Appunti dr. Pasquale Longobardi

"Le lesioni cutanee traumatiche a livello della mano". Modena, 3-4 dicembre 2010

D. Melandri (Cesena) "chirurgia e sostituti dermici nelle ustioni profonde della mano"

I sostituti dermici sono:

- acido ialuronico esterificato (Hyalomatrix PA);
- Integra. Si integra nella cute, promuove la formazione di nuovi vasi sanguigni; è molto efficace ma ha un costo molto elevato ed è molto sensibile alle contaminazioni – si contamina anche solo dando un punto di sutura con la cute sana perilesionale - pertanto necessita di pulizia chirurgica profonda fino alla fascia. E' importante che Integra sia ben sagomata e appoggiata sul fondo della lesione (nota: Maria Concetta Gagliano cambia la medicazione secondaria in quarta giornata – è controversa la pratica di fare dei tagli nella medicazione: il vantaggio è eliminare i coaguli e le secrezioni, lo svantaggio è il rischio di contaminazione).
- derma omologo decellularizzato. Iil brevetto della Banca della Pelle della Ausl Cesena è stato esteso negli USA in novembre 2010; rimane in sede e viene colonizzato dalle cellule della riparazione; necessita di essere coperto con medicazione secondaria e l'abbinamento migliore è con la terapia a pressione negativa. Costo: 55 euro per centimetro quadrato. E' un prodotto nuovo sul quale si necessita di acquisire esperienza.

Presentato caso di ustione del palmo della mano: utilizzato Hyalomatrix PA, poi innesto di cute omologa. Nelle aree dove non attecchisca l'innesto, applicazione di Integra. Infine eventuale intervento di chirurgia plastica per ripristinare la funzionalità della mano.

I casi di cicatrice che limitino gravemente la funzionalità della mano sono trattati con rimozione chirurgica della cicatrice e applicazione di Integra.

Quesiti:

- dalle diapositive si rileva che per fissare gli innesti vengono utilizzate graffe metalliche, ciò pare poco adatto nella mano. Melandri precisa che la fissazione degli innesti viene effettuata con graffe metalliche o con punti di sutura 5 zero a secondo di quanto sia problematico l'attecchimento dell'innesto. Viene segnalato che il sistema di fissazione

più efficace è la suturatrice meccanica, con l'accortezza di "pinzare" l'innesto con cute perilesionale da dentro le eventuali sottominature).

- in diapositiva si evidenziava un piede recuperato grazie all'innesto ma bloccato in equinismo, sarebbe opportuno evitare l'equinismo tramite tutori e, se non fosse sufficiente, fissatore esterno.

R. Marcato (PD) "la fisioterapia in un tutoraggio per ***acuto della mano ustionata"***

Il successo nelle cura delle lesioni delle mani dipende da: efficace intervento medico; efficace, attenta e continua assistenza infermieristica; fisioterapia precoce e attiva.

La mano ha una funzione di presa, di gestualità (linguaggio), protezione (del viso), di relazione, di conoscenza (attraverso il tatto è un organo di senso, di gnosia).

In un Centro Ustioni il chirurgo plastico attiva il fisiatra che da le indicazioni al fisioterapista.

Primo atto terapeutico è l'informazione al paziente sull'importanza e modalità della fisioterapia. Gli obiettivi sono: riduzione dell'edema, prevenire e contenere la retrazione cicatriziale, promuovere il recupero della funzionalità della mano. All'inizio si utilizzano cuscini, rotoli e lenzuola per mantenere la posizione funzionale della mano, completa estensione interfalangea, flessione metacarpofalangea a 60-80°, abduzione del pollice, estensione del polso, mano antideclive rispetto al gomito. E' importante che l'infermiere facili tali raccomandazione nel medicare la mano. La mobilizzazione deve essere cauta, progressiva ed eseguita in assenza di dolore.

Esercizi specifici: utilizzo di regoli (riconoscimento delle diverse dimensioni con esclusione della vista).

Per quanto riguarda l'età, nei bambini è necessario coinvolgere la famiglia. Nell'anziano sono utili esercizi che facilitino l'autonomia nella vita quotidiana. Ogni momento della vita quotidiana (pasto, igiene personale, vestizione, ecc.) è riabilitazione.

G. Dautel (Francia) "la cute persa a modo mio"

Infezioni necrosanti progressive dei tessuti molli: in caso di sepsi è necessaria la stabilizzazione intensiva del paziente. Ampia apertura chirurgica (flemmone al dito: linea di apertura sul margine laterale del dito al confine tra i due compartimenti). Terapia antibiotica mirata ad ampio spettro.

Traumi: lembo o innesto e mantenere fermo l'arto (nel caso presentato: articolazione caviglia) per quindici giorni. In caso di lesione da scoppio (mina) con perdita di osso: pulizia chirurgica; applicazione di cemento antibiotato o trapianto di osso vascolarizzato (magari da prelevato da moncone di altro dito che è secondario per la funzione prensile della mano); iniziale innesto di cute poi lembo muscolocutaneo.

Nella sindrome di Volkmann (sindrome compartimentale) la parte centrale dell'arto (superiore e inferiore) è quella dove la pressione compartimentale è più alta e con maggiore rischio di ischemia ("the ellipsoid ischemic concept"). L'arto inferiore è prognosticamente più critico dell'arto superiore.

Nella sindrome di Volkmann perinatale, la necrosi cutanea è la lesione sentinella che deve far sospettare il danno compartimentale. Essenziale preservare la funzionalità dei nervi.

In generale la linea guida per la sindrome di Volkmann prevede: neurolisi, rimozione dell'infarto, allungamento dei tendini e/o artrolisi, lembo cutaneo. Utile la stimolazione elettrica (inclusa la FREMS).

Lesioni iatropatiche (o iatrogene). Nelle lesioni cutanee da neuropatia post-attiniche, Gasparotti (2010) ha dimostrato che con la RM si riesce a diagnosticare i casi dove vi sia recidiva del tumore con infiltrazione delle cellule tumorali intorno al nervo.

R. Brambilla (Monza) "la preparazione del letto delle ferite: il debridment"

Il debridment è importante che sia eseguito da personale sanitario competente. Brambilla esprime la propria perplessità verso linee guida per la gestione del piede diabetico elaborate da podologi.

Raccomanda di evitare, nella medicazione, sostanze colorate o pergamanato di potassio perché impediscono di "leggere" la lesione. E' essenziale il lavaggio della lesione con acqua corrente (debridment meccanico secondario per irrigazione semplice – ago da 30 gauge).

Si può utilizzare la collagenasi derivata da Vibrio alginolyticus (brevetto italiano), questa nuova collagenasi non è lesiva per il tessuto sano e può anche debordare dalla lesione.

Il debridment autolitico avviene facilitando il lavoro delle sostanze chimiche già presenti nella ferita. Si tratta di coprire la lesione in maniera occlusiva (p.es. Duoderm).

Debridment osmotico con miele o zucchero (il relatore auspica che siano utilizzate sempre meno) o con alginato.

Debridment biologico con larve, poco utilizzato in Italia.

Debridment chirurgico è l'unico che rimuove il biofilm. L'obiettivo è rendere la ferita acuta e poi ricoprire con acido ialuronico (tipo Hyaff) o altro.

Debridment meccanico secondario con ultrasuoni: efficace e con rapido risultato.

G. Ciprandi (Roma) "Le lesioni cutanee difficili in chirurgia pediatrica: un profilo di cura complesso"

Nell'ospedale Bambino Gesù di Roma, da gennaio 2005 a maggio 2010, sono state trattate 785 ulcere in bambini. L'incidenza è di 3-5 ulcere ogni 1000 bambini ammessi in ospedale (oltre il 50% con età inferiore ai dieci anni).

La causa di ulcerazione nei bambini sono le tre B (Bike, Bang, Bite – trauma da sport, lesione da scoppio, lesione da morso); da causa immunologiche: patologie infiammatorie croniche intestinali e pioderma gangrenoso; infezioni necrosanti progressive dei tessuti molli; lesione da pressione; lesione infettive intorno al cordone ombelicale.

Le ulcere più frequenti sono quelle da pressione. Queste nel bambino si manifestano per brevi periodi di carico pressorio a causa della fragilità della cute che a livello di prominenze ossee, come l'occipite, è spessa quanto un righello o una chiave. Le ulcere da pressione vanno sempre considerate di terzo stadio.

Sono causa di ulcera la dermatite grave (terzo stadio), l'edema (che tende i tessuti) e i device (cateteri, tracheostomia, catetere venoso centrale, sondino naso-gastrico - PEG, PaO_2, monitor, ecc.).

Essendo la cute del bambino diversa da quella dell'adulto, è importante utilizzare medicazioni avanzate curando l'architettura del confezionamento della stessa (sovrapporre le medicazioni come tegole di un tetto; in caso di cavità riempire al massimo il 70% della stessa) e agendo sulla conformabilità delle stesse (in presenza di solchi utilizzare due medicazioni per adattarle alle due superfici del solco).

Curare il rapporto con i familiari (consueling parentale) e il supporto psicologico.

A. Spaggiari (MO) "i sistemi a pressione topica negativa: descrizione e casi clinici"

La terapia a pressione negativa (TPN) è indicata in caso di perdita di sostanza, in associazione con innesti e lembi. Prima dell'applicazione della terapia a pressione negativa (TPN) è necessaria una accurata pulizia della lesione e curare l'infezione. Le controindicazioni sono le neoplasie (consigliata la diagnosi bioptica), le fistole con percorso incerto, le osteomieliti (nota: presso il Centro iperbarico Ravenna in questo caso si applica la VAC Instill). Il relatore raccomanda, nelle sedi più difficili (pretibiale, tallone, ecc.), l'utilizzo di lembo chirurgico e la copertura dello stesso con terapia a pressione negativa.

P. Longobardi (RA) "la terapia iperbarica nel percorso delle ferite complesse"

L'ossigenoterapia iperbarica è parte di un approccio interdisciplinare. Agisce attraverso la sintesi del monossido di azoto che inibisce i processi infiammatori cronici, promuove la formazione di nuovi vasi sanguigni a partire dai bordi della lesione e dalle cellule staminali vasogenetiche, aumenta del 150% la proliferazione dei fibroblasti. E' un potente antinfiammatorio. Favorisce la sopravvivenza degli innesti e lembi cutanei. E' importante rispettare le raccomandazioni delle linee guida per la ossigenoterapia iperbarica elaborate dalla Società Italiana di Medicina Subacquea e Iperbarica (SIMSI).

M. Girardis (MO) "sepsi e infezione: come orientarsi?"

2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Consensus Conference. I pazienti ricoverati in rianimazione con grave sepsi hanno una probabilità del 40% di decesso. Nelle prime sei ore: rianimazione precoce, curare la sorgente dell'infezione, esame culturale e antibioticoterapia.

Si definisce sepsi la presenza di almeno due dei seguenti parametri: temperatura maggiore 38°C o minore di 36°C, tachicardia, tachipnea, iperglicemia, edema significativo, aumento dei leucociti, ecc.

La probabilità di decesso aumenta di tre volte quando vi sia sepsi grave. Si definisce come tale la comparsa di una insufficienza di organo (danno polmonare: $PaO_2/FiO_2 < 300$ mmHg; danno cardiovascolare, ecc.)

La probabilità di decesso aumenta di ulteriori tre volte in caso di shock settico: sepsi grave + ipotensione (PAS < 90 mmHg o PAM < 60 mmHg, ecc.) refrattaria a una adeguata riperfusione vascolare.

Nella sepsi vi è una perdita dell'equilibrio emostatico con attivazione della coagulazione a livello del microcircolo, questa impedisce il flusso ematico. Nella terapia è fondamentale agire precocemente quando il danno è ancora a livello del macrocircolo. Se il danno progredisce e colpisce il microcircolo, è facile l'instaurarsi di una sindrome da insufficienza multiorgano altamente correlata con una elevata mortalità.

Il monitoraggio della pro-calcitonina permette di decidere sulla terapia antibiotica: se si normalizza in quinta giornata, si può sospendere la terapia antibiotica. Altrimenti vanno modificati gli antibiotici. Questo vale per pazienti critici ricoverati rianimazione, non ci sono studi su pazienti ambulatoriali.

Il trattamento delle sepsi, in particolare di patologie complesse quali la Leak Syndrome, richiedono un approccio interdisciplinare.

M.T. Mascia (MO) "le lesioni cutanee nei pazienti con patologie sistemiche"

Le patologie sistemiche hanno la cute come organo bersaglio. Sarcoidosi: cute fragile con ecchimosi. Malattia di Behcet: reazione flogistica anche per stimoli banali quali una puntura. Sindrome di Ehlers Danlos: lassità della cute e ipermobilità delle articolazioni. Lupus eritematoso: lesione a farfalla al viso, marcata lassità della cute e legamentosa. In questa patologia la presenza di chiazze (ad anello interrotto) e/o necrosi sulle mani o diffuse (glutei) sono patognomoniche di aumento degli anticorpi antifosfolipidi. Le lesioni ungueali "a scheggia di legno" sono tipiche di patologie che comportino trombosi sistemica dei piccoli vasi. La cute è interessata anche nel morbo di Cushing e nella porpora e gangrena in crioglobulinemia

In queste patologie è utile la diagnosi con video-capillaroscopia (specialmente quando l'ecodoppler vascolare sia negativo).

S. Sartini (MO) "la valutazione funzionale dei risultati"

La cute (e il sottocute) è un'armatura che ci protegge ma è anche un contenitore di recettori sensoriali, vasi sanguigni e linfatici, ecc. Esistono diverse scale per la valutazione della cute. Gli aspetti più importanti sono l'elasticità e la retrazione (eventuale perdita della mobilità passiva). Si procede con la valutazione della capacità prensile, attraverso la clinica e tramite strumenti goniometrici e dinamometro. E' possibile misurare l'edema (con "volumeter" o misurando la circonferenza della mano o dell'arto). Necessaria la valutazione del dolore (allodii, iperalgesia, deficit sensitivi, impotenza funzionale) tramite la scala analogica visiva (VAS) o altro. Importante valutare anche la percezione soggettiva del paziente (aspetto cosmetico della pelle).

L. Cugola, L. Chirila (Peschiera del Garda), M.C. Gagliano, M. Lando (MO) "i morsi di animali e umani: inquadramento generale e protocolli di trattamento"

Il morso di animale provoca danni tessutali, sviluppo di infezione (più per morso di cane che per morso di gatto), complicanze: rabbia, tenosinoviti, osteomieliti.

Lavare con acqua corrente e sapone, asportazione di detriti, coprire con garze, antibioticoterapia e antitetanica.

Judd Hollander in una ricerca su 145 ferite da morso di animale ha evidenziato che è meglio non suturare le lesioni da punta mentre siano da suturare quelle con ampia perdita di sostanza. Il relatore non sutura immediatamente le lesioni alle mani mentre chiude subito quelle al viso.

La rabbia è dovuta al Lissavirus, l'animale serbatoio è il pipistrello, all'uomo è trasmessa dai canidi. Fino all'800 c'era l'usanza di bruciare con ferro rovente la lesione e/o soffocare tra due cuscini i pazienti affetti da rabbia. L'evoluzione della malattia prevede una fase prodromica (febbre, cefalea, mialgia, parestesie) che evolve in una fase dove vi è la fobia all'acqua, fino alla morte. Ci sono cinquantacinquemila morti l'anno nel Mondo per rabbia.

A Ravenna vi è il Centro di riferimento per la malattia di Lyme. Non iniziare la terapia antibiotica se non fosse chiara la diagnosi.

A. Lombardini (MO) "Linee guida di trattamento dei morsi animali"

Regolamento di polizia veterinaria n. 320 (8.2.1954) art. 86: cani e gatti, dopo denuncia di morsicatura, devono essere tenuti in osservazione per dieci giorni. Nel caso l'animale non sia rintracciato la persona che ha subito il morso deve sottoporsi alla vaccinazione antirabbica.

In Italia l'ultimo caso di rabbia nell'uomo si è verificato nel 1968 e in un animale nel 1973. Nel 2009 si è ripresentata la rabbia nei Paesi dell'Est. Attualmente sta diffondendosi, come rabbia silvestre, nel Nord Est dell'Italia. La progressione è contrastata con la vaccinazione delle volpi (tramite bocconi lanciati via aerea o sistemati dai volontari nei posti dove vivono) e dei canidi.

In Europa (Regno Unito incluso) l'animale può circolare purché abbia effettuato la vaccinazione antirabbica e, in alcuni casi, la titolazione degli anticorpi specifici.

La volpe, nel caso sia infetta da rabbia, tende a farsi avvicinare (contrariamente al proprio carattere) per poter mordere.

Le morsicature in Emilia Romagna (2712 morsi da cane) sono per il 41% in ambito familiare (colpiscono prevalentemente faccia e testa), per il 59% da cani randagi (colpiscono prevalentemente la mano). Per ridurre queste problematiche è stato introdotto un patentino per i proprietari dei cani.

A. Imperiali (MO) "potenziali rischi da aggressione da parte di animali selvatici ed esotici"

Imenotteri, vespe, calabroni: rischio di shock anafilattico (probabile se si subiscono più di cento punture; sono più aggressivi i giovani insetti a guardia dell'alveare).

Zecca: il pericolo è nella sua saliva. In aree a rischio, controllo quotidiano e rimozione immediata sollevandola verso l'alto con una pinza (prima che inizi il pasto e inietti la saliva).

Vipera: edema, dolore addominale, vomito, altri sintomi sistemici. Giampreti ha presentato, in Calci (PI) nel 2010, una casistica su 218 morsi da vipera.

Crotali (serpente a sonagli): edema, necrosi con perdita di arto o dita, emorragia e turbe della coagulazione disseminata.

Colubro lacertino (in Italia è presente nel Nord Ovest fino alla Liguria): tumefazione dolente, necrosi.

Ragni (Loxosceles rufescens): necrosi infetta

Mammiferi, procione, cane procione: rabbia (il cane procione risponde alla vaccinazione orale in uso per le volpi, il procione invece non risponde a tale prevenzione). In Italia il decreto legge 3 luglio 2003 ha vietato la detenzione di tutti i carnivori e di molti altri animali esotici.

Quando non si conosce un animale è sempre bene essere prudenti.

A. Bedini (MO) "terapia medica sui morsi di animali"

Una persona su due è morsa da animale nel corso della propria vita. Circa il 90% dei morsi è causato dai cani. Le sedi più frequente del danno sono faccia e mani.

Il cane morde più frequentemente ma provoca infezione solo nel 5% dei casi, il gatto morde meno frequentemente ma l'infezione insorge nell'80% dei casi perché i denti sono più acuminati e il danno è più profondo (rischio di osteite e osteomielite).

Antibioticoterapia: amoxicillina/acido clavulanico + ciprofloxacina per sei giorni.

In caso di “graffio di gatto” da parte di gatti con età inferiore a un anno (germe: Bartonella), trattare solo se compare febbre e linfadenopatia con macrolidi e azitromicina.

In caso di puntura di zecca trattare con doxiciclina 100 mg x 2 volte al giorno (solo adulti) o amoxicillina 500 mg x tre volte al giorno (adulti e bambini).

Morso umano: nelle prime tre ore amoxicillina/clavulanico 1 gr. X 2/die per 5 giorni. Oltre le tre ore è necessaria terapia antibiotica endovena.