

ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ A PLĂGILOR CRONICE

Roxana Sculeanu¹, Rareș Sculeanu²

¹Varicoline Brașov, ²Crystalic Beauty Brașov

Abstract:

The medical and social problems encountered by the patients with chronic wounds represent the starting point for this paper. We want to highlight the importance of a dedicated medical centre which must have three major objectives: to coordinate the patients for investigations and etiological treatment, to actually treat the wounds, and to maintain the treatment results. Competent evaluation of the wound and an exact etiological diagnosis are the main conditions for a successful therapy.

Keywords: wounds, aetiology, medical centre

Pacientul cu plagă cronică se confruntă cu două mari probleme. O problemă este de natură medicală. Se datorează tratamentului separat sau, mai grav, izolat adresat patologiei primare respectiv secundare. A doua este o problemă psiho-socială. Ea apare consecutiv scăderii semnificative a indicelui de performanță și unui proces de izolare la care bolnavul este adesea supus de familie, prieteni, colegi. Lumea medicală trebuie să vină în întâmpinarea acestor probleme într-o primă etapă cu un diagnostic corect și complet care să permită terapia adecvată. În a doua fază, rezultatele tratamentului trebuie să menținute și consolidate prin profilaxie, prevenția recurenței și îngrijire postterapeutică.

Antibioticele, antisepticele și înțelegerea tot mai profundă a mecanismelor intime de reparație tisulară au făcut ca vindecarea incompletă sau dificilă să nu mai constituie o regulă în evoluția plăgilor. Raportat la numărul de traumatisme și intervenții chirurgicale, eșecul vindecării poate fi socotit rar în momentul actual. Costul implicat este însă impresionant (sistemul de asigurări de sănătate din Germania decontează cinci miliarde de euro anual pentru tratamentul celor patru milioane de pacienți cu plăgi cronice) [4].

Procesul de vindecare a plăgilor urmează o serie de etape care la rândul lor presupun o multitudine de procese moleculare și celulare. Etapele sunt reprezentate de exsudație, granulație (migrarea fibroblaștilor, formarea țesutului de granulație) și epitelizare (maturarea, contracția plăgii). Tulburări diverse care constituie expresia la nivel molecular a unor procese patologice din boli cronice severe opresc vindecarea în faze incipiente. Aportul scăzut de oxigen favorizează infecția cu creșterea consecutivă a necesarului de oxigen [1]. Scăderea perfuziei

tisulare datorată ischemiei, vasoconstricției sau hipovolemiei este factorul determinant [6]. Disfuncționalități în procesele de migrare celulară generează debridare naturală inefficientă, proliferare tardivă a fibroblaștilor și angiogeneză inadecvată [9]. Acestea apar consecutiv tulburărilor metabolice sau imune. Afecțiunile care determină astfel de tulburări sunt severe, în faza complicațiilor evolutive. Una dintre cele mai complexe, prin constelația de modificări fiziopatologice și metabolice pe care le implică, este diabetul zaharat. Piciorul diabetic este cea mai frecventă cauză de internare a pacientului cu diabet [10]. Neuropatia periferică a membrului inferior este manifestarea cea mai comună a tulburărilor neurologice în această boală [5]. Evoluția către plăgi cronice se produce prin afectare senzitivă (predispoziție la traumatisme), motorie (modificările de statică și dinamică ale piciorului generează leziuni de presiune) și autonomă (tulburări de termoreglare, anhidroză). Dintre pacienții cu picior diabetic, o treime prezintă afectare macrovasculară [2]. Sunt în general respectate sistemul arterial peronier și plantar. Acești bolnavi sunt buni candidați pentru procedee de revascularizare, condiționate însă de controlul procesului infecțios, dificil de obținut la diabeticii cu răspuns imun inadecvat și alterare semnificativă a proceselor de reparație tisulară. Hipercoagulabilitatea în asociere cu hipertensiunea arterială și leziunile endoteliale contribuie la incidența crescută a complicațiilor trombotice la diabetici [8], cu impact negativ asupra evoluției plăgilor. Insuficiența venoasă cronică este o altă afecțiune frecvent incriminată în etiologia plăgilor cronice. Complicațiile trombotice la nivelul sistemului venos profund al membrului inferior reprezintă factorul major implicat în

aparitia ulcerelor la pacientii cu aceasta boala. Refluxul in sistemul venos superficial si traumatismele directe determina sau precipita aparitia si agraveaza evolutia leziunilor. Boala arteriala ocluziva se regasesc, de asemenea, intre afectiunile frecvent incriminate in etiologia plagilor cronice. Pierderea tisulara apare in fazele avansate ale evolutiei iar aspectul ei variaza de la ulceratii superficiale pana la gangrena umeda sau uscata. Limfedemul (prin

evolutia catre abcedare a episoadelor recurente de celulita), afectiuni neurologice cu deficit motor (prin decubit prelungit), boli autoimune cu deficit de coagulare (prin infectarea hematoamelor), patologie tumorală diversă, traumatisme completează tabloul etiologic.

În tratamentul plagilor cronice urmărim obținerea diagnosticului corect și complet, asigurarea tratamentului etiologic adecvat (figura 1) și controlul local asupra leziunilor.

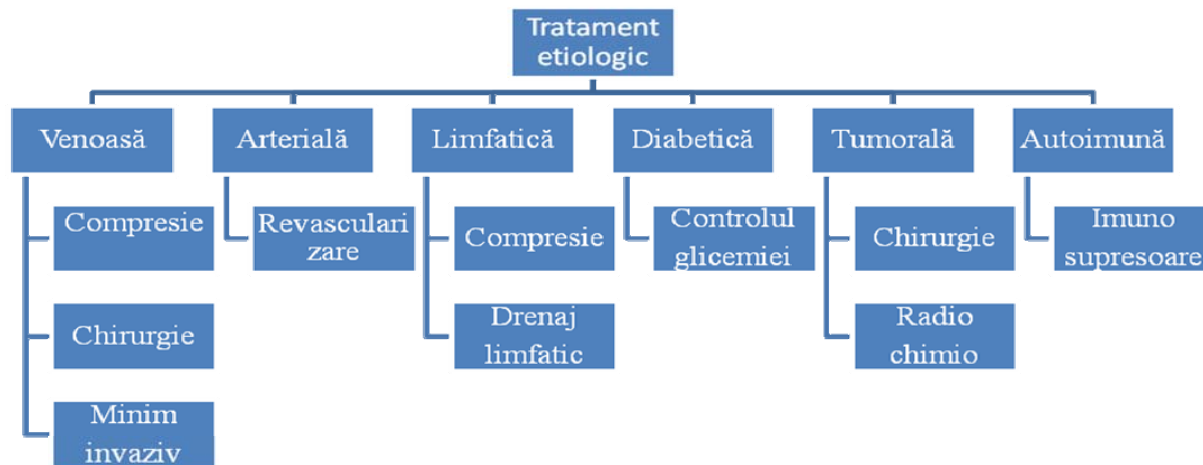


Figura 1

Controlul local presupune evaluarea etapelor procesului de vindecare și modularea acestora printr-un tratament topic și general și stăpânirea procesului infecțios.

Plaga cronică are un aspect neregulat în suprafață și în profunzime. La nivelul bazei acest aspect se manifestă mai puțin evident la inspecție. În realitate, la acest nivel apar frecvent cripte prin acțiunea citotoxică a

microorganismelor, antisepticelor, antibioterapiei locale. Existența acestor cripte unde se cantonează germeni patogeni face ca analiza secrețiilor să fie uneori insuficientă și impune analiza fragmentelor tisulare obținute prin biopsierea zonelor profunde. Identificăm astfel, în parteneriat cu laboratorul, etapele evolutive ale procesului infecțios și adoptăm tratamentul local și general corespunzător (figura 2).

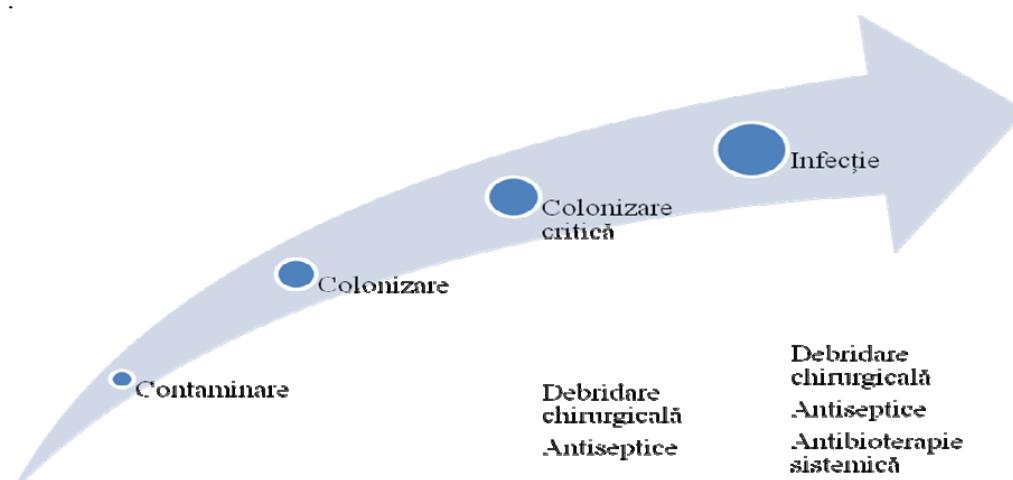


Figura 2

Debridarea (chirurgicală, mecanică) vizează îndepărtarea fibrinei, necrozei și sface-lurilor fără a distruge patul granular (dacă este prezent) și țesuturile viabile. În această etapă asigurăm ocluzia prin pansamente cu efect de absorbție - clătire, spumă de poliuretan (realizează absorbția exsudatului și a secrețiilor vâscoase). Pentru plăgile adânci multicavitare utilizăm alginatul de calciu datorită contactului strâns cu baza plăgii. Excludem folosirea topică a antibioticelor. Folosim însă pentru efectul bactericid (demonstrat pentru 150 de microorganisme) [7], produse care conțin ioni de argint. Controlul procesului infecțios și managementul exsudatului asigură trecerea plăgii în faza de granulație. Pentru susținerea procesului de granulație precum și a celor ulterioare (maturare și contracție) folosim hidrocoloizi. Protecția zonei perilezionale este necesară în toate etapele. Fixăm pansamentele cu feși și bandaje cu elasticitate ridicată, permeabile pentru aer, fără plasturi adezivi/abrazivi pe tegument.

Rata medie de vindecare a leziunilor este de 75% [7]. Dincolo de valoarea acestui procent se găsesc pacienții nevindecabili care trebuie tratați cu aceeași grijă și atenție ca și cei care au șanse de vindecare [3]. Scopul? Ameliorarea condiției psiho-sociale a pacientului și menținerea lui în afara cercului vicios al agravării patologiei primare (care frecvent comportă risc vital) prin lipsa controlului local.

Durata tratamentului până la vindecarea completă depășește în medie patru luni [7]. În această perioadă este necesar un efort susținut al multor categorii profesionale pentru a asigura un plan terapeutic complet pe baza unui diagnostic exact, transpunerea acestuia în practică și menținerea rezultatelor.

Tratamentul pacienților cu plăgi cronice necesită un abord multidisciplinar. Se impune menținerea bolnavului într-un circuit care să implice multiple categorii profesionale (chirurgie vasculară, imagistică, bacteriologie, diabet, cardiologie, neurologie, dermatologie, chirurgie generală, ortopedie, chirurgie plastică și recon-

structivă, fizioterapie-recuperare, medicină de familie, psihologie).

Bibliografie

1. Adzick N.S. - Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 15th Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1997, Wound Healing Biological and Clinical Features, 207-220.
2. Bercei S.A. - Mastery of Vascular and Endovascular Surgery, Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006, Management of the Diabetic Foot, 493-498.
3. Colegiul Medicilor din România. Codul de Deontologie Medicală, Cap. II, Secțiunea C, Art. 26, 2008.
4. Janßen H.J. - Integrated System of Chronic Wound Care Healing- Creating, Managing and Cost Reduction, 17th Conference of the European Wound Management Association „Evidence, Consensus and Driving the Agenda forward”, Glasgow 4 May 2007, 3.
5. Jonasson O. - Sabiston Textbook of Surgery, The Biological Basis of Modern Surgical Practice 15th Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1997, Surgical Aspects of Diabetes Mellitus, 176-185.
6. Jonsson K., Jensen J.A., Goodson W.H., Scheuenstuhl H., West J., Hopf H.W., Hunt T.K. - Tissue oxygenation, anemia, and perfusion in relation to wound healing in surgical patients, Ann. Surg., 1991, 214-605.
7. Knestele M. - Wounds and Modern Wound Management- Best practices, On Clinic Days, București 19 Iunie 2009.
8. Kwaan H.C. - Changes in blod coagulation, platelet function, and plasminoge-plasmin system in diabetes, Diabetes, 1992, 32-41.
9. Leibovich S.J., Ross R. - The role of the macrophage in wound repair: A study with hydrocortisone and antimacrophage serum, Am. J. Pathol., 1975, 71-78.
10. Stonebridge P.A., Murie J.A. - Infrainguinal revascularization in the diabetic patient, Br. J. Surg., 1993, 80-1237.