

Giovanni B. Agus

Insufficienza venosa acuta e cronica

1

*Insufficienza venosa cronica
Pratica quotidiana
e classificazione CEAP*

Edizione  Sinergie

Giovanni B. Agus

Insufficienza venosa acuta e cronica

1

*Insufficienza venosa cronica
Pratica quotidiana
e classificazione CEAP*

Edizione  Sinergie

© Copyright 2006 SINERGIE
SINERGIE S.r.l.
via La Spezia, 1 - 20143 Milano
Tel./Fax 39 + 02 58118054
e-mail: sinergie.milano@virgilio.it

VOLUME RISERVATO AI SIGNORI MEDICI
OMAGGIO - VIETATA LA VENDITA

La pubblicazione di questo volume è stata resa possibile grazie
alla collaborazione di ALFA WASSERMANN S.p.A.

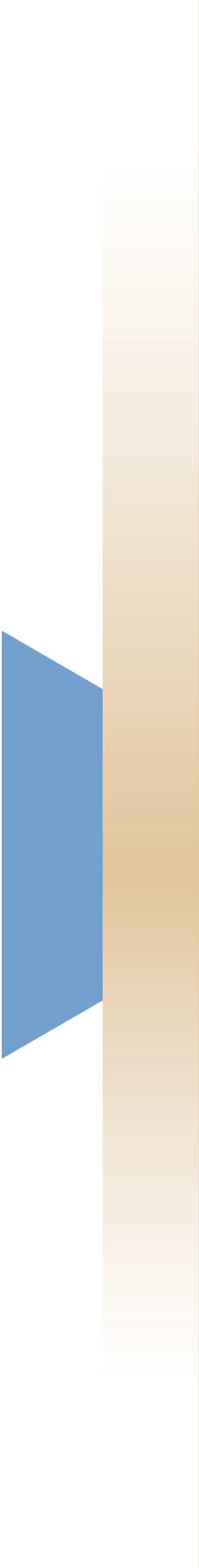
Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o conservata in un sistema di recupero o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi sistema elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopia, registrazioni o altro, senza una autorizzazione scritta dell'Editore.

Sebbene le dosi dei farmaci e gli altri dati qui riportati siano stati accuratamente controllati dagli Autori, la responsabilità finale resta al medico che li prescrive.

L'Editore e gli Autori non possono essere considerati responsabili di eventuali errori o conseguenze derivate dall'uso delle nozioni qui contenute.

Qualsiasi prodotto eventualmente citato in questa pubblicazione deve essere utilizzato secondo la posologia stabilita dalla casa farmaceutica produttrice.

Gli Autori non hanno espresso alcuna opinione sui farmaci ancora in corso di studio.



Giovanni B. Agus

Direttore dell'Istituto di Chirurgia Vascolare e Angiologia

Università degli Studi di Milano

Presidente della SIFL Società Italiana di Flebolinfologia 2002-2005

Vice Presidente della SIAPAV Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare

www.sifl.it

www.siapav.it



INDICE

PRESENTAZIONE LEGGERETE QUESTE PAGINE ?	7
GLOSSARIO DELL'IVC	8
LA SFIDA DELLA CRONICITA'	11
CLASSIFICAZIONE CEAP	13
DALLE BASI PATOGENETICHE IL RAZIONALE DELLE TERAPIE	15
CLINICA DELLE VARICI	17
IL DILEMMA EDEMA	21
LA CLASSE PIU' SEVERA: ULCERE	23
PRINCIPI DI TERAPIA MEDICA	27
PRINCIPI DI TERAPIA CHIRURGICA	31
CASI AD INDICAZIONE CHIRURGICA	33
CASO CLINICO 1° INDICAZIONE A TRATTAMENTO LASER ENDOVASCOLARE (ELVeS)	36
CASO CLINICO 2° INDICAZIONE A CURA [H]EMODINAMICA DELL'INSUFFICIENZA VENOSA IN AMBULATORIO (CHIVA)	38
CASO CLINICO 3° ESEMPIO DI CODIFICA CEAP: C 2,4,6,s - E p - A s,p - P r	40
CASO CLINICO 4° ESEMPIO DI LIVELLI DIAGNOSTICI	42
CASO CLINICO 5° NON SOLO CHIRURGIA	44
CONSIDERAZIONI	45

PRESENTAZIONE LEGERETE QUESTE PAGINE ?

“Non si scrivono volentieri cose che in partenza sappiamo che pochi o nessuno leggeranno”, l’affermazione del celebre Dino Buzzati incombe anche sulla vasta letteratura scientifica medica, solo attenuata in anni recenti dalla cosiddetta obbligatorietà dell’Educazione Continua Medica (ECM).

Mi appello alla più recente revisione *ambrosiana* dell’ECM per il medico:

l’aggiornamento non deve rivestire carattere coercitivo, bensì questo viene “superato dal concetto di necessità volontaria premiata” (Regione Lombardia).

Di qui l’invito a queste pagine che toccano un problema, prima ancora che patologia, annoso e forse infinito della condizione umana: la maldestra circolazione venosa delle nostre gambe.

L’invito a sfogliare e magari a leggere queste pagine compresa l’ultima, dunque, è rivolto sia al medico di famiglia che allo specialista vascolare (angiologo, chirurgo vascolare o generale. Se interessato flebologo) per fare un comune cammino nell’interesse di un paziente talvolta grave, il più spesso significativamente disturbato, sempre in gran compagnia per l’elevatissimo numero di persone che nel nostro Paese hanno o andranno incontro a malattie venose periferiche.

Il programma editoriale prevede tre uscite nell’anno 2006.

Si comincia con la cronicità dell’insufficienza venosa.

Verrà poi affrontato il tromboembolismo venoso, evento presente e trasversale in ogni campo della medicina.

Non verranno infine tralasciati i moderni aspetti di *clinical governance* in questo sottovalutato campo della medicina, ricomprendendo anche i disturbi circolatori minori, dapprima preoccupazione estetica, poi consapevolezza di necessaria prevenzione della stasi venosa acuta e cronica.

GLOSSARIO DELL'IVC

TELEANGECTASIA

Confluenza di venule intradermiche permanentemente dilatate di meno di 1 mm di calibro.
Spiegazione: esse dovrebbero essere normalmente visibili da una distanza di 2 metri in buone condizioni di luce.

Sinonimi: "spider veins", "hyphen webs", "thread veins"

CORONA FLEBECTASICA

Teleangectasie intradermiche a ventaglio localizzate nelle regione laterale e mediale del piede.

Spiegazione: il significato e la localizzazione sono controverse e richiedono alcune considerazioni. A volte potrebbe rappresentare il segno iniziale di malattie venose in stadio avanzato. In alternativa si può riscontrare negli arti che presentano semplici teleangectasie in altre sedi.

Sinonimi: "flare" malleolare, "flare" della caviglia.

VENE RETICOLARI

Vene intradermiche bluastre permanentemente dilatate solitamente di diametro da 1 mm a meno di 3 mm.

Spiegazione: sono di solito tortuose. Questo esclude vene visibili "normali" nei soggetti con cute trasparente.

Sinonimi: vene blu, varici intradermiche, venulectasie.

VENE VARICOSE

Vene sottocutanee permanentemente dilatate, di 3 mm di diametro o più, in posizione eretta.

Spiegazione: le vene varicose sono solitamente tortuose ma anche le vene rettilinee con reflusso possono essere classificate come varicose. Possono essere vene varicose troncolari, tributarie o non safeniche.

Sinonimi: varici, varicosità.

EDEMA

Incremento percepibile del volume del fluido nel tessuto sottocutaneo identificato dalla formazione di una impronta sotto pressione.

Spiegazione: questa definizione include solo l'edema attribuibile alla malattia venosa.

L'edema venoso si manifesta di solito nella regione della caviglia ma può estendersi al piede e alla gamba.

PIGMENTAZIONE

Scurimento pigmentato brunastro della cute che si riscontra di solito nella regione della caviglia ma che può estendersi al piede ed alla gamba.

Spiegazione: è una modificazione iniziale della cute.

ECZEMA

Eruzione eritematosa, vescicolare, essudativa o desquamativa della cute della gamba.

Spiegazione: è spesso localizzato vicino a vene varicose, ma può essere riscontrato in qualsiasi zona della gamba.

Talvolta può estendersi a tutto il corpo. L'eczema è di solito dovuto a malattie venose croniche e/o alla sensibilizzazione a terapie locali.

Sinonimi: dermatite da stasi.

LIPODERMATOSCLEROSI

Indurimento cronico della cute localizzato, talvolta associato a cicatrizzazione e/o contrattura.

Spiegazione: è un segno di malattia venosa severa, caratterizzata da infiammazione cronica e fibrosi della cute, del tessuto sottocutaneo e talvolta della fascia.

IPODERMITE

L'ipodermite viene riferita ad una forma acuta di lipodermatosclerosi. E' caratterizzata da fragilità e diffuso arrossamento della cute dovuto ad infiammazione acuta.

Spiegazione: l'assenza di linfadenite e di febbre differenzia questa condizione dalla erisipela o cellulite.

ATROPHIE BLANCHE O ATROFIA BIANCA

Area biancastra e atrofica, circoscritta spesso circolare della cute circondata da chiazze di capillari dilatati e talvolta iperpigmentazione.

Spiegazione: è un segno di malattia venosa severa. Lesioni cicatriziali di ulcere guarite sono escluse in questa definizione.

ULCERE VENOSA

Alterazioni croniche della cute che non riescono a guarire spontaneamente, causate da malattie venose croniche.

LA SFIDA DELLA CRONICITA'

Cronicità è la condizione che più caratterizza la medicina contemporanea.

Il tempo - χρόνος - della aspettativa di vita si è allungato, ma il tempo può accompagnare per sempre molte malattie: malattie o condizioni morbose a lento decorso e quindi con scarsa tendenza a raggiungere l'esito, cioè la guarigione, la morte, o l'adattamento a nuove condizioni di vita, attraverso l'instaurarsi di un nuovo equilibrio.

L'insufficienza venosa cronica (IVC), sin dalla sua definizione moderna indica la problematicità del gestire una condizione spesso non correttamente inquadrata per importanza medica, sociale ed economica.

Analisi italiane (SNAMID, 2004) e nordamericane (Registro Sanitario USA), pongono rispettivamente al 4° e 7° posto tra le più importanti malattie croniche le vene varicose.

Come è stato detto, ciò che manca non è certo la capacità di risposta clinica ai problemi della cronicità in tempi di *disease management*, quanto piuttosto una visione più ampia di diagnosi ed assistenza sul territorio che richiede oggi l'attivazione di *team* multidisciplinari.

La catalogazione stessa del problema nella definizione di vene varicose, o varici, mostra un grave limite. Essa può privilegiare l'aspetto clinico: "dilatazioni saccolari che spesso sono tortuose" (OMS). Oppure emodinamico: "ogni vena del circolo superficiale che non assicura in permanenza un drenaggio del sangue unidirezionale, a flusso e pressione normali, dai territori da cui essa dipende verso il circolo venoso profondo" (C. Franceschi). O la più semplice, ma completa nell'unità clinica e patogenetica: "una vena varicosa è una vena permanentemente dilatata con valvole incontinenti e lesioni degenerative della parete venosa comportanti una circolazione venosa anormale" (G. Bassi). Quest'ultima, pur vecchia, prospettava già il concetto più ampio di insufficienza venosa cronica quando sosteneva che i caratteri patologici di dilatazione, allungamento, avalvulazione e degenerazione parietale, sono comuni a tutto il sistema venoso degli arti inferiori: dunque non solo varici, ma malattia che *comprende le varici*.



Fig. 1 - Cronos e le Parche di Sebastiano Filippi, Ferrara, Castello Estense, Sala dell'Aurora

CLASSIFICAZIONE CEAP

In medicina, il campo delle malattie venose o *flebologia*, per quanto riguarda le malattie croniche contrariamente agli eventi acuti ricompresi nel termine *tromboembolismo venoso*, ha sofferto per la superficialità o mancanza di precisione nella diagnosi, fatto che ha procurato dati contrastanti negli studi e nella pratica clinica del trattamento di una patologia venosa frequente come l'IVC.

La medicina generale, e dunque il medico di famiglia, è sempre stata ambivalente tra il considerare l'IVC problema sì assai comune, ma "di poco conto" sottovalutandolo per la sua presunta benignità, e l'inviare *tout court* al chirurgo il paziente con evidenti vene varicose, come se queste rappresentassero il solo aspetto patologico.

Si ritiene oggi finalmente, che queste divergenze possono essere risolte da una precisa diagnosi e classificazione relativa ad ogni arto affetto da IVC, prima di ogni trattamento terapeutico specifico.

Anche se più diretta allo specialista, per tale motivo, l'utilizzazione di una singola classificazione universale faciliterebbe la comunicazione sull'IVC e servirebbe da fondamento per una analisi più precisa e scientifica dei trattamenti alternativi.

Nel Febbraio 1994 una commissione internazionale, istituita appositamente, si è interessata a queste problematiche in occasione di un *meeting* organizzato dalla Straub Foundation in Maui, USA.

Questa commissione, sotto la presidenza di Andrew Nicolaides, mise a punto un *Consensus Document* per la classificazione e la stadiazione dell'IVC chiamata, con acronimo, **classificazione CEAP** basata sulle manifestazioni cliniche (**C**), sui fattori eziologici (**E**), la distribuzione anatomica (**A**), le condizioni fisiopatologiche (**P**).

Lo scopo fu quello di fornire una classificazione obiettiva ed esauriente che potesse essere utilizzata in tutto il mondo, dapprima in ambito di ricerca scientifica, poi di pratica clinica specialistica, infine di pratica generale.

La classificazione CEAP è stata pubblicata in 25 riviste e testi in 8 lingue.

C linica	C = segni clinici (C 0-6) a = asintomatico s = sintomatico
E tiologia	E = etiologia (Ec, Ep, Es)
A natomia	A = topografia (As, d, p)
P atofisiologia	P = fisiopatologia (Pr, o)

Tab. 1

Classificazione clinica (C 0-6)
classe 0: assenza di segni clinici visibili o palpabili di malattia venosa
classe 1: presenza di teleangiectasie o vene reticolari
classe 2: presenza di vene varicose
classe 3: presenza di edema
classe 4: turbe trofiche di origine venosa: pigmentazione, eczema, ipodermite, atrofia bianca
classe 5: come classe 4 con ulcere cicatrizzate
classe 6: come classe 4 con ulcere in fase attiva
Classificazione etiologica (Ec, Ep, Es)
Ec = congenita (dalla nascita)
Ep = primitiva (da causa non identificabile)
Es = secondaria (post-trombotica, post-traumatica, altre)
Classificazione fisiopatologia (Pr, Po, Pr+o)
Pr = reflusso
Po = ostruzione
Pr+o = ostruzione + reflusso

Tab. 2

La classificazione CEAP, inizialmente attraverso motivazioni di tipo diagnostico-scientifico-comunicazionale, ha di fatto introdotto una riflessione su una patologia molto più articolata rispetto al semplice concetto di vena dilatata e tortuosa (*varix*, in latino sta per tortuoso). Oggi si è arrivati a ridefinire i quadri che sottendono la vecchia definizione di varici e si ritiene finanche opportuno distinguere il termine *disease* da *disorder*. La terminologia anglosassone di *chronic venous disorder* permette infatti di includere un più ampio spettro di alterazioni morfologiche e funzionali del sistema venoso, dalle teleangectasie alle ulcere venose, le prime delle quali non sempre risultano malattia-*disease*, pur presenti frequentemente nella popolazione adulta sana. Il termine *insufficiency*, peraltro ormai consolidatosi nel tempo, implicherebbe alterazioni funzionali più severe comprendenti l'edema, le distrofie cutanee e le ulcerazioni^{1,2}.

¹ Allegra C, Antignani PL, Bergan JJ et Al. The "C" of CEAP: Suggested definitions and refinements: An International Union of Phlebology conference of experts. *J Vasc Surg* 2003; 37: 129-31.

² Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ et Al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J.Vasc.Surg.* 2004; 40: 1248-52.

DALLE BASI PATOGENETICHE IL RAZIONALE DELLE TERAPIE

L'IVC è una patologia complessa e multifattoriale. Oggi parlare di varici appare così limitativo. La persona, o paziente, che si presenta all'ambulatorio con le vene varicose, contrariamente a quanto ritenuto in passato, presenta i suoi segni e sintomi, dunque epifenomeni di una più vasta malattia dominata da una alterata distensibilità della parete vascolare che sembra essere correlata con fattori genetici. E' d'altronde ben nota la frequenza familiare dell'IVC.

Vi sono una serie di fattori patogenetici acquisiti che possono iniziare il processo come altri che ne sviluppano le conseguenze o complicitanze, quali le varici stesse e le alterazioni trofiche cutanee secondarie.

Un carico ormonale e un carico idrostatico prolungato, in particolare quando il controllo del sistema nervoso simpatico è ridotto da aumenti della temperatura locale, rappresentano il primo tipo di fattori.

L'incontinenza delle valvole, tradizionale baluardo contro il reflusso del sangue verso il basso e verso la pelle, oggi considerata secondaria alla dilatazione delle vene, si combina all'ipertensione venosa ed entrambe portano alla stasi venosa con formazione di teleangectasie, varici ed edema.

L'ipossia tissutale e l'edema locale favoriscono infiammazione e microtrombosi che, sinteticamente, sono causa di ulcere attraverso l'attivazione endoteliale, iniziando una cascata di insulti infiammatori locali e danni della muscolatura liscia. Condizioni di infiltrazione leucocitaria ed iperviscosità costituiscono il passaggio di mezzo a questi eventi per i vortici che si creano nei seni dei in piccoli vasi abitualmente vuoti.

La ricerca di base sta producendo numerosi studi che esaminano il ruolo di differenti recettori incrementanti la produzione di endoteline, potenti vasocostrittori e mitogeni per le cellule della muscolatura liscia vascolare; così come viene invocato anche un ruolo stesso della microcircolazione arteriosa e linfatica, ribadendo la visione di malattia circolatoria globale.

Non sono irrilevanti infine i danni esterni ai vasi come i fenomeni di "cuffia fibrinica" pericapsulare e si prospetta un ruolo dell'emosiderina, fenomeni entrambi che in clinica vengono letti attraverso le classiche iperpigmentazioni color ocre, lipodermatosclerosi ecc.

Si intravede bene il ruolo chirurgico sulle vene dilatate e con incontinenza valvolare, a patto di considerarne le implicazioni dell'emodinamica del circolo venoso superficiale, profondo e delle vene perforanti; quanto della farmacoterapia e dell'elastocompressione sui fenomeni microcircolatori e della coagulazione-fibrinolisi.

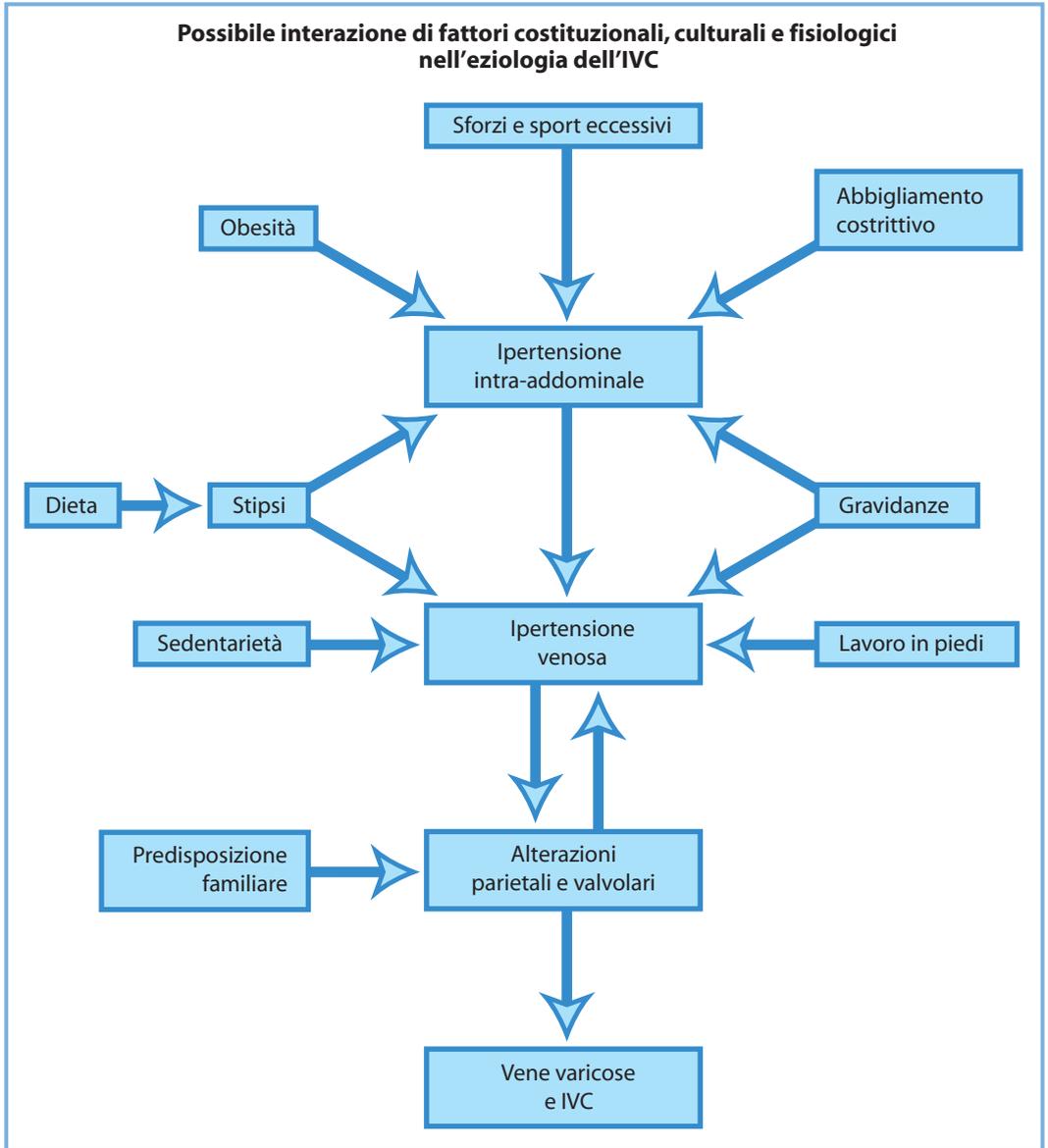


Fig.2

CLINICA DELLE VARICI

Raramente, in medicina, è possibile giungere ad una diagnosi corretta come per l'IVC, immediatamente dalla semplice, purché non frettolosa, visita ambulatoriale.

Le **vene varicose, segno e sintomo più caratteristico dell'IVC** per frequenza e necessità di trattamento, si presentano come vene superficiali dilatate e dal decorso tortuoso, la cui comparsa dipende dallo stadio di anomalia intrinseca alla parete venosa e/o da anomalie strutturali e funzionali delle valvole.

Dal punto di vista etiologico si distinguono varici primitive, più frequenti, e secondarie.

Le varici primitive del sistema venoso superficiale sono determinate da alcuni noti fattori concausali tra i quali grande attenzione deve essere rivolta alla maggior incidenza nelle donne (circa 3-4 a 1) ed alla maggior frequenza di una storia familiare positiva per la presenza di varici (oltre il 60-70% dei pazienti).

Le varici secondarie conseguono all'insufficienza di vene profonde e di vene perforanti, oppure alle sequele di una trombosi venosa profonda seguita dalla dilatazione delle vene superficiali che per un periodo necessario fungevano da circolo collaterale.

All'**anamnesi**, in generale, il paziente è spesso preoccupato più delle conseguenze estetiche della patologia, ma prima o poi, anche dei disturbi che riducono la sua qualità della vita (QL) e dalle possibili complicanze.

La sintomatologia può cominciare con un dolore sordo o di un senso di compressione agli arti inferiori dopo periodi di prolungata posizione sedentaria o in piedi statica, e che recede al sollevamento degli arti. Le gambe possono essere "pesanti" e possono comparire forme lievi di edema alle caviglie, specie alla fine della giornata. Varici in stadi più avanzati possono dar luogo a ulcerazioni cutanee in prossimità della caviglia. In alcuni casi si osservano episodi ripetuti di trombosi venosa superficiale ("flebiti"), mentre è più rara la rottura di una varice seguita da emorragia (varicorragia), seppur non infrequente nell'età avanzata.

Il semplice **esame ispettivo** dell'arto in posizione declive di solito è sufficiente alla diagnosi. L'importanza di questi sintomi e segni è stata ribadita da un Consensus Statement sulla diagnostica dell'IVC¹. Tuttavia, poiché molte indicazioni chirurgiche del numero estremamente elevato di operazioni eseguite ogni anno in Italia derivano da un'amplessima gamma di sintomi associata all'evidenza clinica o strumentale di reflussi venosi, ci si deve domandare più seriamente quali siano i reali sintomi delle vene varicose per una corretta indicazione terapeutica. Molti sintomi infatti, possono avere una causa non venosa e l'intervento stesso potrebbe risultare di scarso significato su questo piano. L'ascolto attento del paziente è dunque assai importante e confermato dai più moderni criteri di descrizione delle sue condizioni di salute, quali gli appositi questionari per la valutazione oggettiva della QL.

Su questo aspetto non va infine sottovalutata l'importanza che deve essere data a quadri di IVC sintomatica senza varici e quadri di varici senza sintomi, nei quali l'indicazione chirurgica potrà derivare anche da considerazioni prognostiche.

In caso di IVC, eseguire un esame anamnestico-clinico incompleto o frettoloso sarebbe una *"mancanza imperdonabile"* (Glauco Bassi). Non dovrebbero esserci più dubbi sul fatto che molte varici recidive a chirurgia e a scleroterapia dipendono primariamente da errori nella valutazione diagnostica, nonostante oggi questa sia facilitata dall'ultrasonografia.

L'esplorazione delle vene degli arti inferiori dovrà essere sistematica comprendendo lo stato:

- delle singole vene insufficienti
- del ritorno venoso dell'arto nel suo complesso
- delle circolazioni arteriosa e linfatica
- dei tessuti superficiali e profondi

La visita del paziente flebopatico avverrà dapprima in posizione eretta - posizione suggestivamente ben definita da Bassi come *"a statua greca"* (Fig. 3) -, poi in quella distesa per studiare:

- il decorso delle vene
- lo stato di tensione o riempimento delle vene
- le varici *"mascherate"*, cioè nascoste da edema, da adipe, da dermo-ipodermite
- le varici *"atipiche"*, in regioni differenti (perineali, vulvari, glutee, sovrappubiche)
- il termotatto

Nella quasi totalità dei casi la diagnosi è dunque effettuabile già attraverso un'accurata anamnesi, ispezione e palpazione. Una definitiva conferma clinica, in relazione all'entità dei reflussi valvolari, si ottiene con le **prove funzionali** venose cliniche, note sin dal XIX secolo, e strumentali con metodiche moderne.

La prova di Rima-Trendelemburg, non solo per valore storico indiscutibile, è il test più utile, meno costoso e di facile impiego in una veloce attività ambulatoriale, anche se con gravi limiti nell'identificazione dei reali punti di reflusso in prospettiva di una chirurgia che si differenzia dalla monocultura dello *stripping*. La sua esecuzione è assai semplice e ricordo degli studi universitari di patologia e semeiologia chirurgica.



Fig. 3 - Bronzo di Riace per posizione *"a statua greca"*
Reggio Calabria, Museo Nazionale

IL DILEMMA EDEMA

Se è semplice la diagnosi di IVC e di varici in ogni ambulatorio, l'edema degli arti inferiori costituisce tuttora una sfida diagnostica per il medico per le sue molteplici cause che possono celare problematiche sistemiche la cui diagnosi tardiva comporterebbe gravi danni al paziente.

È infatti molto frequente l'invio di persone che lamentano edemi agli arti inferiori da parte di medici famiglia agli ambulatori angiologici/flebologici per l'esecuzione di un esame ecodoppler spesso specificatamente richiesto.

La giovane età, la tipicità dei sintomi descritti ed i segni clinici possono indirizzare facilmente verso una diagnosi di IVC, ma nel caso di pazienti anziani la possibilità di una malattia cardiaca concomitante non è da sottovalutare e talvolta non è stata fatta prima di quel momento una diagnosi differenziale.

In ambito flebologico l'edema, pur controverso quale stadio evolutivo riconosciuto dell'IVC, ha trovato giusto collocamento per importanza nella classificazione CEAP come classe 3.

L'edema, presente in pressoché tutte le situazioni di IVC, dalla succulenza pre-tibiale serotina della CEAP C0-2 alla lipodermatosclerosi C4, all'ulcera C5-6, deve essere distinto dunque da altre frequenti cause di edema di competenza vascolare quanto generale.

TROMBOSI VENOSA PROFONDA: edema monolaterale che interessa l'intero arto inferiore o la gamba, spesso dolente. Anamnesi positiva per recente allettamento, interventi chirurgici, assunzione di farmaci pro-trombotici (ormonali), neoplasie in atto. Può insorgere anche del tutto spontaneamente ed essere indicativo per trombofilia, nel giovane, o di patologia neoplastica misconosciuta, Sindrome di Trousseau. La diagnosi è ecografica (CUS, compression ultra-sonography).

SINDROME POST-TROMBOTICA: la incompleta ricanalizzazione e l'incontinenza valvolare successive ad una TVP sono alla base di questo tipo di edema, spesso monolaterale, esacerbato dalla stazione eretta. La storia clinica di TVP od un evento anamnesticamente suggestivo - trauma, intervento ortopedico - possono orientare nella diagnosi che sarà confermata dall'eco-doppler.

GROSSES JAMBES: definizione francese di una sindrome ben descritta da Allegra ed



Fig. 4 - Woman, Fernando Botero

Andreozzi in Italia, caratterizzata da edema, pesantezza serotina, raramente con teleangiectasie e/o varici reticolari, è tipicamente priva di segni clinici e strumentali di flebopatia avanzata, se si eccettua il riscontro di "ipotonia di parete" agli esami pletismografici.

DERMO-IPODERMITI FLEBOPATICHE: risultato dei processi cronici infiammatori della cute su di un quadro di IVC avanzata, sono caratterizzate da un piastrone infiltrato e dolente con eventuali aree di atrofia bianca.

EDEMA ANGIODISPLASICO: frequentemente caratterizzato da abnorme dilatazione delle vene superficiali, addominali nel caso di agenesia della cava, di un arto ipertrofico nel caso della Sindrome di Kippel-Trenaunay.

EDEMI DA COMPRESSIONE: della vena iliaca sinistra da parte della arteria iliaca comune destra (Sindrome nota come di May-Turner o di Cockett); da aneurisma venoso della vena poplitea, eventualmente trombizzato; da aneurismi dell'aorta addominale sulla cava o dell'arteria poplitea sulla vena poplitea; da cisti di Baker del cavo popliteo; da fibrosi retroperitoneale.

SINDROME DA RIVASCOLARIZZAZIONE: complicanza per grave alterazione tissutale dopo prolungata ischemia e/o rivascularizzazione tardiva. Causata dal rilascio di radicali liberi di ossigeno, morte cellulare, mionecrosi, sindrome compartimentale. Può evolvere in IRA e/o DIC.

VASCULITI: malattie infiammatorie che interessano il microcircolo, caratterizzate da manifestazioni cutanee ed edema bilaterale accompagnati da sintomi sistemici.

EDEMI POST-TRAUMATICI: da ematomi spontanei o provocati con tumefazione locale e compressione dei vasi venosi.

LIPEDEMA: tipico e simmetrico accumulo di adipe sottocutaneo che a livello degli arti inferiori è caratterizzato da assenza di fovea e di dolore e che non interessa la caviglia dove anzi si interrompe bruscamente.

LINFEDEMA:

- Primitivo (per dilatazione, stenosi o aplasia dei collettori linfatici);
- secondario che origina da lesioni estrinseche che si producono a causa di exeresi di linfonodi o di danno sui vasi linfatici.

Caratterizzato dalla comparsa progressiva di edema dapprima molle poi duro agli arti inferiori che non regredisce col riposo, anche se può colpire tutti i distretti corporei. Tipico il segno di Stemmer (mancata plicabilità cutanea a livello del dorso del piede al passaggio metatarso-falangeo)

EDEMI DA MALATTIE SISTEMICHE: da compressione estrinseca da tumori; in corso di nefropatia od epatopatia cronica - in questi casi causato da ipoalbuminemia -; in corso di scompenso cardiaco congestizio; da malattie endocrine - ipotiroidismo, Sindrome di Cushing, inappropriata secrezione di ADH.

LA CLASSE PIU' SEVERA: ULCERE

E' esperienza comune osservare nelle sale d'attesa di un ambulatorio medico, e anche per la strada, persone con gamba fasciata o gambe pigmentate "a calzino".

Le **ulcere venose o flebostatiche** colpiscono circa l'1% della popolazione con un'estensione al 3-5% negli ultrasessantacinquenni che attualmente costituiscono circa il 20% degli italiani. Inoltre esse presentano due caratteri peculiari: la scarsa tendenza alla guarigione spontanea e l'elevata frequenza della recidiva. L'IVC è la più frequente causa di ulcere ma è tassativo l'impegno ad identificare altre cause e le forme miste. E' stato raccomandato un percorso gestionale diagnostico-terapeutico (v. algoritmo¹) (fig. 5).

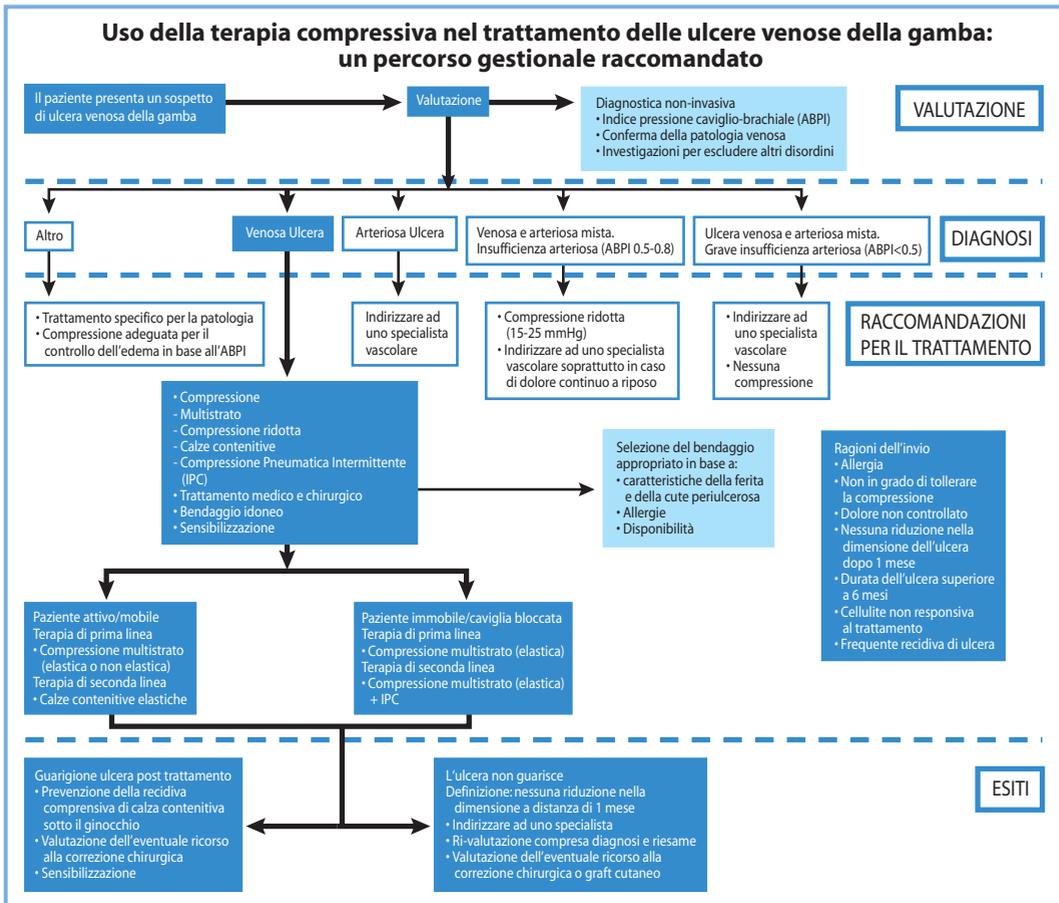


Fig. 5

Partendo da queste osservazioni deriva il primo problema che si presenta nella diagnosi e cura delle ulcere: l'oneroso impegno economico che comporta la loro gestione e, sotto un altro profilo, la considerazione dell'appropriatezza delle sedi, dei regimi, delle modalità terapeutiche e del grado di preparazione dei sanitari che se ne occupano come fattori influenzzanti non solo la storia e la prognosi della lesione ulcerativa, ma anche il controllo dei costi e la razionalizzazione delle prestazioni e delle risorse erogate.

L'Unione Europea stanziava il 2% dell'intero *budget* sanitario annuale per la cura delle ulcere venose a cui bisogna aggiungere tutti i costi indiretti di difficile valutazione (ore lavorative perse, inabilità temporanea o definitiva, precoce pensionamento, costi e tempi di trasferimento ai luoghi di cura, ecc).

Tradizionalmente e nella maggior parte dei casi, l'ulcera flebostatica si avvale di un trattamento conservativo (elastocompressione, terapia topica, esercizio fisico attivo o programmato, massoterapia veno-linfodrenante) attuato o in ambulatori appositamente dedicati o domiciliariamente.

L'orientamento attuale è di proporre la **terapia conservativa delle ulcere a domicilio** garantendo al paziente una continuità diagnostico-terapeutico-riabilitativa e l'intensività non tanto come messa a disposizione di risorse eccezionali quanto come componente metodologica.

In casi selezionati si ricorre all'ospedalizzazione a domicilio trasferendo al domicilio del paziente tutte le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative normalmente erogate in ospedale eventualmente integrate con un breve ricovero ospedaliero tramite un trasporto facilitato.

Fra le medicazioni vengono predilette le cosiddette **medicazioni avanzate semioclusive** che possono essere rimosse ogni 2-3 giorni (idrocolloidi, alginati, schiume poliuretaniche, ecc), che hanno peraltro un alto costo.

Per l'ulcera venosa è fondamentale la **compressione elastica** con benda o fascia mobile. Il dispositivo e la medicazione migliore risulta essere il bendaggio elasto-adesivo fisso bi-strato o multi-strato, quest'ultimo particolarmente efficace con l'82% di guarigione entro 4 mesi, in quanto si sostituisce ogni 7-14 giorni, riducendo notevolmente i tempi di guarigione e consentendo un'attività fisica abbastanza normale con miglioramento della QL ed evitando al paziente l'impegno, anche fisico, oltre che economico, di una o più medicazioni giornaliere con rischio di contaminazione e di sensibilizzazione cutanea.

Detergenti enzimatici, idrogels, germicidi, ecc, pur indicati in alcune fasi della storia dell'ulcera, espongono ai limiti dell'automedicazione senza detersione meccanica della lesione con inevitabile allungamento dei tempi di riparazione.

L'efficacia di un prodotto è spesso misurata in termini di percentuale di guarigione senza considerare la guarigione totale. Ciò rappresenta un limite nel calcolo costo-beneficio.

Inoltre è risaputo come il cattivo uso, a causa di scarsa attitudine o conoscenza o manualità, di un buon materiale altera il costo-beneficio: un bendaggio mal confezionato può essere fonte di notevole morbilità e ritardare i tempi di guarigione.

Nel considerare tali aspetti economici bisogna altresì ritornare all'esattezza della diagnosi. Infatti rientrano nell'analisi anche gli oneri derivanti da indagini la cui inadeguatezza può comportare gravi conseguenze fisiche o di sperpero di risorse economiche.

Per gli stessi motivi, il **ricovero ospedaliero è da riservarsi in casi specifici** per gli elevati costi che comporta. Ancora oggi nella maggior parte delle realtà ospedaliere avvengono ricoveri inappropriati, per esempio per la semplice detersione dell'ulcera o per un sommario *debridement* chirurgico, con degenze medie di 15-20 giorni.

Tuttavia è evidente, nel caso delle ulcere venose, che, ove possibile, il trattamento eziologico ovvero la **correzione chirurgica** del difetto emodinamico e/o l'innesto cutaneo può guarire un'ulcera più rapidamente di una medicazione giornaliera a domicilio o settimanale in ambulatorio e, soprattutto, prevenire e limitare la frequenza delle recidive. Che la chirurgia dei reflussi safenici riduca le recidive delle ulcere venose dell'arto inferiore, e dovrebbe essere offerta più della semplice compressione, è stato definitivamente confermato da un importante studio randomizzato pubblicato nel 2004 su Lancet. E' stato dimostrato che l'aggiunta di un intervento chirurgico venoso ablativo superficiale alle comuni strategie non influenza tanto la guarigione dell'ulcera, quanto la possibilità di recidiva.

In pratica, ogni atto chirurgico su un'ulcera venosa può svolgersi in regime di *day surgery* mentre ulcere refrattarie alla terapia conservativa possono essere bonificate o escisse in analgesia peridurale o in anestesia spinale durante ricoveri brevi a cui può essere associata una **terapia vasoattiva short term** con prostanoidi o glicosaminoglicani. Con tali criteri, si ritiene che solo il 5-15% dei casi con ulcere venose necessiti di ospedalizzazione.

La **terapia farmacologica** domiciliare di supporto, con uso di bioflavonoidi, glicosaminoglicani e emoreologici, risulta estremamente utile.

¹ Stacey M., Falanga W., Marston W., Moffat C. et Al. For the International Leg Ulcer Advisory Board. The use of Compression Therapy in the Treatment of Venous Leg Ulcers: a recommended management Pathway. EWMA Journal 2002; 2,1: 3-7.

PRINCIPI DI TERAPIA MEDICA

È solo negli ultimi 40 anni che si è sviluppato un notevole interesse per la terapia farmacologica dell'IVC sulla base dell'elevato costo socio-economico delle malattie venose.

Piante ad azione flebotropa in realtà, sono conosciute fin dall'antichità e descritte già da Plinio il Vecchio e tanti altri scienziati nei secoli passati. Non deve pertanto stupire come le prescrizioni ed autoprescrizioni di sostanze vegetali per le vene siano così diffuse.

È tuttavia necessario distinguere tra farmaci e sostanze naturali "flebotrope", di origine vegetale o animale.

Partendo dal secondo termine "flebotropo", più moderno, questo esprime la molteplicità di azioni sulle vene. È però ancora comune la vecchia definizione "flebotonico" riferita al più noto meccanismo d'azione sul tono venoso, nonostante altri meccanismi siano oggi meglio indagati: sulla depressione del reflusso veno-arteriolare, sulla *vasomotion*, sull'aumento della permeabilità capillare, sulla cuffia di fibrina pericapillare, sulla ridotta fibrinolisi, sull'aumento del plasminogeno plasmatici, sulle microtrombosi capillari, sulle alterazioni della reologia leucocitaria ed eritrocitaria e l'attivazione leucocitaria, sul ridotto drenaggio linfatico.

Riguardo alle differenze dei principi attivi, è ormai imprescindibile ben distinguere tra farmaci e sostanze erboristiche a semplice valenza "salutistica", come gli integratori alimentari.

Tutte le situazioni di insufficienza venosa beneficiano infatti di queste sostanze, dal più comune uso sintomatico e di conforto per una migliore qualità della vita; al coadiuvare altre terapie in usi più complessi che, per efficacia "capillaroprotettrice", siano realmente farmaci.

Si parla diffusamente di flebotropi, categoria ricca di 600/800 sostanze ad azione biologica usate singolarmente e talvolta in combinazione, un pò per tutte le situazioni.

Il loro uso nelle varie classi CEAP è consolidato, anche se di maggior diffusione per le classi 0-4.

Una classe di farmaci particolarmente utilizzata nelle forme più severe dell'IVC, è quella degli eparinici e fibrinolitici, che intervengono, a differenza di molti farmaci "flebotonici", su vari altri aspetti microcircolatori come l'endotelio e la trombosi capillare o l'emoreologia, andando ad agire sul manicotto di fibrina pericapillare, schematizzati qui in disegno. Essi comprendono i glicosaminoglicani come il sulodexide (fig. 6), la pentossifillina e il defibrotide.

Vari trials multicentrici, in particolare, hanno valutato l'efficacia del sulodexide assunto in

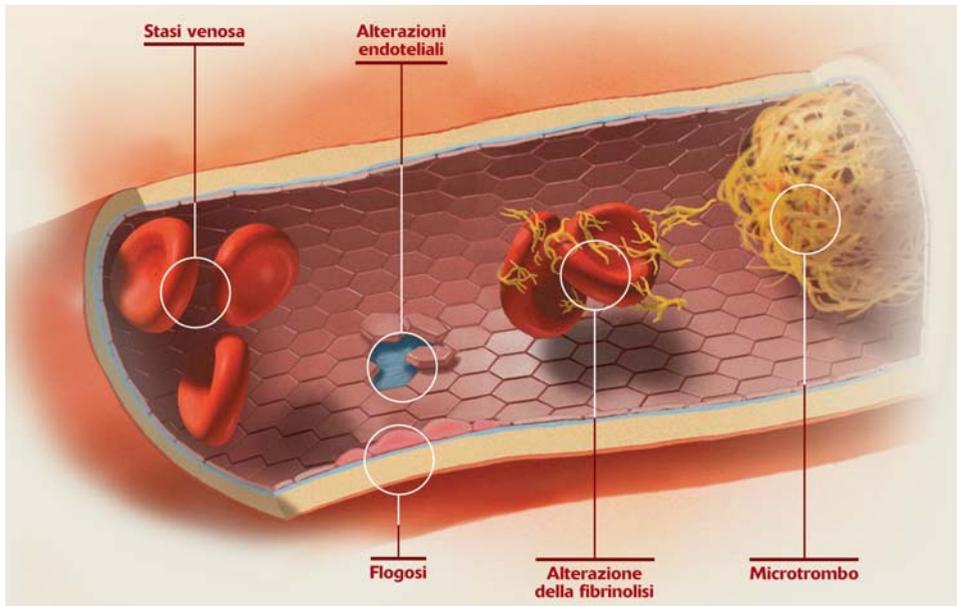


Fig. 6 - Sulodexide: azione esplicata sia sull'endotelio che sulla cascata coagulativa

associazione con altri trattamenti standard dell'IVC severa, quali le terapie topiche ed elastocompressiva, con lo scopo di favorire per quantità e velocità la guarigione delle ulcere venose.

Uno dei più recenti, condotto da Coccheri et Al, ha considerato 230 pazienti con ulcere croniche di diametro non inferiore a 2 cm, randomizzando in doppio cieco un gruppo di 120 trattato con il farmaco ed un altro di 110 con placebo. Lo schema posologico considerato seguiva una prassi consolidata da anni: sulodexide dapprima per via iniettiva per un ciclo di 20 giorni, seguito da un ciclo per via orale nei successivi 2-3 mesi. L'outcome primario fu la percentuale di ulcere guarite entro due mesi di trattamento e l'outcome secondario la percentuale di ulcere guarite entro tre mesi con valutazione dell'andamento temporale della riduzione dell'area lesa.

La differenza di efficacia versus placebo-compressione fu statisticamente significativa sia per frequenza che per velocità di guarigione nel gruppo trattato col farmaco. Esso, con buona tollerabilità, aumentava il numero di ulcere guarite dopo 60 giorni rispetto al solo trattamento compressivo (35% vs 58%; aumento del rischio relativo 61%, limiti di confidenza al 95% da 3,5% a 163%; numero di casi da trattare 4, limiti di confidenza al 95% da 3 a 9)¹. Questi dati confermano precedenti esperienze nazionali² e stesse personali³.

PRINCIPI DI TERAPIA CHIRURGICA

E' difficile, e non corretto, proporre negli anni 2000 una cura dell'insufficienza venosa unica per tutti i pazienti.

La terapia farmacologica ricopre di certo la maggior parte delle situazioni. Ma spesso quando si parla di cura in questo campo, il paziente pensa a "sbarazzarsi" delle sue inestetiche o fastidiose varici o ad eliminare radicalmente i più dolorosi edemi ed ulcerazioni.

Le cure classiche, allora, sono rappresentate dall'intervento chirurgico di asportazione delle varici o della loro chiusura con iniezioni sclerosanti. Cure non nuove se già nell'Ottocento, entrambe, e la chirurgia anche nell'antica Roma erano già praticate.

Stiamo tuttavia vivendo tempi di profondi mutamenti sia nella chirurgia che nella scleroterapia che comunque è riconosciuta inferiore alla prima¹.

Ciò deriva soprattutto dalle migliori conoscenze apportate dallo studio ecocolorodoppler delle vene. Sono così definitivamente tramontati i tempi della safenectomia totale a tutti i pazienti (*stripping*, oggi preferito "corto").

Interventi *soft* sono ora comunemente eseguiti con scopi più fisiologici e meno traumatizzanti. Ci si riferisce alle cure emodinamiche, definizione che significa conservare quanto più è possibile le safene ed il miglior deflusso del sangue dalla gamba verso il cuore; ma anche al rispetto estetico attraverso l'uso di mini-incisioni chirurgiche avvantaggiate di recente per la cura ablativa-obliterativa dell'uso del Laser endovascolare, oltre che al minor disagio grazie a tecniche anestesilogiche locali che permettono nella maggioranza dei casi interventi in chirurgia diurna.

Stabilito che l'indicazione chirurgica deve essere ristretta ed appropriata, come risoluzione del momento varicoso a scopo sintomatologico, preventivo o terapeutico delle complicanze (non bisogna rimuovere vene "innocenti"), la scelta dell'intervento sarà personalizzata caso per caso.

Certamente, con analogia alla chirurgia vascolare arteriosa di rivascolarizzazione degli stadi di ischemia critica più che delle forme paucisintomatiche di claudicatio, anche per l'IVC l'indicazione chirurgica dovrà essere determinata soprattutto dalla gravità dei quadri clinico-sintomatologici e per la prevenzione dell'evoluzione di malattia e comparsa delle sue complicanze, soprattutto l'ulcera².

I circa 150.000 interventi per chirurgia delle varici all'anno in Italia, comprendono tuttavia, per indicazioni, anche quadri varicosi più benigni, risposta ad un bisogno sanitario talvolta di tipo estetico o, più spesso, per una migliore QL.

Il Collegio Italiano di Flebologia - CIF, ha pubblicato nel settembre 2000, ed aggiornato nel

2003, le proprie Linee-Guida nazionali giungendo ad alcune raccomandazioni condivise e basate sulle evidenze disponibili (EBM)³.

Oggi, ogni intervento chirurgico per l'IVC superficiale può essere definito a scopo emodinamico, a patto che venga preceduto da appropriata mappa emodinamica venosa mediante ecocolordoppler.

Le tecniche chirurgiche possono essere raggruppate in quattro categorie principali:

- chirurgia ablativa: comprende gli interventi di stripping safenico lungo e corto.

Questa categoria di interventi, ad indicazione e studio pre-operatorio appropriati, può essere considerata di Grado A;

- chirurgia ablativa sintomatica che modernamente comprende la flebectomia secondo Muller e può oggi essere considerata di Grado B;

- chirurgia conservativa senza exeresi dei tronchi safenici. La finalità è di trattare le varici mantenendo una safena drenante e non più refluenta. La direzione del flusso safenico potrà essere fisiologica (valvuloplastica esterna safeno-femorale e CHIVA 2) oppure invertita e diretta verso la cosiddetta perforante di rientro (CHIVA 1). Il CIF definisce questa chirurgia di Grado B.

- Trattamenti endovascolari: l'uso del Laser endovascolare e della radiofrequenza è ormai da considerarsi uscito dalla fase sperimentale. Grado B.

¹ Beresford S.A., Chant A.D., Jones H.O. et Al. Varicose veins: A comparison of surgery and injection/compression sclerotherapy. Five-year follow-up. The Lancet 1978; 1(8070): 921-4.

² Barwell J.R., Davies C.E., Deacon J. et Al. Comparison of surgery and compression with compression alone in chronic venous ulceration (ESCHAR study): randomised controlled trial. The Lancet 2004; 363: 1854-9.

³ Agus G.B., Allegra C., Arpaia G. et Al. Linee Guida diagnostico- terapeutiche delle malattie delle vene e dei linfatici. Acta Phlebologica 2000; 1 (suppl.1 al n.1):1- 55. Revisione 2003 in Acta Phlebologica 2003; 4: 1-52

CASI AD INDICAZIONE CHIRURGICA

L'IVC è frequentissima ed una parte minore di casi necessita di intervento chirurgico, essendo i cardini di cura basati sull'interazione sugli indicatori di rischio modificabili, sulla compressione elastica e sulla farmacoterapia.

Nonostante ciò, la cronicità stessa della malattia porta comunque ad un elevato numero di interventi chirurgici, attestato attualmente intorno a 150.000 procedure annue, costituendo il 4° tipo di operazione eseguito in Italia.

Non è scopo del presente testo aggiornare sulle linee di tendenza che hanno modificato la "chirurgia delle varici" negli ultimi quindici anni.

Le esemplificazioni riportate desiderano prospettare al medico non chirurgo la problematica di indicazioni appropriate per necessità e alcune tipologie di intervento diverse che in maniera sempre meno invasiva si offrono a quadri diversificati per aspetto clinico e *patterns* emodinamici.

Le Linee Guida Nazionali (Collegio Italiano di Flebologia) hanno infatti portato alle seguenti raccomandazioni:

Raccomandazioni:

Lo scopo della chirurgia delle varici è la risoluzione del momento varicoso a scopo sintomatologico, preventivo o terapeutico delle complicanze, fermo restando il **carattere evolutivo della malattia varicosa**.

Grado A

Il paziente operato necessita di controlli clinici e strumentali nel tempo.

Grado A

La terapia delle varici di vene collaterali, esistendo valide alternative di tipo medico o scleroterapico, **non è esclusivamente chirurgica**.

Grado B

Le stesse Linee Guida ricordano pertanto la necessità di un affronto globale alla malattia duraturo nel tempo, mediante uso di calze elastiche e farmaci idonei:

Raccomandazioni:

Sono numerose le evidenze per una **strategia terapeutica di scelta con farmaci flebotropi** nell'IVC quando la chirurgia non sia indicata, non sia possibile o possa essere coadiuvata dalla farmacoterapia.

L'uso dei farmaci flebotropi trova la sua indicazione clinica sui sintomi soggettivi e funzionali dell'IVC (stancabilità, crampi notturni, gambe irrequiete, pesantezza, tensione) e sull'edema.

Grado A

I farmaci più in uso nel nostro Paese sono rappresentati dai bioflavonoidi. Per i casi di IVC più avanzata - alterazioni trofiche fino all'ulcerazione - sono stati dimostrati e segnalati (Clinical Evidence, Ed. Ministero della Salute) risultati ottimali sul coadiuvare ed accelerare la guarigione delle ulcere, oltre che con compressione e chirurgia, con **sulodexide**.



CASI CLINICI

CASO CLINICO 1°

INDICAZIONE A TRATTAMENTO LASER ENDOVASCOLARE (ELVeS)

- Paziente uomo di 51 anni con IVC sintomatica: vene varicose con prurito e saltuario senso di peso alle gambe.
- Anamnesi: varici da anni con familiarità positiva da parte materna, progressivamente aumentate sino all'epoca della consultazione per i disturbi.
- Eco-color-doppler: reflusso tronculare della vena grande safena sino al terzo superiore della gamba refluyente in varici voluminose di rami collaterali.
- Studio pre-operatorio compatibile ad indicazione a trattamento Laser.
(N.B. La tecnica, al di là del necessario apprendimento delle corrette indicazioni, di alcuni principi di fisica e di semplice *learning curve*, si propone come semplificazione di una chirurgia tassata da costi e recidive).



A



B

Fig. 1 - Voluminose varici totalmente correlabili al reflusso safenico lungo (a) con mapping pre-operatorio (b)

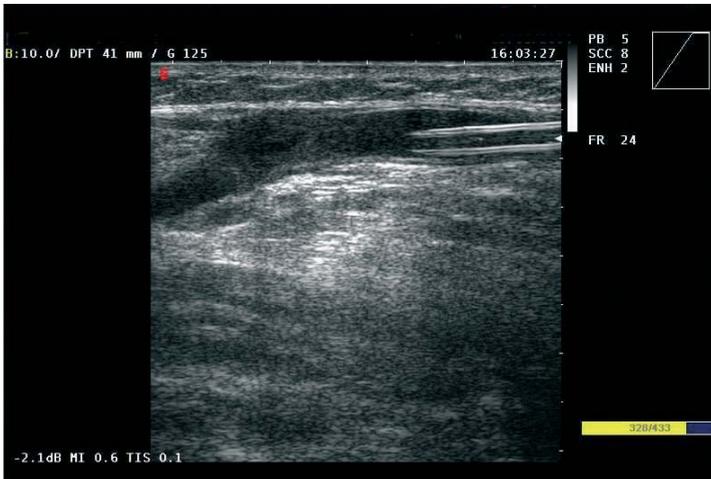


Fig. 2 - Ecodoppler intra-operatorio: la giunzione safeno-femorale sinistra è raggiunta dai cateteri **Endo Laser Vein System (ELVeS)**, leggibili come "binario" nell'immagine, per l'erogazione dell'energia Laser sufficiente alla obliterazione della safena e dei collateralì bassi con conservazione della giunzione sotto l'affluenza della vena epigastrica superficiale che ne mantiene la funzione.



Fig. 3 - Intervento Laser eseguito in anestesia locale per via endovascolare percutanea (associazione di flebotomie secondo necessità). Sono visibili eco-color-doppler ed erogatore di energia termica con catetere Laser in situ (luce rossa)

CASO CLINICO 2°

INDICAZIONE A CURA [H]EMODINAMICA DELL'INSUFFICIENZA VENOSA IN AMBULATORIO (CHIVA)

- Paziente donna 43 anni con IVC scarsamente sintomatica, ma inestetica: vene varicose alle cosce, evidenti.
- Anamnesi: varici da anni con familiarità positiva da parte materna, comparse all'epoca di seconda gravidanza.
- Eco-color-doppler: assenza di reflusso tronculare della vena grande safena per continenza della valvola terminale, incontinenza parziale della safena con varici di collaterali di coscia.
- Studio pre-operatorio compatibile ad indicazione a trattamento "emodinamico" con conservazione della vena safena.

(N.B. E' difficile la comprensione della strategia al di fuori di adeguata preparazione culturale e pratica per questo tipo di trattamento).



Fig. 1 - Mapping pre-operatorio di varici parzialmente correlabili al reflusso safenico indirizzato a rete extra-safenica

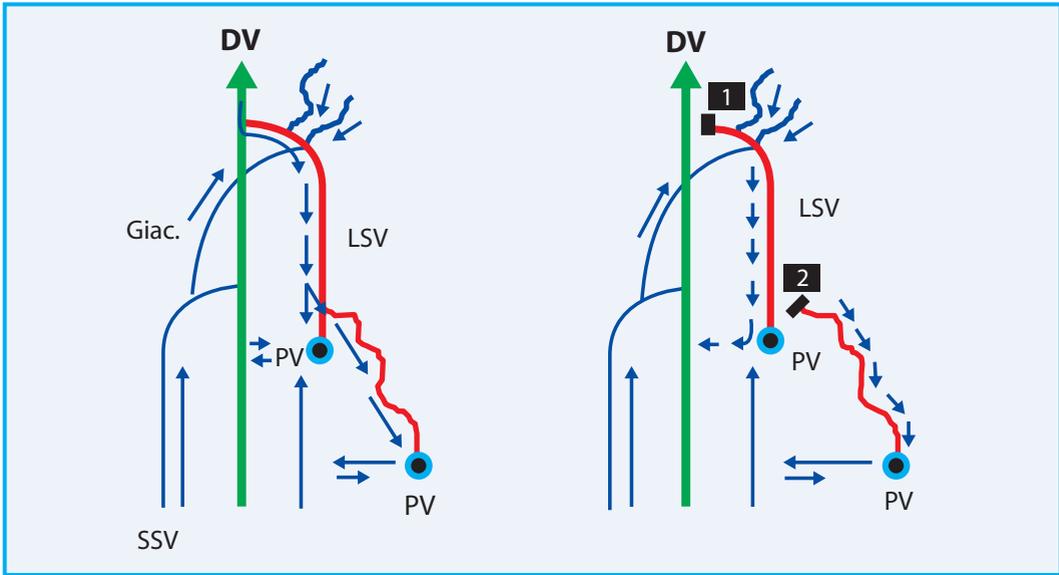


Fig. 2 - Schema dell'intervento secondo "cartografia" e correzione "emodinamica" CHIVA

CASO CLINICO 3°

ESEMPIO DI CODIFICA CEAP: C 2,4,6,s E p A s,p P r

- Paziente donna di 63 anni con IVC sintomatica (codifica **C s** per la **C**linica sintomatica): la presenza di vene varicose (**C 2**), lipodermatosclerosi (**C 4**), ulcera in atto (**C 6**), e - si noti - l'assenza di edema, è indicata dai rispettivi numeri dei segni presenti.
 - Anamnesi: varici da anni, progressivamente aumentate e complicate; negativa una storia per pregressa trombosi venosa profonda (codifica **E p** per l'**E**tologia e **p**rimitività delle varici).
 - Eco-color-doppler: reflusso tronculare della vena grande safena sino al terzo superiore della gamba refluyente in varici voluminose soprastanti (codifica **A s** per la sede **A**natomica **s**uperficiale), ed incontinenza di vene **p**erforanti (**A p**).
- Fisio**P**atologia negativa per trombosi venosa profonda o sindrome post-trombotica (**P r**, per **r**eflusso).

(N.B. La classificazione CEAP, a parte la C della clinica, può essere complessa ed è infatti d'uso nella letteratura scientifica e non nella pratica clinica se non specialistica)



Fig. 1 - Non necessariamente la voluminosità delle varici e la presenza di alterazioni trofiche è correlata ad età avanzata e presenza di edema

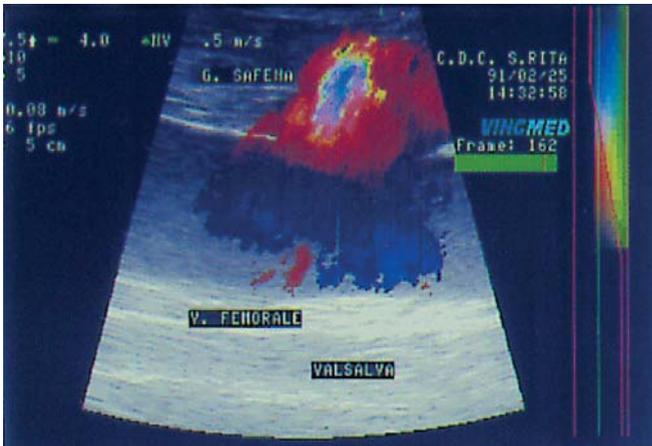


Fig. 2 - ECD: La giunzione safeno-femorale sinistra è incontinente. Il vaso si presenta dilatato ed il colore rosso indica l'inversione del flusso

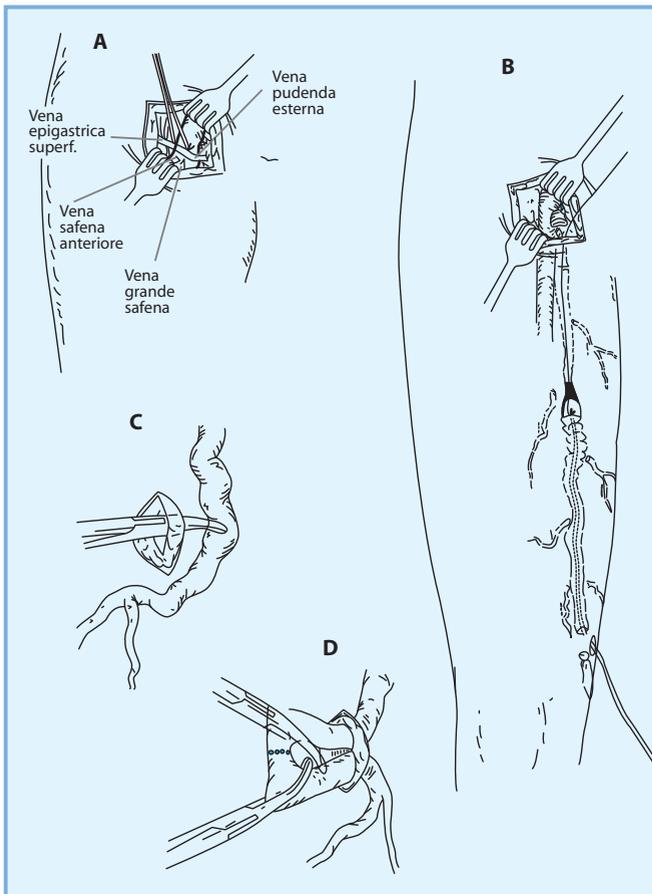


Fig. 3 - Schema dell'intervento standard di stripping corto eseguibile in anestesia generale o loco-regionale con legatura/sezione di vene perforanti e flebectomie associate (incisioni magnificate per miglior visibilità).

CASO CLINICO 4°

ESEMPIO DI LIVELLI DIAGNOSTICI

- Paziente donna di 74 anni con ulcerazione al malleolo sinistro presente da oltre 10 anni e recidivante nonostante ogni forma di trattamento convenzionale. Questo ha compreso in passato bendaggi elastici, antibiotici, medicazioni locali.
- Anamnesi: dolore intenso ed edema della gamba, disabilità per il lavoro in piedi. Ricordo di comparsa spontanea dell'ulcera a sinistra, nonostante maggior presenza di varici a destra. Assenza di traumi e non conoscenza di storia di trombosi venosa profonda.
- L'iter diagnostico deve prevedere tre livelli per efficacia e costo-beneficio.

I Livello

Esame clinico: polsi arteriosi tibiali presenti e validi (indice di Winsor normale); caratteristiche per estensione e profondità dell'ulcera al momento della visita (nel caso, uso pregresso di violetto di genziana) senza segni di infezione in atto; edema e discromia emosiderinica; minime varicosità extra-safeniche. Esame Doppler (*pocket-Doppler*) non attendibile per assenza di reflussi alla safena ed alla vena poplitea, rilievo di incontinenza di vene perforanti alla gamba.

II Livello

Eco-color-doppler: reflusso alla vena poplitea (>4 sec.); incontinenza di vene perforanti in regione mediale. Pletismografia non eseguita.

III Livello

Flebografia ascendente: quadro compatibile per sindrome post-trombotica per alterazioni a livello delle vene tibiali ed ostruzione di vecchia data del segmento femoro-iliaco; perforanti incontinenti corrispondenti a reperto ECD.

CONSIDERAZIONI

La flebografia è esame oggi in disuso salvo in casi selezionati e in prossima sostituzione con la flebo-RM. Il *pocket-Doppler* è divenuto ausilio dell'esame clinico, ma è insufficiente in presenza di trombosi venosa profonda. L'eco-color-doppler è esame di II livello indispensabile unicamente per diagnosi difficili, come nel caso, o programmazioni chirurgiche (dunque pre-operatorio); un suo uso estensivo non è costo-beneficio e sottrae tempo medico e risorse economiche.

Il caso specifico richiede chirurgia mirata delle vene perforanti incontinenti, calza elastica a compressione adeguata, farmaci flebotropi e attivi sul microcircolo alterato da anni di patologia da stasi non inquadrata.



Fig. 1



Fig. 2 - ECD: tipico reperto per morfologia e colore di vena perforante incontinente

CASO CLINICO 5°

NON SOLO CHIRURGIA

- Paziente donna di 46 anni con IVC e varicosità interne alla gamba comparse dopo la terza gravidanza. Scarso interesse per inestetismo.
- Anamnesi: saltuariamente sintomatica (edemi vespertini e senso di peso e calore in stagione invernale causati da riscaldamento a pannelli dell'abitazione). Sintomi ben controllati da terapia con farmaco flebotropo e uso di calza elastica a blanda contenzione (12-18 mm Hg alla caviglia).
- Esame Doppler (pocket-Doppler): reflusso della vena grande safena di grado moderato, diretto a collaterali mediali.
Esame eco-color-doppler non indispensabile né utile in assenza di indicazione chirurgica di necessità.



Fig. 1

CONSIDERAZIONI

La presenza di varici e sintomi ad esse correlati, come in questo caso, è generalmente accettata quale motivo di indicazione chirurgica. Tuttavia il management di casi simili così frequenti negli ambulatori, deve tener conto oggi di almeno due variabili decisionali per un corretto invio al chirurgo flebologo: l'alto numero di individui con IVC e il conseguente alto costo di diagnostica strumentale e chirurgia inappropriata¹; il bisogno reale di salute e qualità della vita dei pazienti, migliorabile con trattamenti conservativi a più basso costo².

La stagionalità estiva della malattia è un concetto oggi superato dalla ciclicità della sintomatologia del singolo paziente. Una terapia con farmaci flebotropi e compressione elastica, unita a corretti comportamenti, risolve efficacemente questi momenti ciclici del disturbo, presente non solo in stagioni cosiddette calde.

Il ruolo del paziente stesso nell'indicazione chirurgica è pertanto rilevante (Tabella sottostante).

Le vene varicose devono essere sempre operate ?

- SI**
- se il paziente lo desidera, sia per alleviare i sintomi che per motivi estetici
 - quando compaiono alterazioni cutanee, per quanto lievi, nella parte inferiore della gamba
- NO**
- se il paziente non lo desidera e la cute è perfettamente normale
 - se l'obiettivo è solamente quello di arrestare la progressione delle varici ed evitare un trattamento successivo

Il management odierno sui costi ospedalieri e sul risparmio ottenibile da una terapia conservativa è stato calcolato². Contro l'innalzamento dei costi sanitari prodotti dall'introduzione in Italia del sistema di rimborso per DRG (la chirurgia delle varici è Gruppo di Malattia tra i più diffusi) o, viceversa, contro il tentativo di risparmiare risorse sottraendole alla prevenzione e cure mediche, il calcolo di un costo giornaliero per l'IVC di 1,08 euro per l'uso del farmaco più calza elastica e visite periodiche del medico di famiglia, dovrebbe far riflettere sui vantaggi di questo tipo di management.

¹ Editorial. Knowing when not to operate. What are the symptoms of varicose veins? Br Med J 1999; 318: 353-6.

² Allegra C. Chronic venous insufficiency: the effects of health-care reforms on the cost of treatment and hospitalisation. An Italian perspective. Curr Med Res Opin 2003; 19: 761-9.

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2006

