

**ACTA**

**VULNOLOGICA**

Vol. 5 - Suppl. 1 al N. 3 - SETTEMBRE 2007

ATTI VI CONGRESSO NAZIONALE AIUC  
**ALLA SCOPERTA  
DELL'ULCERA CUTANEA**

GENOVA, 12-15 SETTEMBRE 2007

ORGANO UFFICIALE  
DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA ULCERE CUTANEE

**AIUC**



EDIZIONI MINERVA MEDICA

Unico neo del trattamento è la possibilità di non ridurre il dolore della lesione e per verificarne la persistenza, indipendentemente dalla fase della ferita, abbiamo incluso nello studio 10 pazienti con lesioni particolarmente dolenti e colonizzate criticamente; una volta raggiunta la detersione, è stato sospeso il trattamento con Actisorb Plus<sup>®</sup>, ma il dolore è invece aumentato nel 90% dei pazienti a causa della colonizzazione batterica. Tale dolore rappresenta pertanto una variabile poco valutabile, non potendo essere attribuito con certezza al trattamento o alle complicanze causate dalla sospensione del trattamento stesso.

8775

### Uso dell'ossido di zinco come presidio di medicazione ad attività antiflogistica

M. Pittarello, F. Moffa, S. Astolfi

UOA Ferite Difficili, Casa di Cura San Luca, Pecetto T.se (TO)

**Introduzione** – Le recenti acquisizioni in termini di trattamento delle lesioni cutanee croniche hanno portato a considerare la fase infiammatoria come il vero momento critico nella determinazione della cronicità. Infatti si nota sempre più, in ferite che si definiscono bloccate, la presenza di infiammazione perilesionale più o meno estesa, accompagnata da iperessudazione e dolore.

**Scopo** – Questo studio è volto a testare la capacità di una benda impregnata di ossido di zinco, per definizione dotato di potere antiflogistico, in termini di riduzione dell'infiammazione, di controllo dell'essudato e di diminuzione del dolore.

**Materiali e metodi** – Sono stati reclutati 30 pazienti ciascuno portatore di 1 lesione, con localizzazione agli arti inferiori, le lesioni avevano diverse etiologie. Tra i criteri di inclusione vi era la presenza di infiammazione perilesionale accompagnata da iperessudazione e dolori; la ferita doveva essere detersa o colonizzata secondo i criteri di Sibbald. La lesione è stata medicata, previa detersione con acqua fisiologica, con Viscopaste PB7 a contatto diretto con cadenza tri-settimanale.

**Risultati** – Su 30 pazienti, 28 hanno portato a termine lo studio. L'abbandono è stato causato da un aumento non controllato della sintomatologia algica. Di questi il 64,28% hanno riportato un miglioramento della situazione locale, il 25% una situazione invariata e solo il 10,72% un peggioramento.

In tutti i casi c'è stato un buon controllo dell'essudato. I pazienti hanno riferito un lieve aumento del dolore durante le prime applicazioni, situazione che è andata via via stabilizzandosi.

**Conclusioni** – Anche se l'uso dello zinco come antinfiammatorio è datato in vulnologia ed ormai occupa un posto più come eutrofizzante cutaneo che con questa indicazione, in termini di riduzione di flogosi e controllo dell'essudato perilesionale, rimane un presidio da prendere in considerazione.

8776

### Impiego clinico di una nuova schiuma argento/alginate

M. Pittarello, M. La Grasta, R. Gallo, E. Ricci

UOA Ferite Difficili, Casa di Cura San Luca, Pecetto T.se (TO)

**Introduzione** – Una ferita a causa del fatto di esistere, è un terreno ideale per la moltiplicazione dei germi. L'infezione è il principale nemico di una ferita dal momento che ne ritarda la sua guarigione. Con l'introduzione della Wound Bed Preparation si è cominciato a distinguere una ferita cronica da una ferita acuta e si sono cominciate a mettere in pratica manovre per identificare le possibili cause di un arresto della cicatrizzazione e le conseguenti terapie locali atte ad aiutare una lesione a riprendere la sua guarigione. A questo proposito si è potuto assistere ad un aumento dell'uso degli antisettici e fra tutti quello più utilizzato è l'argento, che è in grado di fornire un elevato potere antimicrobico su un più ampio spettro di patogeni, compresi lo Stafilococco Aureo, lo Stafilococco Aureo Meticillino Resistente (MRSA), lo Pseudomonas aeruginosa e l'E. coli.

**Scopo** – Questo studio è volto a testare una medicazione in schiuma di poliuretano, alginate di calcio e ioni argento in termini di potere antimicrobico, mutamento del fondo e dell'essudazione della lesione, dolore.

**Materiali e metodi** – Sono stati reclutati 37 pazienti (15 M e 22F) ciascuno portatore di una lesione cutanea di diversa etiologia e sede. Ciascuna lesione è stata monitorizzata con tampone e con l'utilizzo del sistema Visitrak a T0, T7 e T14. Le lesioni sono state medicate con una cadenza da 2 a 7 giorni a seconda della saturazione della medicazione.

**Risultati** – Per quanto riguarda il fondo della lesione, nel 32,43% dei casi vi è stato un miglioramento e il controllo dell'essudato è stato buono. Solo 5 lesioni sono risultate in allargamento alla fine dello studio, mentre 3 lesioni si sono risolte. Per quanto riguarda i batteri si è potuto notare che pur variando la loro presenza, essi continuavano a proliferare sul letto della ferita pur non interagendo con l'ospite. Riguardo al dolore si può affermare che la medicazione è stata in grado di controllarlo.

**Conclusioni** – Durante questo studio si è potuto notare come i batteri siano sempre presenti sul letto di ferita pur non interferendone con la guarigione. Il conubio tra argento, schiuma di poliuretano e alginate di calcio è risultato indicato per una corretta gestione delle ferite, anche a giudizio dei pazienti stessi che hanno trovato confortevole e di facile applicazione.

8778

### Nostra esperienza di utilizzo delle medicazioni avanzate, nell'ambito dei protocolli di riparazione tissutale

E. Migliori

A.O.U. "San Martino", Genova

**Introduzione** – Nell'ambito dell'estesa esperienza ambulatoriale della nostra U.O. veniamo quotidianamente in contatto con un vasto numero di lesioni sia di origine traumatica (incidenti o ustioni), che degenerativa quali ulcere degli arti inferiori, spesso di origine vascolare. Alcuni casi vengono affrontati chirurgicamente, altri con terapie conservative o protocolli innovativi (concentrati piastrinici, liporistrutturazione sec. Coleman, ecc.). In tutti i casi possono essere di supporto alcuni tipi di medicazioni avanzate.

**Materiali e metodi** – Nel vasto panorama delle medicazioni avanzate abbiamo utilizzato preparazioni a base d'argento (SilverCell®) e preparazioni a base di collagene (Prisma®). Non abbiamo utilizzato soluzioni disinfettanti, né creme locali a base di antibiotico, in accordo con i protocolli convenzionali proposti in letteratura.

**Risultati** – I risultati, complessivamente molto soddisfacenti, possono essere così schematizzati:

1) buona detersione (documentata da esami culturali) delle ferite più ampie (>cm 3-4 di Ø) e più complicate, in preparazione al successivo intervento chirurgico;

2) guarigione delle perdite di sostanza di minore entità (<cm 3-4 di Ø) e con complicazioni minori. I tempi di guarigione variano da 2-3 settimane a 4-5 mesi nei casi più complessi;

3) medicazioni di piccole o medie complicazioni post-operatorie, dopo interventi ricostruttivi (soprattutto agli AA.II.)

**Conclusioni** – Con una attenta valutazione della risposta terapeutica iniziale, si identificano le lesioni che possono essere trattate in maniera risolutiva con questo tipo di medicazione. In altri casi si può ottenere un ottimo miglioramento del quadro clinico, prepedeutico ad un intervento chirurgico o altro trattamento. Si tratta in ogni caso di medicazioni che devono essere utilizzate e seguite attentamente in ambito ospedaliero per tutto il percorso terapeutico.

8780

### **Fascite necrotizzante in una paziente affetta da malattia reumatica: case report**

S. Astolfi, P. Amione, A.M. Ippolito, C. Astefanoaie, R. Gallo

UOA Ferite Difficili, Casa di Cura San Luca, Pecetto T.se (TO)

Una paziente di 73 anni, affetta da grave forma di artrite reumatoide, giunge alla nostra osservazione per una lesione inguino-glutea insorta a seguito di iniezione di Metotrexate.

La lesione, al primo esame si presenta infetta con zone di necrosi ed una sottominatura a livello della coscia sinistra e del pube con fuoriuscita di abbondante materiale purulento; viene posta diagnosi di fascite necrotizzante.

La fascite necrotizzante rappresenta un'importante infezione dei tessuti molli con danno a carico del sottocutaneo, della fascia e del muscolo. La prognosi è severa, coinvolgendo tutto l'organismo, e solo una precoce diagnosi e un'adeguata terapia ci permettono di ottenere un risultato favorevole.

La paziente viene ricoverata presso la nostra Unità Operativa dopo un primo trattamento d'urgenza (attualità presso un'altra struttura) e dopo un ciclo di ossigenoterapia iperbarica.

I primi accertamenti mostrano una grave anemia ed una severa compromissione dello stato generale, con iperpiressia e prostrazione.

Dapprima si è eseguito intervento di necrosectomia mediante dissezione ad ultrasuoni per la rimozione di tutti i frammenti di fascia necrotici con successivo posizionamento di due drenaggi (Penrose). In concomitanza sono state ovviamente impostate una terapia antibiotica sistemica parenterale (endovenosa) ed una terapia di supporto per il riequilibrio della situazione generale.

La lesione è stata trattata per circa un mese con antisettici a base di iodopovidone sino a detersione del letto di ferita ed in seguito è stato introdotto un nuovo schema di medicazione utilizzando un favorente la granulazione: Aquacel Ag®.

Aquacel Ag® è una medicazione a base di idrofibra (Carbossimetilcellulosa sodica - NaCMC) e argento ionico; gli ioni vengono attivati nell'attimo in cui l'idrofibra entra in contatto con l'essudato e ci consentono un'efficace attività antibatterica ad ampio spettro.

Nel corso dei mesi la paziente ha lentamente, ma continuamente migliorato sia dal punto di vista generale, sia da quello locale, con un'ovvia progressione della ferita verso la guarigione.

A distanza di un anno abbiamo evidenziato un solo episodio di recidiva di malattia (risolti con drenaggio ed antibiotico terapia sistemica per via infusiva) e quindi la naturale progressione della lesione verso una completa risoluzione, avvenuta dopo circa 13 mesi dall'esordio, con conseguente miglioramento della qualità di vita della paziente.

8781

### **Multifattorialità e multidisciplinarietà in vulnologia: case report esemplificativo**

D. Giachino, C. Germinara, AM. Ippolito, S. Astolfi, M. Lagrasta, R. Cassino, E. Ricci

UOA Ferite Difficili, Casa di Cura San Luca Pecetto T.se (TO)

La vasculite è un processo infiammatorio che interessa i vasi sanguigni di medio e piccolo calibro, situati in differenti sedi, che determina alterazioni del flusso ematico e il danno dell'integrità del vaso.

Le vasculiti possono dare interessamento sistemico o distrettuale in differenti sedi; fanno eccezione quelle vasculiti, di maggior interesse vulnologico, il cui interessamento è diretto ad un organo solo (la cute).