

IL DEBRIDEMENT NEL  
PROCESSO  
FUNZIONALE DELLA  
RIPARAZIONE  
TESSUTALE



**PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO  
S.O. VILLA SCASSI  
ASL 3  
GENOVESE**

**S.C. Centro Ustioni e CHIRURGIA PLASTICA**

**Dott. G.L. Rossi**  
**Referente Medico Centro di Assistenza**  
**Vulnologica**



# Multidisciplinarietà



# Procedure di intervento

---

- ❑ Pulizia dei tessuti necrotici
- ❑ Tecniche di RICOSTRUZIONE

# *Wound Bed Preparation*

**GESTIONE GLOBALE DELLA FERITA, PER ACCELERARE I PROCESSI ENDOGENI DI GUARIGIONE O PER FACILITARE L'EFFICACIA DI ALTRE MISURE TERAPEUTICHE**

*In altri termini...*

*Ottimizzare il micro - ambiente della ferita*

Nucleo Operativo lesioni cutanee  
centro assistenza vulnologica

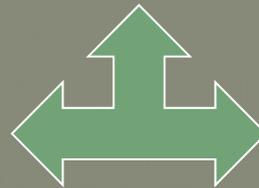
VALUTAZIONE DEL PAZIENTE



DIAGNOSI



INTERVENTI PRIORITARI (SBRIGLIAMENTO)



GUARIGIONE

FERITE NON GUARITE



GUARIGIONE



TIME

T

GESTIONE DEL TESSUTO NECROTICO

I

CONTROLLO INFEZIONE INFIAMMAZIONE

M

MACERAZIONE O SECCHENZA

E

STIMOLO DELL'EPITELIO

# W.B.P. : PROCESSO DINAMICO

FERITA CRONICA  
TESSUTO  
NECROTICO



PULIZIA

INFEZIONE:AUMENTO  
DELL'ESSUDATO



RIPRISTINO  
DEI FLUIDI

PEGGIORAMENTO DELLA  
FERITA:COLONIZZATA O  
INFETTA



ANTIMICROBICI-  
ULTERIORE PULIZIA

CONTROLLO ESSUDATO  
RISOLUZIONE INFEZIONE



MIGRAZIONE  
EPITELIALE

## SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE NPUAP-EPUAP DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LDP) LINEE GUIDA 2009

### Stadio I: Eritema non reversibile di cute intatta

Cute intatta con eritema non reversibile su un'area generalmente localizzata sopra una prominenza ossea. L'eritema reversibile può non essere visibile sulle pelli scure; il loro colore può diversificarsi rispetto alle aree adiacenti. L'area può essere dolente, indurita, molle, più calda o più fredda rispetto ai tessuti adiacenti. Lo Stadio I può essere difficoltoso da identificare in individui di pelle scura. Può indicare persone "a rischio" (un segno di rischio incombente/imminente).

### Stadio II: Perdita parziale dello spessore cutaneo

Lesione che determina una perdita parziale dello spessore cutaneo; si presenta come una ulcera poco profonda con un letto della lesione rosso/rosa senza slough. Può anche presentarsi come una flittene integra o aperta con contenuto sieroso.

### Stadio III: Perdita totale dello spessore cutaneo

Lesione che determina perdita totale dello spessore cutaneo. Il tessuto adiposo sottocutaneo può essere visibile, ma le ossa, i tendini o i muscoli non sono esposti. Può essere presente slough (1), ma senza impedire di apprezzare la profondità della lesione e/o perdita di tessuto. La lesione può presentare tessuto sottominato o tunneling.

### Stadio IV: Perdita totale dello spessore cutaneo

Lesione che determina perdita totale dello spessore cutaneo con esposizione di ossa, tendini o muscoli. Possono essere presenti slough o escara su alcune parti del letto della lesione. Spesso sono presenti tessuto sottominato e tunneling. Le LDP di Stadio IV possono estendersi al muscolo e/o alle strutture di supporto (es. fascia, tendini o capsula articolare) con possibile insorgenza di osteomielite. Ossa/tendini esposti sono visibili o direttamente palpabili.

### Non stadiabile: profondità non valutabile

Lesione che determina perdita totale dello spessore cutaneo; il letto della lesione è ricoperto da slough (giallo, bronzo, grigio, verde o marrone) e/o da un'escara (bronzea, marrone o nera). Fino a quando lo slough e/o l'escara non vengono rimossi per visualizzare il letto della lesione, la reale profondità non può essere determinata, ma si tratterà di una LDP di stadio III o IV. Un'escara sui talloni stabile (asciutta, aderente, intatta, senza eritema o fluttuazioni) va considerata come "la naturale (biologica) copertura del corpo" e pertanto non deve essere rimossa.

STADIO I



STADIO II



STADIO III



STADIO IV



NON STADIABILE



**ESCARA**

(1) Slough: tessuto devitalizzato morbido, umido. Può essere bianco, giallo, marrone rossiccio o verde; può essere fortemente adeso o più scollato; si presenta in forma di strisce o ammassi consistenti

DEBRIDEMENT



RIMOZIONE DEL BIOBURDEN  
LIBERAZIONE DEI MARGINI

T

La ferita presenta tessuto necrotico o devitalizzato, escara dura, slough o depositi di fibrina?



**OBIETTIVO: debridement**

# OBIETTIVI DEL DEBRIDEMENT

---

- RIMUOVERE
  - NECROSI/ESCARA
  - SLOUGH/ESSUDATO
  - FONTI DI INFEZIONE
  - EMATOMI/CORPI ESTRANEI
- DIMINUIRE
  - ODORE
  - RISCHIO DI INFEZIONE

# OBIETTIVI DEL DEBRIDEMENT

---

- ◉ STIMOLARE
  - MARGINI DELLA FERITA
  - EPITELIZZAZIONE
  
- ◉ MIGLIORARE
  - QUALITA' DELLA VITA

# *Rimozione della necrosi*

## IL DEBRIDEMENT

- ❖ **MECCANICO** tecnica wet-to-dry e idropulsore
- ❖ **AUTOLITICO** ad opera di idrogel - idrocolloidi - idrofibre.....
- ❖ **ENZIMATICO** ad opera di enzimi proteolitici
- ❖ **CHIRURGICO**
- ❖ **BIOLOGICO** con larve di *Lucilla Sericata*
- ❖ **COMBINATO**

# SBRIGLIAMENTO AUTOLITICO

---

- ◉medicazioni avanzate per programmare l'autolisi
- ◉produzione di enzimi da parte dell'organismo
- ◉processo lento ma indolore
- ◉efficace in pz con sistema imm. Non compromesso

# SBRIGLIAMENTO BIOLOGICO

- utilizzo di larve ad uso medico che si nutrono di tessuto necrotico (2004 autorizzazione FDA)



# SBRIGLIAMENTO ENZIMATICO

- uso di enzimi che promuovono la rimozione della necrosi

# SBRIGLIAMENTO MECCANICO

- particolari medicazioni che consentono di rimuovere l'escara

# SBRIGLIAMENTO CHIRURGICO

- utilizzo di lame da bisturi o altro



# Sbrigliamento Chirurgico nell'infezione: SCOPO?

---

- Accelerare i tempi di guarigione
- Evitare sindromi compartimentali
- Rendere una lesione acuta
- Preparare il fondo velocemente alla ricostruzione chirurgica

# TESSUTO NECROTICO

- impedisce la valutazione delle dimensioni e della profondità della lesione
- prolunga la fase di infiammazione
- focolaio di infezione
- ostacola il processo di riepitelizzazione

# TIME nella pratica



Debridement

Debridement e controllo umidità e perilesionale



Dopo 4 settimane

Dopo 5 settimane



Stimolazione  
Granulazione  
Riepitelizzazione

c

CASI CLINICI







































































Courettage  
chirurgical e  
1° VAC



















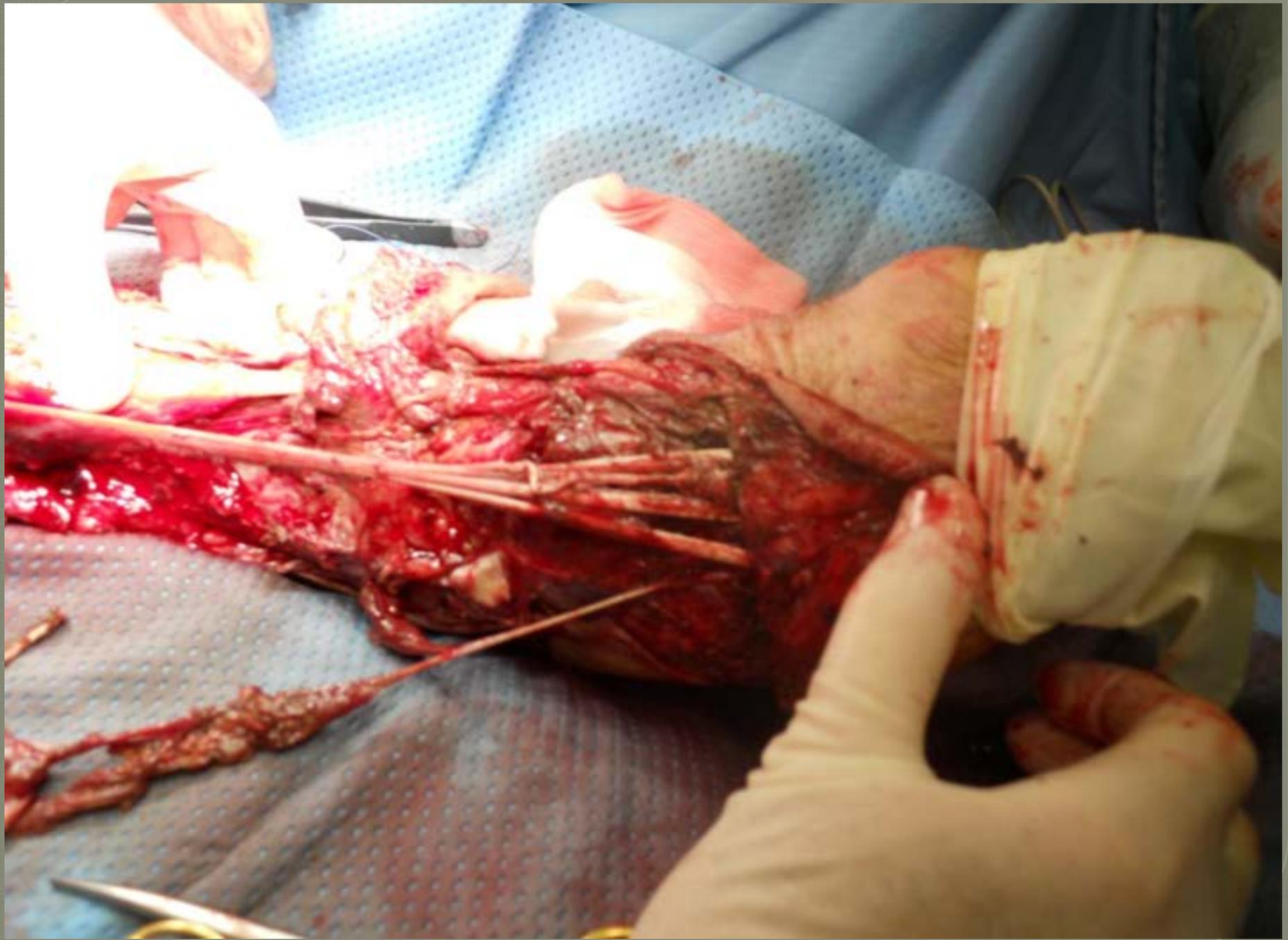


































# CONCLUSIONI

- A) L'APPROCCIO D.T. DELLA LESIONE DEVE ESSERE MULTIDISCIPLINARE
- B) LA WBP DEVE ESSERE CONSIDERATA UN OBIETTIVO NELL'IMPOSTAZIONE TERAPEUTICA
- C) IL DEBRIDEMENT CHIRURGICO DEVE ESSERE CONSIDERATO UN PUNTO DI FORZA E DI PARTENZA NELLA RIPARAZIONE TISSUTALE

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**

[giovanniluigi.rossi@asl3.liguria.it](mailto:giovanniluigi.rossi@asl3.liguria.it)