TRATTAMENTO LOCALE

La rimozione del materiale inerte e necrotico dal contesto della lesione è di importanza prioritaria per evitare e favorire eventuali infezioni.

Il debridement può essere:

- **Chirurgico** : rimozione con mezzi fisici (tipico esempio del bisturi) dei tessuti necrotici e apertura di tramiti fistolosi e formazioni ascessuali; manovra indispensabile nel caso delle tilectomie per ridurre i carichi locali e nel caso di infezioni profonde peraltro assai frequenti nel paziente diabetico.
Ulcerectomia: asportazione chirurgica della zona ulcerata con rimodellamento osteoarticolare. Si asportano così i margini cronicamente infiammati lasciando spazio a tessuto sano e più facilmente riepitelizzante. Laddove nel fondo fossero presenti segmenti ossei o articolari, è possibile attuare un rimodellamento o asportazione, nel caso di compresente infezione, consentendo al fondo di ferita di granuleggiare su tessuto sano.
- **Autolitica**: mediante idrogel che attiva le proteinasi del fondo di ferita, garantendo una colliquazione dei tessuti necrotici. Tale tecnica può essere quindi adottata anche al domicilio, ma non in caso di infezione.
- **Enzimatica**: apposizione sulla lesione di collagenasi, proteasi in preparazione topica. Frequenti le sensibilizzazioni, l'inattivazione rapida da parte degli enzimi tissutali e la durata del trattamento è spesso molto lunga e costosa.

A causa dell'elevato rischio di infezioni il debridement chirurgico dovrebbe essere la tecnica di elezione e si dovrebbe lasciare le altre metodiche solo in casi selezionati in cui si è certi che non ci siano rischi di sovrainfezioni o in caso di quantità di tessuto necrotico (necrosi gialla e fibrina) scarsi.

L'eradicazione dell'infezione dai tessuti prevede l'uso di antibiotici sistemici e medicazioni antisettiche.

- **Fase acuta**: irrigazione con acqua ossigenata, iodopovidone e fisiologica (in questo ordine rispettando intervalli di qualche minuto tra un presidio e l'altro); posizionamento di garza allo iodopovidone.
- **Fase sub-acuta**: irrigazione con fisiologica e posizionare garza allo iodopovidone.
- **Fase cronica**: possibile continuare fino alla formazione di tessuto di granulazione con garza allo iodopovidone o passare a garze grasse (valutare idrocolloidi).

Importante: gli antisettici vanno cambiati almeno una volta al giorno nella fase cronica; nella fase acuta e spesso anche nella sub-acuta, è indispensabile un cambio ogni 12 ore, se non ogni 8, in quanto il rischio di osteomielite e quindi di elevata probabilità di amputazione, è elevatissimo.

STIMOLAZIONE DEI PROCESSI RIPARATIVI

- **Meccanica**: abrasione del fondo e bordi di ferita con garza (ndr: sigh !?!) o con bisturi e curette (ndr 2: sigh sigh, ahii !!??) fino al sanguinamento del tessuto di granulazione. (Sistema MAI adottato durante lo studio né contemplato dalla scuola del Prof. Ricci alla quale questo lavoro si ispira).
- **Fattori di crescita**: applicazione di PDGF sul fondo di ferita. Tecnica in corso di studio.

- Ingegneria tissutale: fibroblasti e cheratinociti autologhi su supporto di acido ialuronico, applicati più volte sulla lesione, stimolano la rigenerazione dei tessuti attraverso la liberazione di fattori di crescita.
- Medicazioni avanzate: schiume di poliuretano, idrofibre, alginati.
- Autoinnesto cutaneo: indicata nelle vaste lesioni superficiali in fase di avanzata granulazione.

Secondo A. Piaggese (Pisa), "...è utile stabilire un limite massimo di tempo, o meglio una finestra temporale, per valutare se le diverse fasi stanno correttamente procedendo nel senso della guarigione."

FASE ACUTA Con infezione	7-21 giorni
FASE ACUTA Post infettiva	3-15 giorni
FASE SUB-ACUTA Pre-proliferativa	5-15 giorni
FASE CRONICA Proliferativa	Fino a 6 mesi (Dipende dall'entità della perdita di sostanza)