



PROSPETTO INFORMATIVO TRATTAMENTO CHIRURGICO USTIONI

Il seguente prospetto informativo ha lo scopo di fornire al paziente tutte le informazioni utili a prendere una decisione consapevole in merito all'intervento chirurgico previsto. Si raccomanda di leggerlo con attenzione e di porre al medico tutte le domande ritenute opportune prima dell'intervento.

Indicazione e finalità dell'intervento

Le ustioni sono un danno della cute determinato nella quasi totalità dei casi da agenti lesivi come il fuoco, liquidi o vapori bollenti, contatto con superfici arroventate, contatto con soluzioni acide o basiche, esposizione prolungata a basse temperature o al sole, corrente elettrica.

Nella maggior parte dei casi le ustioni sono lesioni della cute superficiali che guariscono spontaneamente.

Nel caso di ustioni di 1 grado, il danno è limitato all'epidermide e la guarigione avviene in una settimana. In caso di ustioni di 2 grado superficiali l'ustione coinvolge parzialmente lo strato cutaneo sottostante all'epidermide (il derma papillare) ma la cute mantiene comunque la capacità di guarigione nell'arco di 7-21 giorni. Quando invece l'ustione danneggia completamente il derma papillare (ustioni di 2 grado profondo) o la cute a tutto spessore danneggiando sia il derma papillare che quello reticolare sottostante (ustioni di 3 grado), nella maggior parte dei casi è indicato un trattamento chirurgico: in questi casi le guarigioni senza intervento chirurgico sono indicate per lesioni di piccole dimensioni in sedi non articolari o sedi che non hanno valenza estetica.

In tutti gli altri casi le ustioni vanno trattate chirurgicamente in Centri Ustione (nel caso di grandi ustionati) o in reparti di Chirurgia Plastica/Dermatologia in caso di ustioni di lieve/media entità.

La finalità degli interventi nelle prime ore dopo l'ustione è tesa a migliorare l'afflusso di sangue in caso di ustioni circonferenziali agli arti, tronco e collo e consiste nel praticare incisioni sulla cute lesa (escarotomie).

Gli interventi che invece vengono effettuati nei giorni seguenti l'ustione hanno la finalità di rimuovere i tessuti lesi (escarectomie) e ripristinare una copertura cutanea.

Preparazione all'intervento

L'intervento viene programmato se le ustioni appaiono da subito clinicamente di 2 grado profondo/3 grado o qualora, dopo varie medicazioni effettuate in regime ambulatoriale o di ricovero, l'ustione evolva verso un 2 grado profondo/3 grado. Prima dell'intervento è fondamentale che i pazienti abbiano completato tutti gli accertamenti ematochimici/radiologici/microbiologici secondo le necessità del caso clinico. Durante la degenza i pazienti ricevono adeguata terapia reidratante, antidolorifica, nutrizionale. Se necessario prima e dopo l'intervento i pazienti potrebbero ricevere trasfusioni di sangue per migliorare l'ossigenazione dei tessuti e quindi la guarigione.

Devono essere segnalate eventuali terapie farmacologiche in atto (in particolare con cortisonici, anticoagulanti, antiaggreganti, insulina o ipoglicemizzanti, antibiotici) e segnalate possibili allergie ad antibiotici e farmaci in genere. Prima dell'intervento, salvo casi particolari, il paziente deve sospendere l'assunzione di farmaci antiaggreganti e anticoagulanti che andranno sostituiti con eparina. Assolutamente indicato sospendere il fumo che ha influenze decisamente negative sulla vascolarizzazione della cute e quindi col buon esito dell'intervento.

L'intervento ha durata variabile a seconda della gravità del quadro clinico e salvo ustioni minori che possono essere trattate in anestesia locale, una buona parte degli interventi viene eseguita in anestesia generale previo colloquio con il medico Anestesista.

Tipologie di Intervento

Il trattamento chirurgico delle ustioni, consiste nell'asportazione completa (escarectomia) di tutti i tessuti necrotici (tessuti danneggiati) sino al raggiungimento di un piano vitale. Tale intervento andrebbe preferibilmente effettuato entro un periodo che va dal terzo al decimo giorno post-ustione. Solo in pazienti non in grado di sopportare il trauma di un intervento precoce il riparo avviene su superfici granuleggianti dopo la fase di demarcazione delle zone necrotiche. A volte il riparo può avvenire semplicemente mediante l'applicazione di un sostituto epidermico, ovvero di una medicazione, laddove il danno prodotto sia talmente superficiale da consentire una guarigione spontanea dei tegumenti. Più frequentemente però, l'entità del danno rende necessaria l'effettuazione di un riparo con innesti di cute autologhi, cioè prelevati dal paziente stesso. Tali innesti sono sottili lembi di tessuto prelevati con uno strumento chiamato dermatomo. Le sedi dove solitamente vengono prelevati gli innesti sono le cosce, ma se necessario ogni parte della superficie corporea può fungere da sede donatrice. Gli innesti possono essere applicati nelle sedi ustionate così come sono stati prelevati oppure essere amplificati mediante uno strumento apposito che ne trasforma la superficie in una maglia o rete di dimensioni superiori. Gli innesti solitamente attecchiscono dopo 4-5 giorni e la loro vitalità si consolida nell'arco di 2 settimane. Gli innesti vengono solitamente fissati con punti metallici e coperti da una medicazione moderatamente compressiva; in casi selezionati sugli innesti viene applicata una medicazione a pressione negativa. Le sedi dove la cute viene prelevata guariscono per formazione di nuovo epitelio nell'arco di 2-3 settimane. Tale sede chirurgica può essere dolente nei giorni successivi l'intervento e usualmente la medicazione che la ricopre tende a sporcarsi di sangue nelle prime 24-48 ore.

Qualora dopo la fase di escarectomia la vitalità dei tessuti sia talmente dubbia da non garantire l'attecchimento di innesti di cute oppure nei casi in cui vengano esposte strutture profonde, il chirurgo può decidere di applicare un riparo temporaneo con un sostituto dermico. Tale derma "sintetico" andrà successivamente (dopo 3-4 settimane) riparato con la cute del paziente; in alternativa al derma rigenerativo possono essere utilizzati innesti di cute omologhi ovvero cute di donatore, specie nei casi di ampie superfici ustionate.



Risultati

L'effetto curativo del riparo chirurgico è immediato e consente di ristabilire la continuità tegumentaria che è un presupposto fondamentale per bloccare la perdita di liquidi, elettroliti, proteine, calore e ristabilire le normali funzioni della cute. La rimozione dei tessuti necrotici consente inoltre di abbattere il rischio infettivo.

Trattamenti alternativi

In casi particolari, la fase di necrectomia può essere ottenuta mediante l'applicazione di un gel enzimatico (Nexobrid) che consente una detersione chimica dei tessuti necrotici. Per sedi di ustione di piccole dimensioni, esclusi il volto e superfici articolari, la guarigione può essere ottenuta per seconda intenzione senza interventi chirurgici.

Complicanze

Il riparo chirurgico delle LDD può dar luogo a complicazioni sia anestesologiche (che verranno discusse durante il colloquio con il Medico Anestesista) che post-chirurgiche generali, nonché a complicazioni specifiche.

Fra le complicazioni di carattere generale, non legate cioè solo a questo intervento ma possibili in ogni intervento chirurgico, sono da ricordare l'emorragia, l'infezione, l'ematoma, la deiscenza di parte delle suture e la tromboembolia. Un modesto sanguinamento delle sedi chirurgiche rientra nella normalità. Se di entità importante (emorragia) può richiedere un reintervento chirurgico.

L'infezione si manifesta con dolore, arrossamento della pelle e gonfiore accompagnati o meno da febbre e viene trattata generalmente con antibiotici, medicazioni locali e solo raramente, richiede un intervento chirurgico. E' un'evenienza più frequente nei pazienti diabetici o immunodepressi. L'infezione è in grado di determinare un mancato attecchimento degli innesti e di ritardare la guarigione delle sedi donatrici degli innesti a spessore parziale.

La formazione di ematomi (raccolte di sangue) si può verificare nei primi giorni dopo l'intervento. Eventuali ematomi necessitano di essere evacuati per non compromettere l'attecchimento degli innesti.

Le flebiti e le trombo embolie sono possibili ma non frequenti dopo tali interventi anche grazie alla profilassi farmacologica con eparina per ridurre il rischio.

Fra le complicanze specifiche di tali interventi chirurgici sono da segnalare, il mancato attecchimento (parziale o totale) degli innesti di cute autologhi o omologhi e dei sostituti dermici. Oltre all'infezione e all'ematoma, gli innesti possono non attecchire se i tessuti residui dopo l'escarectomia non sono sufficientemente vitali. Inoltre per poter attecchire gli innesti necessitano di non essere mobilizzati e traumatizzati e le sedi innestate dovrebbero rimanere in scarico per circa un settimana.

Un'altra complicanza è il ritardo di guarigione delle sedi donatrici di innesti di cute a spessore parziale; di solito tale complicanza ha una genesi infettiva.

Cicatrici ed altre sequele

Inevitabilmente l'intervento produce delle cicatrici cutanee permanenti la cui entità dipende dalla sede e dall'estensione delle ustioni e delle relative sedi donatrici degli innesti. Le ustioni che non riescono a guarire cogli innesti (per mancato attecchimento degli stessi) ma per seconda intenzione, produrranno cicatrici di scarsa qualità. Ma anche le sedi innestate non sono una garanzia di esiti cicatriziali ottimali. La qualità delle cicatrici varia infatti con il passare dei mesi e dipende in gran parte dalla reattività cutanea individuale. Generalmente la loro visibilità diminuisce con il tempo salvo casi di cicatrizzazione patologica come le cicatrici ipertrofiche (cicatrici arrossate o rilevate) o le cicatrici cheloidee (voluminose cicatrici che si estendono oltre i limiti dell'incisione chirurgica e rappresentano un processo patologico di difficile trattamento). A livello delle sedi articolari, collo e volto non sono infrequenti cicatrici visibili e retraenti che producono limitazioni funzionali o causano gravi inestetismi. I pazienti ustionati pertanto possono essere soggetti a trattamenti chirurgici successivi per la cura delle sequele cicatriziali. A guarigione ottenuta sono solitamente consigliati trattamenti delle cicatrici con creme specifiche, presidi elastocompressivi per la prevenzione delle cicatrici ipertrofiche.

Postoperatorio

Dopo l'intervento, eventuali dolori, saranno dominabili con comuni analgesici.

Durante la degenza il paziente riceverà adeguato sostegno nutrizionale ed eventuali terapie antibiotiche mirate sulla base degli esami microbiologici. Dovrà essere eseguita inoltre una terapia per la prevenzione della tromboembolia da protrarre per qualche settimana. La rimozione dei punti di sutura avviene solitamente entro 7-10 giorni dall'intervento e la prima medicazione viene effettuata in 3/4 giornata post-operatoria. La sede di prelievo della cute può essere particolarmente dolente nei giorni seguenti l'intervento e la relativa medicazione tende a sporcarsi di sangue nelle prime 24-48 ore. In caso di ustioni ampie del dorso o delle regioni glutee, nel periodo post-operatorio, per un periodo di circa 2 settimane, i pazienti vengono posizionati su particolari letti antidecubito (letti a microsferi) sui quali i pazienti "galleggiano". Tale precauzione consente ai pazienti di poter anche decubitare sulle sedi operate senza compromettere la vitalità degli innesti. E' assolutamente vietato il fumo tanto più sui letti a microsferi ad elevatissimo rischio di incendio. A seconda della sede e dell'estensione delle ustioni i pazienti potranno effettuare inoltre un percorso di riabilitazione per mantenimento dell'articolarietà, ripresa della deambulazione e della normale movimentazione degli arti.

Data.....	Firma del paziente per presa visione
-----------	--