

LE LESIONI ULCERATIVE DA DECUBITO: UTILIZZO DELLA CLOREXIDINA

Dott. Antonio Mazzei

Chirurgia dell' Unità Operativa Anziani
Distretti Pozzuoli-Giugliano
A.S.L. NA 2

INTRODUZIONE

In questa Italia di crescita zero e di aumento della vita media, l'attenzione dei sanitari si va spostando sempre più verso le problematiche inerenti alla terza età. In questa ottica, presso la ASL NA2, è stato attivato un centro di " Unità Operativa Anziani", che si rivolge alla fascia di età oltre i 65 anni , e rappresenta un sicuro punto di riferimento per la preparazione alla ospedalizzazione, per la dimissione precoce ed il supporto tecnico, presso il domicilio del paziente, di patologie croniche. Tali patologie spesso costringono al ricovero in strutture complesse, dove, oltre ad affollare le corsie, sono motivo di grande disagio per il paziente, rubato al proprio ambiente ed ai propri affetti, ed aumentano sensibilmente la spesa pubblica .

Le patologie di più frequente riscontro sono quelle neurologiche con degenerazioni neuronali, sostenute da vasculopatie cerebrali croniche; seguono: cardiopatie, malattie metaboliche ed endocrinologiche, disfunzioni urologiche, patologie polmonari, neoplasie.

Tali affezioni si associano spesso in vario modo nello stesso paziente, rendendo l'approccio clinico multidisciplinato ed abbastanza complicato.

Nella sfera di competenza più strettamente chirurgica ci siamo soffermati su un tipo di lesione molto diffusa tra gli anziani dimessi da strutture sanitarie complesse o obbligati a letto in lunga degenza per varie patologie: LA LESIONE ULCERATIVA DA DECUBITO.

Essa si presenta come un'alterazione del trofismo cutaneo che, dopo una fase eritematosa, attraverso una frequente fase bollosa, determina una lesione necrotica (escara secca) che lentamente si demarca ed infine evolve in una profonda perdita di sostanza, a margini sottominati e fondo sanioso, che si fa strada attraverso i vari piani cutaneo, sottocutaneo, muscolare e, talvolta, fino alla salienza ossea.

Localizzata frequentemente sulla cute sovrastante la zona sacro-coccigea, ma non rara nella zona dei grandi trocanteri femorali, in zona ischiatica, ai talloni ed al torace, essa è determinata dalla occlusione dei vasi cutanei in seguito allo schiacciamento dei tessuti tra le superfici ossee ed il piano di appoggio

Le ulcerazioni da decubito necessitano di particolare attenzione, onde evitare che la soluzione di continuo cutanea sia porta d'ingresso di vari germi, anche saprofiti, che potrebbero seriamente complicare uno stato generale spesso già precario. Dal punto di vista terapeutico, dopo un primo approccio energico per scongiurare il pericolo infettivo, con eventuale antibiotico terapia a largo spettro o mirata , bisogna creare le premesse per un'attiva rigenerazione tissutale.

A questo ultimo proposito due sono le condizioni indispensabili per una seppur lenta riformazione dei vari piani compromessi: una è il ripristino dell'apporto di sangue e di nutrimento ai tessuti lesi; e l'altra è la meticolosa detersione e disinfezione locale.

Il ripristino di un apporto ematico, spesso già deficitario per vasculopatie periferiche, prevede l'utilizzo di vasodilatatori ed anticoagulanti per via generale e massaggi locali con presidi antidecubito (materassi, cuscini, ecc.). L'apporto del giusto nutrimento si ottiene con la somministrazione di aminoacidi e proteine, e con l'integrazione di preparati multivitaminici.

La detersione e la disinfezione si ottengono con varie procedure, a seconda delle caratteristiche della lesione, ma tutte passano attraverso due distinte fasi: la prima fase è quella del lavaggio, in cui si impiegano soluzioni di sodio cloruro 0.9 % sterili e/o disinfettanti delicati. In casi particolari di infezioni batteriche, specie di tipo anaerobio, si fa precedere questa fase con l'uso di antibiotici locali, preparati allo iodio, e generatori di ossigeno. In questa fase si rimuovono i tessuti necrotici liberi nella lesione, i secreti, gli essudati ed i liquidi biologici, e si attua il controllo della

replicazione microbica locale. La seconda fase mira all'asportazione dei materiali necrotici non rimossi dalla fase precedente e può essere attuata meccanicamente (toiletta chirurgica) e/o chimicamente (preparati topici fibrinolitici e di collagenasi). Nel corso di questo lavoro abbiamo impiegato una soluzione di clorexidina digluconato per la detersione delle lesioni ed il controllo della replicazione batterica e micotica.

MATERIALI E METODI

Da ottobre 2001 a marzo 2002 sono stati osservati 50 pazienti, di cui 18 uomini e 32 donne, afferiti all' Unità Operativa Anziani dei territori di Pozzuoli e Giugliano, per ulcerazioni da decubito, in seguito a patologie varie, con obbligo a letto. I pazienti, tutti di età compresa tra 65 e 92 anni, sono stati suddivisi in due gruppi di 25 unità. Le lesioni nei due gruppi si presentavano in stadi diversi, ma a tutti sono stati somministrati prodotti iperproteici e multivitaminici, vasodilatatori, eparinici ed applicati materassi antidecubito ad aria. Localmente sono stati a tutti applicati antibiotici locali per 10 giorni e praticata, ove necessario, toilette chirurgica e/o chimica.

L'unica differenza tra i due gruppi era che nel gruppo denominato "A" è stata usata una soluzione di Clorexidina Digluconato (Fisian buste), sostanza usata già con successo in odontostomatologia per la detersione e disinfezione del cavo orale, mentre, nel gruppo denominato "B" la detersione è avvenuta esclusivamente con soluzione fisiologica sterile.

I controlli sono stati fatti a 10 giorni, 1 mese, 3 mesi e 6 mesi .

Al primo controllo, nel gruppo "A": 9 pazienti presentavano sensibile miglioramento in generale, altri 15 situazione stazionaria, mentre in 1 caso è stata osservata una infezione da pigeni. Nel gruppo "B": 8 pazienti presentavano un miglioramento delle lesioni, altri 14 presentavano ancora fondo sanioso, mentre in 3 casi si è sviluppata una infezione batterica che ci ha costretto a praticare terapia antibiotica per via parenterale.

Il controllo a 1 mese ha mostrato nel gruppo "A": 18 pazienti presentavano buona detersione delle ulcere, 6 casi presentavano ancora fondo irregolare, mentre in 1 caso siamo ricorsi a nuova toilette chirurgica. Nel gruppo "B": 13 pazienti mostravano una buona granulazione, 8 pazienti hanno sviluppato una sovrainfezione con *Pseudomonas Aeruginosa*, altri 4 casi hanno richiesto una nuova toilette chirurgica.

I controlli a 3 ed a 6 mesi hanno mostrato nel gruppo "A": una guarigione definitiva in 15 pazienti e gli altri 10 casi in sensibile miglioramento. Nel gruppo "B": le guarigioni definitive hanno riguardato 10 pazienti, 7 casi hanno mostrato una buona granulazione, mentre in 8 casi la situazione è sembrata non migliorata .

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei risultati si evince che nelle lesioni da decubito insorte in soggetti con obbligo a letto, molto importante è la terapia generale, con somministrazione di aminoacidi, proteine, vitamine, anticoagulanti vasodilatatori ed eventuali antibiotici per via generale o per uso topico.

Altrettanto importante è il trattamento locale con presidi antidecubito (materassi, cuscini, bende idroattive). Ma tutto questo non può prescindere da un'accurata e frequente detersione e disinfezione che, se in alcuni casi e nelle prime fasi del trattamento, prevede l'uso di prodotti aggressivi, d'altro canto, e più spesso, richiede preparati delicati nella loro formulazione, in quanto il substrato sul quale vanno ad agire è rappresentato tessuti, prima mortificati, e poi in attiva proliferazione.

A questo scopo abbiamo utilizzato la Clorexidina nella sua formulazione Digluconato, quale soluzione ideale per la detersione e disinfezione delle ulcerazioni da decubito. In particolare, il suo uso frequente ha notevolmente accelerato la detersione e la successiva fase di granulazione, mentre

le complicanze infettive, specie di saprofiti locali , sono sensibilmente diminuite rispetto al gruppo di controllo. Si presenta, inoltre, molto maneggevole, adatto sia per la cute lesa che per le mucose, molto indicato in pazienti, come spesso accade, incontinenti, con frequenti dermatiti da pannolino ed inquinamento continuo delle lesioni ulcerate da parte dei liquidi biologici.