



Trattamento delle sequele delle ustioni. Ustioni delle mani

P.-L. Vincent, R. Viard, R. Aimard, J.-P. Comparin, J.-L. Foyatier, D. Voulliaume

Anche se rappresentano solo il 4% della superficie corporea, le mani sono coinvolte nell'80% delle ustioni da riflesso protettivo. Le ustioni profonde o mal trattate inizialmente lasciano delle sequele sia funzionali che estetiche. Le sequele funzionali tipo la retrazione cutanea si manifestano con briglie la cui escissione mostra una perdita di sostanza che verrà riempita da un innesto a tutto spessore, da plastiche a Z o a IC o da una plastica a tridente. Le riparazioni tendinee, raramente necessarie, possono essere realizzate solo dopo la ricostruzione di una superficie cutanea adattata. L'uso di derma artificiale e la reiniezione di tessuto adiposo sono particolarmente indicati per il trattamento delle sequele da ustione delle facce dorsali delle mani tipo le retrazioni o le aderenze. Le ustioni dell'apparato ungueale lasciano delle sequele estetiche la cui gestione si basa sull'escissione del piano cicatriziale seguita da un innesto di pelle a tutto spessore o di un lembo locale. Il trattamento delle sequele da ustioni della mano deve essere circoscritto in una gestione multidisciplinare all'interno della quale la riabilitazione trova un posto di rilievo.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Sequele da ustioni; Ricostruzione della mano; Innesto di pelle a tutto spessore; Plastiche; Mano

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Sequele cutanee	1
Lesione cutanea superficiale	1
Lesione cutanea profonda	3
■ Sequele dell'apparato ungueale	8
■ Sequele neurologiche	9
■ Amputazioni	10
Amputazione del pollice	11
Amputazione delle dita lunghe	11
■ Particolarità delle ustioni alle mani nel bambino	12
■ Conclusioni	12

■ Introduzione

Se le mani rappresentano solo il 4% della superficie corporea, esse sono coinvolte in quasi l'80% delle ustioni da riflesso protettivo. Vengono, a volte, trascurate nell'assistenza primaria a favore di ustioni più estese, mentre, invece, condizionano il reinserimento nella vita sociale e professionale e possono costituire un grave handicap. Un'adeguata gestione durante la gestione iniziale può ridurre notevolmente la sequele ^[1].

La superficie dorsale, esposta alle aggressioni, è molto più frequentemente colpita rispetto alla superficie palmare; le sequele riguardano principalmente il dorso della mano e gli spazi interdigitali. Le lesioni palmari riguardano quasi esclusivamente i bambini, per contatto con una superficie calda.

La riparazione privilegia l'aspetto funzionale prima di prendere in considerazione le sequele estetiche ^[2,3]. Queste non devono essere, tuttavia, trascurate, poiché le mani sono sempre in vista e sono difficilmente camuffabili. Le sequele da ustione della mano dipendono dalla profondità dell'ustione, dalla sua estensione, dalla rapidità della gestione chirurgica e, soprattutto, dalla riabilitazione ^[4]. Più che per tutte le altre localizzazioni, la riabilitazione è fondamentale per l'avvenire della mano ustionata.

■ Sequele cutanee

Lesione cutanea superficiale

Cicatrici discromiche

Queste sono frequenti. Le ustioni superficiali guariscono spontaneamente, generalmente senza sequele. Può essere presente una discromia transitoria (ipopigmentazione), ma si attenua naturalmente dopo qualche mese. Al contrario, in caso di esposizione al sole di un'ustione cicatrizzata ma ancora infiammatoria, può

apparire un'iperpigmentazione e lasciare una cicatrice definitiva.

Le ustioni di grado medio cicatrizzate spontaneamente possono, invece, lasciare delle ipopigmentazioni permanenti della pelle: queste si osservano più frequentemente sul dorso della mano e sulle dita.

Infine, le ustioni profonde trattate con innesto di pelle sottile danno molto spesso delle cicatrici iperpigmentate, più marcate sulla superficie palmare delle mani e delle dita.

Il trattamento di questi disturbi della pigmentazione è spesso deludente e deve essere proposto con prudenza.

L'ipopigmentazione è, il più delle volte, trattata con la dermoabrasione meccanica seguita da un innesto cutaneo sottile [4]. I risultati possono essere soddisfacenti, ma spesso l'ipopigmentazione è sostituita da un'iperpigmentazione al termine della cicatrizzazione. L'innesto deve essere prelevato in una zona anatomica vicina alla zona da trattare. La dermoabrasione non seguita da trapianto causa delle zone a "patch" che alternano iper- e ipopigmentazione. Infine, il trucco, eventualmente associato al tatuaggio, è la soluzione più semplice e meno rischiosa per camuffare delle discromie.

L'iperpigmentazione è ancora più difficile da correggere; per fortuna, di solito colpisce il palmo della mano ed è meno visibile nella vita sociale (Fig. 1). Raramente, possono essere proposte l'escissione della cicatrice e la sua sostituzione con un trapianto di pelle spessa o a medio spessore (Fig. 2). L'innesto a medio spessore può essere prelevato a livello plantare per una migliore colorazione [1, 5].

Cicatrici ipertrofiche

A volte, sono responsabili di un disagio funzionale associato, ma il loro carattere antiestetico è spesso l'unica



Figura 1. Cicatrici discromiche.

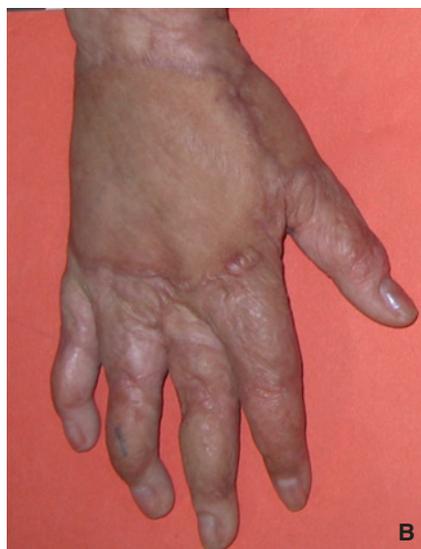


Figura 2.

A. Cicatrici distrofiche antiestetiche del dorso della mano destra.

B. Trattamento con exeresi e innesto di pelle a tutto spessore.

ragione della consultazione medica (Fig. 3). Riguardano soprattutto il dorso della mano e possono costituire delle vere e proprie placche indurite limitanti la mobilità delle dita; se persistono, possono apparire rigidità e deformazioni. Di solito, migliorano spontaneamente con il tempo, a condizione che le cicatrici non siano sotto tensione; la pressoterapia, i massaggi e la fisioterapia e i trattamenti termali con docce filiformi sono tutti trattamenti che accelerano questa evoluzione favorevole. L'iniezione di corticosteroidi (tipo Kenacort®) all'interno della cicatrice può permettere di bloccare il processo infiammatorio e di appianare l'ipertrofia. La prevenzione attraverso l'uso permanente di guanti di compressione fatti su misura come minimo i primi sei mesi permette di limitare l'ipertrofia cicatriziale.

È solo in mancanza di miglioramenti alla fine di questo trattamento che viene proposto il trattamento chirurgico.

Questo consiste, in un primo tempo, nel rilasciare le tensioni che sostengono l'ipertrofia cicatriziale: la briglia retrattile può da sola essere responsabile di un'inflammatione locale che scatena la reazione ipertrofica, mentre la semplice rimozione di questa briglia provoca un cedimento della placca cicatriziale. Una briglia moderata può essere rilasciata attraverso una plastica locale o un innesto di pelle a tutto spessore.

Nei casi più gravi con una significativa limitazione funzionale, il miglior trattamento comporta la rimozione della placca cicatriziale e la sua sostituzione con un innesto di pelle a tutto spessore rispettando le subunità estetiche della mano. Per alcune equipe [6], l'innesto di pelle a tutto spessore è vantaggiosamente sostituito da derma artificiale (Fig. 4); nella nostra esperienza, i risultati estetici casuali ci hanno fatto preferire gli innesti di pelle



Figura 3. Cicatrice ipertrofica del dorso della mano.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805906>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805906>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)