

MESSAGGI DAL FLEB DES ALPES 2014

Gentili colleghe e colleghi,
il 22° Fleb des Alpes si è concluso felicemente. In seguito vorrei comunicarVi alcuni „messaggi“ interessanti e/o importanti, emersi nel corso delle sessioni. Certamente si può trattare solo di una documentazione di quello che è stato detto e percepito senza prerogativa di completezza o di affermazione scientifica. Per chi volesse approfondire il tema ho cercato, ove indicate dai relatori, di aggiungere le voci bibliografiche.

La presentazione segue il programma del 22° Fleb des Alpes, scaricabile dal sito SVGTCHIR.it. Sulla stessa web-site potete vedere la raccolta degli abstract pervenuti, nel caso voleste approfondire l'argomento.

- ❖ Nello **sviluppo embriologico del sistema venoso** sono possibili variazioni rispetto al pattern modale nell'ambito del normale sviluppo anatomico (sono escluse le malformazioni):
I. di calibro, II. di percorso, III. di numero. F. Ferrara

- ❖ Da uno **studio dei fattori di rischio venoso fra gli adolescenti** emerge un dato assoluto sconcertante: i nostri ragazzi non conducono una vita igienicamente corretta:
 - dormono meno di 8 ore,
 - il loro sonno inizia dopo le 23,
 - fumano da 10 a 20 sigarette al giorno,
 - vestono con jeans stretti, portano scarpe non adatte,
 - camminano male
 - conducono una vita sedentaria,
 - consumano alcolici e superalcolici in eccesso,
 - seguono una alimentazione abbondante e ricca di grassi,
 - sono in sovrappeso,
 - assumono sostanze farmacologiche e integratori, per migliorare le loro performance, non necessarie e talvolta persino dannose.

- N. Barbera

- ❖ **Farmaci venoattivi** sono raccomandati con alto o medio grado di evidenza in associazione al trattamento elastocompressivo per il trattamento delle ulcere venose e nei pazienti con dolori ed edema associati ad IVC . Nelson EA. Venous Leg Ulcers. BMJ. Clinical evidence. 2011; 12: 1902; Nelson EA. BMJ Clinical Evidence 2008; Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. J Vasc Surg 2011 May; 53 (5 Suppl.): 2S-48S. M. Bernardini

- ❖ Il trattamento con l'associazione farmacologica studiata fornisce, nella nostra iniziale esperienza, risultati incoraggianti in termini di riduzione delle circonferenze e miglioramento della sintomatologia nei pazienti affetti da IVC. Il beneficio sembra mantenersi nel primo mese di trattamento in maniera costante. Risultati di uno studio su 15 pazienti con somministrazione di **leucocianidine-meliloto-bromelina**. E. Giacomelli

- ❖ Gli apparecchi di transilluminazione attualmente in commercio hanno mostrato alcuni svantaggi, tra i quali i più evidenti sono rappresentati dal fatto di essere poco maneggevoli, o di “esaltare” in maniera insufficiente il vaso sanguigno, o di non poter essere utilizzati durante l'intervento chirurgico.
L'apparecchio “**VISIOVEN**”[®], risolve in maniera efficace questo “handicap” poiché è maneggevole e duttile, così da poter essere usato dallo stesso operatore sia durante l'intervento chirurgico che durante le sedute scleroterapiche.
Crediamo di poter affermare che il Visioven consenta un approccio più razionale alla scleroterapia delle teleangectasie e delle reticolari ed un approccio non solo efficace ma anche miniinvasivo per la chirurgia delle collaterali safeniche ed extrasafeniche. M. Apperti

- ❖ Diversi **miti/dogmi riguardo alla terapia compressiva** sono da rivedere. Abbiamo bisogno di ulteriori studi sperimentali solidi piuttosto che di trial clinici spesso dubbi. Bisogna definire meglio la correlazione tra pressione applicata ed effetti ottenuti. *Dogmas and controversies in compression therapy: Report of an International Compression Club (ICC) meeting, Brussels, May 2011* M Flour, M Clark, H, Partsch et al. *Int Wound J* 2012: 1-13. H Partsch

- ❖ La **terapia riabilitativa dei linfedemi**, va intesa come processo multidisciplinare e si adatta molto bene al moderno modello di percorso terapeutico. E' necessario un cambiamento culturale (formazione) che renda attuabili tali percorsi. E' necessario avviare fasi di sperimentazione che verifichino l'efficacia e l'efficienza dei percorsi per le specifiche patologie. A. Mander

- ❖ L'**anastomosi linfatico-venosa periferica** sembra un'alternativa valida e poco rischiosa per il paziente con linfedema cronico importante. Letteratura mancante. *Scarless lymphatic venous anastomosis for latent and early-stage lymphoedema using indocyanine green lymphography and non-invasive instruments for visualizing subcutaneous vein* M Mihara, H Hara, K Kikuchi, T Yamamoto, T Iida, M Narushima, J Araki, N Murai, K Mitsui, P Gennaro, G Gabriele, I Koshima. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery* 2012, vol. (65)11, p.1551-1558. P. Gennaro

- ❖ Nel **linfedema** si distinguono edema ad alto flusso linfatico e ipoproteico ed edema a basso flusso linfatico e iperproteico. La terapia farmacologica comprende un approccio globale alla risoluzione dell'edema tessutale con l'obiettivo di un ripristino della barriera capillare, un potenziamento della pompa linfatica e una stimolazione della fagocitosi proteica. M. Bernardini

Al televoto risulta che l'80% dei partecipanti prescrive farmaci nel linfedema. Questi sono reputati maggiormente utili nel linfedema dinamico. Il 56% li preferisce nella terapia d'attacco, il 40% come terapia di stabilizzazione. Il 94% impiega gli alfa-benzopironi. Il 75% dei presenti assegna un ruolo adiuvante, il 25% un ruolo primario alla terapia farmacologica. H. Ebner

- ❖ Dovrebbe finire il tempo delle disamine puntigliose particolareggiate, quasi chirurgiche, della **responsabilità** di una o dell'altra **figura professionale** ha proposto la coordinatrice A. Lombardi
- ❖ La **terapia compressiva nelle ulcere e nel linfedema** non è, purtroppo, conosciuta e considerata adeguatamente dalla gran parte dei medici, per cui viene consigliata spesso senza convinzione e non sempre prescritta correttamente
In realtà l'applicazione di una corretta terapia compressiva è regolata da variabili essenziali sia nella *modalità di applicazione* sia per la *durata dell'uso* che per la *scelta del tutore compressivo* che deve essere modellata alle necessità del singolo paziente e all'entità della malattia. F. Abritti
- ❖ **Lipofilling e Recell** aiutano ad accelerare i processi di guarigione delle lesioni ulcero distrofiche. Mancano purtroppo i dati per ritiro delle diapositive. Rivolgersi all'autore per i dati. S. Rucci
- ❖ L'utilizzo di **EBPM (8500 UI)** die per 30 giorni, in associazione a un bendaggio multistrato, multicomponente, a compressione elevata nel trattamento delle **ulcere venose croniche (UVC)**, risulta essere rilevante sia nella riduzione del dolore che nel wound healing (guarigione della ferita). Risultati di uno studio osservazionale su 50 pazienti A. Crespi
- ❖ Il problema sempre più intensivo del trattamento delle **ulcere croniche** può avere risposte valide e risolutive se la conoscenza del trattamento di questo tipo di malattia viene allargata sul territorio creando presidi capillari e, nei casi specifici, coinvolgendo gli stessi familiari dei pazienti diffondendo poche ma importanti informazioni per puntare alla guarigione evitando il pericolo di

recidive. Per questo a Fermo è stato istituito un programma apposito che si pensa impiegherà almeno 3 anni per coinvolgere tutte le figure professionali interessate. Mancano purtroppo i dati per ritiro delle diapositive. Rivolgersi all'autore per i dati. D. Travaglini

- ❖ Quattro casi (3 di sesso femminile, 1 maschile) delle 305 osservazioni (pari all'1.3%) presentavano **degenerazione neoplastica di ulcera della gamba** (3 carcinomi basocellulare e 1 spinocellulare). In caso di positività istologica per degenerazione neoplastica il trattamento chirurgico con innesto cutaneo autologo libero a tutto spessore, modellato a rete si è dimostrato vantaggioso in quanto presenta bassi costi, tempo di esecuzione limitato e la possibilità di essere effettuato anche in regime ambulatoriale. A. Sellitti

- ❖ Il concetto di una calza con un **gradiente pressorio invertito** è stata proposta da G. Mosti. Durante esercizio i presidi compressivi "progressivi" migliorano la funzione di pompa muscolare più delle calze standard. Sono stati segnalati alcuni effetti clinici positivi.
Questi effetti positivi non possono essere estrapolati ad altre condizioni cliniche nelle quali la nuova metodologia compressiva non è stata testata. Ricci S, Moro L, Trillo L, Incalzi RA. Foot-sparing postoperative compression bandage: a possible alternative to the traditional bandage. *Phlebology*. 2013 Feb;28(1):47-50. Mosti G, Partsch H. Occupational Leg Oedema is More Reduced by Antigraduated than by Graduated Stockings. *Eur J Vasc Endovasc* G. Mosti

- ❖ Per valutare il ruolo delle tuniche venose nell'evoluzione della scleroterapia, sono state valutate le **tre fondamentali proprietà della reazione sclerosante**, definendo :
scleroresistenza: quella condizione che rende refrattaria la parete venosa ad ogni sclerosante; *sclerosensibilità*: la reattività, diversa caso per caso, a un certo sclerosante, pur se iniettato nella stessa concentrazione, nella stessa forma fisica, con lo stesso metodo, e in vene di uguale calibro; *sclerosensibilizzazione* la mutevole risposta, di una vena, ad ulteriore sclerosi; in assenza di diversità di metodo,

di forma fisica e di concentrazione dello sclerosante. Sulla scorta di uno studio su 2570 casi, è stato dimostrato che la sclerosi efficace deve necrosare l'intima e ledere flogisticamente la media, per cementarla in un unico spessore fibrocicatriziale all'avventizia. A quest'ultima è affidata la «gestione» dell'evoluzione della sclerosi, grazie al potere regolatore dei proteoglicani del suo connettivo.
F. Ferrara

- ❖ La **scleroterapia eco-guidata con schiuma** può essere considerata una alternativa valida al trattamento chirurgico anche **nei pazienti anziani**; questi i risultati di uno studio prospettico, controllato, randomizzato su 106 pazienti ultrasessantenni. I pazienti sottoposti a scleroterapia con schiuma presentavano percentuali di guarigione significativamente superiori rispetto a quelli del gruppo di controllo dopo 1, 3, 6, 12 e 18 mesi. R. Compagna
- ❖ I risultati emodinamici dell' **ASVAL** si avvicinano a quelli delle tecniche endovasali: il tasso di recidive a 3 anni oscilla fra il 10 e il 20%. Il metodo Asval presenta un tasso di recidive a 3 anni pari al 15,7%. L. Fossati
- ❖ **GSV surgery without high ligation of the SFJ** is associated with low rates of clinical and ultrasound-determined recurrence of varicose veins. Casoni P, Lefebvre-Vilardebo M, Villa F, Corona P. Great saphenous vein surgery without high ligation of the saphenofemoral junction J Vasc Surg 2013; 58(1):173-178. F. Villa
- ❖ **EVLA** of the GSV, AAGSV and SSV has a very good long term results with a low recanalization rate in short/mid/long-term FU (7.1%). Correlations between clinical characteristics and recanalization rate are still lacking in literature. Probability of recanalization seems to be related to the pattern of vein reflux treated (AAGSV) and to the increased BMI; only few recanalizations (1.5%) are symptomatic and require a new treatment; a regular FU is recommended especially in obese patients. P. DeZolt
- ❖ Dieci anni d'esperienza con il **laser** hanno portato ad una scelta della lunghezza d'onda sempre piu' crescente dai 810nm a 1470 nm con

fibra radiale. Con queste ultime è stata registrata una sola recidiva.
A. Ciarelli

- ❖ In uno studio aperto su 30 pazienti con trattamento laser della vena safena e flebectomie di gamba, trattati con **elastocompressione** per due giorni coscia e gamba, poi solo con gambaleto per ulteriori 10 giorni in prossimità delle flebectomie è stata documentata l'occlusione del 100% delle safene trattate ed un minimo aumento della reazione perivascolare nei tratti epifasciali ma non intrafasciali però senza correlazione clinica (controlli a 6 mesi). Pertanto la compressione potrebbe ridurre gli effetti collaterali, ma la compressione applicata non influisce sull'esito dell'obliterazione.
F. Pinzetta
- ❖ Sui **filtri cavali**: L'unico scopo del filtro cavale è impedire l'embolia polmonare. Seguire le indicazioni assolute (le indicazioni relative e profilattiche devono essere valutate caso per caso).
Meglio usare FC rimovibili.
In assenza di rischio clinico di EP il FC andrebbe rimosso.
Dopo posizionamento di FC la terapia anticoagulante andrebbe ripresa, a meno che non permangano le specifiche controindicazioni. D. Alberti
- ❖ Bellissima iconografia e vasta casistica sulle **anomalie venose addominali**. Conclusions: Similar outcome with elective AAA repair. Accurate planning with valid pre-operative study.
Endovascular treatment for complex cases. E. Marone
- ❖ Molto esaustiva e non riproducibile su questo spazio per la mole di dati e raccomandazioni, la relazione sui **port-a-cath**. Vi è una richiesta di esecuzione in progressione; è una procedura con complicanze limitate (8,73%), ma necessita di personale sia per l'impianto che per la gestione delle complicanze e di una esperienza infermieristica per individuare i problemi in tempo. B. Amato
- ❖ Uno studio prospettico su 417 **accessi vascolari per emodialisi** ha evidenziato come il funzionamento degli stessi sia dipendente significativamente dal sesso e dal tipo di intervento (sfavoriti il sesso

femminile e gli accessi con protesi). Gli autori propongono un follow-up ultrasonografico routinario nel paziente portatore di accesso vascolare per emodialisi. W. Dorigo

- ❖ Vincitore del Premio Migliore Relazione Giovani < 35 anni: M. Franchin: „**Rimodellamento morfologico-emodinamico con stapling technique degli aneurismi su fav nativa.**” Interessante alternativa nel trattamento degli aneurismi di fistole arterovenose con ottimi risultati, primo fra tutti la preservazione dell'accesso emodialitico. M. Franchin

- ❖ **L'elastocompressione nell'arteriopatico** e' indicata per ulcere miste degli arti inferiori, varici essenziali e varici secondarie, edema linfo-venoso, nella prevenzione dell' E.P., nel periodo post rivascularizzazione femoro-distale. Le controindicazioni sono date da indice caviglia-braccio < 0,55, neuropatia periferica, alterazione del trofismo cutaneo, deformità dell'arto inferiore, cardiopatie. Bisogna adattare il tipo di compressione al quadro clinico del paziente. S. Molfetta

- ❖ Una serie di studi eseguiti hanno evidenziato i seguenti punti riguardo alla **scleroterapia con schiuma**:
 1. - By means of echocardiography it is not possible to highlight any link between drug and bubbles
 2. - Elevation of the limb and post-injection limb immobility significantly influence the passage of the microbubbles in the blood stream/heart propagation
 3. - The labelling of the sclerosant drug with Pertecnetato $99mTcO_4^-$ is not an adequate procedure to highlight the pathway of the sclerosant drug in foam sclerotherapy; further details will be provided on this part of the studies
 4. - Is absolutely necessary, at this point, apply new procedures and stable ties drug / tracer to follow the path indisputably drug sclerosing within the circulatory stream. L. Tessari

SESSIONE ITALO-TEDESCA ULCERE DELLA GAMBA

- ❖ Ulcera della gamba: non e` una **diagnosi**, devi trovare la causa!
K. Eisendle
- ❖ La **prevalenza** delle ulcere della gamba dipendono dalle condizioni economiche, dalla mancanza di assistenza domiciliare, dal grado di scolarita` e dal tipo di abitazione. Sono interessati i piu` poveri, piu` single, i meno eruditi e gli abitanti nei piani bassi. A. Tori
- ❖ La **patofisiologia** dell`ulcera venosa della gamba e` quella classica, nota da anni. Nella valutazione dell`ulcera venosa della gamba e`essenziale il “sourcing” (la ricerca della fonte). A. Obermayer
- ❖ Non tutte le **ulcere miste ad impronta arteriosa** sono da originaria patologia arteriosa e non tutte le ulcere arteriose sono ad esclusiva impronta arteriosa.
Non possiamo quindi accontentarci di una classificazione che pare obbedire più a criteri didascalici che ai concetti di fisiopatologia, poiché ci faremmo condizionare dal prendere in esame solo la patologia macrovasale, che è certamente la causa determinante dell`insorgere di una lesione ulcerativa, mentre un corretto inquadramento può derivare esclusivamente dalla conoscenza dell`emodinamica e dei meccanismi della riparazione tissutale.
M. Apperti
- ❖ Le arteriole periperforatorie dimostrate anatomicamente potrebbero essere compresse dalla pressione venosa aumentata nell`IVC tale da ridurre il flusso arterioso e da causare uno spasmo e conseguente ischemia nei tessuti dipendenti , portando in questo modo piu` precocemente alla formazione dell`ulcera. **Ipotesi patogenetica**. G. Genovese
- ❖ La diagnosi eziologica e` obbligatoria nel caso di ulcere della gamba. Il primo passo deve essere l`**esame clinico** con anamnesi, ispezione e palpazione, che permettono di riconoscere in tempo le ulcere miste e di evitare il passaggio di queste in “ulcere difficili”. H. Ebner

- ❖ La clinica dice molte cose... **l'eco color doppler** dice tutto ... e va fatto sempre, ... o quasi sempre
ricercando : reflusso profondo, reflusso superficiale, reflusso da perforante e valutando : emodinamica, morfologia, topografia.
F. Annoni

- ❖ Per il trattamento di ulcere della gamba non abbiamo bisogno di piu` **medicazioni avanzate**, ma di piu` dati basati sull'evidenza. La definizione di "innovazione" deve essere usata con oculatezza. Medicazioni "intelligenti" (avanzate) abbisognano di utenti intelligenti. Piu` di altro abbiamo bisogno di una strutturazione (flow chart) del trattamento dell'ulcera, che poi si basa su un trattamento integrato tra best practice, istruzione, documentazione e centri di wound care. T. Eberlein

- ❖ I **tessuti ingegnerizzati** presentano una tecnologia utile a pazienti con quadri clinici locali particolarmente complessi e/o in pazienti in cui sono presenti patologie associate che controindicano interventi chirurgici tradizionali. Per la scarsa traumaticità possono essere applicati in regime di ricoveri brevi. L'uso appropriato di questi trattamenti permette una guarigione molto più rapida. Sono tecniche costose ma deve essere esaminato il rapporto costo/efficacia in relazione all'intero periodo di trattamento. F. Campitiello

- ❖ Il ruolo del **chirurgo plastico** non si esaurisce con il semplice trapianto autologo di cute. A questo ed in particolare in caso di perdite di sostanza ci sono varie alternative, non ultimo il cosiddetto flap ad elica, che tra l'altro si avvale anche delle perforanti locali.
L. Larcher

- ❖ **Ulcere miste** con un`**AOCP** nello stadio I o II secondo Fontaine vengono trattate con successo senza ricostruzione arteriosa. Se vi e` predominanza dell`AOCP nell`ulcera mista la ricostruzione arteriosa ha la precedenza. E` stata data particolare importanza alla VAC.
F. Zimmermann

- ❖ Nel paziente con **ulcera mista** una pressione < 40 mm Hg può essere applicata in sicurezza; essa sembra aumentare più che ridurre la perfusione cutanea sotto il bendaggio. In questo range pressorio una **compressione** anelastica esercita ancora il suo effetto emodinamico sul circolo venoso. La compressione va evitata in pazienti con ischemia critica (eventualmente pressione pneumatica intermittente). G. Mosti
- ❖ Riguardo alla terapia compressiva delle **ulcere miste** non esistono studi. C'è chi controindica la terapia compressiva per un ABI sotto 0,8; altri pongono la controindicazione per pressioni sotto i 50 mm di mercurio. La **ricostruzione arteriosa** non è necessaria nella maggioranza dei casi. T. Noppeney

Alla fine vorrei ringraziare tutti i relatori, che con le loro relazioni, spesso rimarchevoli, hanno concorso nella riuscita scientifica dell'evento.

Heinrich Ebner

