

Per iscriversi, inviare una mail a:
info@associazione-nazionale-macrodattilia.org

zoom

20/05/2022

h. 18-20



Webinar

La gestione delle cicatrici chirurgiche

Durante questo webinar approfondiremo un argomento molto sentito dalle famiglie e fonte di notevoli dubbi e ansie.

Ne parleremo con...

Chiara Novelli
chirurgo della mano

Alessandra Viano
psicologa - psicoterapeuta

*Ospedale San Giuseppe, Milano &
MultiMedica IRCCS, Sesto San Giovanni
Gruppo Multimedita*

Conoscere per essere consapevoli



Per la dott.ssa Novelli

- 1) Se e come si può capire se c'è una predisposizione?
Pur essendo le cicatrici chirurgiche quelle che hanno le migliori prospettive in termini di capacità di guarigione (rispetto a una conseguente, ad esempio, a un trauma), purtroppo una persona che ha una condizione di iperaccrescimento/macrodattilia, nel distretto iperaccreciuto, come ha una tendenza all'iperproliferazione in generale, ha sicuramente una tendenza alla cicatrice ipertrofica.
- 2) Si può fare qualcosa per prevenirle?
Purtroppo no.
- 3) Le cicatrici vanno lavorate e massaggiate come si fa con le cicatrici del parto cesareo (per evitare aderenze)? Dopo quanto dall'intervento si può già cominciare?
Come visto, a partire da 21 giorni ed è molto più importante di quanto non lo sia dopo il parto cesareo. Gli organi nell'addome sono "protetti" dal maggior spessore del grasso sottocutaneo, diversamente da quanto accade ad esempio nelle dita delle mani, dove, essendo la quantità di grasso che protegge le "strutture nobili" di molto inferiore, è molto più importante che una cicatrice sia non adesa.
- 4) *Successivamente al primo intervento, quanto tempo è consigliabile attendere prima di effettuare un secondo sulla stessa cicatrice?*
Dato che in genere la cicatrice è stabile entro l'anno, l'intervento non andrebbe di norma fatto prima di questo lasso di tempo.
- 5) *Nell'ipotesi di cicatrice cheloidea formatasi all'esito di intervento chirurgico, che aspettative si possono avere intervenendo di nuovo chirurgicamente per la rimozione del cheloide? Nel caso si tratti di un bambino di 3 anni, sarebbe opportuno intervenire subito sulle cicatrici o potrebbe essere utile attendere qualche anno in più di crescita?*

In realtà è molto più corretto, come si diceva, parlare di cicatrice ipertrofica, perché il cheloide è un'evenienza più rara e molto più grave e non trattabile in nessun modo (ha cioè un alto tasso di recidiva). Nel caso di una cicatrice che ha passato l'anno, ma che non ha migliorato il proprio trofismo nonostante tutti i trattamenti (cerotti, massaggi...), si valuta comunque prima quanto la cicatrice impatta con la funzione e la sua evoluzione, perché nei bambini con una condizione di iperaccrescimento è possibile che ci sia un'evoluzione più lenta, oltre l'anno, e che nei 6 mesi successivi ci sia magari un miglioramento. In caso si decidesse di intervenire, sarebbe sicuramente opportuno partire con le infiltrazioni locali di cortisone (con quantità molto ridotte, di solito 3 cicli). Successivamente, se proprio il paziente non beneficia del trattamento con cortisone, si può procedere con l'escissione chirurgica, pur sapendo che non si hanno grosse garanzie che la seconda cicatrice sia così marcatamente diversa dalla prima (in assenza di condizioni particolari note che hanno ostacolato il primo processo di guarigione).

Per quanto riguarda il timing, se la cicatrice non impatta sulla funzione e non dà fastidio, alle volte intervenire più avanti (all'età di 7-9 anni), quando il bambino ha un po' più le caratteristiche simili a quelle dell'adulto, esita più facilmente in cicatrici più belle. Posto che, come detto, le cicatrici hanno una variabilità soggettiva molto importante e fanno capo a una determinata genetica, visto che le cicatrici nei bambini hanno una maggiore tendenza a diventare ipertrofiche - a maggior ragione in presenza di una condizione di iperaccrescimento - l'attendere è sicuramente vantaggioso.

6) *Ci sono prodotti preferibili? Quanto del risultato è dato dal prodotto e quanto dall'azione massaggiante?*

È dato praticamente tutto dall'azione massaggiante e non dal prodotto. Si può usare la pomata per ridurre l'attrito della pelle, il cerotto al silicone la notte (come già detto). Ma non esistono pomate miracolose! In commercio ci sono vari prodotti.

Ci sono creme che potrebbero avere una minima azione in più, quelle che hanno una piccola componente di cortisone, ma che devono essere consigliate dallo specialista per i casi dove si vede che, pur essendo già intorno all'ottavo/nono mese, la cicatrice francamente appare ipertrofica e, in questi casi, di solito si riduce contemporaneamente la componente massaggio.

7) *Ci sono differenze nel trattamento di cicatrici in altre sedi anatomiche? Per le cicatrici in pazienti che hanno malformazioni linfatiche?*

I principi generali si applicano a tutte le cicatrici, sebbene ci siano delle peculiarità legate alla sede (maggiore o minore tessuto sottocutaneo, ad esempio; sedi che hanno generalmente esiti migliori).

Per i pazienti che hanno problematiche linfatiche (soprattutto agli arti inferiori) in genere si associa agli interventi citati anche il linfodrenaggio.

Per la Dott.ssa Viano

8) *Mi ha colpito il fatto che con il massaggio non si ottiene solo la guarigione della ferita...*

Si può fare proprio la differenza, in realtà, perché quel tocco è quello che ricostruisce l'amabilità. Se qualcuno mi accarezza è perché mi ama. Questo è il senso del tocco, che è preziosissimo anche prima dell'intervento.

Ulteriori domande possono essere inviate a: info@associazione-nazionale-macrodattlia.org
Provvederemo a inoltrarle alla Dott.ssa Novelli e alla Dott.ssa Viano e ad aggiornare questo documento.