

MESSAGGI DAL FLEB DES ALPES 2015

Gentili colleghe e colleghi,
il 23° Fleb des Alpes si è concluso con soddisfazione sia dei relatori che dei partecipanti e dell'organizzatore per il contenuto scientifico della grande maggioranza delle relazioni e per le discussioni vivaci ed approfondite. Il concorso per la migliore relazione giovani sotto i 35 anni ha visto un'affluenza record di 6 concorrenti. Le relazioni erano, senza eccezione, di ottimo contenuto scientifico e sono state presentate con particolare bravura. I punteggi dati con televoto dall'assemblea erano conseguentemente alti. Il Corso di Scleroterapia è stato ben accettato e si è concluso con successo nella parte pratica con esercizi per ciascun partecipante.

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 basata sull'evidenza.

La presentazione segue il programma del 23° 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.

- ❖ ***Le teleangiectasie sintomatiche: valutazione e terapia:*** l'autore fa luce su un inedita caratteristica delle teleangiectasie, comunemente considerate un semplice disordine estetico: la sintomatologia. Tale aspetto si rivela essere un marker di evoluzione della MVC (malattia venosa cronica). F Ferrara
- ❖ I risultati del **trattamento endoperiveno**so delle teleangiectasie sono buoni con scomparsa delle teleangiectasie a tre mesi nel 70% e a sei mesi nel 90%. A Crippa

- ❖ **Il trattamento ablativo nella chirurgia delle varici** trova il razionale nella genialità di Wolfgang Hach, precursore di un atto operatorio conservativo finalizzato. Il trattamento ablativo rappresenta il gold standard nella chirurgia delle varici solo se viene preceduto da un accurato studio ecocolordoppler. A Sellitti
- ❖ **Calze elastiche:** nel campo dei filati utilizzati sono stati fatti passi avanti, grazie alle nuove fibre. Le calze si indossano con più facilità, pur garantendo una compressione corretta e mirata. V Scivittaro
- ❖ Studi clinici dimostrano che gli oligomeri procianidolici hanno un'attività antiossidante 30 volte superiore a quella esercitata dalla vitamina E). Ovviamente quanto più è precoce l'utilizzo della **terapia farmacologica**, tanto più si ottengono risultati efficaci sulla sintomatologia e sul rallentamento della patologia. M Bernardini
- ❖ La **scleroterapia con schiuma** è un procedura efficace per la cura **delle ulcere venose della gamba**, e un mezzo sicuro ed efficace per garantire l'occlusione venosa superficiale come alternativa alla chirurgia. R Compagna
- ❖ La piu` grande casistica pubblicata sinora di 10 casi di **pioderma gangrenoso** ha evidenziato, che la terapia con Vac, seguito da trapianto cutaneo con terapia cortisonica ed immunosoppressiva (nella maggior parte dei casi) da` i risultati migliori. K Eisendle
- ❖ Il trattamento dell'ulcera della gamba vascolare richiede anche un trattamento causale, che nel caso dell'**ulcera arteriosa della gamba** e` particolarmente imperativa per il rischio di amputazione senza terapia causale adeguata. F Zimmermann
- ❖ La terapia con **laser 808** si e dimostrata efficace intervenendo sui meccanismi della terapia topica (la sterilizzazione, la detersione del fondo dell'ulcera e la stimolazione dei processi di cicatrizzazione) **dell'ulcera venosa**, diminuendo i tempi di guarigione e soprattutto si e` dimostrata una tecnica indolore. A Crippa

- ❖ La **correzione per via chirurgica/endovascolare** della turba emodinamica di base, in pazienti con MVC (**Malattia Venosa Cronica**) CEAP C6 ha un effetto positivo sulle recidive delle ulcere da stasi.

L'approccio esclusivamente conservativo nel trattamento delle ulcere da stasi in pazienti affetti da MCV CEAP C6 è inefficace nella prevenzione delle recidive a distanza.

Il tempo di guarigione dell'ulcera in pazienti con MVC CEAP C6, appare nettamente ridotto se, ad un approccio di natura medica, viene associata una correzione di tipo chirurgico/endovascolare.

FM Ariano

- ❖ Anche con le limitazioni imposte dal piccolo numero dei pazienti arruolati e dall'effettuazione di uno studio aperto, i risultati ottenuti suggeriscono che **l'innesto di frazione cellulare derivate da tessuto adiposo** può rappresentare una promettente opzione al trattamento delle ulcere digitali nei pazienti affetti da SSC (Sclerosi Sistemica Cronica) non responsiva al trattamento con le più consolidate e tradizionali terapie attuate. G Di Luca

- ❖ A prescindere dall' insostituibile ed inevitabile trattamento della patologia di base dei pazienti affetti da **ulcere croniche**, l'utilizzo di **ioni argento associati con idrofibra** con fibra rinforzante, ha permesso di ottenere nella quasi totalità dei pazienti trattati la completa guarigione di lesioni di difficile gestione, costituendo una arma in più a disposizione del medico. M Rucci

- ❖ PBMNC (**peripheral blood mononuclear cells**): Recenti studi hanno evidenziato non solo il ruolo determinante della linea cellulare monocitaria nella produzione dei mediatori chimici presenti nei processi antiflogistici e rigenerativi, ma anche messo in luce la capacità del pbmnc di comportarsi come cellule multi potenti circolanti ad alta plasticità, capaci di differenziarsi a seconda del tessuto nel quale vengono impiantate (osteoblasti, condrociti, adipociti, etc) e di avere alta capacità angiogenetica e vasculogenica. M Rambotti

- ❖ Per il confronto di diverse medicazioni nel trattamento delle ulcere della gamba è stato presentato uno **studio multicentrico** iniziato all'ospedale di Bolzano con la partecipazione di dermatologi e chirurghi vascolari. La particolarità del metodo consiste nel **confronto di due differenti medicazioni sulla stessa ulcera** dello stesso paziente. In questo modo vengono eliminati i bias dati dai confronti di ulcere diverse su pazienti diversi. JA Ebner

- ❖ Il Rotary Club delle Marche ha iniziato e sostiene un'interessante iniziativa che coinvolge **i familiari nella gestione dell'ulcera venosa**. D Travaglini

- ❖ **La malattia degenerativa mucoido-cistica** è una patologia rara, ma descritta anche per il settore **venoso**.
La manifestazione più frequente è la trombosi venosa.
Il trattamento chirurgico precoce può essere risolutore. B Amato

- ❖ Per **prevenire le complicanze trombotiche dei cateteri venosi centrali** si consiglia di rilevare un'attenta anamnesi, di applicare i criteri di Khorana e di rilevare i valori dell'omocisteinemia e della methylene-tetrahydrofolate reductase c677t per porre indicazione ad una profilassi antitrombotica precoce con eparina a basso peso molecolare ed acido folico. Questo procedimento ha permesso di portare le complicanze trombotiche relative a cvc (catetere venoso centrale) al 0,6%. S Rucci

- ❖ **Lacerazione iatrogena della vena cava inferiore**. Caso molto interessante e ben presentato di una serie di problemi ed interventi a seguito di una lacerazione iatrogena delle VCI. Il relatore ha vinto il 2° premio per la migliore presentazione „under 35“. M Bossi

- ❖ Per il **trattamento estetico dell'invecchiamento cutaneo** si presta la fototermolisi frazionata. È una metodica che unendo l'energia del laser ad uno scanner frazionato crea dei minuscoli canali a varie profondità della pelle, intervallati da tessuto sano. Qui attiva la neoformazione di collagene e le funzioni metaboliche della matrice extracellulare e stimola la vascolarizzazione. Affinché il trattamento

risultati efficaci con il minimo disagio per il paziente è necessario scegliere correttamente la lunghezza d'onda, la durata dell'impulso e la fluenza. A Crippa

- ❖ Le relazioni della **sessione “Laboratorio Scientifico”** erano caratterizzate da una parte da studi ben condotti ed ineccepibili (esempi di come dovrebbe essere svolto un lavoro scientifico), dall'altra parte da proposte ed idee interessanti e stimolanti (esempi di come ci si può avvicinare ad un tema ed alla discussione con la platea), tutte molto congruenti con lo scopo di questo “laboratorio”.
- ❖ Anche se non di interesse prettamente flebologico, lo studio della **vena petrosa** ha evidenziato come può avvenire un percorso scientifico. Dalla problematica clinica si passa a studi in sala anatomica prima, di angiorisonanza dopo per applicare alla clinica i dati, ottenendo risposte che permettono di capire certi risultati e per migliorarli. FH Ebner
- ❖ Molto interessanti il lavoro ed i dati sullo **spessore della parete venosa nella sindrome posttrombotica**, che ha sollevato una serie di quesiti: uno spessore parietale venoso della vena poplitea o femorale $> 1\text{mm}$ può essere considerato un segno di allarme per pregressa TVP? Può l'ispessimento parietale essere un segno ecografico di pregressa TVP? Come utilizzare, eventualmente, questo segno? Il riscontro di ispessimento della parete venosa in soggetti che non hanno avuto precedenti di TVP (riferita all'anamnesi) è suggestivo per TVP asintomatica; in questi soggetti va indagata la presenza di trombofilia geneticamente determinata. Sarebbe utile valutare nel tempo il processo di ispessimento parietale susseguente ad un episodio di TVP. E Furino, G Quarto
- ❖ Non esiste ancora una valutazione densitometrica dei tessuti affetti da linfedema che indichino in modo chiaro quale alterazione del tessuto sottocutaneo sia in atto. **L'Elastosonografia** è una tecnologia che consente di differenziare i tessuti più elastici da quelli meno elastici. Per ottenere le immagini elastografiche si utilizzano diverse tecniche a seconda del tipo di tecnologia. In tutti i sistemi viene

fornita una rappresentazione qualitativa con scala colori dell'elasticità. Una buona terapia elastocompressiva nel linfedema può trovare nell'elastosonografia un utile strumento diagnostico che può meglio indirizzare le scelte in termini di intensità della compressione in rapporto alla densità dei tessuti. A Ciarelli

- ❖ Il **sistema PICO** sembra essere in grado di ridurre la linforrea e l'ematoma postoperatorio degli accessi chirurgici post-EVAR. Il sistema PICO applicato agli accessi chirurgici post-EVAR sembra ridurre le complicanze locali e conseguentemente i tempi di guarigione. E Giacomelli

- ❖ Il **coordinamento scientifico nazionale** ha istituito tre gruppi di lavoro, due gruppi di studio e distribuito ai soci due questionari, dei quali uno è in fase di pubblicazione. Grazie all'impegno del Prof. G Quarto Annali Italiani di Chirurgia è divenuto organo ufficiale scientifico della SIF, un netto salto di qualità per il futuro scientifico. È stato incentivato il lavoro con i giovani, segno ne è la partecipazione di ben sei concorrenti per la migliore relazione giovani. È partito uno studio multicentrico sulle ulcere (vedi relazione dott.ssa JA Ebner). Per il futuro è programmata una presenza importante sulla rivista ufficiale, un incremento dell'attività con i giovani, l'istituzione di altri gruppi di studio, la distribuzione di altri questionari e la partenza di alcuni studi multicentrici. H Ebner

- ❖ Dall'indagine conoscitiva sulle **malformazioni vascolari** emerge un interesse minoritario (11.7%) da parte di angiologi, flebologi e chirurghi vascolari nei confronti delle malformazioni vascolari. Solo pochi (33 %) le affrontano in sede, pur essendo in buona parte affrontabili anche ambulatoriamente con le stesse metodiche in uso in flebologia (*laser-scleroterapia*). Solo una minoranza si appoggia a reti di riferimento (27 %) o segue determinate linee guida (34%). G Vercellio

- ❖ Dai dati consistenti su 400 arti operati per varici primarie con la metodica radicale secondo Babcock Cockett emerge un tasso di recidive del 23,7% da non confondere con varici residue e varici progredienti. Pertanto è necessario cambiare la nomenclatura e passare dalla dizione varici recidive dopo intervento chirurgico (REVAS- recurrent varicose veins after surgery) a varici nuove dopo chirurgia (**NEVVAS-new varicos veins after surgery**), che a loro volta saranno distinte in recidive, residue e progredienti. La distinzione è importante per studi scientifici comparativi, consenso ed info paziente, didattica, pianificazione e performance chirurgica. 1° premio per la migliore relazione giovani under 35. JA Ebner
- ❖ **Nuove ipotesi sull'origine della malattia varicosa:** basandosi sulle conclusioni della precedente relazione e sulla biochimica del rimodellamento parietale nella varicosi, l'Autore propone una interpretazione emodinamica della sua patogenesi. F Ferrara
- ❖ **La malattia venosa non necessita di stripping lungo di principio.** Nel periodo dicembre 1997 – maggio 2014 sono stati trattati 1851 arti inferiori. In 1041 casi (56,24%) sono state effettuate **varicectomie senza interventi sul sistema safenico interno o esterno**. In 810 casi (43,76%) si è intervenuti sul sistema safenico interno o esterno con varicectomie associate. Tali interventi sono stati eseguiti in regime di Day-Hospital, in anestesia locale o spinale. Non abbiamo mai rilevato nei controlli ecodoppler, che sistematicamente effettuiamo a un mese, tre mesi, sei mesi, un anno dall'atto operatorio, recidive di crosse, laddove è stato necessario intervenire anche sul sistema delle safene. A Sellitti
- ❖ Un'intervista a flebologi italiani sulla **scleroterapia perioperatoria** ha evidenziato, che questa viene eseguita principalmente nel

postoperatorio (100%), ma anche in fase pre- ed intraoperatoria (15,5% e 28,7% rispettivamente). Il 47,6% dei partecipanti programma la scleroterapia postoperatoria già prima dell'intervento come parte di un piano terapeutico. Le scleroterapie programmate sono significativamente meno frequenti in ospedale. I chirurghi vascolari eseguono più scleroterapie intraoperatorie. La scleroterapia perioperatoria sembra assumere un ruolo di terapia adjuvante per una percentuale relativamente alta di professionisti dedicati alla flebologia in Italia. H Ebner

- ❖ Da un'esperienza di dieci anni risulta, che il **trattamento laser endovascolare delle varici** sta osservando un notevole miglioramento dei risultati con la sonda radiale. Si tratta di un trattamento miniinvasivo ed ambulatoriale. Rimane però una differenza nei risultati nel trattamento laser endovascolare tra la grande e piccola vena safena. F Pinzetta

- ❖ **Metanalisi: confronto** dei risultati a medio-lungo termine tra ablazione **LASER endovascolare (EVLA) e legatura alta con stripping**. Non esiste una differenza statisticamente significativa tra i risultati a medio-lungo termine tra tecnica chirurgica tradizionale e EVLA. I trials presenti in letteratura non sono omogenei nei protocolli di ricerca. Essendo due procedure sovrapponibili ciò pone il problema di ben caratterizzare il consenso informato. La EVLA comporta tempi di ospedalizzazione e ripresa funzionale nettamente inferiori rispetto alla chirurgia tradizionale (maggiore compliance del paziente). Da considerare anche il costo dei devices. E Furino

- ❖ Pur dando negli ultimi anni la preferenza alla **tecnica EVLA**, l'autore conclude citando un editorial su Eur J Endovasc Surg (2010) 39, 97-98: *“There is an urgent need now for well-performed,*

sufficiently large RCTs comparing occlusion rates and side effects of surgery and recent thermal ablation technologies in the long term, as well as safety issues and economic viewpoints”. L Di Giulio

- ❖ La **RFITT (radiofrequency induced thermal therapy)** e` risultata in un`analisi retrospettiva su 963 vene varicose una procedure sicura e di facile esecuzione, accettata dai pazienti e che permette di risparmiare tempo. I risultati non sono ottimali per un tasso relativamente alto di parestesie e per ricanalizzazioni nel follow-up lungo (5 anni). S Haumer

- ❖ **La valvuloplastica esterna della grande safena** con patch in poliestere uretano alfatrico su 412 casi di insufficienza valvolare alla crosse presenta i seguenti vantaggi: ripristino della competenza valvolare in pazienti selezionati. E` risultato essere un metodo sicuro, il cui effetto e` ben misurabile dopo l`intervento. Svantaggi sono il rischio d`infezione ed il costo del patch. V Bauer

- ❖ **Ablazione al vapore**. Dispositivo per termo ablazione endovenosa mediante iniezione di micro-pulsazioni di vapore acqueo. Il sistema è composto da: generatore di vapore, manipolo, due cateteri monouso. Un catetere permette il trattamento della vena grande safena, l`altro delle vene tributarie. Le micro-pulsazioni di vapore permettono la diffusione diretta ed omogenea del calore sulle pareti del vaso adattandosi ai vari diametri. Indicazioni: Trattamento delle vene varicose (vena grande safena, tributarie e recidive). L Fossati

SESSIONE ITALO - TEDESCA

.....noi usiamo così`

❖ **Terapia della tromboflebite**

R Holzheimer, A Tori

Non vi sono delle particolari differenze negli approcci terapeutici alla tromboflebite in generale tra le due società. In Italia vi sono due orientamenti, specie tra chirurghi e internisti, flebologi. I primi preferiscono la chirurgia della tromboflebite superficiale se localizzata sopra il ginocchio. I secondi trattano questa come una trombosi profonda in maniera conservativa. Anche in Germania è in discussione l'approccio alla tromboflebite iuxtagiunzionale della grande vena safena.

❖ **Standards nella scleroterapia**

R Murena-Schmidt, F Ferrara

In Germania è registrato per la scleroterapia solo il polidocanolo. La schiuma è registrata, sempre con polidocanolo. Come controindicazioni alla schiuma sono annoverate uno shunt destro-sinistro sintomatico e disturbi visivi o neurologici in scleroterapia pregressa con schiuma (l'ultima come controindicazione relativa). Prima della scleroterapia viene richiesta una diagnostica completa con anamnesi, esame clinico ed ecocolordoppler. Per le teleangiectasie basta un esame cw-doppler. Viene posta particolare attenzione al consenso informato del paziente.

La scleroterapia in Italia è diffusamente praticata da flebologi di estrazione angiologica o chirurgica, chirurghi vascolari e generali, e, limitatamente alla microsclerosi delle teleangiectasie, da medici estetici. Lo sclerosante più diffusamente usato è il Polidocanolo

seguito a distanza da TDSNa e glicerina. Ispirata al metodo di Fegan, con sclerosante liquido, è la tecnica più usata dai chirurghi, che malvolentieri frequentano il trattamento delle crosse safeniche, elettivamente sclerosate, invece, con schiuma, da quei flebologi, in genere di formazione medica, che, nonostante la condizione off-label in cui oggi versa tale prassi, attuano una ecosclerosi con tecnica francese. Nonostante la ben nota predisposizione razziale delle Italiane alle complicanze discromiche, la prassi elastocompressiva è adottata non rigorosamente e mai con calze di classe superiore alla 2°, ed (ancor più paradossalmente) le evacuazioni sono riservate alle sole ritenzioni embotrombotiche sintomatiche.

❖ **Standards nella chirurgia delle varici**

A Mumme, M Pisacreta

Come standard viene presentata dal gruppo di studio LaVaCro una crossectomia a raso con materiale di sutura non riassorbibile, copertura dell'endotelio, chiusura dello iato safenico, stripping con invaginazione, miniflebectomie e la combinazione con scleroterapia intraoperatoria dopo studio dopplersonografico preoperatorio. Segue compressione elastica per almeno due settimane.

In Italia l'80% delle varici sono operate da varie branche chirurgiche, anche non flebologiche, spesso senza ecocolordoppler, mappati ad occhio. Lo stripping è ancora l'intervento più eseguito, anche se lo stripping corto stenta a prendere piede. I criteri microchirurgici per le varicectomie sono poco seguiti. L'elastocompressione è utilizzata in modo soggettivo.

❖ **Chirurgia endovenosa della varicosi**

T Noppeney/ R Holzheimer, G Emanuelli

In Germania i procedimenti termici endovenosi si presentano come alternativa alla chirurgia tradizionale con risultati buoni. Il vantaggio di queste procedure risiede nel periodo perioperatorio riguardo alla scarsità di sintomi e la durata dell'inabilità lavorativa. È migliore anche la qualità di vita. Follow-up oltre i cinque anni sono però

disponibili solo come casi controllo e non come studi controllati randomizzati.

L'esperienza italiana, riporta risultati a medio e lungo termine, che permettono di sostenere la validità dei trattamenti endovascolari, pur non abolendo alternative tradizionali o mini-invasive emodinamiche (Agus, 2006; Konthotannis, 2007-2009; Magi, 2009; Spreafico, 2011-2013). Nel 2011 (Ministero della Sanità) sono stati eseguiti l'82% degli interventi per varici con tecnica tradizionale, il 10% con laser. Tutti gli studi concordano nel dimostrare che le complicanze sono rare per i vari metodi di trattamento ma con tassi di complicanza marginalmente più bassi dopo ablazione endotermica. Nonostante tutte queste nuove pubblicazioni, non ci sono prove certe che un metodo di trattamento per le vene varicose sia universalmente il migliore. In una certa misura, i trials sono «corpi contundenti» per la scelta del giusto trattamento per ogni paziente. Sulla scorta di una critica disamina riguardo al miglior approccio di procedura da adottare, dopo valutazione dei parametri anatomico-morfologici e funzionali, riteniamo comunque fondamentale attuare un'accurata selezione dei pazienti che possono giovare oggi di tale soluzione terapeutica quale valida alternativa alla chirurgia tradizionale.

❖ **Valvuloplastica extraluminale della Vena safena magna (VSM)**

A Mumme, G Belcaro

Con la valvuloplastica è possibile conservare la VSM. Le indicazioni migliori sono i pazienti con arteriopatie periferiche con probabile necessità di bypass venoso. Condizioni per l'esecuzione sono: valvole mobili al doppler, diametro massimo tra 6 e 12 mm, assenza di alterazioni postflebitiche e di dilatazioni aneurismatiche.

In Italia questa tecnica è poco praticata, circa 34 casi. I problemi sono, che la competenza valvolare si valuta con difficoltà a paziente supino. Le misurazioni della vena dovrebbero essere fatte con il paziente in piedi e prima dell'intervento, dato che il calibro della vena si riduce appena la si tocca. Semplici cuffie tubula-

rizzano la vena; le valvole non funzionano bene, per cui sarebbe meglio un supporto metallico.

❖ **Ulcera venosa della gamba: evidenza verso esperienza**

A Obermayer, F Annoni

L'evidenza scientifica per la "single shot surgery for reflux and ulcer" è 2C. I dati dello studio ESCAR vengono confrontati con quelli di una single shot surgery con risultati a favore di quest'ultima (esperienza contro evidenza). La tecnica "single shot surgery prevede l'abolizione del reflusso con stripping, legatura e/o procedure endoluminali seguiti nella stessa seduta dalla chirurgia dell'ulcera (debridement, shaving, fasciectomia, mesh-graft).

In Italia le linee guida non si discostano in maniera importante da quelle tedesche. L'approccio all'ulcera è in genere meno aggressivo e tempestivo. Si preferisce procedere passo per passo, anche per il rischio di infezione per il tempo della correzione emodinamica. Nella discussione venne sottolineata l'importanza della correzione emodinamica anche dopo la guarigione dell'ulcera, che spesso non viene più accettata dal paziente o ricordata dal medico. Ci si accontenta del risultato ottenuto, dando spazio all'instaurarsi di una recidiva.

❖ **Presentazione delle Società Austriaca, Italiana e Tedesca di Flebologia**

H Partsch, M Apperti, A Mumme

È a disposizione del Direttivo SIF e dei Coordinatori regionali uno schema comparativo delle tre società, che per ragioni di spazio non viene riprodotto. Chi avesse interesse può rivolgersi al proprio coordinatore regionale o interregionale.

❖ **Registro Europeo Flebologi.**

R Bisacci

Chi ha interesse può vedere sul sito SIF quello che è stato fatto e quello che è in programma.

