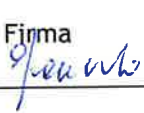
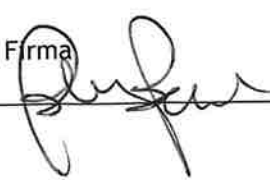
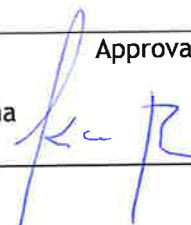


SOMMARIO

1. Introduzione e classificazione
2. Criteri di valutazione delle varici degli arti inferiori
3. Fase di ammissione
4. Fase di ricovero
5. Fase chirurgica
6. Fase di dimissione
7. Follow up
8. Riferimenti

Redazione		Verifica		Approvazione	
Firma	data	Firma	data	Firma	data
	28/10/25		30/10/25		3/11/25

1. INTRODUZIONE E CLASSIFICAZIONE

La patologia varicosa degli arti inferiori è una delle patologie che giungono più frequentemente all'osservazione del Chirurgo Vascolare.

Essa riguarda:

- Varici della grande safena
- Varici della piccola safena
- Varici extra-safeniche

2. CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI

Come viene eseguita la diagnosi delle varici degli arti inferiori?

La prima diagnosi è ovviamente di natura clinica: **un corretto esame obiettivo vascolare** mette già in evidenza l'esistenza ed il grado di severità della malattia, definito poi in base **alla classificazione mondiale CEAP, con gradi da 1 a 6.**

Si possono distinguere tre momenti nella valutazione della malattia varicosa:

A) CRITERIO CLINICO:

generalmente la pesantezza e la tensione degli arti inferiori durante la stazione eretta prolungata sono i primi segni della malattia varicosa, che più avanti nel tempo possono tramutarsi in vero e proprio dolore. **Dal punto di vista obiettivo l'edema alle caviglie è un dato quasi costante.** L'irrequietezza degli arti in posizione seduta, ortostatica o a letto nelle ore notturne, può anche essere uno dei primi sintomi riferiti. Con l'andar del tempo si evidenziano **i quadri sintomatologici più gravi con dermatiti, eczemi varicosi e ulcere.** Dal punto di vista clinico le complicanze delle varici degli arti inferiori includono l'emorragia, la tromboflebite, le ulcere e trombosi profonde. Complicanza gravissima e non infrequente è l'embolia polmonare da migrazione embolica di trombo formatosi nel circolo venoso superficiale degli arti inferiori, e migrato in profondità.

Nella quasi totalità dei casi la diagnosi è dunque effettuabile già attraverso una accurata ispezione e palpazione. Una conferma clinica si ottiene con alcuni esami

semeiologici tra cui i più importanti sono:

test impulsivo da tosse, tendente a valutare il reflusso venoso;

test della percussione di Schwartz, tendente anch'esso a valutare il reflusso tronculare della safena mediante ballottamento di segmento venoso interposto tra due dita della mano;

test di Rima-Trendelenburg, tendente a valutare il reflusso con posizionamento di laccio emostatico alla coscia col paziente ad arto in scarico e osservazione della direzione e del tempo di riempimento delle varici dopo aver fatto rimettere in piedi il paziente ed aver tolto la compressione, che deve durare 30 secondi.

test dei lacci multipli, per evidenziare le comunicanti insufficienti:

test di Pherthes, per evidenziare la permeabilità del circolo venoso profondo

B) CRITERIO ULTRASONOGRAFICO (ECO-COLOR DOPPLER)

Le varici degli arti inferiori devono sistematicamente essere studiate con apparecchiatura Eco-Color- Doppler, che rileva il grado di avanzamento della malattia.

In particolare l'eco-color-doppler permette di valutare l'incontinenza delle valvole venose: la valvola pre-terminale, terminale e femorale e le incontinenze a livello della crosse safeno-femorale e safeno-poplitea, che determinano la terapia da eseguirsi.

Per ciò che riguarda la diagnostica strumentale, **l'Eco-color-doppler è l'esame diagnostico Gold Standard, in grado innanzitutto di escludere trombosi venose, ma soprattutto in grado di identificare le fonti di reflusso che determinano le varici ed i parametri emodinamici, come il diametro della vena varicosa e lo stato di funzionamento delle valvole, in particolare la valvola pre-terminale e terminale safenica, la valvola femorale e la valvola iliaca. Saranno questi parametri a determinare le varie opzioni terapeutiche.**

L'eco-color-doppler è anche in grado di valutare le piccole incontinenze delle valvole ostiali che non possono essere viste con dispositivi non color.

L'eco-color- doppler permette inoltre di rendere selettivo l'intervento, potendo eseguire in questo modo solo una soppressione parziale della safena e mantenendone un segmento che potrà nella vita del paziente essere utile come materiale per eventuali by-pass cardiaci o arteriosi

L'eco-color-doppler permette infine di evidenziare molto bene la presenza di trombi nel sistema venoso superficiale e profondo, definendone l'età e l'estensione e favorendo così **un trattamento precoce che evita l'instaurarsi di un quadro embolico**

polmonare.

C) CRITERIO FLEBOGRAFICO;

La flebografia è una tecnica invasiva angiografica che generalmente non si applica più per le varici semplici. È però ancora utile quando vi siano stati episodi di trombosi venosa profonda, di recidive o di insufficienza di vene perforanti.

D) ANGIOTAC CON MEZZO DI CONTRASTO

È l'esame di riferimento per i quadri clinici dubbi o complessi.

Quali sono dunque i razionali del trattamento delle varici degli arti inferiori?

Sono essenzialmente due: il primo è la soppressione del reflusso patologico ed il secondo è la bonifica (per quanto possibile) delle lesioni trofiche cutanee che si instaurano, in particolare le ulcere varicose.

Quali sono gli obiettivi terapeutici per la cura delle varici degli arti inferiori?

Se vi è una fonte di reflusso importante, il trattamento invasivo, sia Chirurgico Aperto Tradizionale Mini-invasivo, Termoablativo Endoluminale con Laser o con Radiofrequenza, Obliterativo Chimico Ecoscleroterapico con Schiuma o con Colla, deve sempre essere proposto.



SCLEROTERAPIA CON SCHIUMA



**ESECUZIONE DI SCLEROTERAPIA
CON SCHIUMA**



PREPARAZIONE DELLA SCHIUMA



**TECNICA DI ECOSCLEROSI CON
SCHIUMA DELLA GRANDE SAFENA**



Quali sono le possibilità terapeutiche per curare le varici degli arti inferiori?

Le risposte terapeutiche variano in base alle presentazioni anatomiche ed ai parametri emodinamici: **per varici di grosso calibro con aneurismi venosi inguinali o di cavo popliteo e con valvola terminale completamente incontinente, si dovrà utilizzare ancora la Chirurgia Aperta Tradizionale, rivista in forma Mini-Invasiva, cioè Crossectomia e Mini Stripping Venoso per le safene, e Flebectomie per asportare le vene collaterali. Per varici con diametri al di sotto del centimetro e valvole ancora continenti la prima scelta può essere, “secondo le più recenti Linee Guida Internazionali”, l'Ecosclerosi con Schiuma, metodo molto efficace, completamente Ambulatoriale, quasi indolore, con ripresa immediata del lavoro, e semplice calza elastica o uso di Colla Biologica per obliterare le varici, addirittura senza compressioni o calze elastiche.**

Quando si utilizzano le procedure Laser e Radiofrequenza?

Si utilizzano in casi selezionati: **bisogna però sapere che tali procedure necessitano di Sala Operatoria con Anestesia e Sedazione e sono comunque metodiche non prive di rischi trombotici, percentualmente rispetto alla Chirurgia Tradizionale Mini-invasiva, all' Ecosclerosi con Schiuma ed all' obliterazione con Colla Biologica, e sono talora di non agevole esecuzione e fattibilità.**

Le tecniche Laser e Radiofrequenza hanno dei limiti?

Certamente sì, nel senso che, in presenza di aneurismi venosi inguinali e poplitei a raso delle vene profonde, safene doppie all'origine, safene sdoppiate importanti, safene accessorie mediali e laterali incontinenti, safene tortuose o sopra fasciali, il Laser e la Radiofrequenza non possono sempre garantire la sicurezza, durabilità e cura delle complicanze.

Quali sono i risultati di tutte le tecniche?

Tutte le tecniche hanno una percentuale di occlusione delle varici del 90% a 1 anno per scendere nel tempo.

Come si deve allora comportare il paziente di fronte alla comparsa di una varice?

Il paziente sicuramente deve farsi vedere subito da uno **Specialista in Chirurgia Vascolare** ed eseguire un **Eco-color-doppler molto accurato**.

3. FASE DI AMMISSIONE

Chiamata telefonica per confermare:

- Giorno dell'intervento chirurgico
- Giorno di esecuzione delle indagini preoperatorie (da effettuarsi 5-6 giorni prima del ricovero): *esami ematochimici, ECG, Rx torace*

4. FASE DI RICOVERO

Registrazione c/o gli uffici amministrativi

Accoglimento in reparto da parte del personale infermieristico

Personale medico chirurgo operatore:

- intervento informativo su diagnosi, tecnica e procedure chirurgiche;
- presa visione del modulo consenso informato per intervento chirurgico e firma per accettazione sia del paziente e sia del medico; compilazione della Cartella Clinica (che raccoglie gli accertamenti e le eventuali visite effettuate nella fase preoperatoria).

Personale medico anestesista:

- -valutazione del rischio operatorio e presa visione del questionario di anestesia compilato e firmato dal paziente e controfirmato dal medico anestesista.
- intervento informativo sui tipo di anestesia idonea al trattamento chirurgico; presa visione del modulo consenso informato per rischio anestesilogico e firma per accettazione sia del paziente sia del medico.

5. FASE CHIRURGICA

Preparazione pre-intervento

Intervento Chirurgico

La Safenectomia di grande e piccola safena (parziale o totale) rappresenta l'intervento percentualmente più rilevante nella nostra casistica riguardante la patologia chirurgica della sindrome varicosa degli arti inferiori.

L'intervento di safenectomia (grande safena) consiste nella crossectomia femorale con legatura della safena magna e dei suoi collaterali a livello dell'ostio safeno-femorale. Una volta sezionata la vena safena viene asportata per via anterograda o retrograda, parzialmente o totalmente a seconda di come il caso clinico richieda. A tale intervento possono essere associate flebectomie di coscia e/o gamba. Analoga procedura per la piccola safena (con crossectomia a livello dello sbocco safeno-poplitico).

Decorso post-operatorio

Controllo parametri vitali, trattamenti farmacologici prescritti nel post operatorio e mobilizzazione attiva del paziente secondo prescrizione medica.

6. FASE DI DIMISSIONE

La dimissione del paziente viene stabilita dal chirurgo che ha effettuato l'intervento o da altro chirurgo da lui delegato in collaborazione con l'anestesista ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri:

- Recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale Confermata stabilità cardio-circolatoria
- Confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree ed assenza di problemi respiratori
- Ripristino della minzione spontanea
- Assenza di sanguinamento
- Minima sensazione di dolore e nausea compatibili con una gestione domiciliare
- Confermata capacità di assumere liquidi
- Confermata capacità deambulazione
- Controllo di medicazione della ferita
- Confermata presenza di un accompagnatore
- Assenza di disagio psico-emotivo

Al paziente alla dimissione oltre alla scheda informativa sarà consegnata una relazione destinata al medico curante composta dai seguenti elementi:

- Breve descrizione dell'intervento chirurgico
- Eventuali condizioni degne di nota realizzatesi nel perioperatorio
- Trattamenti farmacologici consigliati nell'immediato postoperatorio

- Indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione compreso recapito telefonico
- Indicazione della prima visita di controllo e rimozione punti

7. FOLLOW UP

Visita di controllo dopo la dimissione, a 7-10 giorni dall'intervento (salvo complicazioni).

8. RIFERIMENTI

1. Linee Guida Acta Phlebologica - Collegio Italiano di Flebologia – revisione 2013,
2. Agus G.B.: Chirurgia delle varici tendenze recenti. Ed Minerva Medica Torino 1991
3. Coon W W, Willis PW Ili, Keller JB: Venous thromboembolism and other venous disease in the Tecumseh Community Health Study. Circulation 48:839, 1973.
4. Reagan B, Polse R: Lower limb venous dynamics in normal persons and children of patients with varicose veins. Surg Gynecol Obstet 132:15, 1971.
5. Ludbrook J: Aspects of Venous Function in the Lower Limbs. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1996.
6. Shepherd JT: Role of the veins in the circulation. Circulation 33:484, 1996.
7. Foote RR: Varicose Veins (ED:"): St. Louis, CV Mosby, 1954, pp 1-27.
8. Keller WL: A new method of extirpating the internal saphenous and similar veins in varicose conditions: A preliminary report. NY Med J 82:385, 1905.
9. Mayo CH: The surgical treatment of varicose veins. St. Paul Med J 6:695, 1904.
10. Babcock WW: A new operation for extirpation of varicose veins of the leg. NY Med J 86:153, 1907.
11. Larson RH; Lofgren EP; Myers TT, Et al: Long term results after vein surgery: Study of 1,000 cases after 10 years. Mayo Clin Proc 49:114, 1974.
12. Hobbs JT: The management of varicose veins, Surg Ann 12:184, 1980.
13. Hobbs JT: The treatment of varicose veins by sclerofusing Therapy, in Rutherford RB (ed.) Vascular Surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1976.
14. Giacomini: Giorn. di Accademia di Med. Torino, Voi 14, 1893
15. Kosinski C: Observations on the superficial system of the lower extremities. J Anat 60:131, 1926.

16. Haeger K: The surgical anatomy of the sapheno-femoral and sapheno-popliteal junctions. J Cardiovasc Surg. 6:420, 1962.
17. Kandel R: Chirurgisch-anatomische eigentümlichkeiten bei der Behandlung der Varikosen vena Saphena Parva. Zbl Phleb 6: 313, 1967.
18. Mercier R, Fouques P, Portai N, Vanneuville G: Anatomie chirurgicale de la veine saphene externe. J Chir 93:95, 1967.
19. May R; Nissl R: Die Phlebographie der unteren Extremität. Stuttgart, Thieme, 1959.
20. Doran FSA; Barkat S: The management of recurrent varicose veins. Ann Roy Coll Surg 63:432, 1981.
21. Lin S: Primary varicose veins. Surg Rev 2:331, 1981.
22. Logfren EP: The operative treatment of varicose veins, in Rutherford RB (ed.) Vascular Surgery, Philadelphia, WB Saunders, 1976.
23. Thierry L: La vena fossa poplitea. Phlebologie (Brussels) 2:649, 1983.
24. Van der Stricht J. Van Daze P. Aneurisme veineux, Phlebologie (Brussels) 2: 758, 1983.
25. Marques JS La phlebographie, exploration indispensable pour le Diagnostic et a traitement de la varicose essentielle saphenienne externe. Phlebologie 26:173, 1973.
26. Gullmo A. Peripherie venen. Handbuch der Medizinischen Radiologie, voi. 3 Berlin, Springer, 1964.
27. May R, Nissl R. phlebographische Studien über die venen des Kniekehle und der Wade. Fortsche Roentgenstr 109:614, 1968.
28. Gillot C: Die intraoperative Phlebographie der V. Saphena Parva in Die Kniekehle. Berlin, Huber, 1975.
29. Hobbs JT: Per-operative venography to ensure accurate sapheno-popliteal ligation. Br Med J 1:1578, 1980.
30. Lea Thomas M, Briggs GM: Low osmolality contrast media for phlebography. Int Angiol 3: 73, 1984.
31. Hobbs JT: The pelvic congestion syndrome. Practitioner 216:529, 1976.

IL TRATTAMENTO ATTUALE DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI

DR. GIANCARLO VIGLIONE

**SPECIALISTA IN CHIRURGIA CARDIO-VASCOLARE
RESPONSABILE DEL PRIMO CENTRO PIEMONTESE DI FLEBOLOGIA AVANZATA
RICONOSCIUTO DALLA SOCIETÀ ITALIANA DI FLEBOLOGIA (SIF)
PRESSO LA CASA DI CURA CITTÀ DI BRA (CUNEO)**

Intervista al Dr. Giancarlo Viglione sul Trattamento Attuale delle Varici degli Arti Inferiori. Qual è la reale dimensione del problema venoso varicoso al momento attuale in Italia ed in genere in Europa?

La presenza delle varici sviluppate degli arti inferiori in Italia varia dal 10% al 30% nelle donne e dal 10% al 20% nei maschi adulti.

Quali sono i fattori di rischio per le varici degli arti inferiori?

Sicuramente la trasmissibilità ereditaria, che consiste nella debolezza congenita del tessuto connettivo, carente di elastina, la gravidanza, l'ortostatismo, il sovrappeso, la stipsi, l'ipertensione ed il fumo di sigaretta.

Qual è la percentuale di trasmissibilità ereditaria?

Con fattori ereditari trasmissibili, la trasmissibilità varia dal 45 al 65%, mentre in assenza di fattori ereditari trasmissibili varia dal 25 al 53%. Bisogna precisare che la malattia varicosa colpisce prevalentemente il sesso femminile fino alla 5ª - 6ª decade, mentre successivamente non si notano significative differenze tra i due sessi.

Quali sono i sintomi principali delle varici degli arti inferiori?

In linea generale i pazienti accusano pesantezza, dolore, edema e prurito. Visivamente compaiono ectasie e dilatazioni venose, tipo gavoccioli sugli arti inferiori, fino a varici sviluppate. Tutto ciò si complica poi con la comparsa di lesioni della cute, fino alle tromboflebiti, trombosi, ulcere e sanguinamenti, anche molto importanti.

Come viene eseguita la diagnosi delle varici degli arti inferiori?

La prima diagnosi è ovviamente di natura clinica: un corretto esame obiettivo vascolare mette già in evidenza l'esistenza ed il grado di severità della malattia, definito poi in base alla classificazione mondiale attuale CEAP, con gradi da 1 a 6. Per ciò che riguarda la diagnostica strumentale, l'Eco-color-doppler è l'esame diagnostico Gold Standard: innanzitutto è in grado di escludere trombosi venose, ma soprattutto è in grado di identificare le fonti di reflusso che determinano le varici ed i parametri emodinamici, come il diametro della vena varicosa e lo stato di funzionamento delle valvole. Saranno questi parametri a determinare le varie opzioni terapeutiche.

Quali sono dunque i razionali del trattamento delle varici degli arti inferiori?

Sono essenzialmente due: il primo è la soppressione del reflusso patologico ed il secondo è la bonifica (per quanto possibile) delle lesioni trofiche cutanee che si instaurano, in particolare le ulcere varicose.

Quali sono gli obiettivi terapeutici per la cura delle varici degli arti inferiori?

Se vi è una fonte di reflusso maggiore, il trattamento si deve sempre proporre: può essere Chirurgico Aperto Tradizionale Mini-invasivo, Termoablativo Endoluminale con



Laser o con Radiofrequenza, Obliterativo Chimico con Colla Cianoacrilato o Ecoscleroterapico con Schiuma.

Trova ancora spazio la Chirurgia?

Lo trova nei pazienti che si presentano in stati avanzati con varici molto voluminose e sviluppate (e purtroppo sono ancora tanti !!!): in tali casi le altre metodiche potrebbero non garantire risultati duraturi a lungo termine. Ciò vale anche per safene con modalità anatomiche particolari ma frequenti cioè safene doppie vere, safene sdoppiate o troppo superficiali o altre situazioni. Il metodo Classico Chirurgico si è però ormai ridotto drasticamente ed è stato rivisto in forma Mini-invasiva e Super selettiva, senza più Anestesia Generali e con Tecniche quasi prive di incisioni.

Quando si utilizzano le procedure Endoluminali?

Oggi giorno hanno dimostrato la loro efficacia le Tecniche di tipo Termoablativo, quali la Termoablazione Laser e Radiofrequenza, le Tecniche Obliterative Endoluminali, quali l'Eco-Sclerosi con Schiuma, l'Obliterazione safenica con Colla Cianoacrilato, le Tecniche Meccano Chimiche e le Tecniche Ibride. Tali metodiche si utilizzano quando i diametri venosi sono ancora contenuti e con valvole non completamente incontinenti e con modalità anatomiche favorevoli. La Casa di Cura Città di Bra è anche dotata di Laser Multifunzionale di ultima generazione per la Termoablazione Safenica.

Ed a questo punto come si procede?

Con lo studio dei parametri emodinamici in mano (diametro della safena e stato delle valvole) si può "personalizzare" la terapia del paziente, decidendo innanzitutto se può essere escluso il Trattamento Chirurgico, riservato come già detto ormai ad una percentuale minore di tutti i casi trattati dai singoli Operatori. Una volta stabilito questo, si può valutare se è possibile eseguire una terapia Endoluminale strettamente Ambulatoriale, cioè in Studio Medico Attrezzato, senza ricovero alcuno o una Terapia Endoluminale, cioè Laser, Radiofrequenza o Colla, eseguite però

obbligatoriamente in Struttura Ospedaliera di Livello Avanzato, con Anestesia e ricovero di qualche ora.

Cosa richiedono le Metodiche Strettamente Ambulatoriali?

Non richiedono nessun ricovero ma devono essere sempre precedute da una vera mappa venosa con Eco-color-Doppler, eseguita dall'Operatore stesso, soprattutto per quanto riguarda la Ecosclerosi. L'Eco-sclerosi con Schiuma in particolare consiste nell'introduzione di una Schiuma in vena, che occlude le varici ed è possibile anche per diametri importanti, in modo efficace e sicuro in Studio Medico. Lo stesso discorso può valere in taluni casi per l'Obliterazione Chimica Safenica con Colla Cianoacrilato. Oggi per safene con diametro inferiore ad centimetro l'Eco-sclerosi con Schiuma è la Metodica di prima scelta secondo le più importanti Linee Guida Inter-

nazionali. Presso la Casa di Cura Città di Bra si eseguono poi tutti gli altri Trattamenti Endoluminali Obliterativi.

Quali sono i risultati di tutte le tecniche?

Tutte le tecniche hanno una percentuale di occlusione delle varici del 90% a 1 anno per scendere nel tempo

E allora quale è la differenza tra le varie tecniche?

La differenza principale è che solo l'Eco-sclerosi con Schiuma e le procedure di Obliterazione Chimica Safenica con Colla Cianoacrilato in situazioni particolari sono completamente Ambulatoriali, cioè eseguibili in Studio Medico Attrezzato senza necessità di ricovero Ospedaliero né di Anestesia: sono poco invasive e praticamente indolori e necessitano solo di qualche giorno di compressione con calza elastica, con ripresa immediata del lavoro.

Quali sono le complicanze più gravi della malattia varicosa?

Se non trattate le varici degli arti inferiori possono causare trombosi venose profonde, con possibilità di embolia polmonare, in taluni casi fatale, tromboflebiti superficiali e lesioni trofiche, come chiazze cutanee nere sulla pelle, sempre irreversibili, ed infine ulcere, sempre di difficile guarigione.

Quindi qual è la considerazione finale?

La considerazione finale è:

- 1) Innanzitutto sensibilizzare la popolazione al problema varicoso che è grandemente diffuso in tutti i soggetti di entrambi i sessi, sia di giovane età che di età avanzata.
- 2) Identificare le Tecniche più opportune per ogni paziente, per personalizzare la terapia.
- 3) Cercare di diagnosticare per tempo le forme che possono essere trattate Ambulatorialmente, per non occupare inutilmente spazi Ospedalieri di Sala Operatoria.

Dr. Giancarlo Viglione



Schiuma, colla e laser: ecco le nuove soluzioni

Sono state molte le avanguardie nel trattamento delle varici degli arti inferiori in questi ultimi anni?

«È cambiato molto, nel senso che si è passati dal trattamento classico Chirurgico Invasivo delle grandi e piccole safene alle forme di Terapie Mini-Invasive sia Chirurgiche che Endoluminali».

Quali sono pertanto le tecniche più attuali per questo tipo di trattamento?

«Ormai il metodo Classico Chirurgico si è ridotto drasticamente. La gran parte dei casi delle varici da trattare è stato rivisto in forma mini-invasiva e Super-selettiva, senza più anestesi generali e con tecniche quasi prive di incisioni».

Quali sono le altre metodiche?

«Hanno dimostrato la loro efficacia le tecniche di tipo termoablativo, quali la termoablazione laser e radiofrequenza, le tecniche obliterative endoluminali, quali l'eco-sclerosi con schiuma, o con colla cianoacrilato, le tecniche meccaniche e le tecniche ibride. In particolare la Casa di Cura Città di Bra è dotata di laser multifunzionale di ultima generazione per la termoablazione safenica».

Come si deve pertanto procedere di fronte ad un paziente con volu-

minose varici degli arti inferiori?

«Innanzitutto con una visita dallo Specialista Chirurgo Vascolare che effettuerà un'anamnesi e un esame clinico obiettivo, atti a stabilire la storia familiare e lo stato clinico del paziente. Dovrà poi essere imprescindibilmente eseguito un esame eco-color-doppler venoso ed arterioso degli arti inferiori che chiarisca in maniera netta la tipologia della varice (che ovviamente è diversa da soggetto a soggetto), i diametri venosi, e soprattutto le condizioni anatomiche particolari (crosse doppie, safene sdoppiate all'origine, voluminose safene accessorie, aneurismi giunzionali e safene sotto cutanee)».

A questo punto come si procede?

«Con questi elementi in mano si può "personalizzare" la terapia del paziente decidendo se può essere innanzitutto escluso il trattamento chirurgico, riservato ormai ad una percentuale minore di tutti i casi trattati dai singoli operatori. Una volta stabilito questo, si può valutare se è possibile eseguire una terapia endoluminale strettamente ambulatoriale, cioè in studio medico attrezzato, o una terapia sempre non chirurgica, ma eseguita d'obbligo in struttura ospedaliera dedicata».

Quale tipo di varici possono essere trattate in regime strettamente ambulatoriale al di fuori della sala

operatoria?

«Sempre che il paziente non si presenti in condizioni di sviluppo varicoso avanzato, si possono trattare tutte quelle vene che rispettano i diametri ancora contenuti e le condizioni anatomiche favorevoli, fondamentalmente con due metodiche: la schiuma sclerosante e la colla cianoacrilato».

Cosa richiedono queste due metodiche?

«Queste due ultime metodiche non richiedono nessun ricovero e devono essere precedute da una vera mappa venosa con eco-color-doppler eseguita da operatori esperti, soprattutto per quanto riguarda la scleroterapia. In particolare l'eco-sclerosi con schiuma, cioè l'introduzione di una schiuma in vena, occlude le varici ed è possibile anche per diametri importanti, in modo efficace e sicuro. Lo stesso discorso vale per l'obliterazione chimica con colla cianoacrilato. Oggi l'eco-sclerosi con schiuma è la Metodica di prima scelta per tale tipologia di varici. Inoltre presso la Casa di Cura Città di Bra si eseguono i trattamenti endoluminali obliterativi con la colla cianoacrilato e di recente è stata introdotta la metodica di termoablazione con laser di ultima generazione che trova buoni riscontri, con maggior comfort post-operatorio per il paziente e ripresa molto rapida

di tutte le attività quotidiane».

Qual è la prevenzione delle malattie varicose in particolare delle varici degli arti inferiori?

«Sicuramente si deve porre attenzione al peso ed alla scarsa mobilità, che ovviamente devono essere corrette. Una grande risorsa è sempre la calza elastica, soprattutto in soggetti a forte familiarità varicosa. È bene poi eseguire in tutti i soggetti uomini da 40 anni in su e donne da 50 anni in su (soprattutto quando inizia la menopausa) un check-up arterioso e venoso, che permetta di depistare tutte le varie forme di varici e tipologie anatomiche, che spesso nella prima fase sono poco sintomatiche e confuse molte volte con patologie di tipo reumatologico, ortopedico o neurologico».

Quindi qual è la considerazione finale?

La considerazione finale è innanzitutto sensibilizzare la popolazione al problema varicoso che è grandemente diffuso in tutti i soggetti di entrambi i sessi, sia di giovane età che di età avanzata. Poi è importante cercare di diagnosticare per tempo le forme che possono essere trattate ambulatorialmente e quelle che invece necessitano di occupare spazi ospedalieri. Infine identificare le tecniche più opportune per ogni paziente, per personalizzare la terapia».



Dott. Giancarlo Viglione

LE MALATTIE VASCOLARI ARTERIOSE E VENOSE I NUOVI TRATTAMENTI ENDOLUMINALI NON CHIRURGICI

1) Quali sono al giorno d'oggi le malattie vascolari arteriose a più alta mortalità e morbidità?

Sono sicuramente le patologie aterosclerotiche, che riguardano quasi tutte le arterie del corpo umano: in particolare le arterie carotidi, con accumuli di placche al loro interno, che generano episodi ischemici cerebrali fino ad ictus definitivo, l'aneurisma dell'aorta toracoaddominale la cui rottura è spesso fatale, e le arterie degli arti inferiori, che si restringono e poi si occludono, provocando difficoltà di cammino, fino all'ischemia critica ed amputazione dell'arto. Vi sono poi le lesioni aterosclerotiche delle arterie renali ed oculari, che portano ad insufficienza renale e cecità. Sono interessate dall'aterosclerosi anche le arterie intestinali, che possono portare ad infarto intestinale, ad esito quasi sempre infausto, e le arterie degli arti superiori. Infine l'aterosclerosi interessa molto spesso le arterie intracerebrali, che, con il loro restringimento ed occlusione, portano alla vasculopatia cerebrale.

2) Quali invece gli altri attori di rischio più importanti dell'aterosclerosi?

Sicuramente l'ipertensione arteriosa, in particolare quella sistolica isolata, cioè le puntate di pressione massima, che sono il fattore di rischio più importante, non solo per l'ictus, ma anche per l'infarto miocardico.

Altri fattori di rischio aterosclerotico sono il diabete, il fumo, le alterazioni dell'assetto lipidico, in particolare un "alto colesterolo LDL, cioè quello cattivo", una predisposizione trombotica, l'abuso di alcool, le malattie autoimmuni ed infiammatorie ed altri fattori ancora. Ad esempio un'elevata frequenza cardiaca, che agisce da moltiplicatore di tutte le forze meccaniche sui vasi, provocando una progressione delle placche aterosclerotiche, mediante un effetto-stress sulla parete arteriosa.

3) Come si materializza l'aterosclerosi nelle arterie?

Con la comparsa di placche all'interno dei vasi, che prima provocano una stenosi delle arterie, che poi progredisce fino ad occluderle. La placca poi rompe il suo cappuccio e genera emboli nei vari organi, con un meccanismo simile all'eruzione vulcanica, con esito molto spesso infausto.

Pertanto l'assetto lipidico è fondamentale nella prevenzione cardiovascolare, sia primaria, cioè prima di un evento acuto, sia soprattutto secondaria, cioè in seguito a infarti ed ictus. I valori di lipidi nel sangue sono un fattore da controllare, ma con obiettivi diversi, come ci insegnano le Linee Guida. Il colesterolo LDL è un vero e proprio fattore causale dell'infarto. Nei soggetti a rischio alto e altissimo si punta a rimanere sotto i 70, i 55 e addirittura i 40 milligrammi per decilitro. Ricordiamo che l'alimentazione è fondamentale e occorre affidarsi alla vecchia, sana dieta mediterranea. Si controlla il peso, si consuma molta frutta e verdura, si privilegiano i grassi e proteine di origine vegetale, si punta sui cereali integrali, si ricorda l'utilità del pesce. E occorre su indicazione del Medico, affidarsi ai farmaci.

La ricerca, in ogni caso, va avanti e negli ultimi tempi l'attenzione si concentra anche su una sorta di "controfigura" del Colesterolo LDL. È la proteina La(a). La porzione di lipoproteina (a) che si lega al colesterolo "cattivo" non dipende dalle nostre abitudini. A "definire" la quantità è infatti il DNA di ognuno. Almeno una volta nella vita bisognerebbe conoscerne i valori della lipoproteina A, perché si comporta esattamente come una sorta di "alleato" delle LDL e aumenta il rischio cardiovascolare. Per questo una volta che i livelli sono noti, occorre pensare a una prevenzione mirata sulla base del profilo genetico del soggetto.

4) Quali sono i sintomi delle patologie vascolari arteriose carotidee, aortiche e delle arterie degli arti inferiori?

Purtroppo per ciò che riguarda la patologia carotidea, stenosi severe, anche superiori all'80-90%, possono es-

sere assolutamente asintomatiche, e pertanto il paziente non si accorge di essere portatore di una patologia molto grave, che può portare ad un ictus devastante. In alcuni casi i pazienti accusano prima piccoli episodi ischemici cerebrali, detti TIA: essi sono "campanelli di allarme importantissimi" e si manifestano con disturbi visivi, della parola, della motricità degli arti, brevi perdite di memoria etc. Lo stesso principio vale per gli aneurismi dell'aorta toraco-addominale,

che spesso e volentieri vengono scoperti casualmente, in occasione di esecuzione di esami radiologici o ecografici per altre patologie di tipo toraciche, polmonari o addominali, chirurgiche generali, urologiche o ginecologiche.

Per ciò che riguarda la patologia delle arterie degli arti inferiori, molto spesso il paziente ha una difficoltà di cammino, che viene soprannominata "claudicatio": il paziente cammina per 100-200 metri in piano (o anche meno!) ed accusa dolore ai glutei, ai polpacci o ai piedi e si deve fermare: a questo punto scatta l'allarme e vengono eseguiti gli esami che scoprono la stenosi o l'occlusione dei vasi.

Per l'aneurisma dell'aorta addominale, oltre ai fattori che abbiamo detto prima, vi è una predisposizione congenita, con debolezza della parete arteriosa dell'aorta.

5) Quali sono le indagini strumentali che si devono eseguire per scoprire le patologie delle carotidi, dell'aorta e delle arterie degli arti inferiori?

Una buona anamnesi, un'ispezione vascolare attenta, una meticolosa palpazione dei polsi arteriosi ed una ascoltazione delle arterie, possono già orientare verso i vari tipi di patologia arteriosa. È importantissima la palpazione di tutti i polsi arteriosi, fino a quelli delle mani e dei piedi e l'ascoltazione che siano presenti e validi, nonché l'ascoltazione di soffi arteriosi a livello dell'occhio e del collo per la patologia carotidea, a livello addominale per l'aorta ed i vasi intestinali ed a livello inguinale e dietro il ginocchio per la patologia arteriosa degli arti inferiori.

Dal punto di vista strumentale sicuramente il Gold Standard è oggi rappresentato dall'Eco-color-doppler che, in mani esperte, può scoprire precocemente stenosi carotidee importanti ad alto rischio embolico, aneurismi dell'aorta addominale sovra e sotto renale e delle arterie viscerali e stenosi delle arterie degli arti inferiori.

Esiste oggi la possibilità di eseguire, con Eco-color-doppler avanzato, l'Elastosonografia, che è una modalità diagnostica basata su ultrasuoni che consentono la caratterizzazione tissutale, finalizzata ad analizzare le proprietà elastiche delle arterie.

6) Quali sono le terapie per le malattie vascolari arteriose?

In primis le terapie farmacologiche: oggi si sono fatti grossi passi avanti sia per l'abbassamento del colesterolo cattivo (LDL), con uso delle nuove statine, prive di alcuni effetti collaterali, in particolare i dolori muscolari, e degli anticorpi monoclonali, nonché di una vasta gamma di anti-ipertensivi, che, in linea generale, mantengono una pressione quasi ottimale. Quando la terapia medica non è sufficiente, vi è la possibilità di allargare le arterie stenotiche, in primo luogo con un approccio Endoluminale Mini-Invasivo, in Anestesia Locale Percutanea, mediante l'uso di Palloncini Dilatatori, oggi a rilascio di farmaci anti-ristenosi e, là dove necessario, uso di particolari Frese Laser o ad Ultrasuoni e posizionamento di Stent, cioè piccole mollette che riaprono le arterie e ripristinano i flussi. Oggi giorno tali metodiche sono, nella stragrande percentuale dei casi, la prima opzione terapeutica, soprattutto per gli aneurismi dell'aorta e la occlusione delle arterie degli arti inferiori, senza bisogno di intervento Chirurgico Tradizionale Aperto. Nel caso tutto ciò non sia sufficiente e solo in casi selezionati si dovranno eseguire gli Interventi Chirurgici Tradizionali a cielo aperto di pulizia delle arterie carotidi, esclusione di aneurismi dell'aorta e pulizia delle arterie periferiche, gravati da ben maggiori complicanze, rispetto ai Trattamenti Endoluminali.

7) È possibile far regredire la placca?

Ciò avviene molto raramente. Rimangono però fondamentali i farmaci (in particolare le nuove Statine e gli anticorpi monoclonali) perché stabilizzano la placca.

8) Nel settore venoso quali sono le patologie a più alto rischio?

Sicuramente la patologia in assoluto a più alto rischio è la trombosi venosa profonda, che può esitare in embolia polmonare, spesso fatale, e le varici degli arti inferiori, che danno luogo a pericolose tromboflebiti che possono evolvere di nuovo in trombosi venose profonde, lesioni scure cutanee indelebili ed irreversibili, che esitano in ulcere, difficilmente guaribili in modo definitivo.

9) Quali sono i sintomi di tali malattie venose?

Purtroppo i sintomi della trombosi venosa profonda, al pari delle patologie arteriose carotidee e aortiche, sono spesso, nella prima fase, poco significativi: ad esempio si può avere un modesto gonfiore e dolore del polpaccio, che poi esita progressivamente in un'occlusione venosa profonda, con un blocco della circolazione di ritorno, con insorgenza di edema e dolore sempre più importanti e pericolo di emboli ai polmoni. È per ciò che di fronte ad edemi o gonfiore degli arti inferiori è assolutamente necessario eseguire il prima possibile un esame EcoColor Doppler e una visita Specialistica Chirurgia Vascolare, per verificare che non sia presente una trombosi venosa profonda. Per le varici invece, nella fase iniziale, spesso vi è pesantezza, stanchezza e gonfiore degli arti inferiori, mentre ancora non si rilevano varici visibili e pertanto il paziente, non avendo dolori, si preoccupa poco o nulla.

10) Qual è la terapia delle trombosi venose profonde e delle varici degli arti inferiori?

Per la patologia venosa profonda è sicuramente la terapia farmacologica con l'uso di anticoagulanti, in particolare Eparina ed i Nuovi Anticoagulanti Orali, che non necessitano di controlli ematici seriali. Se vi è un'evoluzione grave del trombo verso il cuore, si possono posizionare particolari filtri di sbarramento ai trombi, detti filtri cavali, anche temporanei, che impediscono ai trombi di salire ai polmoni ed al cuore. Può essere anche usata una terapia trombolitica, che scioglie il trombo ed evita embolie polmonari o una trombectomia chirurgica. Oggi giorno è possibile posizionare, in casi selezionati, gli Stent Venosi, cioè mollette che riaprono i flussi venosi e permettono al sangue di scorrere verso il cuore. Per ciò che riguarda le varici, oltre il Metodo Classico Chirurgico di Stripping della grande safena, rivisto in forma Mini-invasiva e Super selettiva, vi sono oggi altre tecniche, tipo le Termoablazioni Laser e Radiofrequenza, entrambe utilizzate presso la Chirurgia Vascolare della Casa di Cura Città di Bra, che vengono però privilegiate in pazienti selezionati, con diametri varicosi contenuti, in assenza di varianti particolari anatomiche safeniche, come la presenza di crosse doppie, safene sdoppiate all'origine, safene accessorie, aneurismi venosi giunzionali e safene sottocutanee. Queste Metodiche necessitano comunque di Anestesia e Sala Operatoria e sono gravate da percentuali non indifferenti di persistenza di varici recidive e complicanze trombotiche, più alte che nella Chirurgia Classica Tradizionale Mini-invasiva e nel Trattamento Endoluminale con Schiuma o Colla Cianoacrilato. Vi sono poi trattamenti in regime puramente Ambulatoriale, cioè fattibili semplicemente in Studio Medico Attrezzato, senza nessuna anestesia e quindi senza nessun ricovero, eseguiti mediante Eco-sclerosi con Schiuma e Colle Cianoacrilato Biocompatibili, che occludono le varici. Fino ad 1 cm di diametro queste metodiche sono oggi la prima scelta.

11) Quale è la prevenzione delle malattie varicose, in particolare delle Varici degli arti inferiori?

Sicuramente il sovrappeso e la scarsa mobilità devono essere trattati e la calza elastica è sempre una grande risorsa in soggetti a forte familiarità venosa. Bisognerà poi eseguire per tutti i soggetti, uomini da 40 anni in su e le donne da 50 anni in su (soprattutto quando inizia la menopausa), un check-up arterioso e venoso, che permetta di depistare tutte le forme possibili di tali patologie, in particolare quelle trombotiche e varicose, che spesso, nella prima fase, sono asintomatiche o confuse con patologie di tipo neurologico, ortopedico o reumatologico.

Dr. Giancarlo Viglione

DR. GIANCARLO VIGLIONE

NUOVA METODICA PER LA CURA DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Presso il Primo Centro Piemontese di Flebologia Avanzata riconosciuto dalla Società Italiana di Flebologia e Diretto dal Dr. Giancarlo Viglione presso la Casa di Cura Città di Bra, sono stati eseguiti i primi interventi



di oblitterazione chimica delle varici degli arti inferiori, mediante l'uso di Colla Cianoacrilato, senza intervento chirurgico.

Gli adesivi a base di Cianoacrilato sono ampiamente utilizzati da anni in Medicina, e sono stati utilizzati già su milioni di pazienti nel mondo, senza alcun effetto cronico. L'uso della Colla Cianoacrilato è stata autorizzata sia in America che in Europa: il più importante organo di controllo sui farmaci negli USA, la Food and Drugs Administration (FDA), l'ha approvata da tempo considerandola sicura sotto tutti i punti di vista.

Si tratta di introdurre nella vena varicosa, mediante semplice puntura venosa (come per la scleroterapia), un Polimero Cianoacrilato che occlude la vena: la fibrosi si completa in genere in due/tre mesi. Di fatto viene esercitata una "Safenectomia Non Chirurgica", dall'esterno, per via percutanea, equivalente ad una legatura delle vene safene eseguita chirurgicamente ed una oblitterazione del vaso.

Il grande vantaggio della Colla è che può essere utilizzata in caso di vene safene di grosso calibro, là dove le metodiche termoablative Laser e Radiofrequenza non sempre sono in grado di occludere in maniera duratura ed efficace le varici: inoltre con le procedure Laser e Radiofrequenza si ha una percentuale importante di ricanalizzazioni, trombosi venose profonde, dolore e reazioni flebitiche superficiali a medio termine, dovute alle alte poten-

ze energetiche di calore che si è costretti ad erogare. Con la Colla invece le complicanze trombotiche venose profonde, il dolore, le reazioni flebitiche, e le lesioni neurogene e cutanee sono minime.

Una modesta reazione infiammatoria infatti è presente solo nel 10% dei pazienti a distanza di 7-15 giorni lungo la coscia: può essere fastidiosa ma controllata facilmente con gli anti-infiammatori.

Altro vantaggio è la possibilità di usare la Colla in pazienti con pace-maker, obesi, artropatici, arteriopatici, portatori di varici molto superficiali, cavernomi e tromboflebiti: ciò è difficilmente possibile con le altre Metodiche non Chirurgiche.

Esistono attualmente diverse procedure di applicazione della Colla per il trattamento dell'insufficienza venosa, sia dei tronchi safenici che delle vene superficiali più piccole, mediante aghi, cannule e cateteri. Tale procedura, non necessita di alcun Intervento Chirurgico né di Anestesia (al massimo un piccolo pomfo di anestesia locale nel punto di introduzione dell'ago) ed è eseguibile, a seconda dei casi, sia in Studio Medico Specialistico Attrezzato, che in Sala Operatoria. Il paziente può deambulare immediatamente, in molti casi senza alcuna calza elastica, guidare la propria autovettura e condurre subito le proprie attività lavorative.

La Colla per il trattamento di occlusione della safena e delle varici extra-safeniche presen-

ta alcuni altri benefici: non vi sono punti di sutura, vi sono scarsissimi ematomi, ustioni e decolorazioni della pelle, ed un bassissimo tasso di ricanalizzazioni. Inoltre si estende la finestra temporale entro la quale questi interventi possono essere effettuati, comprendendo il periodo estivo, in quanto raramente tale procedura necessita di calza compressiva post trattamento e non ci sono fenomeni di iperpigmentazione cutanea. La Chirurgia, il Laser e la Radiofrequenza hanno riportato un ritorno all'attività lavorativa più prolungato e doloroso

rispetto all'uso della Colla.

Bisogna escludere l'uso della Colla in paziente pluri-allergici e con malattie autoimmuni, poiché il loro sistema immunitario potrebbe reagire in modo anomalo alla presenza di un materiale estraneo, seppure in piccole quantità.

La Colla Cianoacrilato è anche associabile alla Eco-sclerosi con Schiuma nella stessa seduta e permette pertanto una chiusura anche delle vene minori, costituendo un unicum che ne determina la superiorità. Analisi di letteratura condotte recentemente nel 2021 hanno addirittura concluso che la chiusura delle varici con Colla risulta superiore alla Chirurgia ed alla Ablazione Termica con Laser e Radiofrequenza, che necessitano sempre di Ospedalizzazione, Anestesia e Sedazione, ed uso di Soluzione Anestesiologica Tumescenza, spesso fastidiosa e con vasti ematomi.

Questa tecnica, approvata dalle Linee Guida Europee Americane ed Europee, vanta già una cospicua Letteratura riguardo ai risultati della chiusura venosa: essa si attesta sul 100% di occlusione immediata e sul 97% di occlusione a 5 anni.

Era doveroso divulgare scientificamente alla popolazione l'esistenza di questa nuova Metodica, che fa ormai parte dell'insieme delle nuove Tecniche di trattamento non Chirurgico delle varici degli arti inferiori, insorte negli ultimi vent'anni.

Dr. Giancarlo Viglione



Il trattamento attuale delle vene varicose degli arti inferiori

Intervista a Giancarlo Viglione sull'evoluzione della chirurgia vascolare venosa negli ultimi anni e sull'importanza della prevenzione

Qual è la reale dimensione del problema vene varicose al momento attuale in Italia ed in genere in Europa?

«La presenza delle varici sviluppate degli arti inferiori in Italia varia dal 10% al 33% nelle donne e dal 10% al 20% nei maschi adulti».

Quali sono i fattori di rischio per le varici degli arti inferiori?

«Sicuramente la trasmissibilità ereditaria, la gravidanza, l'ortostatismo, il sovrappeso, la stipsi, l'ipertensione ed il fumo di sigaretta».

Qual è la percentuale di trasmissibilità ereditaria?

«Con fattori ereditari trasmissibili, la trasmissibilità varia dal 44% al 65%, mentre in assenza di fattori ereditari trasmissibili varia dal 27% al 53%.

Bisogna precisare che la malattia varicosa colpisce prevalentemente il sesso femminile fino alla 5^a - 6^a decade, mentre successivamente non si notano significative differenze tra i due sessi».

Quanto incide la gravidanza sull'insorgenza delle varici degli arti inferiori?

«Molto: dal 10% al 63% in donne con figli e dal 4% al 26% in donne che non hanno mai avuto gravidanze».

Quali sono i sintomi principali delle varici degli arti inferiori?

«In linea generale i pazienti accusano pesantezza, dolore, edema e prurito. Visivamente compaiono ectasie e

dilatazioni venose, tipo gavoccioli sugli arti inferiori, fino a varici sviluppate. Tutto ciò si complica poi con la comparsa di lesioni della cute fino alle tromboflebiti, trombosi, ulcere e sanguinamenti, anche molto importanti».

Come viene eseguita la diagnosi delle varici degli arti inferiori?

«La prima diagnosi è ovviamente di natura clinica: un corretto esame obiettivo vascolare mette già in evidenza l'esistenza ed il grado di severità della malattia, definito poi in base alla classificazione mondiale CEAP, con gradi da 1 a 6. Per ciò che riguarda la diagnostica strumentale, l'Eco-color-doppler è l'esame diagnostico Gold Standard, in grado innanzitutto di escludere trombosi venose, ma soprattutto in grado di identificare le fonti di reflusso che determinano le varici ed i parametri emodinamici, come il diametro della vena varicosa e lo stato di funzionamento delle valvole, in particolare la valvola preterminale e terminale safenica, la valvola femorale e la valvola iliaca. Saranno questi parametri a determinare le varie opzioni terapeutiche».

Quali sono dunque i razionali del trattamento delle varici degli arti inferiori?

«Sono essenzialmente due: il primo è la soppressione del reflusso patologico ed il secondo è la bonifica (per quanto possibile) delle lesioni trofiche cutanee che si instaurano, in particolare le ulcere varicose».

Quali sono gli obiettivi terapeutici per la cura delle varici degli arti inferiori?

«Se vi è una fonte di reflusso importante, il trattamento invasivo, sia Chirurgico Aperto Tradizionale Mini-invasivo, sia Termoablattivo Endoluminale con Laser o con Radiofre-

quenza, sia Oblitterativo Chimico Ecoscleroterapico con Schiuma o con Colla, deve sempre essere proposto».

Quali sono le possibilità terapeutiche per curare le varici degli arti inferiori?

«Le risposte terapeutiche variano in base alle presentazioni anatomiche ed ai parametri emodinamici: per varici di grosso calibro con aneurismi venosi inguinali o di cavo popliteo e con valvola terminale completamente incontinente, si dovrà molto spesso utilizzare ancora la Chirurgia Aperta Tradizionale, rivista in forma Mini-Invasiva, cioè Crossectomia e Mini Stripping Venoso per le safene, e Flebectomie per asportare le vene collaterali. Per varici con diametri al di sotto del centimetro e valvole ancora continenti la prima scelta può essere, "secondo le più recenti Linee Guida Internazionali", l'Ecosclerosi con Schiuma, metodo molto efficace, completamente Ambulatoriale, quasi indolore, con ripresa immediata del lavoro, e semplice calza elastica o uso di Colla Biologica per oblitterare le varici, addirittura senza compressioni o calze elastiche».

Quando si utilizzano le procedure Laser e Radiofrequenza?

«Si utilizzano in casi selezionati: bisogna però sapere che tali procedure necessitano di Sala Operatoria con Anestesia e Sedazione e sono comunque metodiche non prive di rischi trombotici, percentualmente maggiori, rispetto alla Chirurgia Tradizionale Mini-invasiva, all'Ecosclerosi con Schiuma ed all'oblitterazione con Colla Biologica, e sono talora di non agevole esecuzione e fattibilità».

Le tecniche Laser e Radiofrequenza hanno dei limiti?

«Certamente sì, perché in presenza di

situazioni anatomiche particolari non possono garantire la sicurezza, la durabilità e cura delle complicanze».

Tutti questi trattamenti sono definitivi?

«Nessun intervento, sia di tipo Chirurgico tradizionale, sia di tipo Termoablattivo, sia di tipo Chimico Scleroterapico o con Colla si può considerare definitivo, cioè per sempre: infatti bisogna avere la consapevolezza che la malattia venosa è una malattia complessa, nella quale il problema base sta nella debolezza del tessuto venoso congenito, determinato da mancanza genetica quasi sempre ereditaria di elastina e di altre mutazioni genetiche, e ciò fa sì che nel tempo si possano aprire altri reflussi venosi dal circolo venoso profondo, che danno luogo ad apertura di nuove varici, che, se prese in tempo, saranno di facile trattamento Ambulatoriale Scleroterapico, evitando così le complicanze trombotiche ed ulcerose».

Quali sono le complicanze più gravi della malattia?

«Sicuramente le trombosi venose profonde, con possibilità di embolia polmonare, le tromboflebiti superficiali e le lesioni trofiche, come chiazze cutanee nere sulla pelle, sempre irreversibili, ed infine le ulcere, sempre di difficile guarigione».

Quali sono i risultati di tutte le tecniche?

«Tutte le tecniche hanno una percentuale di occlusione delle varici del 90% a 1 anno per poi scendere nel tempo».

Come si deve allora comportare il paziente di fronte alla comparsa di una varice?

«Il paziente sicuramente deve farsi visitare al più presto da uno specialista in chirurgia vascolare ed eseguire un eco-color-doppler molto accurato».



Malattie vascolari arteriose e venose

«L'importanza è nella prevenzione»

Quali sono oggi le malattie vascolari arteriose a più alta mortalità e morbilità?

«Sono sicuramente le patologie aterosclerotiche, che riguardano quasi tutte le arterie del corpo umano: in particolare le arterie carotidi, con accumuli di placche al loro interno, che generano episodi ischemici cerebrali fino ad ictus definitivo, l'aneurisma dell'aorta-toraco-addominale la cui rottura è spesso fatale, e le arterie degli arti inferiori, che si restringono e poi si occludono, provocando difficoltà di cammino, fino all'ischemia critica ed amputazione dell'arto. Vi sono poi le lesioni aterosclerotiche delle arterie renali ed oculari, che portano ad insufficienza renale e cecità. Sono interessate dall'aterosclerosi anche le arterie intestinali, che possono portare ad infarto intestinale, ad esito quasi

sempre infausto, e le arterie degli arti superiori. Infine l'aterosclerosi interessa molto spesso le arterie intracerebrali, che, con il loro restringimento ed occlusione, portano alla vasculopatia cerebrale».

Quali sono le reali dimensioni del problema ictus?

«L'ictus è la terza causa di morte nei Paesi industrializzati e rappresenta il 10% dei decessi in Europa. Un terzo dei soggetti colpiti da ictus decede, un terzo presenta danni neurologici permanenti ed un terzo ha un recupero graduale».

Quali invece i fattori di rischio più importanti dell'aterosclerosi?

«Sicuramente l'ipertensione arteriosa, in particolare quella sistolica isolata, cioè le puntate di pressione massima, non solo per l'ictus, ma anche per l'infarto miocardico. Altri fattori sono il diabete, il fumo, le alterazioni dell'assetto lipidico, in particolare un "alto colesterolo LDL, cioè quello cattivo", una predisposizione trombofilica, l'abuso di alcool, le malattie autoimmuni ed infiammatorie ed altri fattori ancora. Ad esempio un'elevata frequenza cardiaca, che agisce da moltiplicatore di tutte le

forze meccaniche sui vasi, provocando una progressione delle placche arterosclerotiche, mediante un effetto-stress sulla parete arteriosa».

Vi è una correlazione tra la patologia carotidea e la patologia coronarica, che è quella che porta all'infarto?

«Assolutamente sì: basti pensare che il 70% dei candidati a Chirurgia Arteriosa Tradizionale Aperta o Trattamento Endoluminale con Stent presenta lesioni coronariche all'esame Coronarografico. Inoltre l'infarto cardiaco è la prima causa di mortalità nei pazienti che hanno episodi ischemici cerebrali».

Come si materializza l'aterosclerosi nelle arterie?

«Con la comparsa di placche all'interno dei vasi, che prima provocano una stenosi delle arterie, che poi progredisce fino ad occluderle. La placca poi rompe il suo cappuccio e genera emboli nei vari organi, con un meccanismo simile all'eruzione vulcanica, con esito spesso infausto».

Quali sono i sintomi delle patologie vascolari arteriose carotidee, aortiche e delle arterie degli arti inferiori?

«Purtroppo per ciò che riguarda la patologia carotidea, stenosi severe, anche superiori all'80-90%, possono essere assolutamente asintomatiche, e pertanto il paziente non si accorge di essere portatore di una patologia molto grave, che può portare ad un ictus devastante. In alcuni casi i pazienti accusano prima piccoli episodi ischemici cerebrali, detti TIA: sono "campanelli di allarme importantissimi" e si manifestano con disturbi visivi, della parola, della motricità degli arti, brevi perdite di memoria... Lo stesso principio vale per gli aneurismi dell'aorta toraco-addominale, che spesso e volentieri vengono scoperti casualmente, in occasione di esecuzione di esami radiologici o ecografici per altre patologie di tipo toraciche, polmonari o addominali, chirurgiche generali, urologiche o ginecologiche. Per ciò che riguarda la patologia delle arterie degli arti inferiori, molto spesso il paziente ha una difficoltà di cammino, che viene soprannominata "claudicatio": il paziente cammina per 100-200 metri in piano (o anche meno!) ed accusa dolore ai glutei, ai polpacci o ai piedi e si deve fermare:

a questo punto scatta l'allarme e vengono eseguiti gli esami che scoprono la stenosi o l'occlusione dei vasi. Per l'aneurisma dell'aorta addominale, oltre ai fattori che abbiamo detto prima, vi è una predisposizione congenita, con debolezza della parete arteriosa dell'aorta».

Quali sono le indagini strumentali che si devono eseguire per scoprire tali patologie?

«Una buona anamnesi, un'ispezione vascolare attenta, una meticolosa palpazione dei polsi arteriosi ed una ascoltazione delle arterie, possono già orientare verso i vari tipi di patologia arteriosa. È importantissima la palpazione di tutti i polsi arteriosi, fino a quelli delle mani e dei piedi e l'assicurazione che siano presenti e validi, nonché l'ascoltazione di soffi arteriosi a livello dell'occhio e del collo per la patologia carotidea, a livello addominale per l'aorta ed i vasi intestinali ed a livello inguinale e dietro il ginocchio per la patologia arteriosa degli arti inferiori. Dal punto di vista strumentale sicuramente il Gold Standard è oggi rappresentato dall'Eco-color-doppler che, in mani esperte, può scoprire precocemente stenosi carotidee importanti ad alto rischio embolico, aneurismi dell'aorta addominale sovra e sotto renale e delle arterie viscerali e stenosi delle arterie degli arti inferiori. Esiste oggi la possibilità di eseguire, con Eco-color-doppler avanzato, l'Ela-stosonografia, che è una modalità diagnostica basata su ultrasuoni che consentono la caratterizzazione tissutale, finalizzata ad analizzare le proprietà elastiche delle arterie».

Qual è la prevenzione che si deve adottare per le malattie vascolari arteriose?

«La prima prevenzione è il controllo dei fattori di rischio: è fondamentale avere un valore molto basso, intorno ai 50 mg, di Colesterolo LDL "cattivo" ed una corretta pressione arteriosa, tipo 120/80 il più possibile, con l'uso di tutti i farmaci necessari. È poi da adottarsi uno stile di vita sana, con alimentazione povera di grassi saturi e molta attività sportiva. Soprattutto, se possibile, un cammi-

no quotidiano veloce di 30 minuti: l'OMS ha stabilito, su Ampie Casistiche Mondiali, che 30 minuti di cammino giornalieri veloci ai 5 km/ora diminuiscono di un terzo gli ictus e gli infarti».

Quali sono le terapie per le malattie vascolari arteriose?

«In primis farmacologiche: oggi si sono fatti grossi passi avanti sia per l'abbassamento del colesterolo cattivo (LDL), con uso delle nuove statine, prive di alcuni effetti collaterali, in particolare i dolori muscolari, e degli anticorpi monoclonali nonché di una vasta gamma di anti-ipertensivi, che, in linea generale, mantengono una pressione quasi ottimale. Quando la terapia medica non è sufficiente, vi è la possibilità di allargare le arterie stenotiche, in primo luogo con un approccio Endoluminale Mini-Invasivo, in Anestesia Locale Percutanea, mediante l'uso di Palloncini Dilatatori, oggi a rilascio di farmaci anti-ristenosi e, là dove necessario, uso di particolari Frese Laser o ad Ultrasuoni e posizionamento di Stent, cioè piccole mollette che riaprono le arterie e ripristinano i flussi. Nel caso tutto ciò non sia sufficiente e solo in casi selezionati si dovranno eseguire gli interventi Chirurgici Tradizionali a cielo aperto di pulizia delle arterie carotidi, esclusione di aneurismi dell'aorta e pulizia delle arterie periferiche, gravati da ben maggiori complicanze, rispetto ai Trattamenti Endoluminali».

È possibile far regredire la placca?

«Ciò avviene molto raramente. Rimangono però fondamentali i farmaci (in particolare le nuove Statine e gli anticorpi monoclonali) per stabilizzare la placca».

Nel settore venoso quali sono le patologie a più alto rischio?

«Sicuramente la trombosi venosa profonda, che può esitare in embolia polmonare, spesso fatale, e le varici degli arti inferiori, che danno luogo a pericolose tromboflebiti che possono evolvere di nuovo in trombosi venose profonde, macchie cutanee indelebili ed irreversibili, che esitano in ulcere, difficilmente guaribili in modo definitivo».



Quali sono i sintomi?

«Purtroppo i sintomi della trombosi venosa profonda, al pari delle patologie arteriose carotidee e aortiche, sono spesso, nella prima fase, poco significativi: un modesto gonfiore e dolore del polpaccio, che poi esita progressivamente in un'occlusione venosa profonda, con un blocco della circolazione di ritorno, con insorgenza di edema e dolore sempre più importanti e pericolo di emboli ai polmoni. È assolutamente necessario eseguire il prima possibile un esame Eco-Color-Doppler e una visita Specialistica Chirurgia Vascolare, per verificare che non sia presente una trombosi venosa profonda. Per le varici invece, nella fase iniziale, spesso vi è pesantezza, stanchezza e gonfiore degli arti inferiori, mentre ancora non si rilevano varici visibili e pertanto il paziente, non avendo dolori, si preoccupa poco o nulla».

Qual è la terapia delle trombosi venose profonde e delle varici degli arti inferiori?

«Per la patologia venosa profonda è sicuramente la terapia farmacologica con l'uso di anticoagulanti, in particolare Eparina ed i Nuovi Anticoagulanti Orali, che non necessitano di controlli ematici seriati. Se vi è un'evoluzione grave del trombo verso il cuore, si possono posizionare particolari filtri di sbarramento ai trombi, detti filtri cavali, anche temporanei, che impediscono ai trombi di salire ai polmoni ed al cuore. Può essere anche usata una terapia trombolitica, che scioglie il trombo ed evita embolie polmonari o una trombectomia chirurgica. Oggi

giorno è possibile posizionare, in casi selezionati, gli Stent Venosi, cioè mollette che riaprono i flussi venosi e permettono al sangue di scorrere verso il cuore. Per ciò che riguarda le varici, oltre il Metodo Classico Chirurgico di Stripping della grande safena, rivisto in forma Mini-Invasiva e Super selettiva, vi sono oggi altre tecniche, tipo le Termoablazioni Laser e Radiofrequenza, solo in pazienti selezionati. Queste Metodiche necessitano comunque di Anestesia e Sala Operatoria e sono gravate da percentuali non indifferenti di persistenza di vene residue e complicanze trombotiche. Vi sono poi trattamenti in regime puramente Ambulatoriale, in Studio Medico Attrezzato, senza nessuna anestesia e quindi senza nessun ricovero, eseguiti mediante Eco-sclerosi con Schiuma e Colle Biocompatibili, che occludono le varici».

Quale è la prevenzione delle malattie varicose, in particolare delle varici degli arti inferiori?

«Sicuramente il sovrappeso e la scarsa mobilità devono essere trattate e la calza elastica è sempre una grande risorsa in soggetti a forte familiarità venosa. Bisognerà poi eseguire per tutti i soggetti, gli uomini da 40 anni in su e le donne da 50 anni in su (soprattutto in menopausa), un check-up arterioso e venoso, che permetta di depistare le forme possibili di tali patologie, in particolare trombotiche e varicose, spesso, nella prima fase, asintomatiche o confuse con patologie di tipo neurologico, ortopedico o altre patologie».