



# Le raccomandazioni del *consensus*<sup>1</sup>

## Le risposte di IODOSORB<sup>◊</sup>

### Riconoscere il ruolo del biofilm nel ritardo della guarigione

1. La mancata individuazione della presenza di biofilm in una ferita può portare all'utilizzo di una strategia terapeutica non efficace e al ritardo della guarigione.
2. Il biofilm è presente nella maggior parte delle ferite croniche. Può essere localizzato sia in superficie che nei tessuti profondi, in modo non uniforme nel letto di ferita.
3. Il biofilm non è visibile ad occhio nudo: slough, detriti ed essudato possono a volte essere erroneamente confusi per un biofilm.
4. Il biofilm è resistente al trattamento con antibiotici o antisettici.
5. La caratteristica più importante dei futuri test diagnostici sarà la capacità di localizzare il biofilm all'interno della ferita.

#### • I trattamenti contro il biofilm risultano spesso inefficaci.<sup>5,6</sup>

Se non eradicato, il biofilm causa compromissione della risposta immunitaria<sup>7,8</sup> e infiammazione cronica di basso grado.<sup>9</sup> Sebbene sia presente nel 78% delle ferite croniche,<sup>2</sup> spesso il biofilm non viene diagnosticato perchè la sua distribuzione non è uniforme nella ferita e può trovarsi sia in superficie, che nei tessuti profondi.<sup>3,4</sup>

#### • IODOSORB ha dimostrato un'efficacia superiore contro il biofilm maturo (*in vitro*)<sup>5, 10-12</sup>

IODOSORB è da preferire nella gestione di ferite difficili dove si sospetta la presenza di biofilm. La sua doppia azione combina l'assorbimento<sup>13-14</sup> e la rimozione dello slough<sup>15,16</sup> con il rilascio prolungato di iodio,<sup>14,17,18</sup> disgregando la matrice del biofilm ed esponendo i batteri alla sua azione antimicrobica.<sup>19,20</sup>

### Trattare il biofilm in modo appropriato

6. Il debridement è una delle strategie più importanti contro il biofilm, ma da solo non è sufficiente a rimuoverlo del tutto - principio chiave della Wound Bed Preparation (TIME).
7. Il biofilm si può riformare rapidamente. Il debridement da solo, anche se ripetuto, difficilmente può bloccarlo, ma crea una finestra temporale all'interno della quale l'applicazione di un antisettico topico può evitare che il biofilm si riformi.

#### • Il debridement chirurgico/meccanico non è efficace al 100%<sup>21</sup> nè sempre accessibile.

La disgregazione e rimozione del biofilm tuttavia rappresentano un passaggio chiave del trattamento.

#### • L'azione di IODOSORB contro lo slough aiuta a rimuovere il biofilm e i detriti.<sup>19,20</sup>

Promuove il debridement autolitico<sup>13</sup> anche quando il debridement chirurgico/meccanico non è disponibile.

### Selezionare le medicazioni sulla base delle evidenze contro il biofilm

8. Gli antisettici topici utilizzati per trattare una ferita con biofilm dovrebbero dimostrare un'efficacia significativa contro il biofilm in appropriati modelli sperimentali *in vitro* di biofilm maturo.
9. I modelli *in vitro* validi per la selezione dei trattamenti sulla base della loro efficacia contro il biofilm, sono quelli che ricreano condizioni sperimentali il più possibile analoghe all'ambiente di ferita.
10. Gli RCT e le evidenze cliniche comparative dovrebbero essere alla base delle linee guida, dei protocolli e delle scelte terapeutiche. In assenza di dati clinici specifici sul biofilm, le terapie dovrebbero essere supportate da RCT che ne dimostrino l'efficacia nella guarigione delle ferite.

#### • La maggiore efficacia di IODOSORB contro il biofilm è stata dimostrata in diversi modelli sperimentali.<sup>10-12</sup>

Pubblicazioni (anche indipendenti)<sup>5,11,12</sup> ne hanno dimostrato la maggiore efficacia rispetto agli antimicrobici a base di argento.

#### • IODOSORB ha dimostrato di ridurre la presenza di biofilm nelle ulcere del piede diabetico.<sup>22,23</sup>

#### • IODOSORB è supportato da una vasta gamma di evidenze cliniche tra cui una Cochrane review<sup>24</sup>

21 RCT e una Cochrane review<sup>24</sup> positiva che evidenzia un "maggiore tasso di guarigione con il cadexomero iodico (IODOSORB) vs. standard care" a supporto.

#### Riferimenti bibliografici

1. Schultz *et al.* Wound Repair Regen (2017); accepted article; 2. Malone, M. *et al.* J. Wound Care 25,12, 20-25 (2016); 3. Thomsen, T. *et al.* Wound Repair Regen (2010) 18, 38-49; 4. Fazli, M. *et al.* J. Clin. Microbiol. 47, 4084-9 (2009); 5. Phillips, P. L. *et al.* Int Wounds J (2013):1-15; 6. Jesaitis, A. J. *et al.* J. Immunol. 2003; 171: 4329-4339; 7. Bjarnsholt, T. *et al.* Microbiology 2005; 151, 373-383; 8. Cochrane, D. M. *et al.* J. Med. Microbiol 1988; 27: 255-61; 9. Bjarnsholt, T. *et al.* Wound Rep Reg. 2008;16:2-10; 10. Fitzgerald, D. J. *et al.* Wound Repair Regen. 1-40 (2016); 11. Schultz, G. & Yang. Poster presented at WUWHS Florence (2016); 12. Oates, J. L. *et al.* Poster presented at SAWC, Atlanta.(2016); 13. Troeng, T. *et al.* in Cadexomer Iodine, (eds. Fox, J. and Fisher, H.) 43-50 (1983); 14. Skog, E. *et al.* Br. J. Dermatol. 1983;109:77-83; 15. Ormiston, M. C. and Fox, J. Br. Med. J. (Clin. Res. Ed). 291, 1424-1425 (1985); 16. Hansson, C. *et al.* Int. J. Dermatol. 37, 390-396 (1998); 17. Smith & Nephew Data on file (2009); #0804006; 18. Smith & Nephew Data on file (2009); #091101; 19. Akiyama, H. *et al.* J. Dermatol. 31, 529-34 (2004); 20. Hill, E. *et al.* J. Antimicrob Chemother 31,529-34 (2004); 21. Schwartz *et al.* J Wound Care. 23 (9). (2014); 22. Lantis, J. C. *et al.* Effects of Cadexomer Iodine on a biofilm in diabetic foot ulcers: A Pilot study in WUWHS Florence 1 (2016); 23. Malone, M. *et al.* J Antimicrob Chemother 2017; 00: 1-9; 24. O'Meara, S. *et al.* Cochrane database Syst. Rev. 1, CD003557 (2014).