

# Ulcere cutanee

## Fisiologia

### COME GUARISCE UN'ULCERA?

#### 4 Fasi:

#### 1. Emostasi

Intervento immediato per bloccare l'emorragia (Piastrine)

#### 2. Infiammazione

Intervento di cellule non specializzate per rimuovere i detriti

Dura fino al 4° giorno (Granulociti neutrofili, macrofagi)

#### 3. Proliferazione (proliferazione, granulazione, contrazione)

Sostituzione del derma e dell'epidermide

Dura fino al 21° giorno (Fibroblasti, cellule endoteliali, periciti, cheratinociti)

#### 4. Rimodellamento (maturazione)

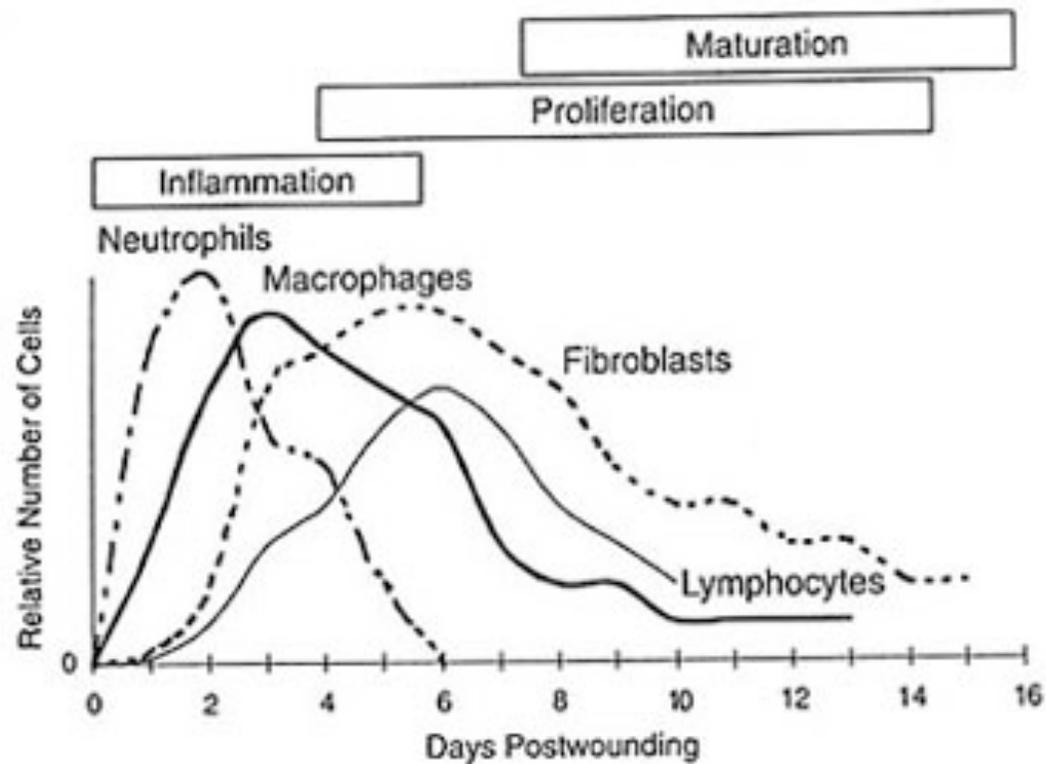
Avviene all'interno del derma per ridare resistenza alla trazione (Fibroblasti)

Può durare fino a 2 anni

# Ulcere cutanee

## Fisiologia

Come guarisce un'ulcera?



# Ulcere cutanee

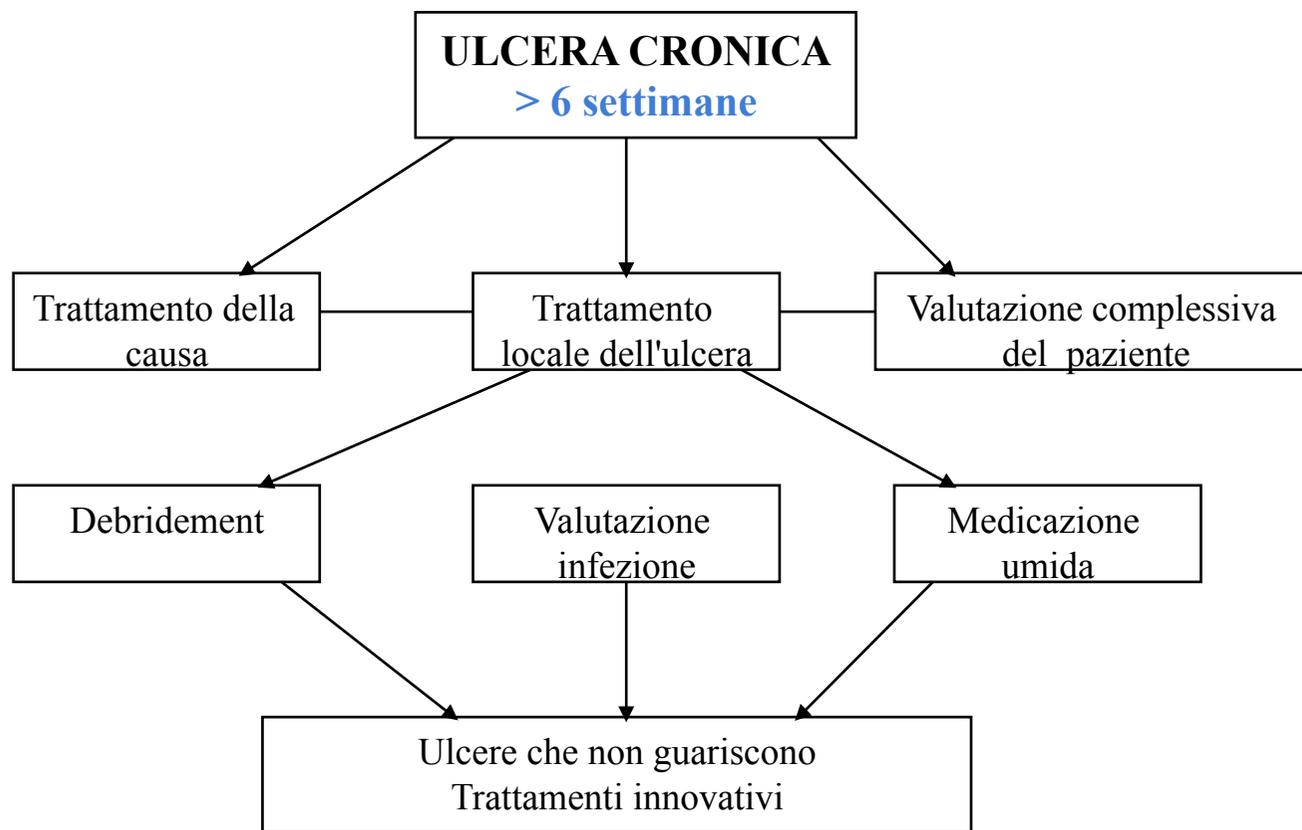
## Fisiologia

**Table 1. Some of the chemotactic and stimulatory signals for the main cells involved in wound healing.**

<u>CELL TYPE</u>	<u>SIGNALS</u>
<b>Neutrophils</b>	Fibrinopeptides, fibrin lysis products, C5a, formyl methionyl peptides (from bacterial proteins), platelet activating factor (PAF), tumor necrosis factor a (TNF-a), platelet-derived growth factor (PDGF), platelet factor 4 (PF4).
<b>Monocytes/Macrophages</b>	Monocyte chemoattractant protein-1 (MCP-1), macrophage inflammatory protein-1a (MCP-1a), platelet-derived endothelial cell growth factor (PD-ECGF), thrombin, transforming growth factor-b (TGF-b), fragments of collagen, fibronectin, and elastin.
<b>Fibroblasts</b>	C5a, PDGF, PF4, TGF-b, interleukin-4 (IL-4), fragments of fibronectin and types I and III collagen, hypoxia.
<b>Endothelial Cells</b>	Fibroblast growth factors (FGF), TNF-a, interleukin-8 (IL-8), lactic acid, hypoxia, heparin, fibronectin.
<b>Keratinocytes</b>	Epidermal growth factor (EGF), PDGF, interleukin 1 (IL-1), interleukin 6 (IL-6), insulin-like growth factor 1 (IL-GF1).

# Ulcere cutanee

## Linee generali di terapia



# Ulcere cutanee

## Linee generali di terapia

- **Centrato sul paziente:** Ogni trattamento va “tagliato” sul paziente che abbiamo di fronte.
- **Olistico:** Va considerato il paziente nel suo insieme, e non solo la sua ulcera.
- **Interdisciplinare:** Diverse figure professionali vengono coinvolte: infermieri professionali, fisioterapisti, dietisti, medici (generalisti e specialisti) e a volte anche i servizi sociali.
- **Evidence based:** La medicina odierna richiede che il trattamento sia basato sulla migliore evidenza e che sia vantaggioso in termini di rapporto costi/benefici.

Necessaria la valutazione di alcuni indici **bio-umorali** e patologie concomitanti che riducono la potenzialità di riparazione tissutale:

- Albumina sierica: ( non < 2 mg/dl)
- emoglobina : ( non < 9 gr/dl)
- ematocrito: compreso tra 37% e 47% per le donne - tra 40% e 54% per gli uomini)
- alterazioni metaboliche: glicemia, depositi di Fe e acido folico, bilancio azotato;
- vitamine ed oligoelementi
- farmaci (es. **FANS, CORTISONICI, ANTIBLASTICI**)

## VALUTAZIONE LESIONE

- Stadiazione, misurazione (lungh.x largh.dei diametri maggiori)
- Valutazione dell'area e fotografia e/o mappatura della lesione
- Descrizione della sede, della durata, del risultato di precedenti medicazioni
- fistole, tratti sottominati
- **ESSUDATO** quantità → lieve-moderato-abbondante  
tipo → sieroso-siero/ematico-purulento
- Aspetto del FONDO (deterso, slough)
- Cute perilesionale (eritema, macerazione)
- Dolore: segni di infezione e/o intolleranza alla medicazione?
- Ispezione della medicazione al cambio (colore, odore, leakage)
- Trattamento e protezione della cute con creme emollienti, creme barriera → ossido di zinco

# Cosa si intende per WBP?

## (Preparazione del letto della ferita)

- Gestione globale e coordinata della lesione, volta ad accelerare i processi endogeni di guarigione, ma anche a promuovere l'adozione di misure terapeutiche efficaci.

- **Principi**

- **TIME** (Tissue, Infection or inflammation, Moisture imbalance, Epidermal margin)

- **Obiettivi**

- **Tissue** → Debridement
- **Infection** → Controllo dell'infezione
- **Moisture imbalance** → Gestione dell'essudato
- **Epidermal margin** → Terapie correttive, debridement, trapianti cutanei, prodotti biologici o terapie aggiuntive.

# MEDICAZIONE AVANZATA

Si definisce una **MEDICAZIONE AVANZATA** quella medicazione che è in grado di mantenere sul letto della ferita un ambiente **Microumido**.

## CARATTERISTICHE PROPRIE:

- Mantenere un microambiente umido
- Rimozione di essudati e materiale necrotico
- Mantenere una temperatura costante
- Essere permeabile all'ossigeno
- Essere permeabile al vapore acqueo
- Proteggere da infezioni esogene:
- Agiscono creando una barriera impenetrabile a virus e batteri, riducendo la contaminazione esterna;
- il microambiente umido permette di mantenere l'attività di difesa dell'organismo nell'essudato.
- Essere atraumatiche alla rimozione
- Essere maneggevoli
- Avere un basso rapporto costo/beneficio

# TIPI DI MEDICAZIONE AVANZATA

**OCCLUSIVA:** idrocolloidi;

**SEMIOCCLUSIVE o SEMIPERMEABILI:**  
Film e schiume poliuretatiche, idrogels;

**ADSORBENTI:** alginati, idrofibre

## MEDICAZIONE OCCLUSIVA

- Impermeabilità completa all'ossigeno e al vapore acqueo
- Sfruttano l'ossigeno endogeno per aumento del flusso ematico

## Medicazione semipermeabile

- Totalmente impermeabile a liquidi, fluidi e batteri
- Permeabile a gas e vapore acqueo
- Derivazione **poliuretanic**a: film e schiume
- Derivazione **polisaccarid**a: cellulose e idrocolloidi “**high breathability**” ( ad alta respirazione).

## **PRINCIPALI CONTROINDICAZIONI ALL'USO DELLE MEDICAZIONI AVANZATE**

- Allergie o intolleranze
- Infezione clinicamente evidente
- Grandi escare asciutte
- Piaghe distali in arteriopatici
- Ulcere neoplastiche

<u>FASI</u>	<u>SITUAZIONE</u>	<u>ESIGENZA</u>	<u>R I S P O S T A</u> <u>TERAP.</u>
<b>DETERSIONE</b>	<b>NECROSI/ FIBRINA</b>	<b>DARE UMIDITA'</b>	<b>AUTOLISI</b> <b>IDROGELI</b>
<b>C O N T R O L L O</b> <b>ESSUDATO</b>	<b>ESSUDAZIONE</b>	<b>ADSORBIRE</b>	<b>IDROFIBRA</b>
<b>CONTROLLO</b> <b>SANGUINAMENTO</b>	<b>EMORRAGIA</b>	<b>EMOSTASI</b>	<b>ALGINATI</b>
<b>RIEPITELIZ.</b>	<b>GRANULAZIONE</b>	<b>MANTENIMENTO</b> <b>MICROCLIMA</b>	<b>IDROCOLLOIDE</b>

# Ulcere cutanee

## Inquadramento

### ULCERE DELLE GAMBE:

- Prevalenza complessiva: 1-2% (>65aa ~3%)
- 7 miliardi \$/anno nel mondo (1-2% del budget sanitario)

- **venose:** 70-80
- **arteriose:** 10-20%
- **neuropatiche:** 5-10%

### ULCERE DA DECUBITO (DA PRESSIONE)

**sono aree localizzate di necrosi tissutale provocate da una pressione non tollerata.**

**Sedi più frequenti:** sacro, tuberosità ischiatiche, grande trocantere, talloni e malleoli laterali.

# ULCERE VENOSE



# ULCERE VENOSE



# ULCERE VENOSE



Novembre 2003



Novembre 2004

Lipodermatosclerosi

# ULCERE VENOSE



# ULCERE VENOSE



ulcera mista: è presente anche una componente arteriosa

# Ulcere venose

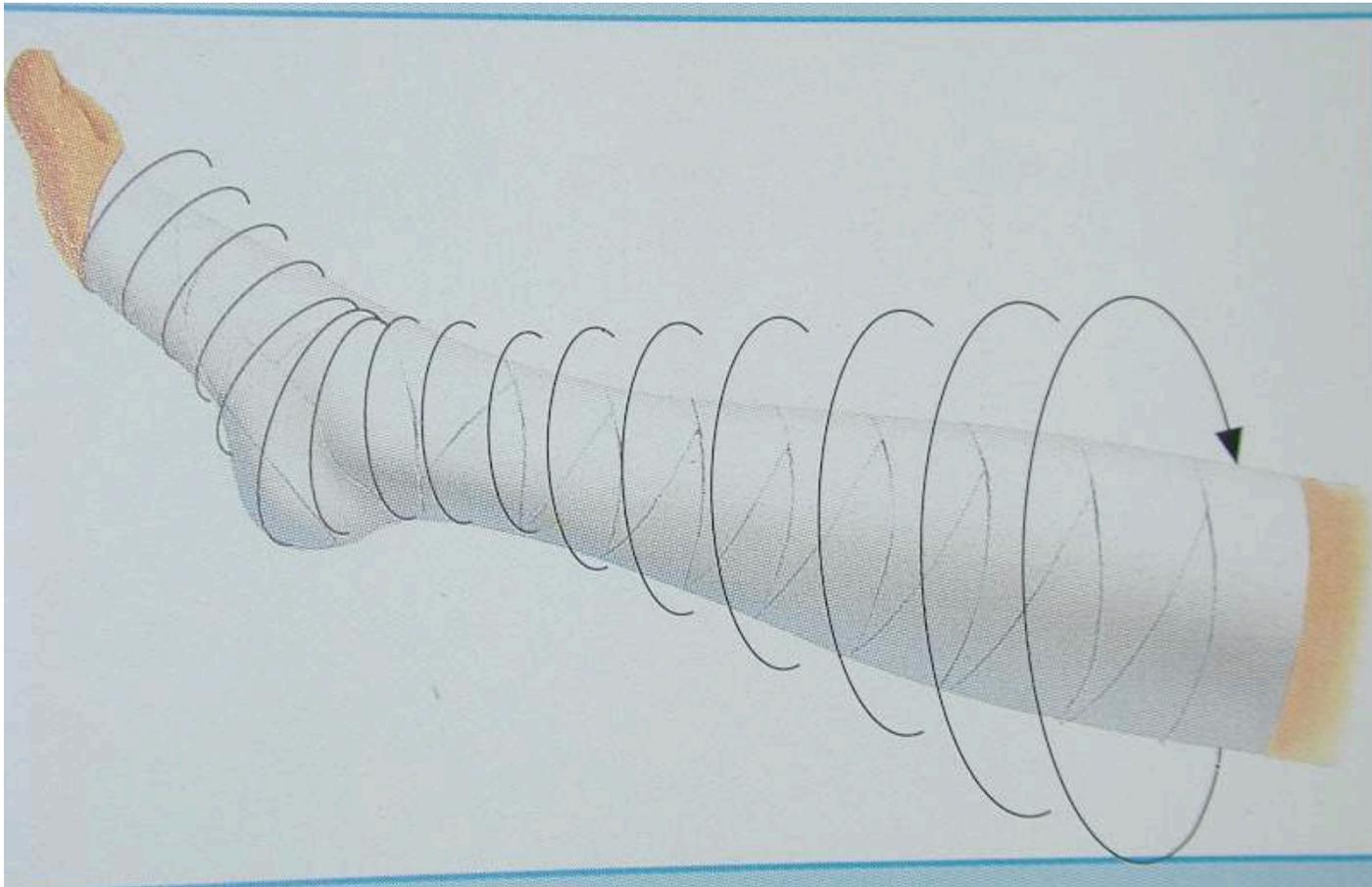
## Terapia

Il trattamento ha lo scopo di **contrastare gli effetti dell'ipertensione venosa**: la combinazione della terapia compressiva e delle medicazioni umide permette la guarigione di circa il 50% delle ulcere venose con prognosi migliore nelle ulcere di piccole dimensioni (<5 cm) e di breve durata (<di 1 anno).

1. **Compressione** (bendaggio, calze elastiche, dispositivi di compressione ortottica, pompe di compressione)
2. **Medicazione della lesione**
  - **Lavaggio con soluzione salina** (evitare di usare prodotti potenzialmente tossici come acqua ossigenata, povidone-iodio, acido acetico)
  - **Debridement** (rimozione del materiale necrotico) della lesione
  - **Applicazione medicazioni occlusive** da scegliere a seconda del grado di essudazione dell'ulcera.
  - **Trattamento dell'infezione**, se presente, con antibioticoterapia sistemica

# Compressione Tecnica

## BENDAGGIO COMPRESSIVO



**la compressione deve essere graduata e decrescente dal basso verso l'alto**

# Ulcere venose – Terapia

## Compressione

### Fase 1: Riduzione dell'edema

ideale sarebbe un bendaggio che raggiunga elevate pressioni durante il lavoro (deambulazione) e relativamente basse a riposo.

- **bendaggi rigidi**: agiscono fondamentalmente come supporto; bassa pressione a riposo e elevata durante la contrazione muscolare: stivale di Unna (bende all'ossido di Zinco) e sue modifiche (Unnaflex - ConvaTec, Comprilan - Beiersdorf); utili in pz che possono deambulare.

- **bendaggi elastici ad alta compressione** : 3 classi (I,II, III): al max 40 mmHg alla caviglia  
(es. Surepress, ConvaTec, Tensopress, Smith&Nephew)

-**bendaggi multistrato**: 3 strati (es. Dynaflex - Johnson&Johnson)  
4 strati: (es. Profore - Smith&Nephew)

Questi bendaggi determinano una elevata pressione anche a riposo, pertanto sono più utili in una fase in cui l'edema è meno imponente.

### Fase 2: Mantenimento

- **calze a compressione graduale**: classe I 20-30 mmHg, classe II 30-40, classe III 40-50, classe IV >60

- **bendaggi elastici**

# Ulcere venose – Terapia

## Medicazione della lesione

**Lavaggio con soluzione salina** (evitare di usare prodotti potenzialmente tossici come acqua ossigenata, povidone-iodio, acido acetico)

**Debridement** (rimozione del materiale necrotico) della lesione

**Applicazione medicazioni occlusive** da scegliere a seconda del grado di essudazione dell'ulcera.

**Trattamento dell'infezione**, se presente, con antibioticoterapia sistemica

# Ulcere venose – Terapia

## Terapia sistemica

- Pentossifillina (Trental ®)
- Flavonoidi (Daflon ®, Arvenum ®)
- eparine a basso peso molecolare
- ASA
- Sulodexide (Vessel 2 F ®)
- Antibiotici
- Stanazololo (Winstrol®)

# Ulcere venose – Terapia

## Terapia chirurgica

- **Trattamento della causa (insufficienza venosa)**
- **Trattamento dell'ulcera (innesti)**

# Filmati esemplificativi

## ULCERE VENOSE



medicazione+compressione

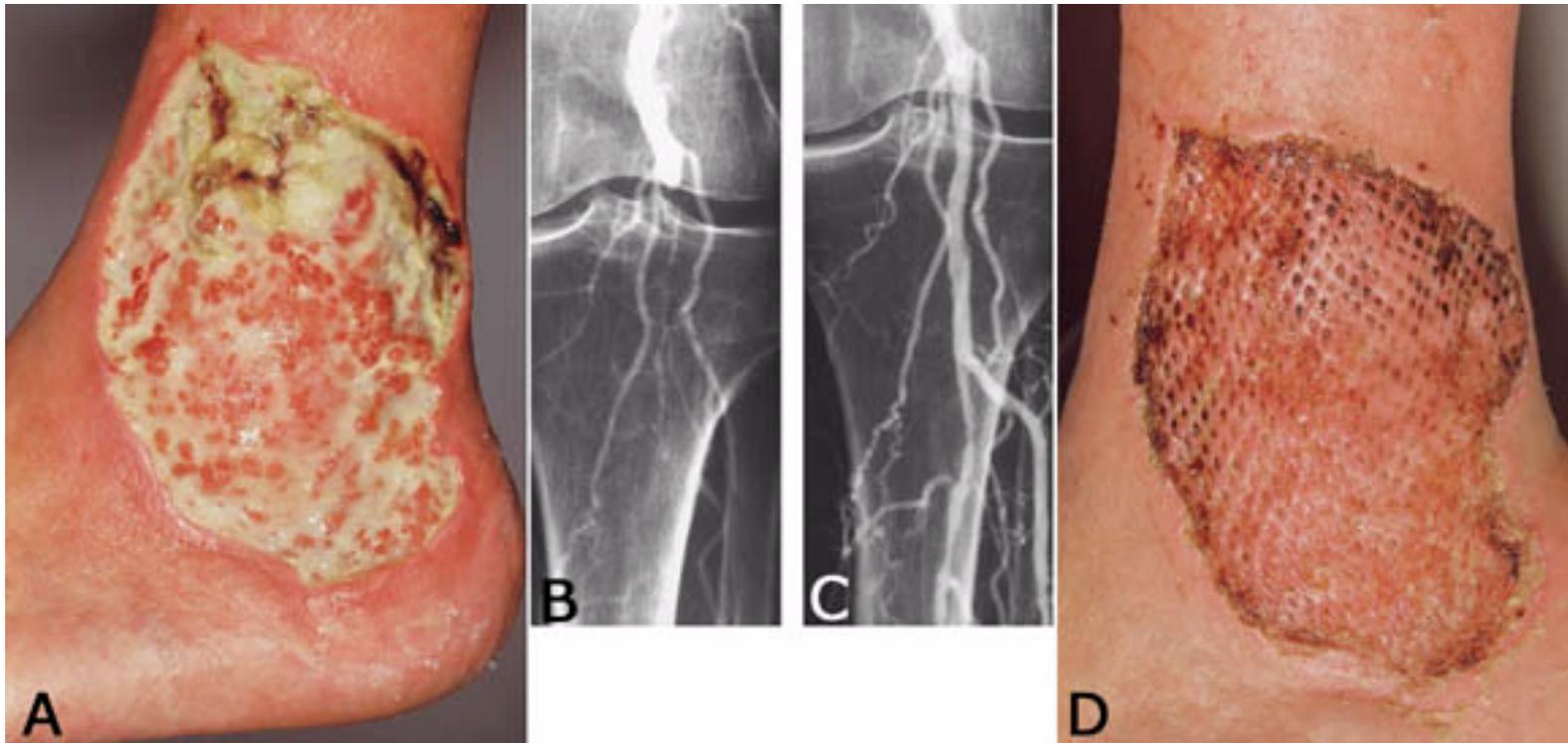


ulcera essudante



ulcera traumatica

# ULCERE ARTERIOSE (Ischemiche)



# ULCERE ARTERIOSE (Ischemiche)



# ULCERE ARTERIOSE (Ischemiche)

## Diagnosi

- il 10% delle ulcere delle gambe riconosce un'eziologia mista (venosa +arteriosa), mentre in un altro 10% la causa è solo arteriosa.
- Generalmente **molto dolorose**, anche se di piccole dimensioni.
- Prediligono le regioni laterali e pretibiali della gamba o il dorso del piede.
- Generalmente complicano il decorso di arteriopatie al II stadio di Fontaine.
- Spesso non è presente la claudicatio (pazienti immobilizzati)
- La diagnosi può essere posta quando le altre cause possono essere escluse e quando l'indice di Winsor (tibiale/brachiale) è minore di 0.9 (o 0.8).

# ULCERE ARTERIOSE (Ischemiche)

## Terapia

**La compressione generalmente è controindicata**

**La terapia è essenzialmente chirurgica**

# ULCERE NEUROPATICHE



Piede diabetico

# ULCERE NEUROPATICHE

## Diagnosi

- Il piede neuropatico solitamente è caldo ed i polsi sono buoni, spesso si associano malformazioni o deformazioni delle dita (dito a martello, cavismo o piattismo plantare, piede di Charcot)
- E' presente **ipoestesia**; le ulcere neuropatiche sono localizzate nei **punti di pressione** (es. teste metatarsali, alluci, talloni); sono presenti callosità di notevoli dimensioni, i raggi X mostrano segni di riassorbimento osseo).
- Le ulcere hanno apparenza simile indipendentemente dalla malattia sottostante (diabete, lebbra, siringomielia, spina bifida, polinevrite alcolica, anemia perniziosa, neuropatia familiare).

# ULCERE NEUROPATICHE

## Terapia

### LOCALE

- Debridement (aggressivo, con forbici o bisturi)
- Scarico del sito dell'ulcera
- Medicazione occlusiva umida

### SISTEMICA

Terapia della malattia di base e delle complicanze

# PIEDE DIABETICO

**Spesso vi è componente ischemica+neuropatica**  
**IMPORTANTE LA PREVENZIONE**

L'ATTUALE CLASSIFICAZIONE E' PIU' RIGIDA RISPETTO AL PASSATO: ANCHE LE LESIONE PRE-ULCEROSE VENGONO CONSIDERATE "PIEDE DIABETICO"

**“ piede con alterazioni anatomico-funzionali determinate dall'arteriopatia occlusiva periferica e/o dalla neuropatia diabetica”**

- Regolare ispezione dei piedi da parte del pz e del medico. La presenza di callosità o eritema indica un tessuto compromesso da pressione o frizione.
- Il pz dovrebbe portare solo calzature idonee e non camminare mai scalzo. Utili calze e gambaletti “idratanti” (tessuti particolari contenenti nanosfere idratanti)
- Le calzature devono essere controllate periodicamente con sostituzione della suola quando questa mostra evidenti infossature in corrispondenza dei punti di maggior pressione.

# PIEDE DIABETICO

## Polineuropatia

- **motoria**            deambulazione alterata
- **sensitiva**        maggior facilità ai traumi
- **autonomica**    anidrosi, secchezza cutanea, callosità



## Micro- e macroangiopatia

- **ischemia cronica** (maggior facilità alle infezioni, scarsa tendenza alla guarigione)



## Scompenso metabolico

- **predisposizione alle infezioni**

# PIEDE DIABETICO



**Piede diabetico (prevalente componente ischemica)**

# PIEDE DIABETICO



1 anno dopo

# ULCERE DA PRESSIONE

## Definizione

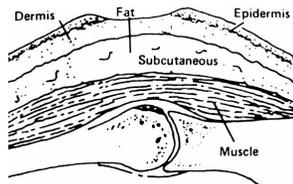
- sono aree localizzate di necrosi tissutale provocate da una pressione non tollerata. Tendono a svilupparsi quando i tessuti molli sono schiacciati tra una superficie ossea e una superficie esterna per un periodo prolungato di tempo.
- Sedi più frequenti: sacro, tuberosità ischiatiche, grande trocantere, talloni e malleoli laterali. Il 95% delle ulcere da decubito si sviluppa nelle porzioni inferiori del corpo:

*65% nell'area pelvica, il 30% negli arti inferiori.*

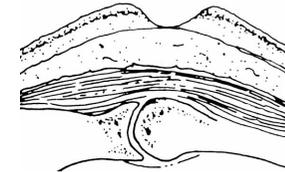
# ULCERE DA PRESSIONE

## stadiazione

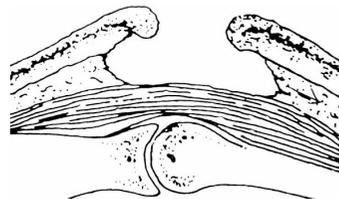
*National Pressure Ulcer Advisory Panel (1994)*



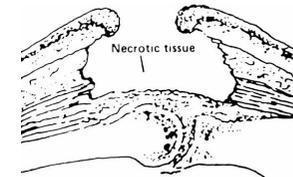
**Stadio 1:** eritema non reversibile della cute



**Stadio 2:** perdita non a tutto spessore di cute, che può coinvolgere l'epidermide o il derma, che si presenta clinicamente come un'abrasione, una bolla o un cratere piatto.



**Stadio 3:** perdita a tutto spessore di cute che può coinvolgere il tessuto sottocutaneo e può estendersi fino, ma non oltre la fascia sottostante. I margini possono essere sottominati.



**Stadio 4:** interessamento a tutto spessore della cute con coinvolgimento di muscolo, osso o strutture di supporto come tendini o capsule articolari.

# ULCERE DA PRESSIONE

## Management

### Prevenzione

individuazione soggetti a rischio  
mobilizzazione  
presidi antidecubito (materassi, cuscini)

### Valutazione e trattamento fattori generali

malattie concomitanti  
stato di nutrizione  
presenza di infezioni

Trattamento locale (medicazione)

# ULCERE DA PRESSIONE

## Prevenzione

### Individuazione dei soggetti a rischio - Uso delle scale di valutazione

**Scala Norton:** Valutate le cinque condizioni seguenti ed assegnare il punteggio adeguato. Un punteggio minore o uguale a 14 indica la presenza di rischio di lesioni. Se il punteggio è inferiore a 12 il rischio è più elevato.

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

CONDIZIONI GENERALI	STATO MENTALE	DEAMBULAZIONE	MOBILITA'	INCONTINENZA
Buone 4	Lucido 4	Normale 4	Piena 4	Assente 4
Discrete 3	Apatico 3	Con aiuto 3	Moderatamente limitata 3	Occasionale 3
Scadenti 2	Confuso 2	Costretto su sedia 2	Molto limitata 2	Abituale (urine) 2
Pessime 1	Stuporoso 1	Costretto a letto 1	Immobile 1	Doppia 1
<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>	<b>Totale</b>

**PUNTEGGIO TOTALE:** \_\_\_\_\_

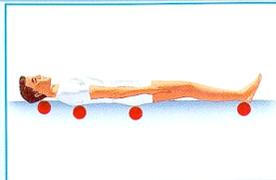
# ULCERE DA PRESSIONE

## Prevenzione

### LE AREE A RISCHIO

Le lesioni causate da una pressione prolungata denotano una carenza di difesa del tessuto delle aree coinvolte, che diventano quindi ad alto rischio d'insorgenza di ulcere da compressione, e si presentano su diversi distretti corporei a seconda del tipo di posizione nella quale un corpo è forzatamente immobilizzato.

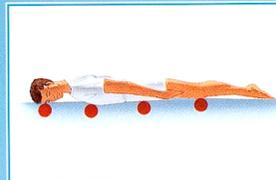
Le aree a rischio più comuni sono raffigurate in questa pagina e nella successiva.



**POSIZIONE SUPINA:** regione del sacro, apofisi spinose vertebrali, spina della scapola, nuca, talloni.



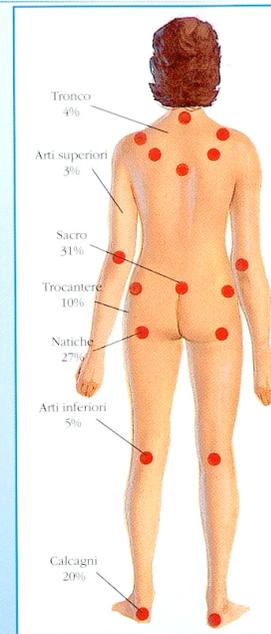
**POSIZIONE LATERALE:** regione del trocantere, cresta iliaca, malleoli, bordo esterno del piede, ginocchio, spalla, regione della scapola, gomito, padiglione auricolare, zigomo.



**POSIZIONE PRONA:** zigomo, regione temporale, padiglione auricolare, arcate costali (zone antero-laterali del torace), spina iliaca antero-superiore, ginocchia.



**POSIZIONE SEDUTA:** gomito, regione del coccige, regione ischiatica, aree compresse dai bordi della sedia, da ciambelle, cuscini, padelle, angoli di sporgenza costale nei cifoscoliotici.



**Incidenza delle ulcere da compressione nei vari distretti corporei.**

# ULCERE DA PRESSIONE

## Trattamento generale

Oltre alle **cure locali dell'ulcera**, il trattamento deve tenere conto delle **condizioni generali** del paziente, includendo le cause di immobilità e le condizioni sistemiche che possono interferire con la guarigione dell'ulcera o diminuire la perfusione tissutale, come **scompenso cardiaco, diabete, spasticità, problemi neurologici, infezioni e stato nutrizionale.**

In generale le ulcere allo stadio I, II e III hanno maggiori probabilità di guarire con la terapia locale, mentre quelle al IV stadio, specie se localizzate alle tuberosità ischiatiche spesso necessitano di intervento chirurgico.

# ULCERE DA PRESSIONE

## Trattamento locale

### Cure locali

- **Detersione** (lesione infetta o non infetta)
- **Debridement (sbrigliamento)**
  - \* enzimatico
  - \* meccanico (medicazione umido/asciutta, idromassaggio, chirurgico)
  - \* autolitico
  - \* combinato
- **Medicazione**

# ULCERE DA PRESSIONE

## DETERSIONE

L'ulcera va tenuta pulita e libera da infezioni. Andrebbe controllata almeno una volta la settimana e verificata e documentata (foto) la presenza di tessuto necrotico, margini sottominati, tunnelizzazione, essudazione, granulazione ed epitelizzazione. La **detersione** si può ottenere con **semplice soluzione salina** (fisiologica). E' bene tenere presente che molti antisettici tradizionalmente usati allo scopo, hanno mostrato in vitro di essere citotossici e di fatto possono rallentare la riepitelizzazione.

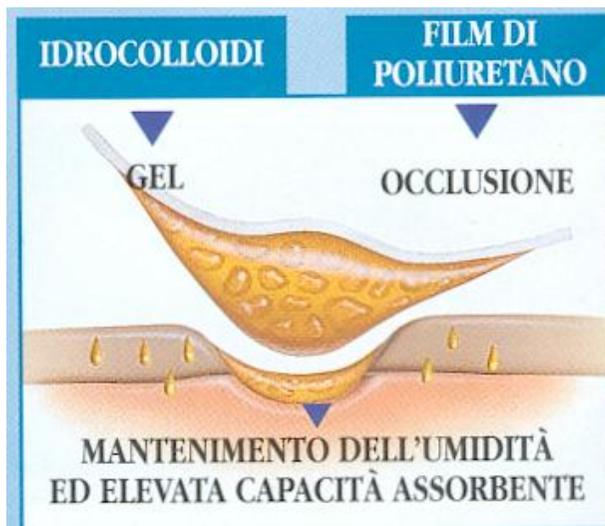
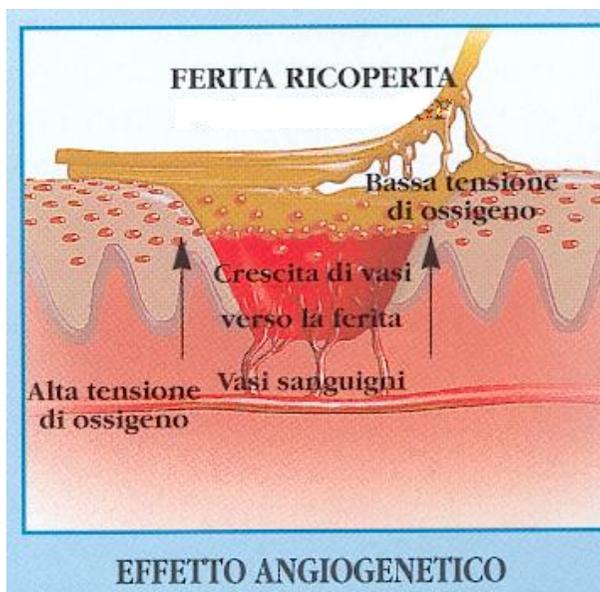
Anche gli antibiotici topici sono usati (bacitracina, neomicina, polimyxina B, gentamicina, argento sulfadiazina, eritromicina e mupirocina) con l'intento di ridurre la carica batterica. Tuttavia il loro uso può determinare lo sviluppo di fenomeni di resistenza batterica, di dermatite da contatto e inoltre possono andare in circolo e indurre tossicità sistemica. Con l'eccezione della mupirocina (Bactroban) non sembrano superiori ai lavaggi con soluzione fisiologica riguardo alla prevenzione della crescita batterica. *In caso di presenza di infezione il trattamento antibiotico deve essere sistemico.*

# ULCERE DA PRESSIONE

## DEBRIDEMENT (rimozione dei detriti necrotici)

La rimozione dei residui necrotici dalla superficie dell'ulcera è necessaria per consentire la formazione del tessuto di granulazione e la riepitelizzazione. Si può procedere con forbici o bisturi specie in presenza di escare spesse ed aderenti o di grandi quantità di tessuto devitalizzato. Altrimenti l'uso di medicazione adesive umide (**debridement autolitico**: idrogel, schiume, ecc...) o di preparati contenenti enzimi proteolitici come la collagenasi (**debridement chimico**: Elase, Iruxol, Citrizan) può essere una soluzione alternativa nei casi meno gravi o in quei pz che non possono essere sottoposti a **toilette chirurgica** per motivi medici o logistici. Non dovrebbero essere usati se i tendini sono esposti. Possono dare luogo a fenomeni di allergizzazione da contatto.

# ULCERE DA PRESSIONE



## MEDICAZIONE

### L'occlusione delle ferite

- promuove la riepitelizzazione,
- riduce il dolore,
- aumenta il debridement autolitico,
- fornisce una barriera alla contaminazione batterica.

La neoangiogenesi è infatti notevolmente rallentata (9:1) dalla presenza di O<sub>2</sub> (ferita aperta).

Il mantenimento del microclima è fondamentale per la guarigione dell'ulcera: a seconda della quantità dell'essudato la medicazione potrà essere mantenuta per 7 giorni (essudato scarso), 2-3 giorni (essudato medio), o dovrà essere cambiata ogni giorno (essudazione abbondante).

# Medicazioni “avanzate”

microambiente umido

## Valutazione adeguatezza medicazione

- Protegge la lesione da infezioni secondarie?
- Crea microclima umido?
- Garantisce isolamento termico?
- Può essere rimossa senza causare traumi alla lesione?
- E' adeguata per il grado di essudato?
- E' priva di principi tossici?

# Medicazioni “avanzate”

microambiente umido

## Materiali (descrizione e indicazioni)

- **Idrogel:** medicazioni a base di polimeri idrofili con un contenuto di acqua superiore al 50% per trattamento di lesioni con tessuti necrotici o fibrinosi
- **Idrocolloidi:** medicazioni a base di sostanze idrocolloidalì disperse in una matrice adesiva e ricoperta da un dorso di materiale impermeabile o semipermeabile per prevenzione e trattamento di lesioni in fase essudante, di granulazione e di riepitelizzazione
- **Alginati:** medicazione a base di alginati di calcio e sodio con funzione adsorbente/gelificante per il trattamento di lesioni altamente essudanti piane o cavitare
- **Schiume:** medicazioni adsorbenti adesive e non, a base di poliuretano ad assorbimento idrocellulare per prevenzione e trattamento di lesioni in fase essudante, di granulazione e riepitelizzazione
- **Film semipermeabili (pellicole):** medicazioni in film di poliuretano adesivo, semipermeabile, trasparente, per la prevenzione ed il trattamento di lesioni in fase di riepitelizzazione.

# Medicazioni “avanzate”

## Materiali (marchi commerciali)

- **Idrogel:** IntraSite gel, Gnu-Gel, Vigilon
- **Idrocolloidi:** Comfeel, DuoDerm, Restore
- **Alginati:** Sorbsan, Kaltostat, Algiderm
- **Schiume:** Allevyn, Curafoam, Lyofoam
- **Film semipermeabili (pellicole):** OpSite, Tegaderm

# Medicazioni (tipi di ulcere)

Una semplice e pratica classificazione è basata **sull'aspetto di ciò che si vede**:

1. **Ulcera necrotica**: coperta da epidermide devitalizzata, spesso di colore nero.
2. **“Sloughy ulcer”**: fondo costituito da materiale vischioso di colore giallastro
3. **Ulcera granuleggiante**: contenente tessuto di granulazione di colore rosso o rosa carico
4. **Ulcera in fase di riepitelizzazione**: mostra evidenza di un margine rosa o isole di tessuto di colore rosa nella superficie dell'ulcera.

# Ulcera necrotica (nera)



# Ulcera necrotica (nera)



- in condizioni favorevoli lo strato necrotico può separarsi da solo;
- generalmente si disidrata, si indurisce e si restringe (stimolando le terminazioni dolorose): in queste condizioni l'autolisi è inibita e la situazione può persistere indefinitamente;
- ogni procedura che rallenta o inverte questa tendenza allevia il dolore e favorisce l'autolisi.

## POSSIBILI TRATTAMENTI

1. impacchi umidi (fisiologica, sol. ipoclorito di Na): consumo di tempo, scarsa efficacia, macerazione cute circostante.
2. applicazione di medicazioni a base di idrogel : 2-3% polimero in forma di gel (sodio-carbossimetilcellulosa, starch modificato o alginato), 20% di propilen glicole (umettante e conservante) + ~ 80% di acqua. Il tutto viene ricoperto da altra medicazione, che dovrebbe impedire la perdita di acqua dall'idrogel verso l'esterno (pellicole).
3. applicazione di idrocolloidi: agiscono come una barriera fisica che impedisce l'evaporazione dallo strato necrotico che così si reidrata.

Alla fine avviene il distacco (non dimenticare l'opzione chirurgica!)

# ULCERE DA PRESSIONE

## Trattamento locale



# Sloughy ulcer: (giallastra)



# Sloughy ulcer: (giallastra)



- Il fondo è costituito da una complessa miscela di fibrina, essudato sieroso, desossiribonucleoproteine, leucociti e batteri.
- Predisporre alle infezioni (pabulum, inibizione dei leucociti)

## POSSIBILI TRATTAMENTI

Fondamentale il debridement (chirurgico o medico)

Importante valutare la **quantità di essudato**

**scarso:**

- idrocolloidi e idrogel (facilitano l'autolisi)

**abbondante:**

- alginati e idrocolloidi
- polisaccaridi (anche naturali, miele e zucchero)
- preparati contenenti sostanze ad azione antibatterica (Iodio, Ag-sulfadiazina)
- larve

# Sloughy ulcer: (giallastra)



Lucilia Sericata



# Ulcera granuleggiante (rossa)



# Ulcera granuleggiante (rossa)



Possono differire anche notevolmente per forma, dimensioni, quantità di essudato

## POSSIBILI TRATTAMENTI

Lesioni cavitare: in passato garza iodoformica o imbibita di soluzione salina, ora si preferiscono gli alginati.

Lesioni piatte: se **molto essudanti** fibre di alginato,  
se **scarsamente essudanti** idrocolloidi o schiume.  
[Acido ialuronico-sulfadiazina argentica](#)

Lesioni maleodoranti (sospetta contaminazione batterica): oltre a terapia sistemica medicazioni contenenti agenti antibatterici.

# Ulcera in fase di riepitelizzazione (rosa)



Generalmente poco essudante.

## POSSIBILI TRATTAMENTI

Idrocolloidi o pellicole semipermeabili.

# Trattamenti complementari

- stimolazione elettrica
- ossigenoterapia iperbarica
- applicazione di larve (maggot) di mosca
  
- fattori di crescita (PDGF – fattore di crescita derivato dalle piastrine, GM-CSF – granulocyte-macrophage colony-stimulating factor )
- trapianti di colture di cheratinociti e sostituti della cute (Apligraf, Integra, Dermagraf, Hyalograft 3D, Laserskin autografdt)

# Melanoma

**Quale ruolo per il medico di medicina generale?**

- **PREVENZIONE PRIMARIA**
- **PREVENZIONE SECONDARIA**
- **FOLLOW-UP E COUNSELLING**

# PREVENZIONE PRIMARIA

- Individuazione dei soggetti a rischio
- Educazione sanitaria

# Individuazione dei soggetti a rischio

## fattori endogeni

- età
- pigmentazione chiara della cute
- capelli rossi, biondi o chiari
- efelidi
- numero elevato di nevi giunzionali, nevi atipici, nevi congeniti

il 25-50% dei melanomi compare su un nevo preesistente.

## fattori esogeni

- esposizione alla luce solare, specie se intermittente ed in età infantile
- esposizione ai raggi UV-A delle lampade

## UN RISCHIO PER GRADO

alto  
(aumentato di più di 50 volte)

nevi che cambiano spesso  
nevi clinicamente atipici  
in storia familiare di melanoma  
età adulta  
più di 50 nevi di grandezza pari o superiore a 2 mm

medio  
(aumentato di più di 5 volte)

familiarità per melanoma  
nevi atipici sporadici  
nevi congeniti  
etnia bianca  
pregresso melanoma

basso (aumentato di 2-4 volte)

immunosoppressione  
fotosensibilità o eccessiva esposizione solare  
uso regolare di lampade o lettini abbronzanti

modificato da: Rhodes 1987.

# Educazione sanitaria

- individuazione tra i propri assistiti di quelli meno informati, e quindi più a rischio di un ritardo diagnostico, e conseguente intervento di sensibilizzazione.
- Materiale informativo (poster, depliant) per la sala d'attesa

# PREVENZIONE SECONDARIA

## **Azione di filtro:**

- lo screening di massa è al fuori della portata delle strutture specialistiche (tutte le persone adulte dovrebbero sottoporsi a visita dermatologica annuale)
- uno screening circoscritto alle categorie a rischio risulterebbe inefficace perché sfuggirebbero troppi casi

## **Diagnosi precoce:**

- informazione dei cittadini (autoesame – visita medica)
- formazione dei medici (criteri ABCDE)

# PREVENZIONE SECONDARIA

## Diagnosi precoce

- osservazione diretta della macchia sospetta
- osservazione con una lente luminosa
- osservazione con dermatoscopio  
(in mg utile per escludere lesioni dubbie, di uso prevalentemente specialistico)

# Dermatoscopia



**lesione pigmentata di ndd**



**emangioma**

# Criteria ABCDE

## **A = Asimmetria**

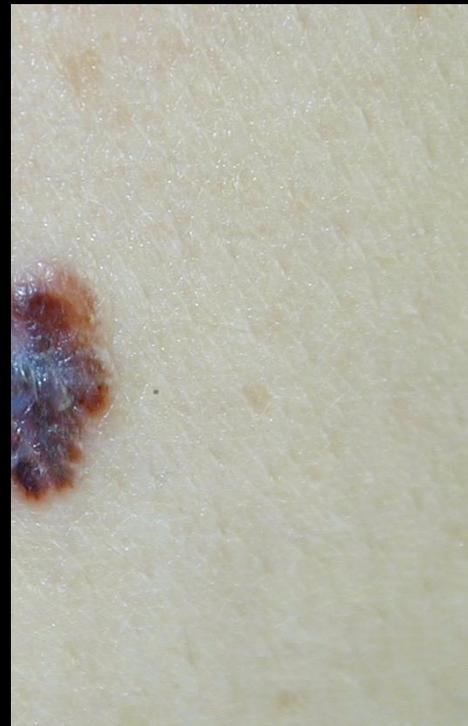
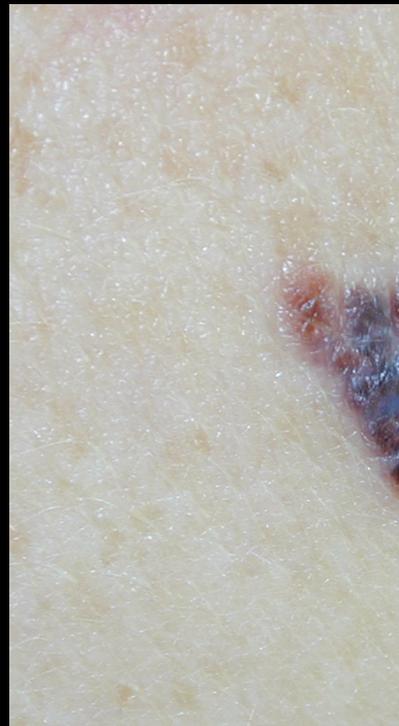
Tracciando una linea immaginaria che divida in due la lesione, le due metà non sono sovrapponibili



# Criteri ABCDE

## **A = Asimmetria**

Tracciando una linea immaginaria che divida in due la lesione, le due metà non sono sovrapponibili



# Criteria ABCDE

**B = Bordi**

Irregolari, indentati, a carta geografica



# Criteria ABCDE

## **C = Colore**

- **nero intenso**

- **eterocromia**

Dal marrone al nero con coesistenza  
di aree di colore rosso o bluastro



# Criteria ABCDE

## **D = Dimensioni**

Maggiore di 6  
mm

(1 melanoma su 6 ha  
dimensioni minori)



# Criteria ABCDE

## **E = Evoluzione**

Lesione che si modifica in un periodo di tempo relativamente breve

- **in dimensioni**
- **nella forma**
- **nel colore**
- **nella superficie (Elevazione)**

(i nevi in genere crescono poco e dopo un po' smettono di aumentare  
una macchia cutanea che continua a crescere deve preoccupare )

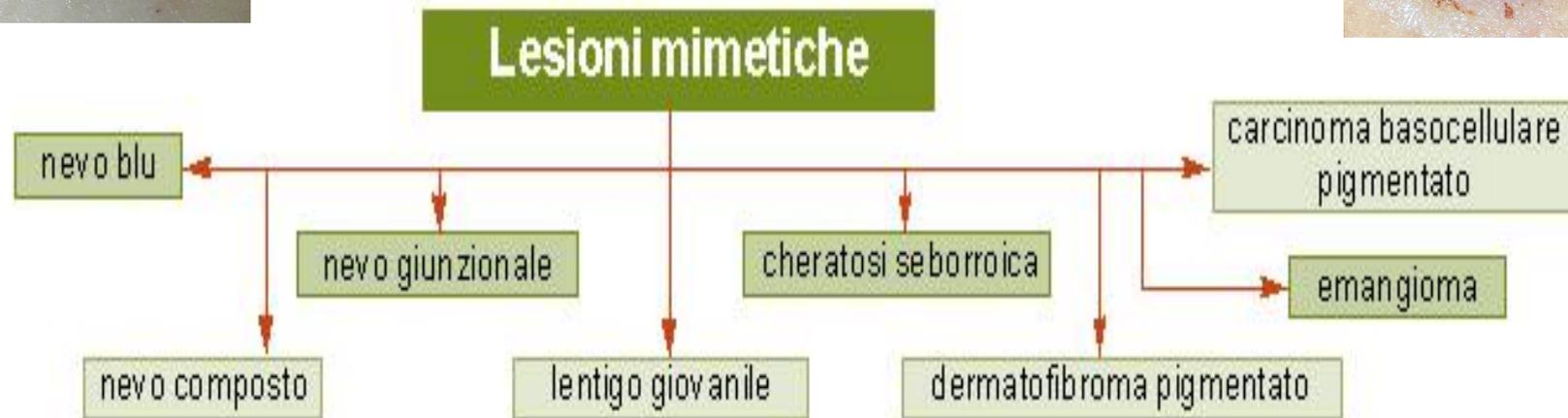
# Criteria ABCDE

## **E = Eccezione**

- melanoma acromico
- sedi nascoste (mucose, occhio, cuoio capelluto)



# Diagnosi differenziale



# FOLLOW-UP

**Solo il medico di famiglia può seguire il pz per tutta la vita**

- rischio di secondo melanoma
- rispetto dei controlli strumentali

# Counselling

## Melanoma e Gravidanza

- evitare gravidanze nei primi due anni dalla diagnosi di melanoma (problemi con il trattamento di una eventuale recidiva, che sono più frequenti nei primi due anni)
- una donna con storia di melanoma che intraprende una gravidanza **non ha un rischio aumentato** di sviluppare un nuovo melanoma o di riattivarne uno esistente.
- la **prognosi è uguale** a quella delle donne non gravide, a parità di spessore del tumore.

## Screening, Skin cancer day, campagne di sensibilizzazione

### Scettici

- **Anticipo diagnostico**
- **Mortalità invariata**
- **Dispendio di risorse**
- **Esami inutili**

### Favorevoli

- **La diagnosi precoce (lesioni piccole e sottili) ha consentito un aumento della sopravvivenza**
- **Interventi meno demolitivi**
- **gli ultimi dati evidenziano una stabilizzazione della mortalità**
- **occorre tempo perché si manifesti una riduzione di mortalità**