

# UTILIZZO DELLA TERAPIA A PRESSIONE NEGATIVA IN UN CASO DI FERITA CHIRURGICA COMPLICATA ( TRAPIANTO RENALE )



Dott.ssa Carmela Caputo°, Dott. Benedetta Tosi°, Dott.ssa Vincenzo Montemurro °, Marina Bernardi§  
Patrizia Terrosi^, Francesca Chellini\*  
° Dirigente medico Reparto di Emodialisi - Ospedale Santa Maria Nuova ASL 10 Firenze  
§ SS Emodialisi SMN; ^Direzioe infermieristica SOS Firenze; \*Territorio SOS Firenze

## Introduzione.

La terapia a pressione negativa ( T.P.N.) e' stata introdotta in Europa nel 1994 ed utilizzata soprattutto nel trattamento delle ulcere dei pazienti diabetici e nei politraumatizzati nella gestione di ferite acute e croniche.

La T.P.N. è una moderna tecnica che favorisce la guarigione rapida delle ferite difficili. Applicando una pressione negativa al letto della ferita nel range di 50-200 mmHg, mediante una medicazione unica, aiuta ad avvicinare i lembi della ferita, rimuove il materiale infetto e promuove la formazione di tessuto di granulazione.

I risultati attesi sono: la rimozione dell'essudato, la riduzione dell'edema, il miglioramento del flusso sanguigno locale fornendo l'ossigenazione e il nutrimento ai tessuti nel sito della lesione, e quindi in ultima analisi una riduzione del rischio infettivo

Il Kit di medicazione prevede una schiuma a taglio spirale che viene adattata alla ferita, una pellicola adesiva, tipo tegaderm, un tubo connettore che collega la medicazione al sistema terapeutico a pressione negativa (V.A.C. GranuFoam dressings). La pellicola permette lo scambio gassoso e protegge la ferita. L'apparecchio (V.A.C. Therapy Unit) attraverso il tubo connettore permette la creazione di una pressione negativa nel sito della lesione (effetto ventosa) (Fig 1).

## Caso clinico

Paziente di aa 59 con IRC secondaria a malattia policistica autosomica dominante viene sottoposto a trapianto di rene da donatore cadavere in fossa iliaca sx. In anamnesi: cardiopatia ischemica asintomatica e stenting arteria coronaria sx tre anni prima. Il decorso post-trapianto è caratterizzato da ritardata ripresa funzionale del graft. Durante la degenza il paziente ha un episodio di fibrillazione atriale trattata con amiodarone, terapia anticoagulante e antiaggregante. Tale terapia ha provocato un vasto ematoma della ferita che è stato drenato chirurgicamente ma ha avuto come conseguenza la mancata chiusura dei lembi della ferita.

Dopo un mese dal trapianto, il paziente viene dimesso e giunge nel nostro ambulatorio per il follow-up. Alla prima visita ambulatoriale il paziente presenta una ferita chirurgica aperta ( Foto 1 ), con due aree di deiscenza laterale , comunicanti tra loro per mezzo di un tramite sottocutaneo. La ferita appare non infetta e tale dato è stato confermato dall'esame colturale.

In considerazione dell'elevato rischio infettivo in un paziente fortemente immunodepresso, in accordo con l'equipe delle lesioni cutanee complesse, decidiamo di iniziare un ciclo di T.P.N.

A distanza di tre settimane abbiamo osservato una quasi completa chiusura dei lembi della ferita (foto 2).



Fig.1 V.A.C. Therapy



Foto 1

## Discussione e Conclusioni.

Il paziente giungeva al nostro ambulatorio di follow-up, ad un mese dal trapianto, con una creatinemia alta (3.7 mg/dl), in una fase di elevata immunosoppressione, anemico e con una estesa ferita chirurgica aperta in più punti.

In questi pazienti, il rischio infettivo è particolarmente elevato e il pronto utilizzo della T.P.N. ha permesso una completa guarigione della ferita senza episodi infettivi intercorrenti.

In due settimane i parametri di funzione renale sono migliorati sino ad una creatinina di 1,9 mg/dl e l'Hgb e' salita a 10 g/dl, grazie anche all'assenza di uno stato infiammatorio.

Inoltre la T.P.N. ha migliorato la qualità di vita del paziente, in quanto le medicazioni venivano eseguite solo due volte alla settimana.

Dal punto di vista economico la T.P.N. ha portato ad una riduzione della spesa, consentendo il risparmio di personale e materiali. E' il primo caso descritto di applicazione nel setting trapiantologico.

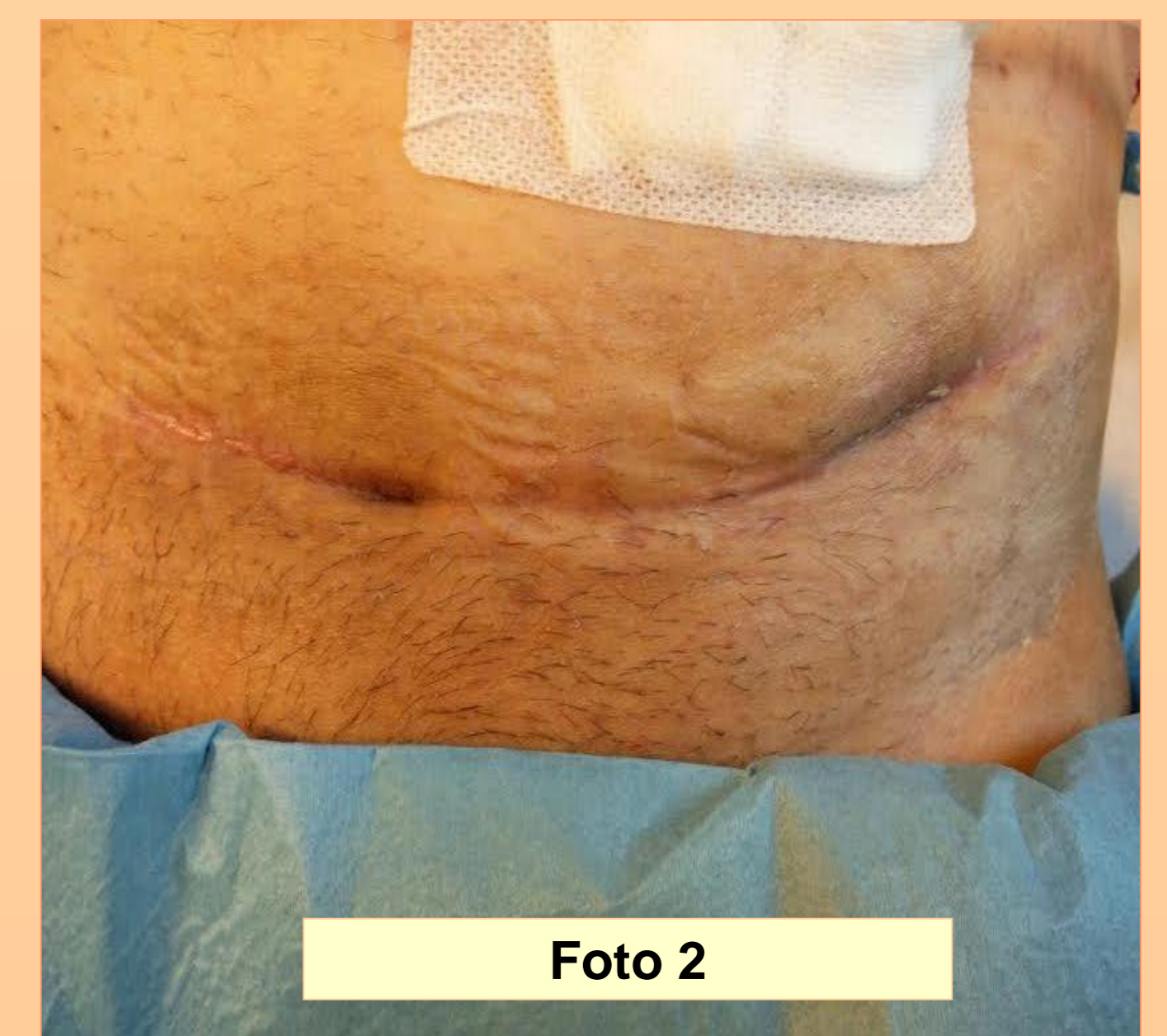


Foto 2

## Bibliografia.

Treating surgical wound dehiscence with negative pressure dressings

Data di pubblicazione: 1 Febbraio 2005. Schoemann MB, Lentz CW. Ostomy/Wound Management ;1(2A Suppl):15S-20S

The Clinical Efficacy and Cost Effectiveness of the Vacuum-Assisted closure technique in the management of acute and chronic wounds: a randomized controlled trial

Data di pubblicazione: 1 Agosto 2006. Braakenburg A, Obdeijn MC, Feitz R, van Rooij IA, van Griethuysen AJ, Klinkenbijn JH. Plastic and Reconstructive Surgery 18(2):390-397