

TERAPIA LOCALE

VASCULITE

Si tratta di lesioni molto dolenti per cui occorre prestare particolare attenzione al prodotto utilizzato al fine di non peggiorare la sintomatologia algica. La medicazione deve avere pertanto alcune caratteristiche:

- Mantenimento dell'ambiente umido
- Comfort al cambio di medicazione
- Sbrigliamento atraumatico delle aree necrotiche
- Ridurre la carica batterica dovuta alla presenza di necrosi

Possibili combinazioni

- Idrogel + Garza grassa
- Argento-Sulfadiazina + Garza grassa
- Garza grassa
- Crema base al cortisone + Garza grassa
- Collagenasi + Schiuma poliuretana
- Collagenasi + Garza grassa
- Alginato + Garza grassa
- Idrogel + Alginato + Garza grassa
- Idrocolloidi
- Idrogel + Idrocolloidi

L'uso di idrocolloidi, essendo medicazioni occlusive e quindi dotate di collanti, è spesso motivo di imponenti reazioni allergiche, esasperate, in una cute già provata dallo stato infiammatorio proprio delle vasculiti.

Inoltre spesso si assiste a fasi di iperessudazione marcata con fenomeni di colliquazione della necrosi, pertanto l'idrocolloide risulterebbe altamente controindicato. Occorre porre particolare attenzione a non confondere in questi casi la necrosi molle con "essudato purulento", tanto più che, sotto l'idrocolloide, l'essudato assume un caratteristico odore acre e si presenta di colore giallognolo-marroncino.

L'osservazione suddetta assume un valore più pregnante se si optasse per la combinazione Idrogel + Idrocolloide. (Ndr= L'idrogel in più pazienti affetti da ulcere vasculitiche, generava, usato nella fase di attivazione della malattia e quindi in presenza di aree necrotiche, un caratteristico odore di "cipolla" molto acre ed alquanto sgradevole da indurre all'uso di mascherina!! Tale fenomeno non è altro che il risultato della colliquazione tissutale...e non indice di contaminazione batterica, come a tutta prima potrebbe sembrare).

Il prodotto va scelto sulla base della *VALUTAZIONE CLINICA* della lesione, tenendo sempre a mente la distinzione fra tessuti ed essudato. Nel caso particolare delle vasculiti, l'antico aforisma "*Primum non nocere*" è "conditio sine qua non" per ottenere risultati.

Consigli pratici

- Particolare sollievo si ottiene usando come medicazione secondaria le garze in TNT
- Quasi la totalità dei pazienti non tollera bendaggi compressivi
- Attenzione alle frequenti allergizzazioni ai collanti (idrocolloidi)
- Frequentemente risulta utile disporre un velo di crema base al cortisone sulla cute perilesionale
- Spesso l'uso di sola garza grassa è sufficiente

- La detersione con soluzione fisiologica può dare bruciore
- Riscaldare leggermente la soluzione detergente.
- In fase di stato o di remissione si può tentare un bendaggio di Unna con benda zincata o allo zinco+ittiolo se il paziente riprende a deambulare sufficientemente
- Gli innesti cutanei necessitano di trattamento specialistico
- Occorre una grande esperienza nella medicazione del paziente innestato in quanto le variabili relative all'aspetto della lesione cambiano totalmente.

Ingegneria tissutale

- Lamine di cheratinociti
- Lamine di fibroblasti
- Cute glicerolata

Queste particolari tecniche di medicazione locale assumono nelle vasculiti un ruolo tutt'altro che secondario. Possono essere utilizzate in qualunque stadio di malattia con risultati sorprendenti. In fase di attività, contribuiscono ad attenuare di gran lunga la sintomatologia algica e conducono in tempi minori alla fase di stato. In fase di remissione, si accelerano visibilmente i processi di riepitelizzazione. L'esperienza maturata in questi 18 mesi di studio conduce ad affermare che, in particolar modo per le lamine di fibroblasti e la cute glicerolata, di fronte ad una lesione di certa natura vasculitica, bisognerebbe sempre prevedere il passaggio attraverso l'ingegneria tissutale, tecnica molto efficace in termini di riduzione dei tempi di trattamento.

Gestione dell'impianto

- La prima medicazione dopo la dimissione del paziente (l'impianto avviene in sala operatoria con tecnica sterile, previa pulizia del fondo di lesione in anestesia locale) avviene allo scadere di 7 giorni
- Il paziente presenta dall'esterno all'interno: benda autoadesiva, benda tipo ideal, cotone di germania, più strati di garze grasse, lamina o cute glicerolata
- Sbendare con estrema cautela al fine di minimizzare le forze di trazione sulle lamine sottostanti
- In caso di adesione, usare liquidi detergenti (sol. fisiologica o acqua minerale naturale) con parsimonia
- Asportare soltanto le garze grasse più esterne e sostituirle con nuove
- Possibile tamponare con garze l'essudato pastoso che si viene a creare senza generare forze di pressione eccessiva né tanto meno trazioni
- Riposizionare garze sterili, quindi cotone di germania, benda ideal e benda autoadesiva
- Il bendaggio deve essere confezionato molto morbido ma comunque contenitivo
- Le medicazioni successive vengono eseguite a dì alterni e qualora l'essudato non fosse eccessivo, anche un giorno sì e due no
- Più confortevoli le garze sterili in TNT
- L'allettamento del paziente, per un minimo di 18 ore al dì, è condizione indispensabile al fine di una buona riuscita dell'intervento. E' possibile somministrare eparine a basso peso molecolare se esistono fattori di rischio protrombotici.

CRIOGLOBULINEMIA

La lesione cutanea nella crioglobulinemia è simile, per non dire sovrapponibile, a quella vasculitica, essendo il meccanismo etiopatogenetico praticamente identico.

Pertanto valgono le stesse regole espresse in precedenza con l'eccezione rappresentata da una miglior risposta locale al cortisonico topico.

Utile spalmare un velo di crema base al cortisone anche sulla cute perilesionale (a cicli).

Evitare i bendaggi a compressione elevata in quanto possono scatenare gettate purpuriche locali (porpora palpabile anafilattoide) (Fig.1, 2)



Fig.1



Fig.2