

Consigli pratici per avere le tue gambe sempre in gamba

A cura di:

 Istituto Flebologico Italiano





Istituto Flebologico Italiano

via Caldirolo 100, 44123 Ferrara FE

tel. 0532 757508, Fax 0532 758985

segreteria@istitutoflebologico.it

www.istitutoflebologico.it

PREMESSA

Nel tempo le vene delle nostre gambe possono degenerare in modo tale da compromettere le loro normali funzioni.

L'obiettivo di questo opuscolo educativo è spiegare in maniera semplice come funzionano le vene e come capire i primi sintomi della malattia varicosa.

L'insufficienza venosa cronica viene classificata in diversi stadi e ad ognuno di questi corrisponde una strategia terapeutica mirata che il paziente dovrebbe conoscere nella massima trasparenza onde evitare ritardi diagnostici e cure inutili o obsolete.

Sperando di riuscire in questa impresa ardua, auguriamo a tutti i lettori di vivere in buona salute.

*Autore: Dott. Dimitrios Kontothanassis
Specialista in Chirurgia Generale e Vascolare*

INDICE

Come funzionano le vene	6
Cosa sono le vene varicose	7
Anatomia del sistema venoso	8
La malattia varicosa: una patologia sottovalutata	10
Le cause della malattia varicosa cronica	12
Segni e sintomi della malattia varicosa	15
Classificazione della malattia venosa cronica	16
Le teleangectasie e le vene reticolari: cosa sono e come si trattano	18
Trattamento delle teleangectasie e delle vene reticolari	21
Le vene varicose degli arti inferiori: come si trattano?	24
Norme igienico - comportamentali da adottare in presenza di malattia varicosa	25
La terapia elastocompressiva	28
Applicazione calze preventive	29
Applicazione calze terapeutiche	30
La terapia farmacologica	32
La chirurgia delle vene varicose	34
Tecniche endovascolari termiche e tumescenti	36
Laser	36

Radiofrequenza	38
Tecniche endovascolari non termiche e non tumescenti	39
Tecniche tradizionali	42
Tecnica A.S.V.A.L.	43
Flebectomie	44
C.H.I.V.A.	45
Varici e attività sportiva	46
La diagnostica strumentale non invasiva	48
La flebite e la tromboflebite superficiale: cosa sono e come si trattano	50
Come si trattano la flebite e la tromboflebite superficiale?	52
Trombosi venosa profonda	53
Come si tratta la trombosi venosa profonda?	56
L'ulcera flebostatica	58
Qual'è la causa dell'ulcera flebostatica?	59
Come si cura l'ulcera flebostatica?	60
Quali procedure si possono associare nel trattamento dell'ulcera?	62
Linea elastocompressiva Kàmila Support	64
Kàmila Medical e Embo-Control	65
Applicatore ezy-as	66
Le 10 raccomandazioni per proteggere le vene	67

COME FUNZIONANO LE VENE?

Il sangue scorre attraverso un sistema di vasi sanguigni, formato da arterie e da vene. La funzione delle arterie è quella di portare il sangue ossigenato dal cuore verso tutti i distretti periferici del corpo, mentre quella delle vene è di riportare il sangue dalle sedi periferiche al cuore ed ai polmoni per ossigenarsi. Il meccanismo per il quale si ottiene questo ritorno venoso è assai complesso.

Le vene degli arti inferiori contengono al loro interno alcuni dispositivi chiamati “valvole” e grazie al loro buon funzionamento il sangue progredisce verso l’alto mentre quando questi dispositivi non funzionano bene, il sangue refluisce verso il basso per gravità, creando così stasi venosa e spesso gonfiore alle caviglie.

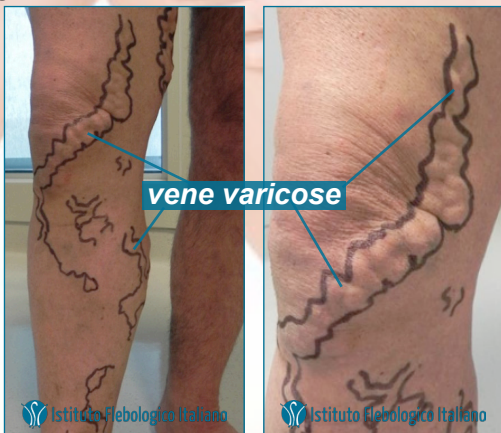
- a) *Valvola normofunzionante*
- b) *Valvola incompetente*



COSA SONO LE VENE VARICOSE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la vena varicosa come una vena superficiale, dilatata e tortuosa nella quale il sangue circola controcorrente.

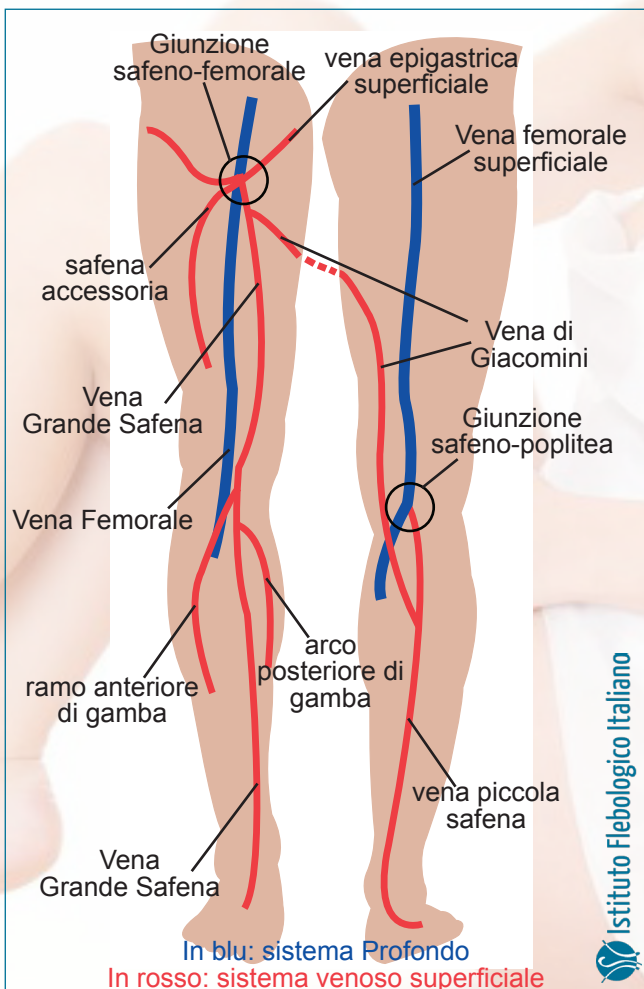
Le vene varicose sono vene dilatate, visibili e palpabili sotto la pelle, tipicamente di colore blu o verde. A lungo andare, il continuo peggioramento della malattia provoca l'andamento a forma di serpente di queste vene, che di regola si trovano sulla parte mediale della gamba o del polpaccio, ma che comunque possono estendersi dall'inguine fino al piede.



ANATOMIA DEL SISTEMA VENOSO

Negli arti inferiori, le vene si distinguono in tre diverse sistemi:

- **Sistema venoso superficiale:** La vena grande safena (VGS) e la vena piccola safena (VPS) sono i due principali sistemi venosi superficiali degli arti inferiori. La VGS è la più lunga vena superficiale e si estende dall'inguine fino al malleolo interno mentre la vena piccola safena dal cavo popliteo fino al lato esterno del piede. Questi due sistemi emettono numerose collaterali che sono da immaginare come i rami di un albero e si distribuiscono dall'alto verso il basso.
- **Sistema venoso profondo:** Sistema profondo trasporta la stragrande maggioranza del flusso di sangue proveniente dalle gambe verso il cuore e comprende la vena femorale, la vena poplitea ed i tronchi sottopoplitei (vene del polpaccio).
- **Sistema delle vene comunicanti:** Le vene perforanti o comunicanti sono circa 140 per arto, e funzionano come dei veri sifoni, drenando il sistema venoso superficiale in quello profondo.



LA MALATTIA VARICOSA: UNA PATOLOGIA SOTTOVALUTATA

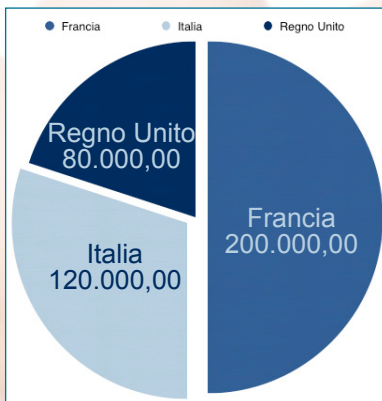
Le gambe non parlano, ma sono moltissimi i pazienti che ogni anno si rivolgono autonomamente al loro medico o farmacista di fiducia oppure direttamente agli specialisti esperti in flebologia per problemi di vene varicose e sintomi come la pesantezza ed il gonfiore delle gambe.

L'insufficienza venosa cronica colpisce prevalentemente il sesso femminile in un rapporto di 1 su 3 ed è direttamente proporzionale con l'aumento dell'età.

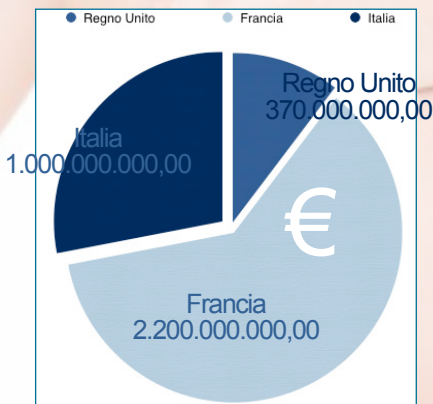
La malattia venosa cronica ha un'importante influenza sull'attività lavorativa dei pazienti in termine di perdita di ore lavorative: 500.000 ore, all'anno nel Regno Unito e 2.000.000 di ore negli Stati Uniti.

Il costo totale, diretto e indiretto, della malattia venosa cronica sulla società, è valutato superiore ai 1000 miliardi di dollari per il Regno Unito, la Francia e la Germania mentre si stima una spesa sanitaria in Europa pari al 3% del PIL Europeo.

I NUMERI DELLA MALATTIA



Numero di interventi di chirurgia flebologica

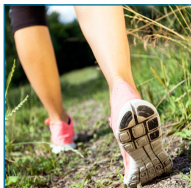


Costi annuali per la gestione clinica della malattia varicosa

LE CAUSE DELLA MALATTIA VARICOSA

Tra le cause maggiormente coinvolte nel processo della malattia varicosa si riconoscono la familiarità, l'ortostatismo prolungato (stare in piedi per tante ore), l'obesità, le gravidanze, i lavori pesanti che obbligano a restare in piedi a lungo (per esempio i metalmeccanici, i negozianti, i cuochi, i camerieri, i baristi, ecc.), oppure lo stare a lungo seduti (autisti, impiegati ecc.). Altri fattori coinvolti nella genesi della patologia venosa sono: frequenti esposizioni a fonti di calore, abitudini ad assumere posizioni non corrette, difetti di postura dei piedi, calzature troppo strette con tacchi più alti di 3 cm, che ostacolano la pompa plantare, stipsi cronica, malformazioni vascolari, pregresse trombosi venose.

Pompa muscolare



La funzione dinamica dei muscoli del polpaccio associata ai programmi di training fisico migliora lo stato dei pazienti con severa insufficienza venosa cronica.

Varici e gravidanza



Numerosi studi hanno correlato l'incidenza delle varici con la gravidanza (4 - 26% nelle nulleipare e 10 - 63% nelle donne con figli) ed il numero dei parti (1 - 5 gravidanze comportano un'incidenza di malattia dell'11 - 42%).

Varici e tipologia di lavoro



I più esposti alla malattia varicosa sono i cuochi, le stiratrici e gli operai di fonderia; seguono i chirurghi, i dentisti, i piantoni, gli addetti alle catene di montaggio; al terzo posto vengono le commesse, le parucchiere, le casalinghe.

Varici e obesità



Le persone in sovrappeso, specie se di sesso femminile ed abitanti in aree industrializzate, soffrono maggiormente d'insufficienza venosa cronica rispetto a soggetti di peso normale: 25 - 70% contro il 16 - 45%.

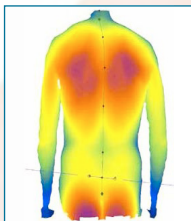
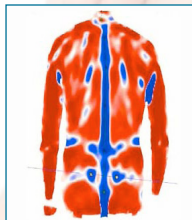
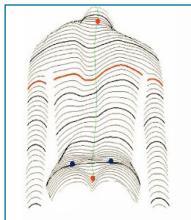
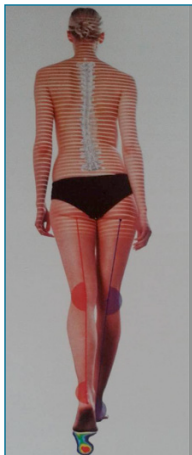
Pompa plantare



L'arcata plantare di Lejars, viene definita anche "cuore periferico" in quanto la sua spremitura fornisce l'impulso per il ritorno del sangue dalla periferia verso il cuore.

Alterazioni della forma della pianta del piede (come piattismo, malformazioni a seguito di fratture o traumi ecc.), possono condurre ad uno scorretto appoggio a terra e di conseguenza ad una stasi venosa periferica.

Alterazioni di postura e cammino



Patologie di tipo ortopedico a carico di: colonna vertebrale, bacino, ginocchio e piede

SEGN E SINTOMI DELLA MALATTIA VENOSA CRONICA

- Teleangectasie e venulectasie
- Varici visibili e palpabili
- Pesantezza e stanchezza degli arti inferiori
- Crampi notturni
- Edemi declivi
- Prurito
- Dolore fino alla claudicazione venosa
- Ipodermite
- Pigmentazioni cutanee
- Eczemi varicosi
- Varicorragie
- Ulcere

La sintomatologia è più accentuata nei mesi caldi perché le vene tendono a dilatarsi di più, mentre nel periodo invernale il problema si ridimensiona.

CLASSIFICAZIONE DELLA MALATTIA VENOSA CRONICA

La malattia venosa cronica viene classificata secondo la valutazione internazionale "CEAP" in 6 stadi :

C1: Teleangectasie o vene reticolari



C2: Vene varicose



C3: Edema



C4a: Pigmentazione o eczema
C4b: Lipodermatosclerosi e/o atrofia bianca



C5: Ulcera venosa cicatrizzata



C6: Ulcera venosa in fase attiva



LE TELEANGECTASIE E LE VENE RETICOLARI: COSA SONO E COME SI TRATTANO

Le teleangectasie

Definite anche come capillari, rappresentano fondamentalmente un problema estetico. Il loro calibro varia da circa 0,3 a 1,5 mm; possono essere di colore rosso, blu o viola. Sono causate da ipertensione venosa limitrofa all'area in cui insorgono; alla base di questo problema spesso si trovano delle vene chiamate reticolari.



Istituto Flebologico Italiano

Le teleangectasie possono essere il segno di un problema più esteso, la cui corretta diagnosi e terapia deve essere affrontata prima dell' inizio di un trattamento estetico.

L'esame principe per la diagnostica è l'ecocolordoppler delle vene degli arti inferiori.

Fattori che contribuiscono allo sviluppo delle teleangectasie

- Genetica
- Gravidanza
- Stile di vita sedentario
- Trauma
- Ormoni
- Età
- Sesso Obesità

Sintomi clinici delle teleangectasie

- Dolore
- Prurito
- Bruciore
- Sanguinamento

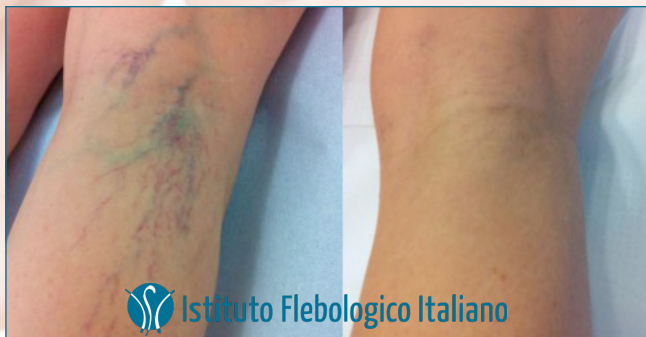
Le vene reticolari

Le vene reticolari sono piccole varici che spesso si trovano alla base del problema delle teleangectasie e delle venulectasie. Le sedi più colpite dell'arto sono la faccia mediale e laterale di coscia e polpaccio. Anche in questo caso, possono essere segno di un problema più esteso, motivo per cui prima del loro trattamento bisogna eseguire un ecocolordoppler venoso degli arti inferiori.



TRATTAMENTO DELLE TELEANGECTASIE E DELLE VENE RETICOLARI

Il trattamento più diffuso delle teleangectasie e delle vene reticolari consiste nell'iniettare al loro interno una soluzione chimica (sclerosante). Tecnica molto semplice da eseguire in regime ambulatoriale, dopo una prima visita clinica associata sempre ad uno studio ecografico delle vene (ecocolordoppler). La soluzione chimica iniettata provoca una fibrosi del vaso e di conseguenza lo chiude fino a farlo scomparire.



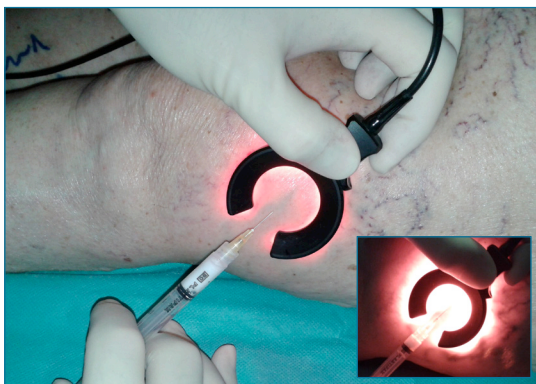
Prima del trattamento

Dopo il trattamento

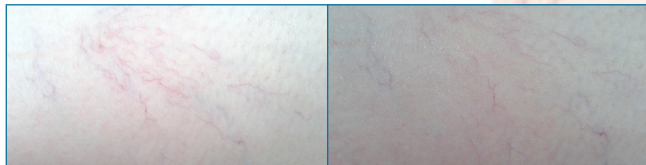


Istituto Flebologico Italiano

Trattamento di venulectasie e teleangectasie con scleromousse sotto guida laser



Immagini di teleangectasie sottoposte a 1^a seduta di trattamento iniettivo con liquido sclerosante



Prima

Dopo



Prima

Dopo

Vene reticolari sottoposte alla 1^a seduta di trattamento con scleromousse



Prima



Dopo

LE VENE VARICOSE DEGLI ARTI INFERIORI: COME SI TRATTANO

LA TERAPIA DELLA MALATTIA VENOSA ESISTE?

Anche se in realtà non esiste una cura radicale per la malattia varicosa, medici esperti sono in grado di alleviare la maggior parte dei suoi sintomi.

Esistono molte opzioni di trattamento. Le cure si distinguono in conservative di tipo medico (elastocompressione e terapia farmacologica) e ablative chirurgiche, che comprendono una serie di efficaci trattamenti mini - invasivi (procedure endovascolari con Laser, Radiofrequenza e Scleroterapia) e invasivi, (legatura e stripping della safena o chirurgia conservativa). Le linee guida internazionali per la chirurgia flebologica considerano il trattamento endovascolare delle vene varicose mediante laser o radiofrequenza, la prima scelta per la cura della malattia in quanto hanno dimostrato di essere metodiche sicure, semplici ed efficaci a lungo termine.

NORME IGIENICO-COMPOR- TAMENTALI DA ADOTTARE IN PRESENZA DI MALATTIA VARICO- SA

Esistono delle misure cautelative che mirano a ridurre la sintomatologia e a rallentare la malattia: non stare fermi in piedi o seduti per periodi troppo lunghi, eseguire movimenti di dorsiflessione dei piedi, evitare l'esposizione diretta delle gambe a fonti di calore (sole, lampade, stufe, caminetti ecc.), dormire con gli arti in scarico tenendo le gambe alte rispetto al resto del corpo (circa 5 - 10 cm), camminare ogni giorno per almeno 20 minuti, fare le scale a piedi, fare attività fisica preferendo il nuoto e la marcia. **Vanno evitati sport come calcio, tennis, equitazione, arti marziali, pesistica, ciclismo agonistico, basket, pallavolo.**

L'alimentazione corretta è altrettanto importante, per cui si consiglia di nutrirsi in modo sano e leggero arricchendo la dieta con molta frutta (mirtilli, arance, limoni, kiwi).

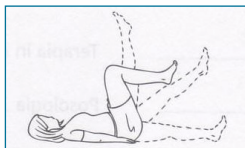
ESERCIZI DA FARE A CASA



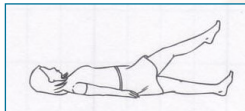
In posizione eretta, alzarsi e abbassarsi lentamente sulle punte dei piedi. Ripetere 20 volte.



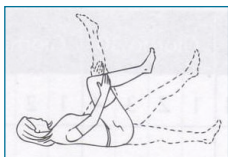
Camminare a piedi scalzi sulle punte per 5 minuti.



Muovere le gambe tipo "bicicletta". Ripetere 20 volte



Sdraiarsi sul letto e alzare le gambe lentamente. Ripetere 10 volte.



Alzare la gamba lentamente e sostenerla come nel disegno. Poi alzarla di 90°, scioglierla e abbassarla lentamente. Ripetere 10 volte per ogni gamba.

ESERCIZI DA FARE AL LAVORO O SEDUTI



Sedersi con i piedi
appoggiati per terra.



Alzare le punte.



Alzare i talloni.



Alzare una gamba, gi-
rare il piede sopra il suo
asse in senso orario e
antiorario.

LA TERAPIA ELASTOCOMPRESSIVA

L'introduzione delle calze elastiche graduate è stato il trattamento che ha determinato il più importante impatto sulla stasi venosa, divenendo così il **“trattamento conservativo di prima scelta”**.

Le calze elastiche esercitano una contro-pressione esterna che favorisce un migliore ritorno venoso verso il cuore risolvendo così la stasi; esse hanno una molteplice azione sul sistema venoso superficiale e profondo, sul volume ematico, sui tessuti, sul microcircolo e su eventuali trombi endoluminali.

La compressione delle calze elastiche viene misurata in millimetri di mercurio (mmHg), non in denari, e suddivisa in due importanti categorie: **preventivo o di supporto e terapeutiche**.

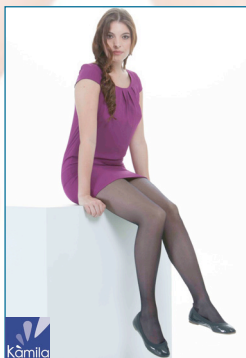
La terapia compressiva è tipicamente utilizzata per ridurre e alleviare temporaneamente i sintomi associati alle vene varicose ma non è una soluzione definitiva, tranne che per casi limitati ove non si può fare altro.

Una calza terapeutica, a secondo dell'altezza della persona, è offerta in 2 altezze: regular e long

CLASSE DI COMPRES- SIONE	RAL GZ 387 (TEDESCA)	NFG 30-102B ENV 12718 (FRANCESE)(EUROPEA)
	Classe A/0 12-18 mmHg	Classe A 10-14 mmHg
I	18-21 mmHg	10-15 mmHg 15-21 mmHg
II	23-32 mmHg	15-20 mmHg 23-32 mmHg
III	34-46 mmHg	20-36 mmHg 23-32 mmHg
IV	>49 mmHg	20-36 mmHg >49 mmHg

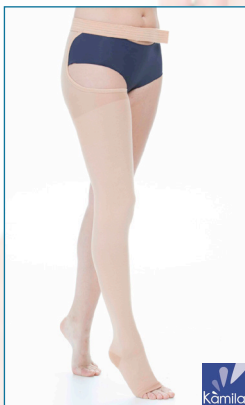
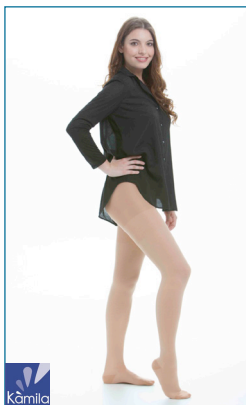
APPLICAZIONE CALZE PREVENTIVE:

- gambe stanche e pesanti
- teleangectasie e venulectasie
- prevenzione dell'insufficienza venosa cronica
- rallentamento della progressione della ma-
lattia varicosa
- edemi declivi e piccole vene reticolari

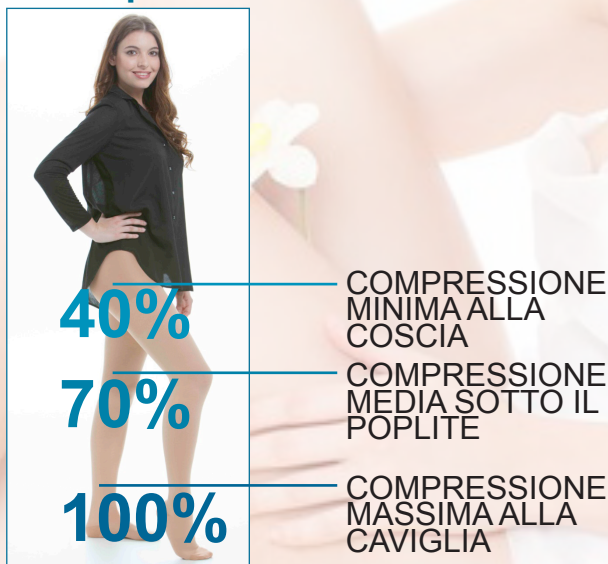


APPLICAZIONE CALZE TERAPEUTICHE:

- vene varicose con o senza edemi declivi
- profilassi e trattamento delle trombosi venose superficiali e profonde
- profilassi e trattamento del tromboembolismo venoso
- trattamento dell'arto post-gesso
- trattamento dell'arto post-trauma
- trattamento dell'arto post scleroterapia
- trattamento dell'arto post flebochirurgia
- trattamento della ulcera varicosa
- prevenzione della recidiva di ulcera
- prevenzione e trattamento del linfedema



Rappresentazione schematica della compressione di un collant



Raccomandazioni:

La calza elastica terapeutica è un presidio medico a tutti gli effetti, motivo per cui il suo utilizzo deve essere su richiesta medica.

Le misure corrette per individuare la giusta taglia della calza vanno prese al mattino appena alzati dal letto; inoltre si consiglia l'utilizzo di un applicatore infilacalza, onde evitare di fare un'eccessiva fatica e rovinare le calze stesse.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA

Il principio dei farmaci utilizzati nell'insufficienza venosa cronica è di migliorare il tono vascolare e la permeabilità capillare, di favorire il ritorno venoso e di ridurre il danno infiammatorio dell'endotelio, determinando così un miglioramento della sintomatologia clinica.



I bioflavonoidi (Diosmina, Esperidina, Oxerutina, Antocianosidi, Frazione flavonoica purificata micronizzata), migliorano la sintomatologia riducendo la risposta infiammatoria dell'endotelio.

I glicosamminoglicani (GAG) ripristinano il glicocalice sulla parete endoteliale e inibiscono l'adesione piastrinica e leucocitaria. Sono stati raccomandati nel trattamento delle forme severe di insufficienza venosa e nelle ulcere venose.

Il mesoglicano (una miscela di glicosaminoglicani rappresentata da eparansolfato 47,5%, dermatansolfato 35,5%, condroitinsolfato 8,5%, eparina slow 8,5%), oltre ad intervenire in senso antitrombotico, è in grado di ripristinare le fisiologiche proprietà di barriera selettiva esplicate dagli endoteli capillari svolgendo un'efficace attività antiedemigena.

Tra i farmaci emoreologici, antinfiammatori ed endoteliali si segnalano la Pentossifillina e la Prostaglandina E1.

In presenza di complicità tromboflebitica è necessario iniziare una terapia anticoagulante.

OBIETTIVI TERAPEUTICI

PROBLEMI DI EMODINAMICA ↔ INFIAMMAZIONE ENDOTELIO ↔ CASCATA COAGULATIVA

ELASTOCOMPRESSIONE

FARMACI

+

TRATTAMENTI CHIRURGICI

FARMACI DA PARETE
(GAGs) EPARINICI

+

EBPM

TAO

PENTASACCARIDE

ANTITROMBINICI ORALI

ASPIRINA

LA CHIRURGIA DELLE VENE VARICOSE

Le tecniche chirurgiche adottate possono essere riassunte in due grandi categorie: quelle TRADIZIONALI e quelle ENDOVASCOLARI.

Le tecniche tradizionali vengono rappresentate per la stragrande maggioranza dalla legatura e stripping dell'asse safenico malato (vena grande o piccola safena), della chirurgia conservativa del tronco safenico (acronimo C.H.I.V.A.), delle tecniche ambulatoriali di ablazione selettiva delle varici in anestesia locale (A.S.V.A.L.).

Le tecniche endovascolari si dividono in **termiche e tumescenti** (laser, radiofrequenza e vapore) e in **non termiche e non tumescenti** (scleroterapia, colla di cianoacrilato, schiuma sclerosante, ablazione meccanico-chimica).

TECNICHE ENDOVASCOLARI

TERMICHE E TUMESCENTI	Laser (EVLA)
	Radiofrequenza (RFA)
	Vapore
NON TERMICHE E NON TUMESCENTI	Scleroterapia (UGFS)
	Colla di cianocrilato
	Ablazione meccanico-chimica (MOKA)

Rispettando le più rigide linee guida internazionali ed in ottemperanza a tutte le evidenze mediche pubblicate, quando è possibile eseguire un intervento chirurgico endovascolare termico (laser o radiofrequenza), questa tecnica è da preferirsi rispetto a tutte quelle menzionate.



*Prima del trattamento
endovascolare*



*Dopo il trattamento
endovascolare*

TECNICHE ENDOVASCOLARI TERMICHE E TUMESCENTI

1 - LASER

Questa tecnica prevede la “chiusura” (occlusione) della vena safena malata e non la sua asportazione. Il procedimento consiste nell’inserimento di una fibra ottica LASER all’interno della vena malata da trattare, sotto guida ecografica. Dopo l’esecuzione di anestesia locale si esegue l’intervento di chiusura della vena malata attraverso la trasmissione di calore (energia laser) sulla parete della vena.

La vena obliterata verrà completamente riassorbita dall’organismo nell’arco di pochi mesi. Questa tecnica è miniinvasiva in quanto non richiede né incisioni chirurgiche né punti di sutura e si esegue in anestesia locale. L’assenza di traumi e di dolore permette una rapidissima ripresa dell’attività lavorativa, elevata compliance post operatoria e risultati estetici ottimali.

Non tutti i pazienti possono essere trattati con tali tecnologie, motivo per cui soltanto chirurghi esperti in questa metodica possono selezionare accuratamente i casi clinici.

I vantaggi di questo trattamento rispetto a quello tradizionale sono:

- ricovero ambulatoriale, dimissioni entro poche ore dall'intervento;
- anestesia locale;
- assenza di dolore durante/post operatorio;
- assenza di cicatrici chirurgiche;
- rapida ripresa lavorativa;
- tecnica adatta per tutte le persone



Vena grande safena varicosa prima di essere trattata con tecnica laser



Vena grande safena appena oblitterata con tecnica laser

2-RADIOFREQUENZA

La tecnica è sovrapponibile a quella del laser, ma la sostanziale differenza sta nel generatore di calore che in questo caso è un microprocessore che produce onde elettromagnetiche. La temperatura viene trasmessa alla parete della vena da trattare attraverso un particolare catetere per radiofrequenza. L'effetto termico sulla vena è quello di produrre il collasso immediato della parete venosa e l'occlusione graduale della medesima.

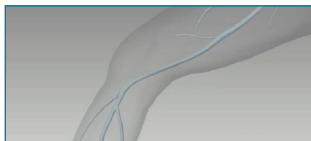
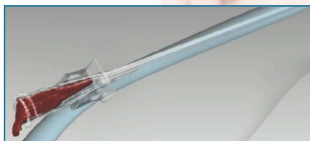


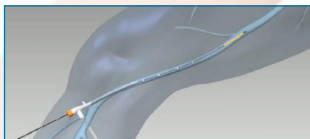
Immagine di una vena safena incontinente



Puntura della vena con un agocannula



Inserimento di un introduttore



Inserimento endovenoso del catetere per radiofrequenza

TECNICHE ENDOVASCOLARI TERMICHE E NON TUMESCENTI

Scleroterapia ecoguidata (ecosclerosi).

Pur essendo una tecnica molto diffusa a livello ambulatoriale, questa metodica non è stata validata dalle linee guida internazionali della AVF (American Venous Forum) e della SVS (Society for Vascular Surgery) come tecnica efficace per il trattamento della vena safena magna. Il suo utilizzo prevede l'iniezione di sostanze chimiche sclerosanti in forma pura o sotto forma di schiuma (sclero-mousse) le quali determinano una tromboflebite chimica controllata che porta gradualmente alla chiusura del vaso. Il procedimento è semplice e di rapida esecuzione, ma i risultati a breve e medio termine non hanno documentato l'efficacia dei risultati clinici dello stripping, della tecnica laser e della tecnica a radiofrequenza. L'utilizzo di questa tecnica è prevalentemente di tipo ambulatoriale ed estetico per trattare piccole vene varicose e rappresenta una delle migliori metodiche, per il trattamento delle varici recidive.



La scleroterapia presenta una serie di rischi, seppur rari, che tuttavia comprendono:

- discromia della pelle
- reazioni allergiche al farmaco utilizzato
- trombosi venose
- necrosi tissutale
- ulcere cutanee di piccola taglia

Colla di Cianoacrilato

Questa metodica è di recente introduzione nel panorama delle tecniche chirurgiche utilizzate per la flebologia e prevede l'iniezione ecoguidata di colla attraverso un apposito catetere endovascolare all'interno del tronco della vena grande o piccola safena. L'effetto chimico immediato è quello dell'obliterazione del vaso.

La tecnica non prevede l'anestesia ma i risultati a distanza di un anno sembrano decisamente peggiori in termini di successo e complicanze rispetto alle metodiche menzionate in precedenza. I costi per adesso sono superiori addirittura a quelli del laser e della radiofrequenza.

Ablazione meccano-chimica (MOKA)

Questa novità nel settore della Chirurgia Flebologica prevede una distruzione meccanica dell'intima del vaso attraverso un catetere endovascolare rotazionale.

In concomitanza al danno meccanico endoteliale si aggiunge l'iniezione di liquido sclerosante che mira alla distruzione dell'endotelio venoso quindi all'obliterazione del vaso.

È una metodica di facile utilizzo assistita ecograficamente e non prevede l'anestesia locale. Essendo di recentissima introduzione, i risultati a breve termine appaiono soddisfacenti ma quelli a medio e lungo termine (a distanza di 3-5anni), non possono essere per ora valutati. I costi anche in questo caso sono ampiamente superiori alle metodiche laser e a radiofrequenza.

TECNICHE TRADIZIONALI

Legatura alta e stripping della vena safena

È la tecnica tradizionale più usata per il trattamento dell'insufficienza venosa cronica. Consiste nell'eseguire un'incisione a livello inguinale per l'isolamento della vena safena magna oppure a livello del poplite per l'isolamento della vena piccola safena. La vena viene incannulata con una sonda chiamata "stripper" e viene fatta fuoriuscire dalla pelle attraverso una controincisione distale. L'asportazione della vena safena o "stripping" permette l'eliminazione del vaso varicoso e quindi conduce alla risoluzione dei sintomi dell'IVC.

A completamento dello stripping vengono eseguite multiple incisioni sulla pelle attraverso le quali vengono asportate le collaterali varicose.

La tecnica anestesiologicala prevalentemente adottata per questa metodica è l'anestesia spinale.

Nonostante il risultato clinico in termini di

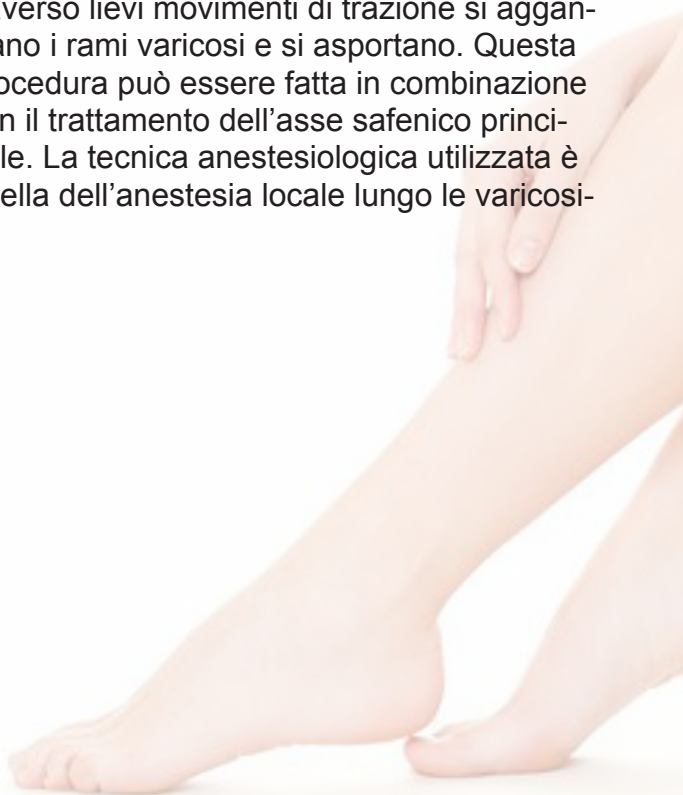
efficacia sia pressoché uguale al laser nel breve e nel medio termine, questa tecnica risulta decisamente più traumatica, dolorosa e poco cosmetica. Valutando i risultati a lungo termine il tasso di recidive è circa 10 volte superiore rispetto a quella del laser e della radiofrequenza, motivo per cui a livello europeo è considerata una tecnica ormai superata e obsoleta.

Tecnica A.S.V.A.L. (Ablazione Selettiva in Anestesia Locale)

In molti casi la diagnostica vascolare ecocolordoppler può documentare la presenza di vene varicose che in realtà sono rami di un tronco safenico sano o lievemente incontenente. In questi casi si può procedere alla sola eliminazione di queste vene considerate all'origine della malattia, per prevenire il peggioramento clinico del paziente e per preservare il tronco safenico ancora sano o poco malato.

Flebectomie

La flebectomia consiste nella rimozione di una vena attraverso una piccola incisione in anestesia locale. Un piccolo uncino viene inserito attraverso la pelle anestetizzata e attraverso lievi movimenti di trazione si aggranciano i rami varicosi e si asportano. Questa procedura può essere fatta in combinazione con il trattamento dell'asse safenico principale. La tecnica anestesiológica utilizzata è quella dell'anestesia locale lungo le varicosità.



C.H.I.V.A.

(Cura Emodinamica Ambulatoriale delle Varici)

È la sigla che indica un trattamento conservativo emodinamico ambulatoriale per la cura dell'insufficienza venosa. Il tronco safenico (grande o piccola safena) non viene né asportato né chiuso ma conservato. Attraverso una strategia accurata si eseguono alcuni tagli e quindi delle legature per l'asportazione di collaterali safeniche varicose e per l'interruzione della comunicazione del giunto safeno-femorale o safeno-popliteo. Secondo tutte le linee guida internazionali questa metodica trova un utilizzo inferiore all'1% dei casi e deve essere eseguita da chirurghi estremamente competenti con ottima conoscenza nella diagnostica vascolare ultrasonografica (ecocolordoppler), attraverso la quale si valuta l'intera strategia del trattamento.

VARICI E ATTIVITÀ SPORTIVA

Nonostante sia risaputo che l'attività fisica faccia bene alla salute, gli sport estremi o troppo intensi possono creare spesso sofferenza alle vene varicose.

Per questo motivo gli sport dovrebbero essere distinti in 3 categorie; 1) consigliati, 2) consigliati con prudenza, 3) sconsigliati in quanto dannosi.



Consigliati



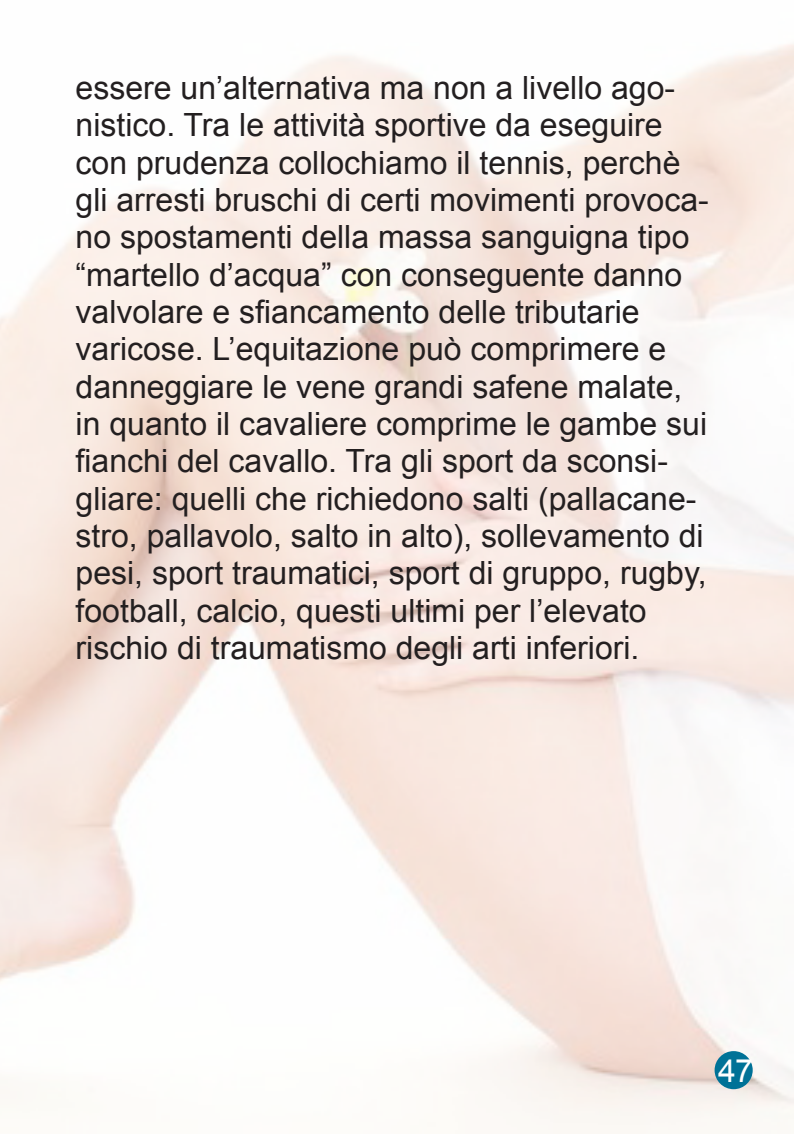
Prudenza



Sconsigliati



Fra gli sport utili possiamo identificare la marcia e tutte le discipline ad essa associate; il nuoto è caldamente consigliato in quanto si pratica in assenza di peso. Il ciclismo può



essere un'alternativa ma non a livello agonistico. Tra le attività sportive da eseguire con prudenza collochiamo il tennis, perchè gli arresti bruschi di certi movimenti provocano spostamenti della massa sanguigna tipo "martello d'acqua" con conseguente danno valvolare e sfiancamento delle tributarie varicose. L'equitazione può comprimere e danneggiare le vene grandi safene malate, in quanto il cavaliere comprime le gambe sui fianchi del cavallo. Tra gli sport da sconsigliare: quelli che richiedono salti (pallacanestro, pallavolo, salto in alto), sollevamento di pesi, sport traumatici, sport di gruppo, rugby, football, calcio, questi ultimi per l'elevato rischio di traumatismo degli arti inferiori.

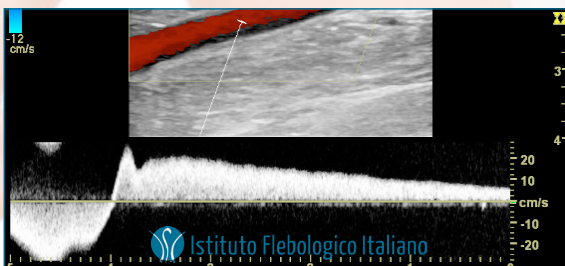
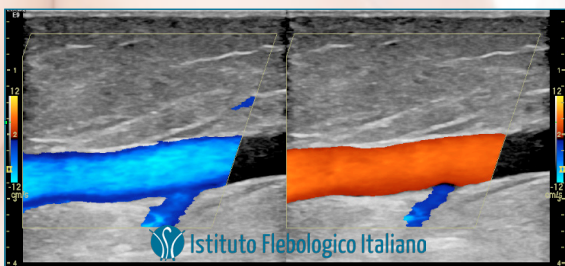
LA DIAGNOSTICA STRUMENTALE NON INVASIVA

L'ecocolordoppler è l'esame strumentale di prima scelta per la diagnosi della malattia venosa cronica: è un esame completo, non invasivo, facilmente ripetibile e relativamente poco costoso. Fornisce informazioni sullo stato della parete venosa, sulle valvole venose, sull'anatomia del sistema venoso superficiale e profondo, sulla direzione del flusso sanguigno (normodiretto o reflusso), e sull'eventuale riscontro di trombosi (acuta o pregressa). Questo tipo di esame è fondamentale qualora si decida di operare il paziente con metodiche endovascolari in quanto fornisce numerose informazioni tecniche per arruolare il paziente in questo tipo di chirurgia.

E' una metodica operatore dipendente, il che vuol dire che l'esperienza dell'operatore può determinare in senso positivo o negativo la corretta interpretazione dell'esame, motivo per cui si consiglia di rivolgersi sempre a persone qualificate e con provata esperienza (angiologi-chirurghi vascolari).



Esecuzione di un ecodoppler in ambulatorio



Le immagini documentano un reflusso venoso e la sua quantificazione in secondi.

LA FLEBITE E LA TROMBOFLEBITE SUPERFICIALE: COSA SONO E COME SI TRATTANO

COSA SONO LE FLEBITI E LE TROMBOFLEBITI SUPERFICIALI?

Spesso c'è molta confusione tra una flebite che è l'infiammazione di una vena superficiale (patologia lieve) ed una tromboflebite che è l'infiammazione di una vena colpita da trombosi (complicanza a rischio). Tipicamente quest'ultima si verifica a carico delle varici sporgenti sulle gambe, ma può interessare qualsiasi sede lungo il decorso delle vene superficiali. I fattori di rischio di trombosi venosa superficiale comprendono l'insufficienza venosa cronica (70% dei casi), trombofilia ereditaria, tumori, gravidanza, terapie con ormoni estroprogestinici, obesità, pregresse trombosi, esiti di scleroterapia, utilizzo di cateteri intravenosi, malattie sistemiche autoimmuni e traumi.

La cute sovrastante la vena trombizzata appare arrossata, calda, gonfia ed estremamente dolente; a volte è associata a comparsa di febbre; in caso di tromboflebite superfi-

ziale si apprezza la presenza di un cordone duro e palpabile.



Arrossamento cutaneo determinato da tromboflebite

La diagnosi di trombosi venosa superficiale nella maggioranza dei casi è clinica, ma necessita sempre di un supporto strumentale ecografico (ecocolordoppler) per tre motivi: **1) per confermare la diagnosi, 2) per stabilire l'estensione della trombosi, 3) per escludere una concomitante trombosi venosa profonda.** Le tromboflebiti superficiali non sono così innocenti perchè spesso possono associarsi ad una trombosi venosa profonda (6-44%) oppure provocare embolia polmonare asintomatica (20-33%) e/o embolia polmonare sintomatica (2-13%).

COME SI TRATTANO LA FLEBITE E LA TROMBOFLEBITE SUPERFICIALE?

Gli obiettivi della terapia sono i seguenti: **risolvere i sintomi dolorosi locali, prevenire l'estensione della trombosi, prevenire la recidiva di trombosi e prevenire il tromboembolismo venoso che può complicare la storia naturale della malattia.**

Il trattamento prevede la terapia con **farmaci antinfiammatori topici** (pomate) ed **anticoagulanti** (eparine a basso peso molecolare, pentasaccaride e raramente anticoagulanti orali). Una volta superata la fase dolorosa dell'infiammazione il paziente dovrà inoltre eseguire la **terapia elastocompressiva con calze elastiche**.

L'eparina a basso peso molecolare associata all'elastocompressione graduata per 20-30 giorni è probabilmente la migliore opzione terapeutica per la trombosi venosa superficiale nella maggioranza dei casi (riducendo significativamente l'incidenza di estensione della trombosi o la recidiva trombotica). Il paziente deve sempre consultare lo specialista angiologo o chirurgo vascolare per i consigli diagnostici e terapeutici.

LA TROMBOSI VENOSA PROFONDA

COS'È LA TROMBOSI VENOSA PROFONDA (TVP)?

Consiste nella **presenza di un trombo a livello del circolo venoso profondo. È una causa importante di morbidità e mortalità.** È la terza più comune patologia cardiovascolare dopo l'infarto del miocardio e l'ictus ischemico, con un'incidenza di 150 casi su 100.000 all'anno. L'embolia polmonare invece incide con 60-70 casi su 100.000 all'anno. **La sintomatologia, quando presente, è rappresentata da dolore e gonfiore dell'arto; in caso di embolia polmonare, si può manifestare con dolore toracico e mancanza del respiro.** Tuttavia, i medici spesso vedono la punta dell'iceberg in quanto l'80% delle TVP sono asintomatiche mentre il 70% delle embolie polmonari viene riscontrata postmortem; almeno il 50% dei pazienti con TVP di coscia ha un'embolia polmonare asintomatica.

FATTORI DI RISCHIO PER TVP

Elevato	Intermedio	Basso
Età ≥75 anni	60-75 anni	40-60 anni
Pregresso TEV	Familiarità per TEV	Sesso maschile
Pregressa TVS	Fumo (>15/die)	Viaggi (>6 ore)
Trombofilia	Gravidanza	Gruppo sanguigno non 0
Puerperio	Abortività	Arteriopatia periferica
Chirurgia maggiore, Chirurgia ortopedica, Traumi, Neoplasie, Malattie autoimmuni	Estroprogestinici	Diabete
IMA	Obesità	BPCO
Insufficienza cardiaca (III-IV NYHA)	Insufficienza venosa	Cirrosi
Ictus/Paralisi	BID/insufficienza renale cronica	Attacco ischemico transitorio (in terapia)
Immobilizzazione	Iperomocisteinemia	Antipsicotici
Ricovero in terapia intensiva	S. mieloproliferative	
Sepsi	CHF (I-II NYHA)	
	Attacco ischemico transitorio (non in terapia)	
	Broncopneumopatia acuta	
	Recente ricovero (>10 gg)	



*Edema dell'arto inferiore sinistro
determinato da TVP*



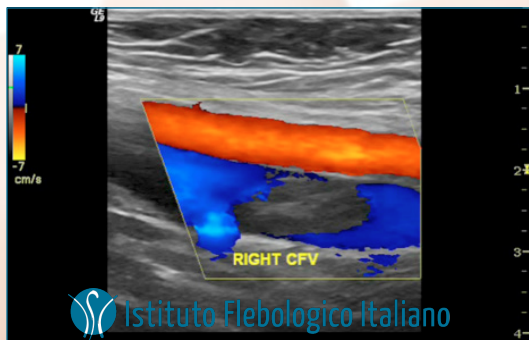
*Immagine di fovea in presenza
di edema da TVP*

COME SI TRATTA LA TROMBOSI VENOSA PROFONDA?

La terapia anticoagulante e l'elastocompressione sono il cardine del trattamento della trombosi venosa profonda.

Pazienti con diagnosi di trombosi venosa profonda devono essere trattati con terapia anticoagulante. Immediatamente si instaura una terapia con eparina a basso peso molecolare o Fondaparinux, la quale viene embricata con farmaci anticoagulanti orali. E' necessario monitorare i tempi di coagulazione (valore INR) per riuscire a dosare correttamente i farmaci. Una volta raggiunto il range terapeutico con gli anticoagulanti orali viene sospesa la terapia eparinica. Negli ultimi 5 anni sono stati introdotti nelle linee guida terapeutiche dei nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO), che garantiscono ridotti rischi emorragici e non richiedono prelievi ematochimici per il monitoraggio dell'INR. L'elastocompressione dell'arto colpito da trombosi venosa profonda deve essere mantenuta per almeno 3 anni, anche una volta risolto l'episodio acuto di trombosi venosa

profonda, per ridurre l'incidenza di complicanze, come la sindrome post-trombotica.



L'immagine documenta una trombosi della vena femorale superficiale (parte non colorata in grigio nero)



Sindrome post-trombotica con ulcera in fase attiva

L'ULCERA FLEBOSTATICA

CHE COS'È L'ULCERA FLEBOSTATICA?

Un'ulcera è una ferita con perdita di sostanza che presenta scarsa o nulla tendenza alla guarigione.

L'ulcera flebostatica è l'espressione finale della malattia venosa cronica (classe CEAP C6)

È una patologia molto invalidante dal punto di vista della qualità di vita del paziente e di elevato costo sociale in termini sia di spesa sanitaria che di giornate lavorative perse.



Istituto Flebologico Italiano

Ulcera flebostatica

QUAL È LA CAUSA DELL'ULCERA FLEBOSTATICA E COME SI MANIFESTA?

I meccanismi patogenetici alla base dell'ulcera sono ancora in fase di studio. Il reflusso e l'ostruzione delle vene degli arti inferiori associati al malfunzionamento della pompa muscolare, determinano un'alterazione dell'emodinamica, con un quadro di ipertensione venosa distale.

Si sviluppa, inoltre, una severa risposta infiammatoria locale a livello del microcircolo e della cute, con reazioni concatenate che comportano un grave danno infiammatorio che alla lunga comporta l'ulcerazione della pelle.

La sede più comune delle ulcere è **peri-malleolare o sovra-malleolare**. Spesso nascono come conseguenza di un piccolo trauma sulla cute compromessa e fragile. La ferita ha la tendenza a non guarire e ad allargarsi progressivamente.

Le ulcere possono essere del tutto asintomatiche o diventare dolenti e secernere essudato; si possono inoltre complicare con infezioni e sanguinamenti.

COME SI CURA L'ULCERA FLEBOSTATICA?

Secondo le attuali linee guida per la malattia venosa cronica, il trattamento primario per la guarigione delle ulcere flebostatiche è l'elastocompressione. Viene eseguita in forma di bendaggio o di calza elastica e consente una riduzione dell'ipertensione venosa.

Risulta fondamentale anche nella prevenzione secondaria delle ulcere guarite. Ad essa vanno associati le medicazioni, il trattamento farmacologico e la correzione chirurgica della malattia venosa cronica.

Le regolari medicazioni, di solito a cadenza settimanale in ambiente ambulatoriale, consentono la detersione della lesione, eliminando l'essudato infiammatorio ed il tessuto necrotico per favorire la crescita del tessuto sano di granulazione. Esistono, inoltre, delle medicazioni avanzate che rappresentano dei presidi in grado di accelerare la guarigione dell'ulcera; si possono distinguere in assorbenti, antibatteriche, favorenti il microambiente adatto alla guarigione e stimolanti della rigenerazione tissutale.



Istituto Flebologico Italiano

Bendaggio elastocompressivo all'ossido di zinco

Gambaletto elastico

“Ulcer San” per il trattamento elastocompressivo dell'ulcera venosa con apposito Ezy As® applicatore della calza che facilita il suo uso.

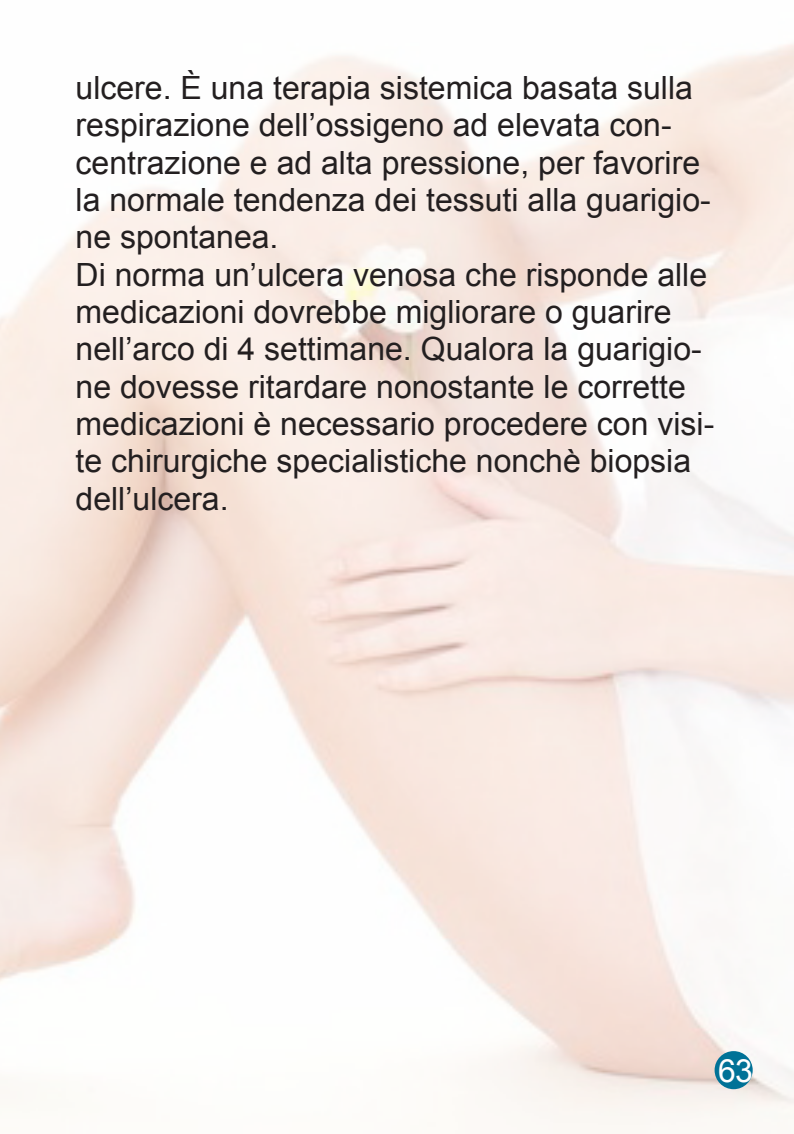


QUALI PROCEDURE SI POSSONO ASSOCIARE NEL TRATTAMENTO DELL'ULCERA?

Per prevenire la formazione di un'ulcera flebostatica o consentirne la guarigione ed evitarne la recidiva, è importante correggere la malattia venosa che ne è stata l'origine, attraverso interventi di flebochirurgia come l'ablazione termica con tecnica Laser, la legatura e stripping dei sistemi safenici e la scleroterapia.

Nelle ulcere di dimensioni più estese può essere necessaria l'esecuzione di un innesto cutaneo a causa dell'importante perdita di sostanza. Gli innesti vengono generalmente prelevati dal paziente stesso con un piccolo intervento, ma sono stati recentemente introdotti dei sostituti ingegnerizzati del derma (cellule epidermiche, fibroblasti e cheratinociti coltivati su matrici biocompatibili) che permettono di stimolare i processi riparativi compromessi, consentendo la ricostruzione di un tessuto cutaneo completo.

L'ossigenoterapia iperbarica può essere associata al trattamento multidisciplinare delle

A photograph of a person's legs, specifically the lower legs and feet, resting on a white surface. A hand is visible, gently touching the calf of the right leg. The background is a soft, out-of-focus white.

ulcere. È una terapia sistemica basata sulla respirazione dell'ossigeno ad elevata concentrazione e ad alta pressione, per favorire la normale tendenza dei tessuti alla guarigione spontanea.

Di norma un'ulcera venosa che risponde alle medicazioni dovrebbe migliorare o guarire nell'arco di 4 settimane. Qualora la guarigione dovesse ritardare nonostante le corrette medicazioni è necessario procedere con visite chirurgiche specialistiche nonché biopsia dell'ulcera.

Linea elastocompressiva Kàmila® Support

La linea Kàmila®, frutto di oltre 40 anni di esperienza nell'utilizzo del filato Lycra, a doppia ricopertura, esercita un'efficace compressione decrescente dalla caviglia alla coscia, per favorire un corretto deflusso venoso.

Ogni articolo della gamma Support riporta sia il peso del filato, in denari (den.), sia la compressione media (mmHg) a livello della caviglia. In questo modo si ha la certezza garantita di offrire ad ognuno il prodotto più adatto, per contrastare efficacemente i più frequenti, iniziali problemi venosi. La compressione è controllata, con apposito strumento, durante ed al termine della lavorazione.



Kàmila® Medical

Gli articoli Medical sono prodotti in 3 classi di compressione:

- COTY: in cotone al 100% sulla pelle per il massimo comfort: KKL 1 (18-21 mmHg), KKL 2 (23-32 mmHg), KKL 3 (34-46 mmHg).
- MICRO: in morbida ed elastica microfibra per unire l'eleganza al comfort: KKL 1 (18-21 mmHg), KKL 2 (23-32 mmHg).

Kàmila® Embo-Control

Per una sicura profilassi della trombosi.



*Gambaletto
COTY*



*Autoreggente
MICRO*



*Monocollant
antitrombo*



- per punte aperte e chiuse
- facile da usare e da lavare
- compatto, leggero
- misure con codice colore
- robusto, durevole
- facilmente trasportabile

APPLICATORE PER CALZE E BRACCIALI MEDICALI



LE 10 RACCOMANDAZIONI PER PROTEGGERE LE VENE

1. Utilizzare scarpe con tacco di 3/5 cm
2. Dormire con le gambe più alte del cuore collocando un rialzo di 5 cm sotto al materasso
3. Evitare il sovrappeso
4. Non stare in piedi per lunghi periodi di tempo, quando possibile
5. Alternare la posizione seduta a quella eretta, quando possibile
6. Fare una passeggiata di almeno una mezz'ora al giorno
7. Fare attività sportiva almeno 2-3 volte la settimana, evitando sport che richiedano scatti o movimenti bruschi
8. Evitare i bagni troppo caldi e la prolungata esposizione delle gambe al sole
9. Indossare le calze elastiche preventive o di supporto, soprattutto quando si è costretti a stare per lunghi periodi seduti od in piedi
10. Se si soffre di malattia venosa, chiedere subito un consiglio al tuo medico ed assumere solo farmaci flebotonici di provata efficacia clinica sia d'estate che d'inverno





Elaborazione grafica
m.vittoria.toselli@gmail.com



azione antibatterica
costante nel tempo



MEDICAL DEVICE

COMPANY WITH
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM
CERTIFIED WITH **EN ISO 9001:2008**
AND **EN ISO 13485:2003**



 
MADE IN ITALY



RAL-GZG 387



CA-MI

www.kamilamedical.com

