

NUTRIZIONE E ULCERE DA DECUBITO

di Maria Antonia Fusco, Nutrizionista, Direttore U.O di Dietologia e Nutrizione Clinica Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Roma;
Presidente Ass. Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

Lo stato nutrizionale di un paziente incide sul suo rischio di comparsa di piaghe. Il 70% dei pazienti con piaghe e il 55% dei soggetti a rischio presentano una condizione di malnutrizione

Malnutrizione e ulcere da decubito (UD) spesso coesistono in pazienti "fragili", soprattutto anziani, sia negli ospedali per acuti, sia nei reparti di lungo degenza e i deficit nutrizionali si riflettono sulla possibilità di guarigione. Molta teoria e molta retorica, piuttosto che risultati basati sull'evidenza, hanno accompagnato nel tempo la cura delle UD. Nella terapia si è spesso fatto riferimento a dati ottenuti da studi condotti sulle ferite acute non sempre estensibili a una patologia a eziologia multifattoriale come le UD (1).

Le ulcere da decubito sono rare se riferite alla popolazione in toto incidendo solo per lo 0,5%, e si collocano per lo più in due fasce di età:

- giovani affetti da malattie neurologiche
- anziani nei quali si concentrano fino al 70% dei casi (2) e per i quali questa patologia rappresenta una grave causa di morbilità e invalidità. Mentre i principi generali del trattamento delle ulcere da decubito sembrano ben delineati, esistono ancora incertezze e controversie su specifiche aree di trattamento. La difficoltà di guarigione delle UD è insita nella torpidità del tessuto collegata a fattori trofici e circolatori.

Esse, come altre ferite croniche, non seguono un regolare e ordinato processo di guarigione per giungere a una restitutio fisiologica e anatomica (3).

Normalmente i fibroblasti e le cellule epiteliali crescono rapidamente in coltura, coprendo l'80% della superficie entro 3 giorni. Non è così per quelli prelevati da campioni biotici di UD: essi crescono molto più lentamente e in 14 giorni riescono a coprire solo il 70% della superficie. Ciò si traduce in un rallentamento dei processi di cicatrizzazione: circa il 75% delle

ulcere al II stadio guarisce in media in 8 settimane, un intervallo in cui si assiste alla riparazione solo del 17 per cento di quelle al 3° e 4° stadio. Anzi, una quota rilevante di queste ultime (il 23 per cento) guarisce in tempi anche molto superiori a un anno. Il considerevole tempo necessario alla guarigione aumenta la morbilità e i costi del trattamento delle UD ed è estremamente frustrante per i pazienti e per chi li assiste. I dati relativi all'influenza dello stato di nutrizione sull'incidenza, la progressione e la gravità delle UD, spesso assai stimolanti, sono peraltro ancora contraddittori: non vi è infatti ancora un gold standard per la diagnosi di malnutrizione ed è possibile che, soprattutto nelle persone anziane, i markers dello stato nutrizionale possano riflettere delle malattie preesistenti piuttosto che non la sola malnutrizione.

Lo stato nutrizionale rappresenta comunque il più importante e potenzialmente reversibile fattore dell'ospite in grado di contribuire alla guarigione delle ferite. Numerosi studi sottolineano in particolare l'importanza dell'apporto calorico e proteico al fine di stimolare la formazione del tessuto di granulazione e in particolare del collagene. Anche brevi periodi di carenza proteica possono indurre cattiva guarigione delle ferite. Una guarigione più rapida delle UD è stata riscontrata in presenza di elevati apporti proteici indipendentemente dalla positivizzazione del bilancio azotato (4,5). Oggi non conosciamo con certezza la quantità ottimale di proteine per la terapia delle UD, ma sembra auspicabile un apporto medio di 1,5 - 1,8 g/kg/die addizionate da una quantità di arginina di circa 15 g. Numerosi studi sperimentali sull'animale e alcuni studi clinici sull'uomo sano hanno consentito di dimostrare come questo aminoacido ramificato sia in grado di stimolare la funzione immunitaria (6) e di aumentare la produzione di collagene (probabilmente quale precursore e quindi stimolatore della produzione di prolina e idrossiprolina). Mancano studi su pazienti con piaghe da decubito, ma è noto come in soggetti malati l'arginina diventi un aminoacido essenziale e come la dieta abituale non ne contenga quantità sufficienti. Importante, anche se discusso, è il ruolo della vitamina C nella cicatrizzazione delle ferite: l'acido ascorbico interviene nella idrossilazione della prolina e della lisina, due aminoacidi essenziali nella formazione del collagene e per la crescita dei fibroblasti; gli effetti della supplementazione della dieta con vitamina C sull'evoluzione delle ferite si manifestano tuttavia solo in condizioni di grave deplezione. La supplementazione di

vitamine in dosi elevate e' controversa ed elevate dosi di vitamina C non hanno dimostrato un effetto di stimolo sulla cicatrizzazione delle piaghe (7,8). Tuttavia non e' da sottovalutare la frequente presenza di stati subclinici di carenza, soprattutto nell'anziano. Indagini alimentari accurate hanno dimostrato la frequenza di tali condizioni negli anziani ospedalizzati o istituzionalizzati la cui dieta e' spesso carente per la presenza di anoressia e di malattie concomitanti. Anche il deficit in vitamina A puo' indurre ritardo nella cicatrizzazione delle ferite e aumentare la suscettibilita' alle infezioni (9). Per quanto riguarda lo zinco, il suo ruolo nella guarigione delle ferite e' conosciuto da circa 50 anni: esso agisce stimolando la mitosi cellulare e la proliferazione dei fibroblasti. Se e' vero che nessuno studio clinico ha dimostrato un miglioramento nella cicatrizzazione delle ferite grazie alla supplementazione di zinco in pazienti non zinco depleti (7), e' anche vero che tale condizione non e' rara nella popolazione anziana. Uno studio recente (10) ha evidenziato che, rispetto alla popolazione sana, la maggior parte degli anziani con lesioni ulcerative croniche presenta bassi livelli ematici di zinco, vitamina A, vitamina E e carotenoidi. Si puo' facilmente desumere quindi che la maggior parte degli anziani sia a rischio di carenze vitaminiche e minerali subcliniche dati i numerosi fattori (economici, psicosociali e patologici) che possono alterare la loro assunzione alimentare. Cio' e' ancora piu' vero nei soggetti con piaghe da decubito in cui fra fattori predisponenti vi e' un mediocre stato di nutrizione e un insufficiente apporto alimentare.

L'utilizzazione quindi di integratori nutrizionali a elevato tenore proteico e arricchiti con nutrienti capaci di indurre un miglior processo di cicatrizzazione permette un approccio "interno" alle ulcere da decubito che si affianca ovviamente al trattamento "esterno" in grado di assicurare le circostanze ottimali per la guarigione della lesione. La dieta abituale e' di frequente scarsamente consumata dai pazienti anziani affetti da UD per problemi di anoressia, masticazione, e scarsa autonomia funzionale. L'assunzione di uno specifico integratore iperproteico ipercalorico, arricchito in nutrienti indispensabili a un valido processo cicatriziale, ha permesso di affrontare modernamente e con efficacia il problema nutrizionale nelle piaghe da decubito.

Bibliografia

1. Albina JE: Nutrition and wound healing. JPEN 18: 367, 1994
2. Thomas DR: Issues and dilemmas in the prevention and treatment of pressure ulcers: a review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.; 56 (6): M 328 - 40. Review, 2001
3. Lazarus GS, Cooper DM, Knighton DR et al. Definition and guidelines for assessment of wounds and evaluation of healing. Arch Dermatol 130: 489 - 493, 1994
4. Chernoff RS, Milton KY, Lipschitz DA: The effect of very high-protein liquid formula (Replete) on decubitus ulcers healing in long-term tube-fed institutionalized patients: J Am Diet Assoc 90: 130, 1990
5. Breslow RA, Hallfrisch J, Guy DG et al: The effects of dietary protein in healing pressure ulcers. J Am Geriatr Soc. 41: 357 - 362, 1993
6. Barbul A, Lazarou SA, Efron DT et al: Arginine enhances wound healing and lymphocyte immune responses in humans. Surgery 108, 331 - 337, 1990.
7. Thomas RD Improving outcome of pressure ulcers with nutritional interventions: a review of the evidence. Nutrition 17: 121 - 125, 2001
8. Ter Riet G, Kessels AG, Knipschild PG. Randomized clinical trial of ascorbic acid in the treatment of pressure ulcers. J Clin Epidemiol. 48: 1453 - 1460, 1995
9. Hunt TK Vitamin A and wound healing. J Am Acad Dermatol 14: 817, 1986.
10. Rojas AI, Phillips TJ: Patients with chronic leg ulcers show diminished levels of vitamins A and E, carotens and zinc, Dermatol Surg 25: 604, 1999.