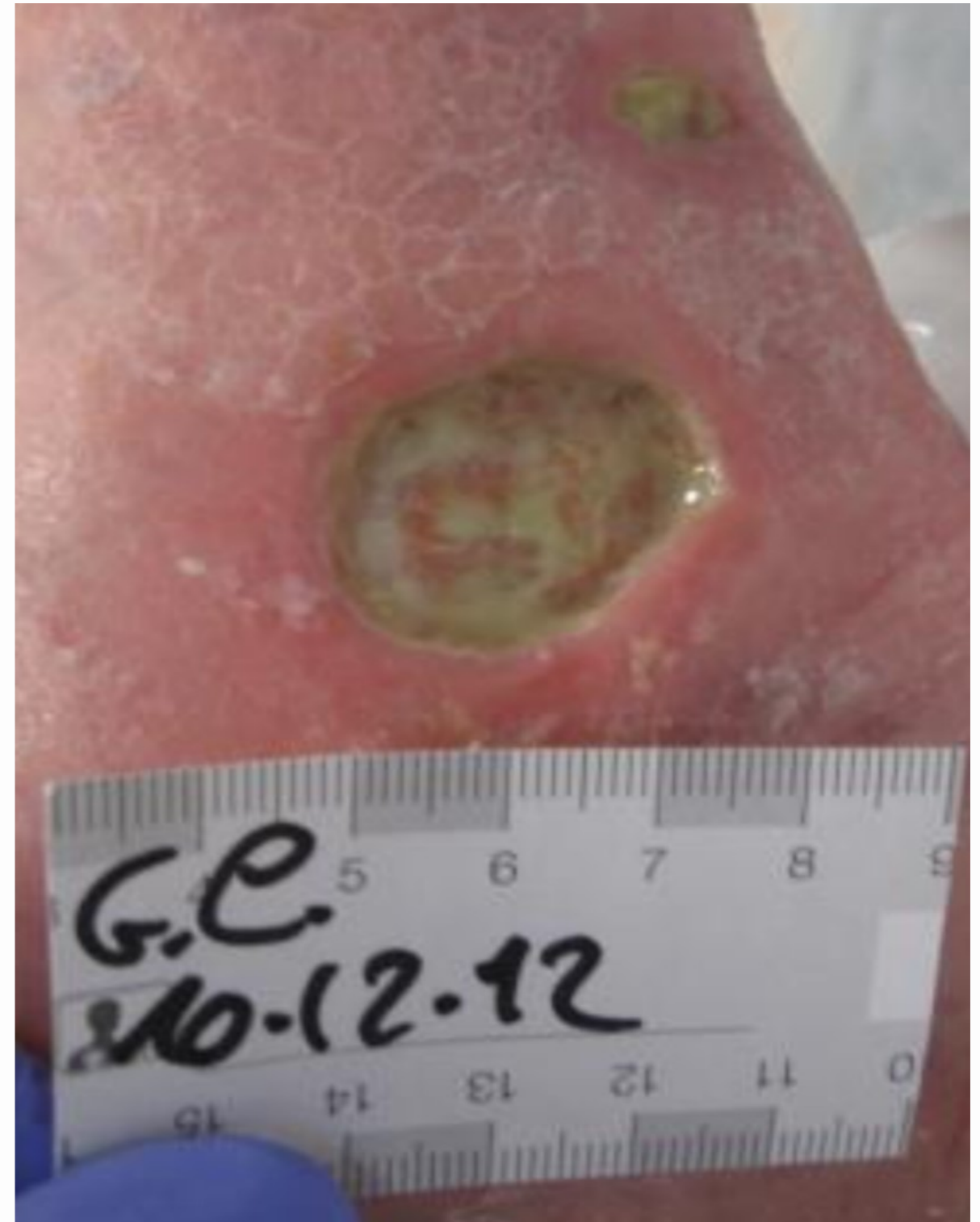
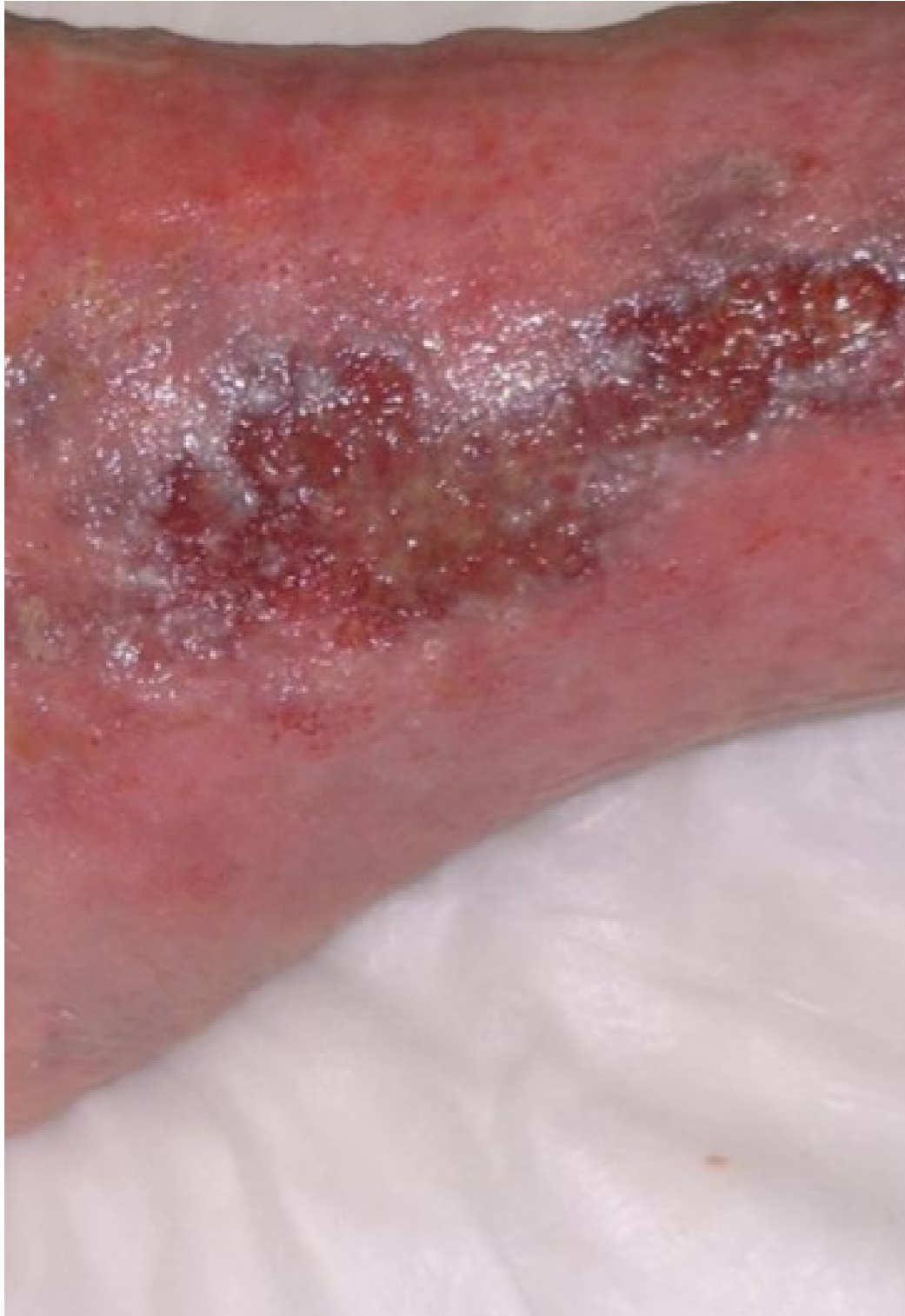


ULCERE VENOSE CARATTERISTICHE

- SEDE: area perimalleolare
- CUTE PERILESIONALE: reticolo venoso superficiale, pigmentazione, atrofia bianca
- FONDO: fibroso con essudato
- MARGINI: irregolari, sfrangiati







ULCERE ARTERIOSE

20% delle ulcere croniche degli arti inferiori

Sono causate da una ridotta perfusione tissutale che porta a un danno endoteliale con aumentata permeabilità e passaggio di liquidi e fibrinogeno nell'interstizio con formazione di manicotti di fibrina pericapillare che danneggiano gli scambi gassosi

L'attivazione leucoeritrocitaria e piastrinica genera la formazione di aggregati che aumentano la viscosità ematica con azione ostruente sulle arteriose e i capillari

Come conseguenza ultima si hanno ischemia e necrosi nella sede interessata

Presenza dei polsi periferici NON è un segno di esclusione di arteriopatia

Presenza di tessuto necrotico è indizio di lesione arteriosa

ULCERE ARTERIOSE CARATTERISTICHE

SEDE: alle estremità dell'avampiede (dita), calcagno

CUTE PERILESIONALE: pallida, perdita degli annessi cutanei

FONDO: necrotico o fibroso

MARGINI: netti

ARTERIOPATIA OBLITERANTE CRONICA PERIFERICA (AOCP)

L'arteriopatia ostruttiva cronica periferica, nota con la sigla AOCP, è una patologia che colpisce gli arti inferiori e porta all'occlusione delle arterie

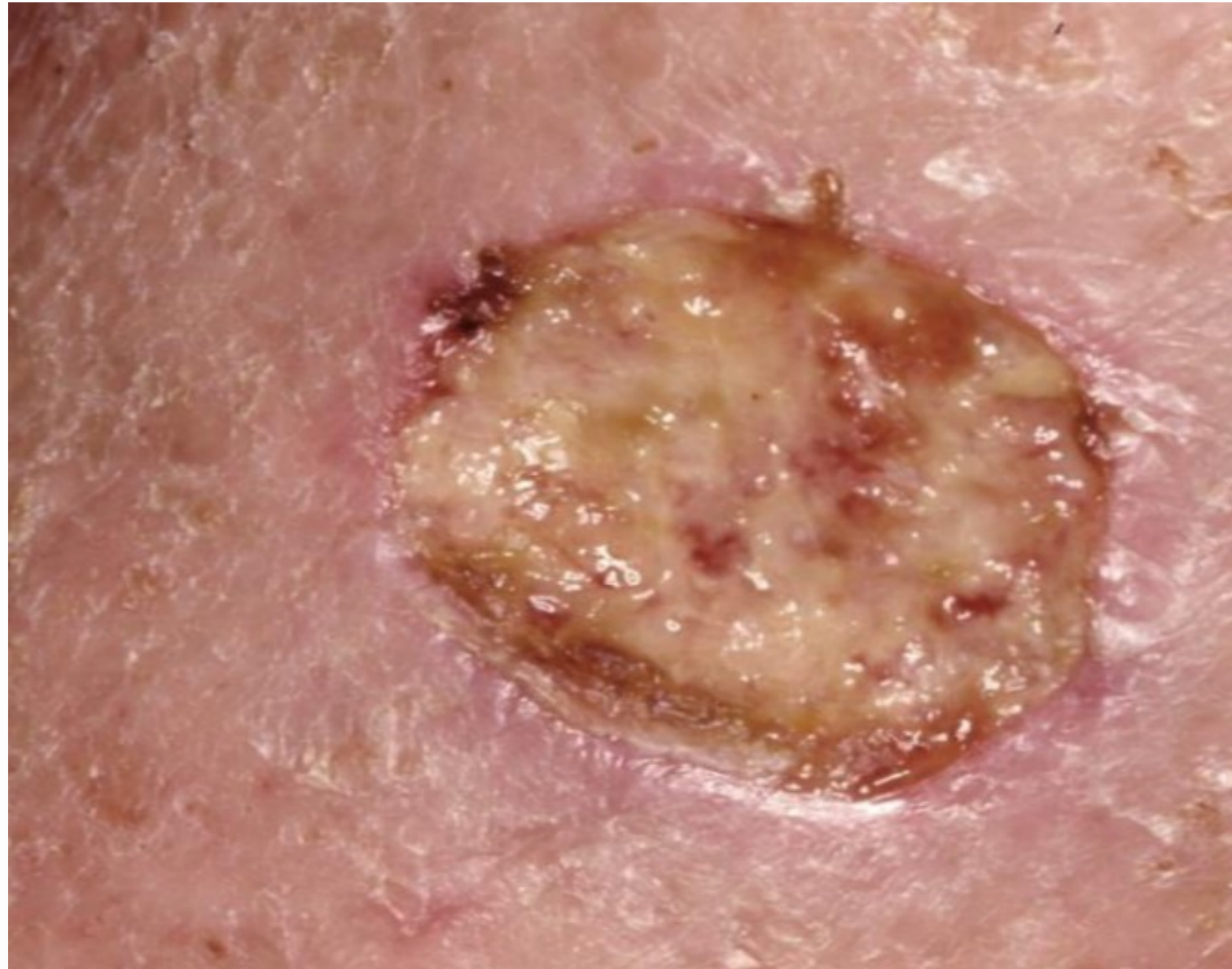
La causa principale è il fumo, una cattiva abitudine che se protratta dopo il manifestarsi della malattia può aggravarla sensibilmente

Altri fattori di rischio sono il diabete e l'insulino-resistenza, l'ipertensione, l'obesità, oltre a fattori ereditari

ARTERIOPATIA OBLITERANTE CRONICA PERIFERICA (AOCP)

Classificazione Leriche-Fontaine		Classificazione Rutherford		
Stadio	Sintomatologia	Grado	Categoria	Sintomatologia
I	Asintomatico	0	0	Asintomatico
IIa	Claudicatio intermittente lieve (distanza assoluta di claudicatio >200 m), tempo di recupero < 2 min	I	1	Claudicatio lieve
IIb	Claudicatio moderata-severa (distanza assoluta di claudicatio <200 m), tempo di recupero >2 min	I	2	Claudicatio moderata
		I	3	Claudicatio severa
III	Dolore a riposo	II	4	Dolore a riposo
IV	Ulcera o gangrena	III	5	Piccola perdita di sostanza
		IV	6	Grande perdita di sostanza





LE ULCERE CUTANEE
Inquadramento e diagnosi differenziale



DIAGNOSI DIFFERENZIALE ULCERE VENOSE E ARTERIOSE

Patologia Venosa	Patologia Arteriosa
Ulcere di solito poco profonde ed essudanti	Ulcere dalla forma a stampo
Localizzate nella regione perimalleolare o del terzo medio inferiore della gamba	Fondo della lesione scarsamente perfuso, pallido e asciutto
Edema	Gambe/piedi freddi (in ambiente caldo)
Eczema	Cute lucida e tesa
Corona Fleboectasica alla caviglia	Eritema dipendente
Lipodermatosclerosi	Piede pallido o cianotico
Vene varicose	Dita del piede gangrenose
Iperpigmentazione	
Atrofia Bianca	

IL DOLORE NELLE ULCERE VENOSE E ARTERIOSE

ULCERE VENOSE

Dolore a riposo con arto declive
Miglioramento della sintomatologia
con arto sollevato o esercizio fisico

ULCERE ARTERIOSE

Dolore notturno
Claudicatio intermittens
Miglioramento con arto declive

ULCERE MISTE ARTERIOSE E VENOSE

10% delle ulcere degli arti inferiori

Segni di insufficienza venosa e arteriopatia, quadro clinico misto: alle dita in sede perimalleolare, fondo fibrinoso, pigmentazione perilesionale, ectasie venose, dolore intenso

Trattare queste lesioni come ulcere venose (bendaggio) può esporre il paziente a rischio di peggioramento della perfusione dell'arto

Vanno sempre sospettate in caso di intolleranza al bendaggio

Il paziente va sottoposto a ecocolordoppler degli arti inferiori e visita chirurgica vascolare

ULCERE NEL PIEDE DIABETICO

PIEDE DIABETICO

Complicanza legata al diabete di tipo I e II sia di origine vascolare che neurologica che colpisce sia le strutture muscolo cutanee che osteo articolari

Causa principale di amputazione non da trauma in Italia

Tre principali cause :

la polineuropatia sensitivo-motoria

la vasculopatia degli arti inferiori

l'infezione che può far precipitare il quadro clinico

Nella maggior parte dei casi i due quadri coesistono e si parla di Piede Neuroischemico

ULCERE NEL PIEDE DIABETICO

PIEDE DIABETICO

Tipico aspetto di un piede neuropatico con accentuazione dell'arco plantare e prominenza delle teste metatarsali



ULCERE DIABETICHE CARATTERISTICHE

SEDE: aree di pressione della pianta del piede (neuropatico), margini del piede (ischemico)




CUTE PERILESIONALE: calda o fredda, callosità

FONDO: profondità variabile fino al coinvolgimento di tendini e ossa







Caratteristiche dei principali tipi di lesioni croniche degli arti inferiori*				
Tipologia	Localizzazione	Anamnesi	Caratteristiche dell'ulcera	Altro
Ulcera venosa dell'arto inferiore 	Regione: terzo mediale dell'arto inferiore; comunemente intorno al malleolo mediale	Vene varicose Trombosi venosa profonda (DVT) Altre patologie venose Trauma Chirurgia	Margini irregolari Di solito, poco profondi Base fibrinosa e granulosa Dimensioni variabili: da piccole fino a circondare l'arto inferiore Alti livelli di essudato Può essere dolorosa; il dolore diminuisce sollevando l'arto	Edema della cute perilesionale/dell'arto inferiore Vene varicose Eczema varicoso Lipodermatosclerosi Iperpigmentazione Atrofie
Ulcera arteriosa dell'arto inferiore 	Dita, piedi o zone pretibiali laterali dell'arto inferiore	Claudicazione intermittente/dolore al riposo Malattia cardiaca o cerebrovascolare	Bordi nettamente delimitati Dolorosa Piccola e profonda Base della lesione in necrosi Asciutto/basso livello di essudato Può essere presente la cancrena	La cute circostante è spesso secca e lucida con perdita di peli Pulsazioni del piede deboli o assenti
Ulcera del piede diabetico 	Aree di pressione della pianta del piede (neuropatiche) Margini del piede, per esempio sopra la prima o la quinta articolazione metatarso-falangea (neuroischemica)	Diabete	Perdita sensoriale in presenza di neuropatia Profondità variabile: può essere +/- cavitaria, e può coinvolgere tendini e ossa	Neuropatica: il piede può essere caldo; l'ulcera è spesso circondata da calli Neuroischemica: il piede può essere freddo e le pulsazioni del piede possono essere assenti
N.B. Le ulcere degli arti inferiori possono avere un'eziologia mista, ad esempio a causa di malattie arteriose e venose, e quindi possono presentare molteplici segni e sintomi. Foto: Coloplast				

ULCERE NEOPLASTICHE

Lesione la cui origine è espressione della degenerazione maligna di uno dei componenti della cute o espressione di un processo tumorale originato in altra sede e giunto per via metastatica

2% delle ulcere degli arti inferiori

ULCERE NEOPLASTICHE

PRIMITIVE CUTANEE

Carcinoma basocellulare

Carcinoma squamocellulare

Melanoma

Linfoma cutaneo

Linfoma di kaposi

METASTATICHE

Adenocarcinoma mammario

CARCINOMA BASOCELLULARE



CARCINOMA SQUAMOCELLULARE



LINFOMA A CELLULE T



ULCERE NEOPLASTICHE

ULCERA DI MARJOLIN

Trasformazione maligna di una cicatrice in lesioni croniche

Si può sviluppare in casi di ustione, pelle cronicamente traumatizzata o infiammata (es. Lupus discoide, Lichen scleroatrofico) ulcere da decubito, fistole croniche, insufficienza venosa, siti di innesto cutaneo

All'esame istologico può essere identificata come un carcinoma squamocellulare (SCC) nella maggior parte dei casi ma anche un carcinoma basocellulare (BCC), un melanoma, un sarcoma o tumori misti

ULCERA DI MARJOLIN





ULCERE NEOPLASTICHE

Importante identificarle precocemente per migliorare la prognosi

Considerare la possibilità di eseguire delle biopsie per esame istologico in tutte le ulcere che, nonostante un trattamento adeguato, rimangono attive per un lungo periodo (>3 mesi)

Controllare la cute del resto del corpo e raccogliere accurata anamnesi per pregresse asportazioni di neoplasie cutanee



ULCERE DA PRESSIONE

Chiamate anche piaghe da decubito, sono lesioni della pelle e dei tessuti sottostanti causate dalla compressione prolungata di un tessuto molle (pelle, sottocute, muscolo) tra una sporgenza ossea sottostante, in profondità, e una superficie esterna di appoggio

L'ipossia da compressione tissutale determina accumulo di metaboliti tossici con aumento della permeabilità capillare, dilatazione vasale, edema, infiltrazione cellulare: reazioni infiammatorie cui inizialmente segue iperemia con aumento della P capillare e possibilità di rimozione dei metaboliti tossici

Se la compressione persiste, però, l'ipossia tissutale risulta irreversibile e conduce a morte cellulare

ULCERE DA PRESSIONE

Stima reale difficile a causa dell'eterogeneità degli studi condotti

Valori di prevalenza globale (Giornale di Gerontologia 2013):

14.8% in reparti per acuti

21.5% in terapia intensiva

La prevalenza tende ad aumentare in rapporto all'età dei pazienti e negli anni

La comparsa di una lesione di stadio 1 comporta un aumento del rischio di ulcere più gravi pari a oltre 10 volte

Il 60% dei pazienti che sviluppa ulcere da pressione è ricoverato in un reparto per acuti e le ulcere si manifestano nei primi giorni di ricovero

Stretta correlazione tra il numero delle comorbilità presenti e le lesioni da decubito

(Giornale di Gerontologia 2011)

CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI

stadio 1: **eritema che non sbianca**

stadio 2: **a spessore parziale** (ulcera superficiale, fondo senza slough oppure bolla a contenuto sieroso o siero-ematico intatta o rotta)

stadio 3: **perdita cutanea a tutto spessore** (può essere visibile il grasso sottocutaneo, ma non vi è esposizione di osso, tendine o muscolo; slough+/-, possibilità di sottominatura e tunnel)

stadio 4: **perdita di tessuto a tutto spessore** (esposizione di osso, tendine e muscolo, può esservi slough o escara; può esservi sottominatura e tunnellizzazione; possibilità di osteomielite e osteite)

ULCERE DA PRESSIONE

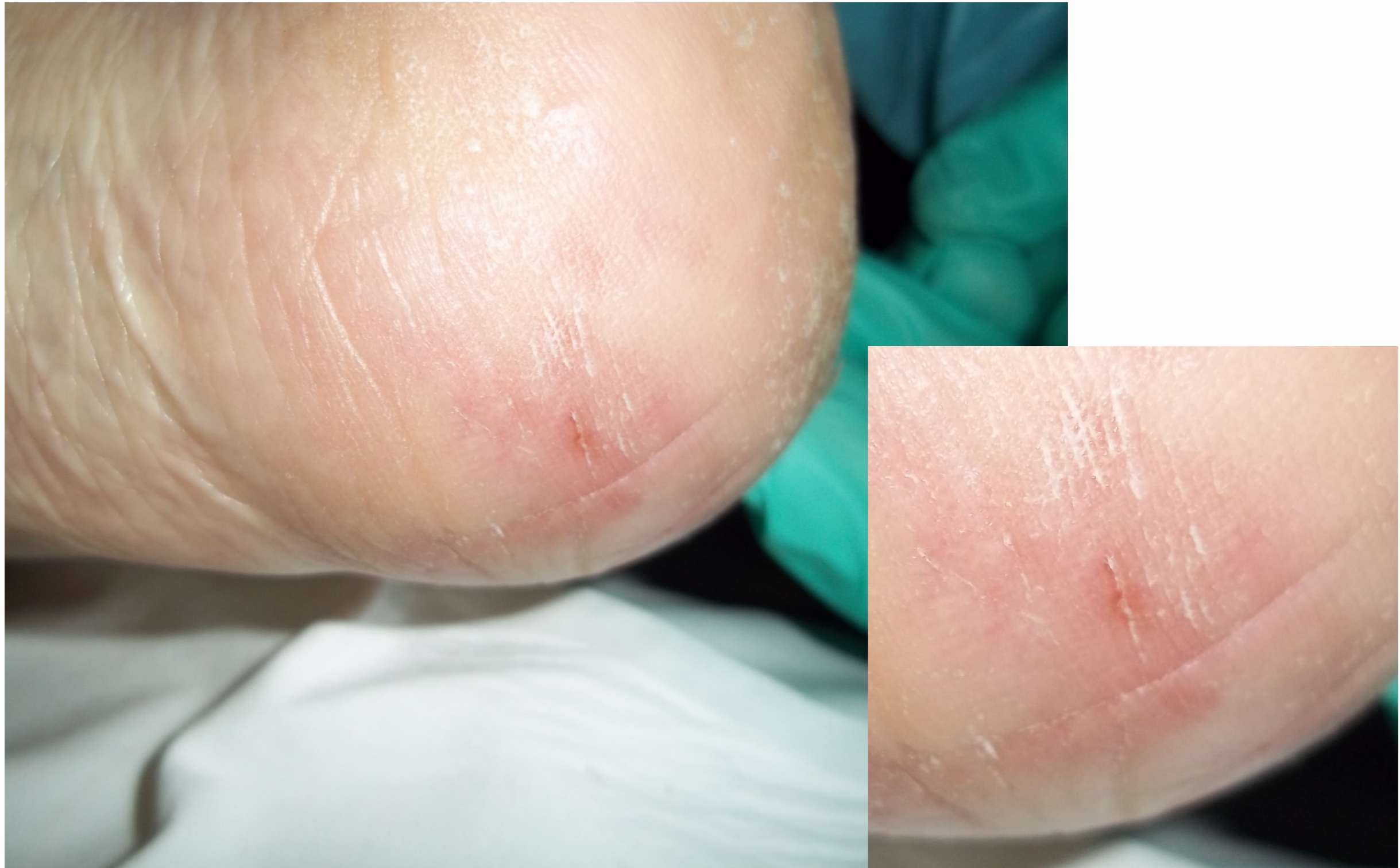
FATTORI LOCALI

- Pressione
- Forze di taglio, di stiramento, di torsione
- Sfregamento, attrito, frizione
- Umidità
- Aumento della temperatura locale
- Disidratazione

ULCERE DA PRESSIONE

FATTORI SISTEMICI

- Età
- Riduzione della mobilità
- Malnutrizione
- Comorbidità: patologia cardiovascolare, patologie vascolari, respiratorie, diabete, insufficienza renale, squilibri idro-elettrolitici, anemia, immunodepressione, obesità, patologie febbrili, neurologiche, psichiatriche, neoplastiche
- Terapie



Necessità di conoscere i segni prodromici di una lesione da pressione:

iperemia reattiva e/o ERITEMA NON PERSISTENTE conseguenti alla dilatazione compensativa dei piccoli vasi con formazione di lieve edema, tensione e/o dolore possono essere già presenti

alla compressione con un dito l'eritema SCOMPARE: se si rimuove la causa che determina la compressione si ha il completo recupero entro 24 ore

se la compressione si mantiene l'eritema diventa PERSISTENTE, dolore e tensione se non alterazioni della sensibilità, cute calda o fredda, edematosa, appena indurita

se le cause vengono rimosse, le alterazioni sono ancora reversibili













FASI DELLA GESTIONE

detersione della lesione

rimozione del tessuto necrotico o debridement

medicazione della lesione

cardine della terapia delle ulcere cutanee:

preparazione di un LETTO DI FERITA:

- stabile
- ben granuleggiante
- quota minima di essudato



28.11.2007





12.12.2007



11.01.2008







27.02.2008



05.03.2008



16.04.2008

PREVENZIONE DELLE ULCERE DA PRESSIONE: COSA PUÒ FARE L'MMG

valutazione precisa di anamnesi e fattori di rischio: immobilità, incontinenza, situazione nutrizionale, stato di coscienza, comorbilità, terapie in atto

Informazione/formazione del caregiver

spiegazioni precise e inequivocabili su:

detersione come si esegue, quali detersivi utilizzare, quali non utilizzare mai

idratazione quali idratanti emollienti, modalità di applicazione

modalità di mobilizzazione sia a letto che su sedia a rotelle: strategie chiare per la decompressione

ausili e presidi antidecubito: richiesta e utilizzo corretto

attivazione ADI

COME INTERVENIRE EFFICACEMENTE SULL'IMMOBILITA'

cambi posturali frequenti (tradizionalmente ogni 2 ore)

evitare lo sviluppo di forze di trascinamento o frizione:

utilizzare ausili opportuni (trapezio, sollevatore, il lenzuolo stesso)

attenzione alla presenza di eventuali ostacoli (alzacoperte) o dispositivi (tubi drenaggio, cateteri)



Example of a patient referral pathway between primary and secondary health care for a patient with a chronic leg ulcer in the UK

