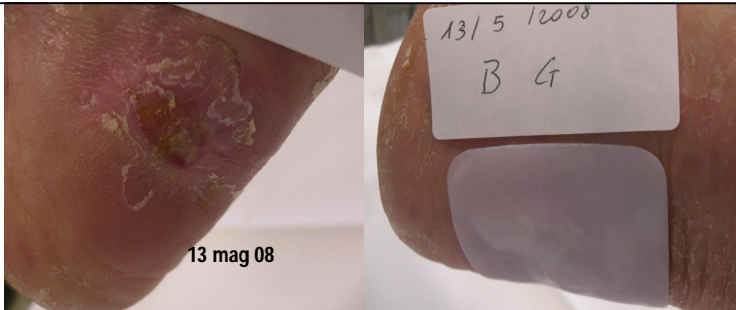


Gestione di ulcere ipoergiche (unhealing), in pazienti con severa arteriopatia occlusiva cronica periferica (AOCP), mediante una innovativa medicazione idrobalanciante in biocellulosa*: case report

C.Percudani; D.Bergnoli; G.Colla Ambulatorio Ulcere Trofiche e Ferite Difficili, Polo Sanitario di Colorno, Distretto di Parma, Azienda USL di Parma



Materiali e metodi-Caso clinico 1: maschio, 71 anni, diabetico da 8 anni, in terapia con insulina e ipoglicemizzante orale. E' giunto all'osservazione con un'ulcera sovracalcaneale dx (faccia mediale del tendine d'Achille) di grado 2-3 Wagner, HbA1C 9,1%. Polineuropatia diabetica sensitivo motoria di tipo assonale severa. Ecocolordoppler arterioso degli arti inferiori: AOCP stadio II A di Leriche-Fontaine. Ossimetria transcutanea: ptcO2 53 mmHg



Introduzione-L'ambito delle ulcere "difficili" tipiche dei pazienti multiproblematici, che tendono a cronicizzarsi (unhealing), rappresenta un arduo banco di prova per il "vulnologo". La coesistenza di patologie sistemiche quali diabete mellito, AOCP, ipertensione arteriosa, di condizioni di età avanzata e di abbandono sociale ("ulcera sociale"), necessitano di un approccio multidisciplinare e si giovano di trattamenti integrati, sistemici e topici, in particolare il controllo dell'assetto metabolico, la prescrizione di terapie antiaggreganti e vasoattive (analoghi PGI2) per sostenere un circolo adeguato a favorire i processi riparativi, le eventuali terapie antibiotiche sistemiche. La terapia topica deve innanzitutto regolare l'essudato, consentendo la riduzione del dolore, favorendo la riepitelizzazione, e riattivando il processo di guarigione. Altro aspetto fondamentale è l'abbattimento della carica batterica critica anche in presenza di patogeni resistenti alle comuni terapie, quali Pseudomonas spp, MRSA, Enterococchi, Proteus Vulgaris e Candida Albicans. Il nostro studio ha valutato l'efficacia di una medicazione idrobalanciante in biocellulosa* di innovativa concezione, in grado di rilasciare o trattenere liquidi in base alle caratteristiche locali della lesione, e dotata, nella formulazione con antisettico Polihexanide (PHMB) a lento rilascio, di una potente azione antimicrobica (attiva anche su MRSA e VRE)[1]

Caso clinico 2: femmina, 79 anni, ipertesa, cardiopatia ischemica. Condizioni sociali svantaggiate (vive sola, igiene personale precaria). Già nota per vaste ulcere flebostatiche, è tornata presentando un'ulcera recidiva, originata da trauma, sovramalleolare mediale sinistra di cm²5. Ecocolordoppler arterioso degli arti inferiori: quadro di severa arteriopatia periferica bilaterale con ABI 0,6. Ossimetria transcutanea: ptcO2 28 mmHg. Si tratta di lesioni localizzate in sedi "critiche" per il ridotto spessore sottocutaneo e la conseguente scarsa vascolarizzazione.

Vista la condizione di AOCP e la mancanza di indicazione alla rivascularizzazione chirurgica, entrambi i pazienti sono stati trattati con infusione di prostacicline sintetiche e.v. (Iloprost 0,05 mg/1 fl in 6 ore, per 18 giorni)[2]. In entrambi i casi la terapia vasoattiva ha condotto a miglioramento clinico delle lesioni ed a scomparsa del dolore, nel Caso 1 la severità dell'ulcera è regredita al grado 1 di Wagner. La terapia medica ha previsto la cura dell'assetto metabolico e la prescrizione di terapie antibiotiche sistemiche quando necessarie. La terapia topica delle lesioni ha seguito il protocollo standard in uso nel nostro Ambulatorio, formulato sulla base del TIME. Si sono usati antisettici locali (iodio povidone, clorexidina) e sono state applicate medicazioni avanzate a cessione d'argento e schiume di poliuretano. A distanza di 20 mesi nel Caso 1 e di 12 nel Caso 2, pur in presenza di una buona risposta clinica alle terapie sistemiche ed alle medicazioni locali le due ulcere apparivano "bloccate", in una clinicamente evidente fase infiammatoria persistente, con conseguente arresto della progressione ordinata verso la riepitelizzazione. Abbiamo applicato Suprasorb® X+PHMB, con cadenza settimanale, l'occlusione con film di poliuretano non è stata tollerata da entrambi i pazienti (per reazione cutanea perilesionale) e pertanto sospesa dopo la prima settimana, come medicazione secondaria è stato usato Solvaline® N.



Risultati- In entrambi i pazienti, già al 1° cambio di medicazione, il processo di riepitelizzazione appariva in significativa ripresa. Dopo 18 giorni, nel Caso 1 si era conseguita la pressoché completa guarigione della lesione, nel Caso 2 l'ulcera era ridotta di dimensioni (cm² 2), superficializzata, con fondo granuleggiante. Dopo 15 settimane, l'ulcera risulta ulteriormente superficializzata, la dimensione è di 1 cm². L'applicazione di Suprasorb® X sta proseguendo con prospettive di guarigione

Conclusioni-L'utilizzo di Suprasorb® X ha permesso, in ulcere unhealing in pazienti arteriopatici con presenza di ulteriori fattori di rischio, di superare una fase di prolungato "blocco" dei processi di riparazione tissutale, un efficace controllo delle lesioni con un ridotto numero di accessi (frequenza settimanale), e nella formulazione PHMB ha consentito il controllo della carica batterica in sede di lesione senza necessità di ricorrere a terapie antibiotiche.

[1a] Symposium EWMA 2007 "Exudate management, Hydrobalance and pain reduction in chronic and infected wounds" b) Simposio Congresso nazionale AIUC 2006
"Suprasorb X, Hydrobalance - l'evoluzione della medicazione". Mulder, P.Cavorsi, D.K.Lee: "Polyhexamethylene biguanide (PHMB): an addendum to current topical antimicrobial", Wounds 2007;19(7):173-182 [2]Cfr: Raccomandazioni per il trattamento medico dei pazienti diabetici con ischemia critica degli arti, in Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular disease: executive summary, European Society of Cardiology and European Association for the Study of Diabetes

*Suprasorb® X, Suprasorb® PHMB e Solvaline® N sono marchi di proprietà Lohmann & Rauscher