

Veins

Numero NOVE

Rivista tecnico-scientifica on-line a diffusione mirata • Organo ufficiale della AFI - Associazione Flebologica Italiana

-  *Old standard o gold standard*
-  *AFI Day Triveneto: “Manuale d’istruzione teorico-pratico in flebologia”*
-  *La flebectomia estetica delle vene del dorso delle mani, ovvero dalla Medicina Estetica alla Chirurgia: le zone che tradiscono*
-  *Esperienza personale e pratica quotidiana di scleroterapia con schiuma secondo le nuove linee guida europee sulla scleroterapia della malattia venosa cronica*
-  *Scleroterapia Estetica: manuale d’istruzione*
-  *AFI Days Simposio Nazionale*
-  *AFI Day Abruzzo: il primo incontro tra Marche e Abruzzo*



Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 7071 del 05/12/2000

Direttore responsabile de L'Ambulatorio Medico

Marco Montanari

Redazione

Dr. Maurizio Ronconi
ronconi@med.unibs.it

Dr. Mario Forzanini
mario.forzanini@tin.it

Dr. Michele Ugliola
phlebology@gmail.com

Segreteria di redazione

VALET S. r. l.

Via dei Fornaciaci 29/b - 40129 Bologna
Tel. 051 63.88.334 - Fax 051.32.68.40
edizioni@valet.it - www.valet.it

Realizzazione grafica

Matteo Nuti

immagine@valet.it

è vietata la riproduzione, totale o parziale di ogni contenuto di questa pubblicazione senza esplicita autorizzazione dell'editore. Tutti i punti di vista espressi in questo periodico sono quelli dei rispettivi autori e non riflettono necessariamente quelli delle imprese alle quali appartengono, dell'editore e delle istituzioni. Nulla intende rappresentare un consiglio o una raccomandazione su cure e metodiche; l'editore non da garanzie sui protocolli terapeutici citati e non riconosce alcuna responsabilità su eventuali danneggiamenti causati da nozioni riportate sulla rivista. La rivista è spedita in abbonamento telematico. I dati anagrafici dei soggetti interessati alla spedizione della presente rivista provengono da elenchi pubblici e vengono trattati in conformità a quanto previsto dal "Codice Privacy" (Digs. 196/2003). Le finalità del trattamento riguardano la spedizione in abbonamento telematico della presente rivista, di altre pubblicazioni, invio di cataloghi ed eventuali altre comunicazioni inerenti le attività promosse dal titolare del trattamento. L'interessato può in qualsiasi momento richiedere informazione sul trattamento dei propri dati, ottenere modifiche od opporsi in tutto o in parte, facendone richiesta via fax, lettera o e-mail, al titolare del trattamento. Il titolare del trattamento è VALET S.r.l. - Via dei Fornaciaci, 29/b - 40129 Bologna (BO). Alla data della presente pubblicazione, il Responsabile del trattamento è il Sig. Daniele Morini. L'informativa integrale, completa di finalità, modalità del trattamento, diritti dell'interessato e soggetti a cui potrebbero essere comunicati i dati, è consultabile sul sito www.valet.it alla sezione Privacy.

Diffusione nazionale

Medici specialisti in: anestesia e rianimazione, Angiologia e Flebologia, Chirurgia generale, Chirurgia plastica, dermatologia, dietologia, endocrinologia, fisioterapia, malattie reumatiche, Medicina sportiva e patologia vascolare, centri di Medicina e Chirurgia Estetica, estetica medica, medici di base, studi privati di agopuntura e mesoterapia, infermieri professionali, ambulatori di chiroterapia, fisioterapia, fisiokinesiterapia e massaggi, poliambulatori, case di cura e cliniche private, direttori sanitari: A.S.L., ospedali, stabilimenti termali, associazioni e istituzioni sanitarie, istituti scientifici e di ricerca, docenti e corsisti Divisione Didattica VALET: C.P. M.A. e C.E.D.A.

Organigramma AFI

Presidente

Dr.ssa Patrizia Pavei

patrizia.pavei@sanita.padova.it

Presidente Onorario

Dr. Alessandro Frullini

a.frullini@associazioneflebologicaitaliana.it

Segretario

Dr. Paradiso Sabino

paradisosabino@libero.it

Membri eletti al Consiglio Direttivo

Dr.ssa Patrizia Pavei

patrizia.pavei@sanita.padova.it

Dr. Alessandro Pieri

aogpieri@tin.it

Dr. Paradiso Sabino

paradisosabino@libero.it

Responsabili ricerca medica

Dr Alessandro Pieri

aogpieri@tin.it

Dr. Maurizio Ronconi

maurizio.ronconi@unibs.it

Segreteria

Elisa Bertocchi

segreteria@associazioneflebologicaitaliana.it

Rappresentanti regionali

Dr. Loparco Oronzo Walter - Abruzzo

Dr. Rendace Michele - Calabria

Dr. Amitrano Sergio - Campania

Dr. Guarnaccia Demetrio - Campania

Dr. Casoni Paolo - Emilia-Romagna

Dr. Visintin Albino - Friuli Venezia Giulia

Dr. Nero Gianfranco - Lazio

Dr. Forfori Pietrino - Liguria

Dr. Forzanini Mario - Lombardia

Dr. Ronconi Maurizio - Lombardia

Dr. Fonti Massimo - Marche

Dr. Cristiani Alfonso - Piemonte

Dr. Paradiso Sabino - Puglia

Dr. Moretti Cesare - Sardegna

Dr. Angelino Gaetano - Sicilia

Dr. Pinzetta Claudio - Trentino Alto Adige

Dr. Rosi Gianluigi - Umbria

Dr. Gerardi Andrea - Umbria

Dr. Alvise Cavallini - Veneto

Old standard o gold standard

EDITORIALE DI
Dr. Alessandro Frullini
Presidente Onorario AFI



Sto tornando in treno dall'AFI DAY Abruzzo, ottimamente organizzato da Walter Loparco e da Massimo Fonti e come sempre in viaggio si pensa con calma. Durante il meeting si è parlato di schiuma, di laser, di radiofrequenza ma la relatrice che ha parlato di stripping della safena ha impostato la relazione sulla storia della chirurgia flebologica. La scelta è sintomatica di un cambiamento in atto (se non già avvenuto) sul ruolo dello stripping.

Lo so benissimo che ci sono ancora i "sentimentali" dello stripper ma parlare oggi di "gold standard" nei riguardi dell'approccio chirurgico all'insufficienza venosa sembra veramente fuori tempo. Lasciamo perdere gli USA dove il numero di stripping è crollato ai minimi termini in questi anni, non consideriamo le famose linee guida del Nice inglese che retrocedono la chirurgia dopo la schiuma sclerosante (sic!) e guardiamo a cosa accade in casa nostra. Si dice che in molte regioni s'inizia a scegliere da parte delle autorità sanitarie il rimborso preferenziale dell'ablazione termica rispetto alla chirurgia tradizionale.

M'immagino adesso la faccia di molti di quelli che stanno leggendo queste righe. Avete ragione a pensare male ma

tant'è questa è la situazione che si prospetta. Anch'io sono perplesso da tanto pensiero assoluto (come si tratta un cavernoma inguinale con la radiofrequenza? Magari me lo insegnerà uno dei governatori delle regioni!) comunque la resistenza ormai è inutile, lo stripping è solo un "old standard", scordatevi il "gold standard".

Buon lavoro a tutti
Dr. Alessandro Frullini
Presidente Onorario AFI
Associazione Flebologica Italiana
a.frullini@associazioneflebologicaitaliana.it

Partecipa attivamente a

Veins

Continua la rubrica dedicata ai commenti dei nostri lettori inerenti a tutti gli aspetti che gravitano attorno alla nostra professione: dal rapporto medico-paziente al racconto di esperienze lavorative personali, dalle questioni medico-legali alle esigenze pratiche del flebologo ai nostri giorni. Ogni riflessione verrà valutata dal comitato redattore e, compatibilmente con gli spazi della rivista, pubblicata. Sono ben gradite anche le critiche costruttive e i suggerimenti per far crescere la nostra Associazione. I commenti andranno inviati al seguente indirizzo: ronconi@med.unibs.it

AFI Day Triveneto: “Manuale d’istruzione teorico-pratico in flebologia”

Vicenza, Hotel Viest, 17 Gennaio 2015

RESOCONTO DI
Dr. Alvise Cavallini
alvise.cavallini@libero.it

All’AFI day triveneto hanno partecipato più di 200 tra Medici di Medicina Generale, ai flebologi ed agli Specialisti Vascolari; l’evento ha cercato di fornire un indirizzo comune per realizzare un trattamento medico di qualità nei pazienti con problematiche flebologiche estetiche o con varici associate ad insufficienza venosa cronica, in ottemperanza agli standard segnalati da Linee Guida nazionali ed internazionali.

è riconosciuta come patologia prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza.

A tal proposito una sessione è stata dedicata alla situazione attuale della flebologia in Italia ed alle prospettive future in questo periodo storico in cui molti in Europa, anche a causa della lunga crisi economica, guardano ai paesi anglosassoni come nuovo riferimento di organizzazione sanitaria.



Sono stati trattati gli argomenti principali che costituiscono la moderna pratica flebologica: dalla diagnostica vascolare, in urgenza ed in elezione, alla terapia medica dell’insufficienza venosa, dai trattamenti ambulatoriali endovascolari alla terapia compressiva ed anticoagulante. Le relazioni del congresso hanno avuto un’impronta pratica (manuale d’istruzione): i relatori, tutti altamente esperti nei rispettivi argomenti, hanno presentato le evidenze scientifiche e la Letteratura più recenti, rapportandole alla loro esperienza clinica quotidiana. Dopo ogni sessione è seguita una vivace discussione.

Il Prof. Paolo Zamboni ha inoltre tenuto una lettura magistrale sull’insufficienza venosa cronica cerebrospinale (CCSVI), presentando un’estesa review sugli studi effettuati e sulle linee di ricerca future. In Italia, nonostante la IUP abbia avallato diagnosi e trattamento, la CCSVI non



La flebectomia estetica delle vene del dorso delle mani, ovvero dalla Medicina Estetica alla Chirurgia: le zone che tradiscono

LAVORO PERSONALE DI
Dr. Luigi Fossati e Dr.ssa Manuela Ballio
info@luigifossati.it

Gli autori descrivono la tecnica, le indicazioni, le controindicazioni ed i risultati della flebectomia estetica delle vene del dorso delle mani

LA TECNICA

Si tratta di una esoflebectomia estetica; l'anestesia è locale, con lidocaina all'1% (diluata con fisiologica con rapporto 1:5), con incisione cutanea con ago (19g), utilizzo di crochet (Fox 3) per afferrare la/le vene con estrazione delle anse venose stesse, con isolamento venoso per trazione e torsione. Si hanno particolarità anatomiche e tecniche, con indicazioni/controindicazioni, vantaggi/svantaggi che ora verranno descritti. L'anatomia venosa del dorso della mano è piuttosto complessa; è da sottolineare la presenza dell'arco dorsale, anastomosi tra vena cubitale (o basilica) e vena radiale. A livello nervoso, esistono anastomosi (solitamente due) tra il nervo ulnare e radiale ed il nervo muscolo/cutaneo ed ulnare stesso. Tecnicamente, occorre identificare i "filetti" nervosi a livello avventiziale e separarli dalle vene; il bisturi deve essere usato in modo assiale per ogni dissezione venosa.

LE INDICAZIONI

è un atto chirurgico esclusivamente a scopo cosmetico, per cui sono necessari: una buona motivazione ed una buona salute psicofisica del paziente; va trattata solo una mano per volta (con un intervallo di 15 gg tra una seduta e l'altra).

LE CONTROINDICAZIONI

Sono il paziente disobbediente e con sindrome depressiva evidente; le acrosindromi vasomotorie; le angiodisplasie; un ostacolato ritorno venoso degli arti superiori (TVP)

I VANTAGGI

è una tecnica semplice (ma non semplicistica); si ha un'alta soddisfazione del paziente (i risultati sono du-

raturi); il post-intervento non è complicato, senza esiti dicromici delle incisioni cutanee, né edemi significativi.

GLI INCONVENIENTI

Occorre fondamentalmente fare una selezione accurata dei pazienti; vanno portati per un mese o mezzi guanti o bende compressivi; la curva di apprendimento non è facile né veloce; la domanda è relativamente poco frequente (ma è un intervento sempre più richiesto); si può avere comparsa di disestesie/parestesie dopo l'atto chirurgico: si hanno per un caso su due, con scomparsa in media in 3 settimane (nella nostra esperienza un caso dopo 6 mesi); eventuali piccole dilatazioni venose residue possono essere flebectomizzate dopo un anno. A completamento del trattamento chirurgico venoso, gli autori propongono, a distanza di 15 giorni dall'intervento stesso, un ciclo di carbossiterapia (1 seduta/settimana, per 5 sedute), per il noto effetto benefico della metodica sul microcircolo e, contemporaneamente, in presenza di macchie cutanee melaniniche, 2 sedute (1 ogni 15 gg), di luce pulsata (VL, 555-950 nm) ma (126).

Esperienza personale e pratica quotidiana di scleroterapia con schiuma secondo le nuove linee guida europee sulla scleroterapia della malattia venosa cronica

LAVORO PERSONALE DI
Dr. Stephan Guggenbichler
info@beinsprectunde.de

LIl Tegernsee Consensus del 2006 è stato rivisto nel 2013 da un gruppo di esperti flebologi di varie nazioni europee. È importante sottolineare che tutte le Consensus sulla schiuma sono state possibili grazie all'intervento di un gruppo di flebologi italiani che per primo hanno studiato e pubblicato l'uso della schiuma per trattare le varici fin dalla fine degli anni 90. Grazie a questo contributo italiano è stato possibile anche la registrazione della schiuma in Germania nel 2009.

Il catalogo delle indicazioni per la scleroterapia include ormai tutti i tipi di varici - dai tronchi safenici e extra-safenici - fino alle vene nutrizionali dei capillari e, capitolo estremamente importante, le varici recidive.

L'obiettivo principale della scleroterapia è l'induzione tramite iniezione di un mezzo sclerosante di una trasformazione fibrosa della vena e con questo l'ottenimento di un risultato terapeutico analogo alla rimozione chirurgica della vena. È stato uno dei primi mezzi di trattamento endoluminale delle varici e viene considerato uno dei denominatori comuni nel trattamento delle varici, perché combinabile con tutti gli altri metodi. In Germania, dove pratica l'autore di questo articolo, esiste solo l'approvazione del polidocanolo come mezzo sclerosante tramite la BfArM di Berlino per cui in seguito si farà riferimento alle esperienze con questo farmaco anche se il consenso è stato formulato anche per il tetradecilsulfato (farmaco non disponibile in Germania).

Per scleroterapia si intende un processo di ablazione chimica di una vena varicosa tramite l'iniezione di un agente sclerosante liquido in forma di schiuma. L'obiettivo principale della scleroterapia è l'ablazione delle vene varicose, la prevenzione e il trattamento delle

complicanze della insufficienza venosa, il miglioramento dei sintomi venosi e della qualità di vita. Inoltre si vuole migliorare l'estetica e la funzione venosa.

Per arrivare a queste mete è essenziale seguire una accurata diagnostica prescleroterapeutica che dovrebbe culminare nel costruire un mappaggio individuale della circolazione venosa anormale e delle sue conseguenze patologiche da trattare. La diagnostica comprende l'anamnesi, un esame obiettivo e un esame ecocolordoppler. Eccezione viene fatta per il trattamento dei capillari e delle vene reticolari, dove può essere sufficiente un esame cw-Doppler invece dell'esame ecocoloduplex secondo gli esperti europei. Nella nostra pratica lavoriamo con un piccolo Doppler con sonda 8 Mhz per inanzitutto controllare le arterie delle gambe ed escludere una arteriopatia. Poi seguiamo i tronchi safenici della grande e piccolo safena e le principali vene profonde satellite delle arterie per scoprire eventuali reflussi che possano "nutrire" il territorio dei capillari da trattare. In ogni caso nel nostro ambulatorio eseguiamo sempre anche una analisi ecocolordoppler prima di trattare qualsiasi capillare.

Prima dell'inizio del trattamento è importante nel nostro ambulatorio discutere con il paziente il consenso informato. In Germania esistono delle regole chiare che prevedono un consenso informato firmato dal paziente e una documentazione dell'avvenuto consenso nella cartella clinica con un consenso informale anche sui costi di trattamento. Il consenso prevede informazioni sul risultato della scleroterapia, il numero di sedute programmate, possibili effetti collaterali e misure postscleroterapiche. Inoltre è doveroso parlare dei risultati che si vogliono ottenere e in quale arco di tempo, quante

ulteriori sedute in futuro saranno necessarie e che la scleroterapia con schiuma è più efficace ma che può presentare anche certi effetti collaterali particolari che descriveremo più tardi.

Per quanto riguarda le controindicazioni assolute alla scleroterapia segue un elenco:

Allergia nota al sclerosante, trombosi acuta o embolia polmonare, infezione locale nell'area della scleroterapia o infezione generalizzata, immobilizzazione di lunga durata o degenza a letto. In aggiunta, per la scleroterapia con schiuma si sconsiglia un trattamento con schiuma in caso di shunt dx –sinistro da forame ovale noto.

Le controindicazioni relative richiedono una valutazione individuale dei benefici e dei rischi per ogni singolo paziente e comprendono la gravidanza, nel nostro ambulatorio non vengono trattate donne gravide con la scleroterapia, in caso di allattamento (si consiglia di interrompere per 2-3 gg l'allattamento), altre controindicazioni:

arteriopatia occlusiva periferica, lo stato di salute generale compromesso, la scleroterapia è sempre un trattamento di elezione non trattiamo mai persone gravemente malate e immobili, ad alto rischio tromboembolico e qui ci si riferisce alle trombofilie severe tipo sindrome antifosfolipidica oppure trombofilie combinate oppure a stati ipercoagulanti o situazioni di malattie oncologiche attive. Rimane sempre la possibilità di una profilassi antitrombotica in parallelo alla terapia sclerosante e qui è molto importante una valutazione individuale rischio- beneficio del trattamento. La tromboflebite superficiale viene indicata come controindicazione relativa alla scleroterapia, in ambulatorio preferiamo curare prima il processo infiammatorio venoso e dopo curare le varici.

L'anticoagulazione per se non è una controindicazione alla scleroterapia, nel nostro ambulatorio abbiamo esperienza in pazienti con trattamento con fenprocumone (analogo del Warfarin in Germania) che assumono questo farmaco da anni per problemi di prevenzione dell'ictus in caso di fibrillazione atriale che hanno buoni risultati con la scleroterapia.

Per la scleroterapia con schiuma viene aggiunto una controindicazione relativa in caso di disturbi neurologici pregressi inclusa l'emicrania dopo scleroterapia con schiuma nell'anamnesi.

Nei casi che hanno avuto l'esperienza di una emicrania dopo una seduta scleroterapica si consiglia di evitare l'uso di grossi volumi di schiuma o di passare addirittura alla scleroterapia con liquido. Il paziente dovrebbe evitare di fare manovre di tipo Valsava oppure alzarsi subito subito dopo l'iniezione. Il paziente dovrebbe restare immobile sul lettino per qualche tempo. Esiste

una chiara raccomandazione di non cercare uno shunt dx-sx oppure fattori ematici di trombofilia nella diagnostica prescleroterapeutica.

Nei pazienti che hanno un alto rischio di tromboembolia si raccomanda di usare una profilassi antitrombotica farmacologica secondo le proprie linee guida nazionali, in Germania si consiglia un trattamento di 7 gg con eparina a basso peso molecolare dopo trattamento scleroterapico.

Per quanto riguarda il trattamento e qui vengo al dunque della pratica scleroterapica quotidiana vengono dati alcuni consigli di natura pratica che riflettono le esigenze nei ambulatori di scleroterapia, non solo in Germania, secondo aspetti patofisiologici attuali:

Trattare le varici dal punto di insufficienza prossimale a quello distale, trattare prima le varici di grosso calibro e consecutivamente le varici piccole fino alla dimensione del capillare. Si raccomanda di mettere il paziente supino quando si inietta, sfruttando anche il fatto della riduzione del diametro venoso nel clinostatismo. Questo non contrasta il fatto che in alcune situazioni è più facile pungere la vena in ortostatismo (per esempio le varici pretibiali) ma poi occorre fare corricare il paziente sul lettino per iniettare il mezzo sclerosante. Si consiglia di preferire siringe con pistoni che si muovono facilmente e di iniettare lentamente preferendo piccoli volumi, con iniezioni frazionate, a un grosso volume in monodose. Fermate subito l'iniezione se vedete una zona biancastra- ischemica attorno all'iniezione o quando il paziente avverte un forte dolore all'iniezione. Per avere il risultato finale spesso sono necessarie più iniezioni e più sedute.

Per il trattamento dei capillari e varici di tipo reticolare C1 si raccomanda come prima scelta la terapia con sclerosante liquido, la cosiddetta scleroterapia a vista. La terapia con schiuma delle C1 è un metodo alternativo con una evidenza attualmente più bassa ma con una efficienza e sicurezza buona usando schiume più liquide preparate con una bassa concentrazione di sclerosante. Nonostante questo nella pratica quotidiana si usa spesso la schiuma per trattare le vene nutrie dei capillari e le connessioni safeniche ed extrasafeniche. Bisogna aggiungere qualche nozione tecnica per la scleroterapia a vista, usare aghi più grandi del G30 per la schiuma per esempio G26 per favorire l'iniezione della schiuma. Altrimenti si rischia di opacare il campo visivo scleroterapico con gocce di schiuma e non vedere più la punta dell'ago e la zona da trattare. Cercare di sclerotizzare sempre la vena nutriente e favorire la diffusione della schiuma così nel complesso reticolo – teleangiectatico. Attenersi alle dosi massime di Polidocanolo 2 mg /kg per giorno, per esempio un paziente di

70 kg può “digerire” 140 mg di polidocanolo contenuti in 14 ml cioè 7 fiale di Polidocanolo al 1%, volume che in Germania non arriviamo mai ad usare in ambulatorio. Per i capillari sarà difficile raggiungere questa dose, in caso di sclerosi delle varici di grosso calibro invece otteniamo questo limite con 4.6 ml di polidocanolo al 3%! Nel caso del trattamento di varici C2 esiste ormai un buon rapporto costo-efficienza e una buona evidenza per la scleroterapia di vene safeniche ed extrasafeniche. Mi concentro sul trattamento cosiddetto ecoguidato perché unisce la sicurezza della documentazione dell'intero trattamento tramite ultrasuoni con la scleroterapia a vista delle varici.

La vena dovrebbe essere evidenziata tramite ultrasuoni in sezione longitudinale o trasversale e qui non mi soffermo sulla tecnica perché ogni scleroterapeuta in base anche ai requisiti tecnici della macchina ecografica che usa deve trovare la sua tecnica migliore per controllare la puntura della vena e l'iniezione endovenosa del farmaco. Si consiglia comunque di visualizzare non solo la vena ma anche strutture peristanti specie le arterie prima della iniezione. Si usano aghi con un diametro non sotto il 25 G, la punta dell'ago dovrebbe essere piazzata nel mezzo del lume della vena. Può essere usata la tecnica della puntura diretta con ago o catetere nei tronchi venosi direttamente a livello della coscia prossimale in caso della grande safena e nella gamba prossimale in caso della piccola safena. L'autore preferisce la tecnica con l'ago aperto o tecnica di puntura diretta dove l'ago viene posizionato in vena con fuoriuscita di sangue che viene captato da un pezzo di cotone e in seguito l'iniezione del mezzo sclerosante. Questa tecnica permette anche di gestire il paziente da solo potendo così fare in seguito alla puntura una dose di schiuma “fresca” senza bisogno di assistenza.

Per la produzione della schiuma si consiglia o il metodo Tessari con il connettore a tre vie o il sistema Tessari DSS con il connettore doppia via. Si raccomanda aria, la quale l'autore usa da 15 anni senza aver mai sentito la necessità di cambiare, come parte gassosa o alternativamente una miscela di CO₂ e ossigeno. La proporzione gas e liquido dovrebbe essere 1 parte liquida in una siringa (e.g 1ml) e 4 parti di aria o gas nell'altra siringa (e.g 4 ml) alternativamente 1 parte liquida e 5 parti di aria o gas. Trattando varici C2 la schiuma deve essere viscosa, con bollicine fini e omogenee. Aumentare la concentrazione del sclerosante è possibile, specialmente con i mezzi sclerosanti a bassa concentrazione. Questo significa nella pratica quotidiana che se usiamo schiume a basse concentrazioni per il trattamento di vene nutrie dei capillari può ridurre la quantità di aria

per produrre la schiuma o meglio si usano una parte di sclerosante e solo 2 parti di aria o gas.

Per il volume rimane la raccomandazione delle 10 ml di volume totale con una modifica: cioè è possibile aumentare il volume per seduta in base alla valutazione rischio-beneficio individuale. Cioè in altre parole è il flebologo stesso a decidere caso per caso.

Nella mia pratica quotidiana posso arrivare a 10 ml di volume massimo ma poi preferisco aumentare il numero delle sedute e non il volume. Preferisco fare rivivere il paziente per esempio dopo una settimana così controllo anche il grado di occlusione con l'ecografo. Ho così la possibilità di ritrattare segmenti di vena non obliterate in base al mappaggio ecografico di controllo.

In effetti l'incidenza di effetti collaterali aumenta con l'aumentare del volume della schiuma e questo fu dimostrato da K. Myers e anche l'autore ha presentato un lavoro a Boston all'ultimo congresso mondiale UIP 2013 dove si è potuto constatare che i problemi di tromboembolia sembrano aumentare usando “grossi” volumi di schiuma nel trattamento delle varici.

Indicazioni	Concentrazione % POL
Varici collaterali o tributarie	Fino a 2%
Varici safeniche < 4 mm ≥ 4 mm e ≤ 8 mm > 8 mm	Fino a 1% 1-3% 3%
Varici perforanti, varici recidive, malformazioni venose	1-3%

COME GESTIRE IL PAZIENTE DOPO LA SCLEROTERAPIA:

Il consenso ha voluto dare anche delle indicazioni chiare in base ai studi scientifici finora pubblicati sul comportamento sia del medico che del paziente dopo l'iniezione del mezzo sclerosante. Elencherò i consigli con un commento personale sulle misure da adottare:

Si consiglia di controllare il paziente per un eventuale segno di reazione indesiderata dopo il trattamento scleroterapico - nel nostro studio è previsto un tempo di circa 15 minuti dopo il trattamento, il paz. rimane circa 5 minuti in posizione sdraiata sul lettino senza movimento, dopo l'applicazione della compressione tramite l'infermiera il paziente si alza e si veste e inizia una deambulazione in zona per circa 15 minuti. Diciamo al paz. di ricontattarci all'insorgenza di effetti indesiderati

Tipo di complicazione	Frequenza con liquido	Frequenza con schiuma
Anafilassi	Molto raro	Molto raro
Necrosi larga tissutale	Molto raro	Molto raro
Ictus e TIA	Molto raro	Molto raro
Tvp distale	Raro	Non frequenti
Tvp prossimale	Molto raro	Molto raro
Embolia polmonare		
Lesione del motoneurone	Molto raro	Molto raro
Disturbi visivi	Molto raro	Non frequente
Cefalea e emicrania	Molto raro	Non frequente
Lesione del nervo sensitivo	Non riportato	Raro
Pressione sul torace	Molto raro	Molto raro
Tosse secca	Molto raro	Molto raro
Tromboflebite superficiale	Non chiaro	Non chiaro
Matting	Frequente	Frequente
Pigmentazione residua	Frequente	Frequente
Necrosi cutanea	Raro	Molto raro
Embolia cutanea medicamentosa	Molto raro	Molto raro

durante la passeggiata. Normalmente non rivediamo i pazienti se non al prossimo appuntamento. Qualche volta succedono eventi tipo cefalea, disturbi visivi temporanei nell'arco dei 15 minuti che si risolvono spontaneamente con il riposo sul lettino e un bicchiere di acqua.

Si consiglia di applicare una compressione medica dopo la scleroterapia in forma di una calza o un bendaggio. L'applicazione di una calza compressiva 23-32 mm Hg per 3 settimane migliora i risultati del trattamento dei capillari secondo studio scientifico e reduce ecchimosi e dolori secondo l'esperienza.

Noi applichiamo una calza compressiva 23-32mmHg circa 5 minuti dopo l'ultima iniezione tramite dispositivo che aiuta ad applicare la calza sull'estremità inferiore

dopo aver applicato sulle zone di iniezione e sul decorso della vena trattata una compressione eccentrica con cotone e un cerotto chirurgico elastico.

Come ultima raccomandazione c'è l'accento alla trombectomia. Si consiglia la rimozione del coagulo di sangue con o senza guida ecografica quando possibile nelle settimane dopo il trattamento scleroterapico.

Nella pratica quotidiana questo succede normalmente o 1-2 settimane dopo la scleroterapia al prossimo controllo, meglio ancora se eseguito da 3 – 6 settimane dopo l'ultima seduta o ogni volta che il paz. accusa un indurimento doloroso della vena trattata a volte anche mesi dopo la scleroterapia. Secondo l'autore non esiste un limite temporale minimo né massimo per effettuare la trombectomia.

POSSIBILI EFFETTI COLLATERALI IN BASE ANCHE ALL'INCIDENZA:

Frequenti > 1%- 10%

Non frequenti <0.1%-< 1%

Rare 0.01%--< 0.1%

Molto rare e casi isolate < 0.01%

Nella mia esperienza ormai quasi 15ennale ho avuto disturbi di cefalea, disturbi visivi, reazioni di tipo ortostatiche circolatorie, frequenti disturbi transitori di pigmentazione e non frequenti trombosi di vene gemellari della gamba, ultimamente una progressione di sclerotrombo nella v. femorale risoltasi con 30 gg di iniezione di tinzaparina in dose terapeutica in paz. con sindrome mieloproliferativa non diagnosticata precedentemente. Un altro caso di progressione del sclerotrombo dalla v. safena grande in v. femorale che si è risolto con trattamento eparinico in 20 giorni in dose terapeutica.

La scleroterapia con assistenza ecografica è un ottimo trattamento ambulatoriale delle varici, efficace, poco costoso e sicuro se si seguono alcune le raccomandazioni qui sopra elencate. La scleroterapia è un ottimo mezzo di terapia integrabile e con tutte le altre misure chirurgiche, endoluminali e non chirurgiche per il trattamento dell'insufficienza venosa. È un eccellente metodo di controllo della malattia varicose economico e perfettamente attuabile in una struttura ambulatoriale extraospedaliera sia al Nord che al Sud del Brennero.

Letteratura dall'autore: info@beinsprechtunde.de

Scleroterapia Estetica: manuale d'istruzione

LAVORO PERSONALE DI
Dr. Alvise Cavallini
alvise.cavallini@libero.it

Estratto del lavoro presentato all'AFI day Triveneto (Vicenza, 17/01/2015)

INTRUDUZIONE

Per scleroterapia estetica si intende la scleroterapia effettuata nei Pazienti classificati C1 (presenza di piccoli capillari e venule dilatate - inferiori a 3 mm di diametro) o C2 (presenza di vene varicose di diametro superiore a 3 mm) secondo la classificazione CEAP. I quadri che rientrano in C1 e C2 sono considerati "disordini" vascolari, mentre da C3 in poi si parla di "malattia".

Definiamo **scleroterapia** l'obliterazione chimica delle varici e delle teleangectasie. Viene iniettata una sostanza istolesiva (liquido sclerosante) che danneggia l'endotelio provocando spasmo, trombosi ed una reazione infiammatoria reattiva che nelle intenzioni del flebologo deve portare alla stenosi, fibrosi e oblitterazione permanente del vaso.

Estetica deriva da termini greci ($\alpha\sigma\theta\eta\sigma\iota\varsigma$, $\alpha\sigma\theta\nu\omicron\mu\alpha\iota$), che significano "sensazione, conoscenza attraverso i sensi, percezione". Rientriamo pertanto nel campo della soggettività; risolvere questo tipo di problematiche per i flebologi è spesso più difficile che affrontare il trattamento di varici associate ad insufficienza venosa cronica, perché nei quadri da C2s in poi esiste ampia letteratura scientifica e risultati ormai standardizzati, nel caso delle teleangectasie degli arti inferiori (TAI) e evidenze scientifiche sono scarse. Quando il medico effettua la scleroterapia estetica inoltre, deve non solo saper effettuare correttamente il trattamento, ma anche saper interpretare le esigenze e le aspettative del paziente; se queste non possono essere realmente appagate, è necessario saper consigliare per il meglio e all'occorrenza, negare qualsiasi trattamento (in questo campo della flebologia è meglio avere un paziente in meno che un paziente insoddisfatto).

Purtroppo i nuovi metodi investigativi ed i nuovi strumenti tecnologici, che hanno completamente rivoluzionato la flebologia nell'ultima decade, non hanno migliorato i risultati nel trattamento delle TAI; la loro fisiopatologia ancora poco conosciuta ed in Letteratura i lavori al riguardo sono pochi. C'è comunque consenso unanime nella comunità scientifica nel ritenere la scleroterapia il trattamento di scelta in questi casi, anzi, le TAI e le varici

di piccolo diametro rientrano da sempre nelle indicazioni classiche della scleroterapia (assieme a vene residue dopo intervento chirurgico - quelle che il chirurgo ha deciso di non operare- o varici recidive dopo intervento chirurgico e alla terapia d'urgenza dell'emorragia da rottura di varice).

La scleroterapia rappresenta quindi il metodo più sicuro e meno costoso, ma presenta ancora oggi notevoli difficoltà per l'incostanza dei risultati e l'incidenza non trascurabile di complicanze.

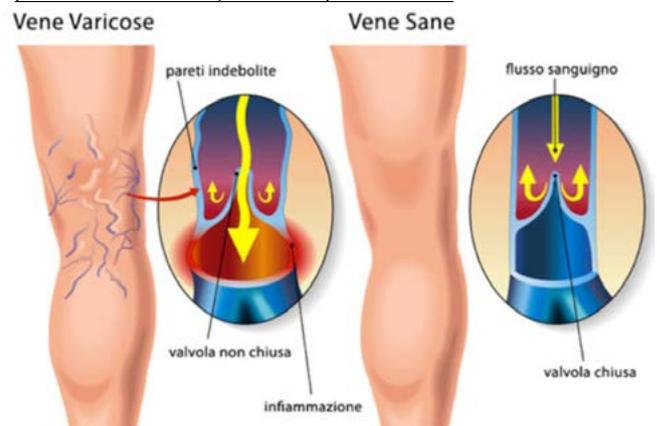
Deve essere quindi eseguita da personale esperto, dopo un esame clinico-strumentale accurato, anche nei pazienti che si presentano dalla specialista solo per "problemi estetici", per la possibilità di etiologia quanto mai varia e, nell'ambito dell'insufficienza venosa, per la possibile presenza di reflussi maggiori non diagnosticati.

La STRATEGIA terapeutica (in particolare la scelta dei punti di iniezione) assume quindi importanza fondamentale per il conseguimento di buoni risultati: saper dove iniettare è molto più importante di sapere cosa, come e quanto iniettare; la BUONA TECNICA e la scelta del FARMACO (tipo, concentrazione e dose) rappresentano il necessario corollario di una scelta strategica adeguata.

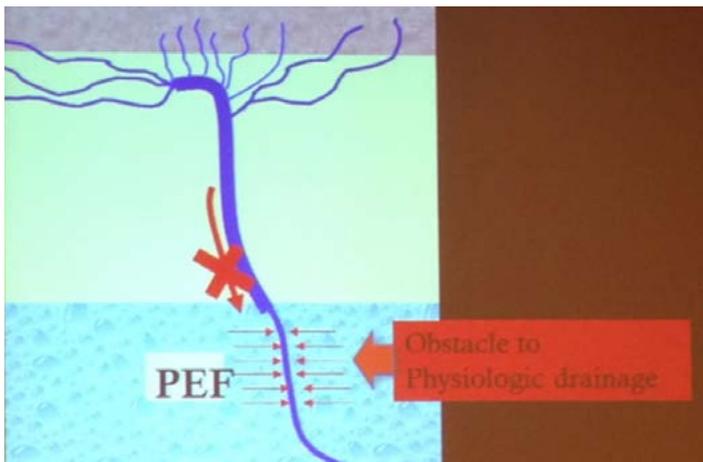
CONSIDERAZIONI PRE-TERAPEUTICHE (STRATEGIA TERAPEUTICA)

Esistono diverse classificazioni delle TAI, morfologiche (spider, arboriformi, filiformi, puntiformi, etc) e colorimetriche (rosso acceso, rosso chiaro, blu, miste), ma ciò che più conta è stabilire il rapporto che le lega al sistema venoso. In base a questo rapporto, è possibile suddividere le teleangectasie degli arti inferiori in due grossi gruppi:

- 1- Teleangectasie associate ad incompetenza del plesso subdermico e/o del circolo superficiale safenico e/o tributarie safeniche, del circolo profondo (sindrome post-trombotica) o delle perforanti.



2- Teleangectasie non associate ad incompetenza del circolo superficiale/profondo: Teleangectasie secondarie a cause genetiche (Nevi vascolari, Angiodisplasie, Emangiomatosi, Atassia teleangiectasica, etc), a dermatopatie (sclerodermia, Rendu-Osler) a farmaci (estroprogestinici, steroidi sistemici e topici, chemioterapici, etc), a panniculopatie (panniculopatia edematofibrosclerotica -PEF, Lipodistrofie), iatrogene (matting). Tra tutte queste, maggior importanza per frequenza l'hanno le teleangectasie associate alla panniculopatia.



Le TAI hanno un rapporto con il circolo venoso superficiale e/o profondo in circa il 50% dei casi. E' di fondamentale importanza pertanto studiare attentamente il così detto "complesso reticolo-teleangectasico", cioè il rapporto che lega le TAI con la venula in rapporto con esse; non sempre esiste una venula "nutrice" da cui originano le TAI, ma spesso l'abolizione di una venula reticolare (non nutrice, ma di drenaggio) può causare un peggioramento del quadro, con formazione di numerose piccole TAI rosse, il temuto "matting" (neoangiogenesi reattiva).

Queste TAI, associate a panniculopatia, si formano probabilmente perché vi è una difficoltà di scarico del sangue dalla superficie alla profondità; i setti connettivali che si formano nel plesso subdermico (che sono la causa della formazione della "buccia d'arancia" che si nota sulla cute di zone affette da PEF, meglio conosciuta come "cellulite") impediscono infatti questo scarico fisiologico; le piccole venule si dilatano e noi le visualizziamo in superficie come TAI. In questo caso la componente reticolare si pone alla base delle TAI ed il complesso reticolo-teleangectasico assume la così detta morfologia "a pino marittimo"; la reticolare costituisce il tronco principale (le TAI le "foglie") ed è maggiormente visibile in clinostatismo, riducendosi in ortostatismo; le zone maggiormente

interessate da questi quadri sono la regione esterna di coscia e la parte interna del ginocchio (zone maggiormente affette da PEF).

Poiché queste reticolari servono a drenare il sangue che ha difficoltà a "scendere in profondità", funzionando come una sorta di by-pass naturale, è consigliabile sempre rispettarle, a fine di scongiurare la formazione di matting.



Nel caso invece delle TAI del I gruppo invece, la reticolare (o la venula) si posiziona al di sopra di esse, nella tipica morfologia "a pino marittimo rovesciato".



In questi casi le TAI si formano perché il sangue, invece di procedere dal basso verso l'alto, torna indietro. Un po', nel piccolo, quello che succede nella formazione delle vene varicose.

Possiamo suddividere questo gruppo di TAI in due sottogruppi. L'incontinenza valvolare della reticolare, infatti, può essere isolata nell'ipoderma (flusso retrogrado da deflusso, poiché il sangue del vaso origina solo dal drenaggio dei tessuti contigui) oppure associarsi alla presenza di un punto di fuga (flusso retrogrado da reflusso, il flusso retrogrado non solo originerà dal drenaggio dei tessuti, ma anche dal punto di fuga)

La ricerca del punto di fuga è fondamentale per il trattamento, in quanto è da questo che deve essere iniziato, per poi proseguire sulla venula, per poi completare la rete teleangectasica.

Note importanti:

1) La causa della formazione delle TAI nella gran parte dei casi è dovuta ad un'inversione del fisio-

logico flusso del sangue (dal basso verso l'alto e/o dalla superficie alla profondità)

2) Non tutte le TAI sono uguali; una corretta diagnosi è fondamentale per ottenere i migliori risultati, perché il trattamento cambia completamente a seconda del quadro emodinamico riscontrato

MATERIALI

Anche se la clinica e l'esperienza del medico sono estremamente importanti, oggi non è possibile fare a meno di alcune strumentazioni; alcune facilitano il lavoro, come la luce polarizzata e la lente di ingrandimento (che meglio permettono di visualizzare e trattare le TAI), e la luce a diodi (utile nella visualizzazione della reticolare); altre sono fondamentali per la diagnosi e quindi per impostare una corretta strategia, in particolare l'ecocolorDoppler.



EcocolorDoppler



Luce a diodi - Veinlite



Luce polarizzata - Sirys

I FARMACI SCLEROSANTI

I prodotti sclerosanti sono moltissimi e classicamente sono suddivisi in base al potere sclerosante in minori, medi o maggiori, oppure in base al meccanismo di azione in detergenti, irritanti chimici o agenti osmotici.

Tutti e tre i gruppi producono un danno endoteliale che porta in ultima analisi alla fibrosi del vaso; differiscono nel loro meccanismo d'azione.

I detergenti hanno un polo idrofilico ed uno idrofobico e costituiscono micelle che causano un alterazione della tensione superficiale delle cellule endoteliali.

Gli irritanti chimici sono corrosivi e causano il danno attraverso la cauterizzazione.

Gli agenti osmotici determinano un danno disidratando l'endotelio.

La loro descrizione si semplifica molto in Italia; per la legislazione attuale, infatti, a meno che non vogliamo lavorare "off-label", possiamo utilizzare esclusivamente questi tre prodotti, sempre in forma liquida: **glicerina cromata** (scleremo), **polidocanolo** (atossisclerol), **tetradecil solfato di sodio** (fibrovein).

La glicerina cromata è un irritante chimico, considerato per potere sclerosante un farmaco "minore".

Gli altri due prodotti sono entrambi detergenti, il polidocanolo considerato con potere sclerosante medio, il te-

tradecilsolfato di sodio maggiore.

Tra gli agenti osmotici si segnala infine il salicilato di sodio, reperibile attualmente in Italia solo in forma galenica; è un prodotto dal buon potere sclerosante (medio-maggiore, a seconda delle concentrazioni utilizzate) e può essere utilizzato off-label.

Secondo una recente revisione della Letteratura scientifica non vi è alcuna prova che un agente sia migliore rispetto ad un altro, né che i pazienti siano più soddisfatti di uno sclerosante rispetto ad un altro, o quale dose di quale sclerosante sia migliore.

SCHIUMA O AIR-BLOCK?

Poiché sono disponibili due agenti detergenti, è possibile ottenere la schiuma sclerosante per trattare i Paziente affetti da TAI; numerosi studi hanno però ormai dimostrato chiaramente che la schiuma è efficace quanto i liquidi, o poco più, ma causa sino al doppio delle complicanze, tanto da essere considerata in questi Pazienti un trattamento di seconda scelta.

In effetti, se consideriamo che in questi Pazienti il calibro del vaso da trattare è estremamente piccolo, l'iniezione di una piccola quantità di aria prima del liquido sclerosante è sufficiente, dato il diametro dei vasi, a svuotare il lume venulare dal sangue e quindi garantire un tempo di contatto sufficiente con l'endotelio (che è il vantaggio fondamentale che si ottiene con la schiuma nelle varici di calibro maggiore). La vecchia tecnica dell'air-block quindi, in questi casi è ancora pienamente valida.

Infine ricordiamo ancora che la strategia terapeutica è di gran lunga più importante rispetto alla scelta dello sclerosante o alla sua forma (liquida o schiuma); le sostanze sclerosanti, nei tipi e concentrazioni che abbiamo a disposizione, sono già efficaci e sicure.

Personalmente utilizzo la schiuma solo in due casi: nelle TAI a rischio emorragico:



PRIMA

3 MESI DOPO SCLEROMOUSSE

e nelle TAI sostenute da voluminose reticolari/varici:



Ma naturalmente in tal caso spesso stiamo trattando Paziente in quadro C2 sec. la classificazione CEAP, quindi non più solo TAI, ma già un quadro clinico successivo.

NOTE DI TECNICA

Il trattamento va iniziato per tempo (mesi autunnali/invernali) per almeno 3 motivi:

- A) Perché generalmente ci vogliono mesi per ottenere buoni risultati (dare tempo al sistema di stabilizzarsi e capire, tra una seduta e l'altra, se la strategia intrapresa è quella corretta)
- B) Perché abbiamo tempo per gestire la complicità più frequente (pigmentazione)
- C) Perché la compressione elastica è meglio tollerata

Occorre tenere presente due regole fondamentali di tecnica quando effettuiamo il trattamento:

Prima regola: Iniettare poco per volta e tramite numerosi punti di iniezione

Seconda Regola: Iniettare dall'alto in basso e dal grande al piccolo.

Questo è valido soprattutto nelle TAI da flusso retrogrado, dove inizieremo il trattamento come già spiegato dalla reticolare o dal punto di fuga, che generalmente si localizza al di sopra o centralmente alla macchia teleangectasica.

In presenza di un reflusso la sua primaria abolizione è indispensabile per ottenere un risultato terapeutico "definitivo" nel tempo, a parità di sostanza e tecnica usati, per la riduzione del numero di sedute necessarie e per la riduzione dell'incidenza delle complicazioni, in particolare la pigmentazione emosiderinica ed il teleangectatic matting.

Nel caso invece di TAI da deficit di deflusso il risultato può essere meno stabile nel tempo; per effettuare un trattamento quanto più possibile etiologico dovremo affrontare la panniculopatia (eliminare terapia ormonali, idonea dieta e stile di vita, effettuare trattamenti specifici – massaggi, radiofrequenza, intradermoterapia distrettuale vasoattiva etc etc).



TELEANGECTASIE DEFICIT
DI DEFLUSSO COSCIA

SUBITO DOPO SCLEROTERAPIA E
MESOTERAPIA



TELEANGECTASIE INTERNO COSCIA

DOPO 2 SEDUTE DI SCLEROTERAPIA

IL RUOLO DELLA COMPRESSIONE

Contrariamente al trattamento delle varici, non vi è consenso sull'utilità della compressione nella sclerosi delle teleangectasie o su quale tipo di compressione utilizzare. Sappiamo comunque da alcuni studi che una compres-

sione adeguata (calze II classe o compressione anelastica eccentrica) migliora i risultati e riduce le complicanze del trattamento. Quali sono quindi le complicanze della scleroterapia?

COMPLICANZE

Sono suddivise in complicanze maggiori e/o sistemiche:

- shock anafilattico (molto raro)
- trombosi venosa profonda (casi anedottici)
- trombosi venosa superficiale (casi anedottici)
- necrosi dei tessuti (frequenza variabile)
- transitori annebbiamenti della vista (scotomi) e cefalee (1%-3%)

Ed in complicanze estetiche:

- pigmentazione (10-30%)
- matting teleangectasico (15-24%)
- ematomi (frequenza variabile)

Fortunatamente le complicanze maggiori sono in effetti molto rare.

Per brevità e perché ci permettono di approfondire alcune tecniche di tecnica e di strategia, analizzeremo una complicanza maggiore, l'ulcerazione, ed una minore, la pigmentazione, che rappresenta la complicanza più frequente di questo trattamento, raggiungendo in alcune casistiche un terzo dei casi trattati.

ULCERE/NECROSI

Due sono le teorie che spiegano la formazione di necrosi cutanee a seguito del trattamento sclerosante: lo stravasamento perivenulare/dermico ed il reflusso venulo-arteriolare. La teoria attualmente più accreditata è quest'ultima, per 3 motivi:

- 1) le ulcere sono "a stampo"
- 2) sono dolorose
- 3) sono a lenta risoluzione

Sappiamo inoltre per esperienza e grazie a studi sperimentali che l'iniezione s.c. di 0.5 ml di polidocanolo (schiuma o liquido) non causa necrosi.



Ulcera perimalleolare esterna piede sx in Paziente sottoposta a scleroterapia; a dx, altro caso: esiti cicatriziali molti anni dopo.

Sappiamo che la dimensione dell'area necrotica è dipendente da:

- 1) la pressione di iniezione: maggiore è la pressione, maggiore è la probabilità di un'ulcera e anche maggiore è la dimensione dell'ulcera;
- 2) Il diametro del vaso: più piccolo è il vaso, maggiore è la probabilità di ulcera.

Di conseguenza, proprio i pazienti con le TAI hanno più probabilità di sviluppare ulcere cutanee, poiché nelle vene più piccole, che hanno minore volume di flusso (meno lavaggio) ma dove maggiore è la pressione del liquido iniettato, vi sarebbe più probabilità di causare reflusso venulo-arteriolare.

Sembra paradossale che dove il disturbo estetico è la preoccupazione principale, le TAI, proprio lì è più probabile il verificarsi di un danno cosmetico ancora peggiore, la necrosi cutanea.

È importante ricordare che i detergenti sono gli sclerosanti più potenti tra quelli che attualmente possiamo utilizzare. Essi sono anche i meno viscosi (sono saponi...). Viscosità più bassa significa maggiore flusso durante l'iniezione. Così, quando uno sclerosante detergente viene iniettato nei vasi più piccoli, dove è più probabile che si verifichi il reflusso venulo-arteriolare, vi è una maggiore probabilità che lo sclerosante raggiunga le arteriole, causando necrosi cutanea.

Nella pratica clinica, l'operatore dovrebbe essere in grado di iniettare soluzioni in un vaso mantenendo un gradiente costante, esercitando una pressione sullo stantuffo della siringa proporzionale alla viscosità dello sclerosante, maggiore con soluzioni ad alta viscosità.

È importante ricordare che la pressione di iniezione intravascolare è inversamente proporzionale al diametro della siringa. L'applicazione clinica è la raccomandazione, per i principianti che iniziano a praticare la scleroterapia, di usare sostanze più viscosi e che queste vengano somministrate con siringhe monouso da 2.5 ml, piuttosto che di 1 ml. Sarebbe inoltre opportuno iniettare a bassa pressione ed evitare di sclerosare teleangectasie minuscole.

Riportiamo a tal riguardo alcune delle raccomandazioni tratte dalle linee europee sulla scleroterapia pubblicate nel 2013:

- nei casi di sbiancamento immediato della cute circostante il sito di puntura, l'iniezione deve essere immediatamente sospesa per evitare danni alla pelle;

- l'iniezione del liquido sclerosante deve essere lenta, possibilmente frazionata, verificando che l'ago sia posizionato all'interno del lume della teleangectasia;
- la comparsa di dolore durante l'iniezione può essere indicativo di iniezione extravasale o addirittura intraarteriosa. In tal caso l'iniezione deve essere immediatamente interrotta.

PIGMENTAZIONE

La pigmentazione è considerata una complicanza minore, perché non pericolosa e perché nella gran parte dei casi si risolve spontaneamente dopo un variabile arco di tempo. Eppure sono possibili casi in cui questa complicanza perduri per anni; non esistono dati scientifici al riguardo, ma secondo la nostra esperienza è molto più facile che questa complicanza si verifichi e soprattutto perduri nel tempo a seguito di errori strategici (ad es. mancato riconoscimento di un punto di fuga) e naturalmente di tecnica (ad es. l'utilizzo di uno sclerosante troppo potente o a concentrazioni errate per quel caso specifico).

Le ipotesi patogenetiche sulla genesi della pigmentazione hanno posto l'accento, di volta in volta, più sulla quota **emosiderinica** in esse presente o più sulla quota **melanica** (incolpando in tal caso il Paziente, colpevole di avere una pelle che "tende a macchiarsi"); possono essere così riassunte:

- pigmentazione emosiderinica con variabile quota melanica (Tournay 1966, questo autore quindi attribuiva la colpa sia all'operatore, sia al Paziente)
- pigmentazione emosiderinica secondaria a microtrombosi dei vasi trattati e/o **eccessiva** sclerosi, lo **stravaso ematico** viene più difficilmente riassorbito quanto più esso è superficiale per la diversa vascolarizzazione dermica (Chatard 1976, Orbach 1979, Wenner 1981);
- iperpigmentazione secondaria ad attivazione melanocitica post-flogistica con scarsa quota emosiderinica, e maggiore incidenza in soggetti di pelle scura (Chrisman 1982, Biegeleisen H.I. e Biegeleisen R.M. 1976);
- pigmentazione emosiderinica (siderosomi) secondaria alla diapedesi degli eritrociti per effetto dell'agente sclerosante (Shields e Jansen 1982, Bodian 1985).

Tre studi biotici controllati hanno definitivamente confermato e chiarito il ruolo patogenetico emosiderinico (Barner e coll. 1977; Cattel e Fox 1982; Goldmann e coll. 1987).

I rapporti tra accumulo locale di ferro e melanogenesi sono stati ben studiati da Ackermann e coll. (1988): attraverso la produzione di radicali liberi da ioni ferrosi e ossigeno si produce una stimolazione melanocitica, con

azione "scavenger", che conduce alla iperpigmentazione e che giustifica la quota melanica presente in questi casi.

Possiamo quindi con fermezza affermare che esistono:

- **fattori individuali (non operatore dipendenti).** Localizzazione molto superficiale di teleangectasie di grosse dimensioni; fototipo e ferrocinetica. Thibault e coll. (1992, 1994) hanno dimostrato che i livelli ematici di ferritina sono maggiori nei soggetti iperpigmentogeni in modo statisticamente significativo. Gli autori quindi concludono che la ferritinemia può essere un "marker" sensibile di predisposizione all'iperpigmentazione post-sclerosi.

- **fattori iatrogeni.**

L'incidenza è strettamente operatore-dipendente nel senso che una buona strategia ed una buona tecnica la riduce al minimo: non lasciare pervi i punti di fuga; la scelta dell'agente, la sua concentrazione ed il suo dosaggio rappresentano parametri fondamentali. Una volta instaurate, le pigmentazioni possono perdurare a seconda dei casi da 2 a sei o più mesi.



Per accelerare la loro risoluzione la tecnica più efficace è quella del drenaggio; esistono comunque delle sostanze depigmentanti che possono coadiuvare la loro attenuazione, utilizzabili sia a livello domiciliare che ambulatoriale, attraverso peeling chimici specifici (chelanti del ferro) effettuati dal medico.

Le pigmentazioni rappresentano il motivo principale per il quale si consiglia al paziente di evitare l'esposizione ai raggi solari (o UV), al fine di evitare l'aumento della quota melanica e quindi il rischio che le macchie compaiano più facilmente o perdurino di più.

Nota importante:

In linea di massima la pigmentazione è un errore del medico; sopraggiunge per un errore di tecnica e può perdurare a lungo se anche la strategia è stata sbagliata.

Possiamo affermare che le complicanze del trattamento sono correlate quasi sempre ad errori diagnostici e quindi strategici. Gli errori di tecnica sono meno frequenti e le complicanze ad essi correlate (pigmentazioni, escare,

ulcere) compaiono rapidamente e portano il medico a modificare immediatamente l'atteggiamento. La strategia sbagliata porta spesso all'accanimento del medico che non riesce a risolvere la situazione; alla fine è il Paziente, esasperato dalle numerose sedute (spesso dolorose) e dalle possibili complicanze (spesso tardive - matting), a porre termine al trattamento, con conseguente perdita di fiducia nel medico e nella terapia scleroterapica

CONTROINDICAZIONI

Oltre alle complicanze, ricordiamo che per la scleroterapia in generale (non solo quella estetica) esistono controindicazioni assolute:

- allergia nota allo sclerosante
- tromboembolia polmonare
- infezione locale nella zona da sclerosare o grave infezione generalizzata
- immobilità di lunga durata e confinamento a letto

e controindicazioni relative (valutazione obbligatoria del beneficio-rischio individuale; nel caso della scleroterapia estetica si consiglia di considerare anche queste controindicazioni come assolute, salvo casi eccezionali):

- gravidanza;
- allattamento al seno (interrompere l'allattamento al seno per 2-3 giorni)
- arteriopatia periferica grave;
- cattive condizioni di salute generale;
- forte predisposizione alle allergie;
- alto rischio di tromboembolismo venoso (es. storia di eventi tromboembolici, conosciuta trombofilia grave, ipercoagulabilità, cancro attivo);
- trombosi venosa superficiale acuta.

IL PROBLEMA DELLE RECIDIVE

E'esperienza comune del medico e dei pazienti constatare che a distanza di tempo variabile le teleangectasie possono ripresentarsi, a volte vanificando il lavoro effettuato in precedenza. Da uno studio clinico effettuato (Lucchi-Bilancini-Tucci, 1996) sappiamo addirittura che a 5 anni di distanza il 77% dei Pazienti presenta nuove TAI; è fondamentale informare i Pazienti di questa realtà. Questo, oltre che deontologicamente corretto, permette di preservare il rapporto medico-paziente ed evita di sminuire la validità di un trattamento come la scleroterapia, che invece offre ancora oggi, dopo molti anni, i risultati migliori. Dallo studio di Lucchi et al, sappiamo che le recidive hanno un picco nei primi 3 anni, poi tendono a stabilizzarsi. Le curve di incidenza di recidive in altra sede e nella stessa sede sono simili con un incremento non significativo di quelle in altra sede dal terzo anno in poi.

Probabilmente non si tratta di vere recidive ma di una evoluzione della malattia. Le teleangectasie che più facilmente tenderanno a recidivare saranno naturalmente quelle in cui non riusciamo a risolvere la causa, in particolare quelle associate a PEF, ma anche quelle in cui non è possibile risolvere il problema del flusso retrogrado o del reflusso (basti pensare alle sindromi post-trombotiche, di per sé probabilmente controindicazione relativa alla scleroterapia). Naturalmente anche tutte le fasi in cui nella vita di una donna si verificheranno alterazioni ormonali (ad es. gravidanza, menopausa) o in presenza di patologie specifiche ormonali, sarà possibile ed anzi probabile il verificarsi di recidive. Ma queste TAI non saranno sorte perché abbiamo effettuato le sclerosanti; si sarebbero comunque presentate, aggiungendosi alle altre e peggiorando il quadro. La comunicazione medico-Paziente è pertanto fondamentale al fine di evitare fraintendimenti; il medico deve essere chiaro e far comprendere al/alla paziente la possibilità di veder insorgere ulteriori TAI, soprattutto se il quadro emodinamico riscontrato nello specifico caso, accuratamente studiato anche con l'ecocolorDoppler, è complesso. Se le TAI possono ripresentarsi, è vero anche che possono essere nuovamente trattate in maniera miniinvasiva, con un'alta possibilità di successo, sempre mediante scleroterapia; in fondo, quante volte si recano per estetica le nostre pazienti dal parrucchiere ogni anno? E non è forse vero che per la pulizia dentale sono consigliate almeno due sedute l'anno di igiene dal dentista? Ecco, la stessa identica cosa può essere consigliata per tenere "pulite" le gambe, senza correre il rischio di veder compromessa la fiducia nei nostri confronti o dare adito a false verità ("la mia amica mi ha detto che tanto con le sclerosanti...togli da una parte...escono dall'altra..).

CONCLUSIONI

In conclusione possiamo affermare che la scleroterapia estetica e la scleroterapia funzionale sono due facce della stessa medaglia. L'insufficienza venosa (IVC) è una malattia ereditaria, cronica ed ingravescente?. Bene, anche le TAI lo sono; è necessario passare quindi dal concetto di "radicalità" al concetto di "miglioramento emodinamico". Come per l'IVC, anche le TAI rappresentano una problematica multiforme; non esiste quindi la metodica migliore (non esiste purtroppo il farmaco miracoloso, le "rigeneranti delle vene", le "rinforzanti" e via dicendo, come purtroppo si legge spesso su siti non specializzati, fenomeno increscioso che lungi dal risolvere la problematica spinge nella direzione opposta, deteriorando il rapporto con la terapia al momento più efficace e più studiata); esiste invece l'indicazione più corretta per quell singolo paziente (personalizzazione della procedura)

AFI Days Simposio Nazionale

27-28 Marzo 2015 - VALET Bologna

RESOCONTO DI
Dr. Paolo Casoni
casonip@tin.it

Lo scorso 27 e 28 marzo presso la sede Valet di Bologna si è svolto il convegno Nazionale della Associazione Flebologica Italiana, che per la prima volta ha occupato due giornate ed ha avuto ospiti stranieri, configurandosi come un appuntamento dal respiro internazionale.

Le teleangectasie degli arti inferiori il tema dominante delle giornate, dalla classificazione, alla diagnosi clinica e strumentale per finire con le più sofisticate procedure terapeutiche hanno permesso ai 25 relatori di aprire e stimolare con letture didattiche e con sessioni live ampie discussioni con il sempre attento pubblico presente.

Si è parlato di anatomia, di fisiopatologia e di diagnostica emodinamica delle telangectasie e delle varici reticolari, sempre capisaldi per permettere una strategia terapeutica davvero efficace e con i minori rischi.

Abbiamo potuto vedere al lavoro alcuni tra i più noti specialisti flebologi durante le sessioni live; infatti sono stati trattati in diretta alcuni pazienti, sia con metodiche scleroterapiche che con sofisticate procedure laser, in particolare le metodiche endo-perivenose, una frontiera nuova, solo apparentemente più invasiva del consueto laser trans dermico, ma sicuramente più efficace. Molto spazio è stato dedicato alla discussione, coinvolgendo il pubblico presente in accesi e stimolanti dibattiti.

Dalla Francia illustri colleghi ci hanno mostrato tecniche

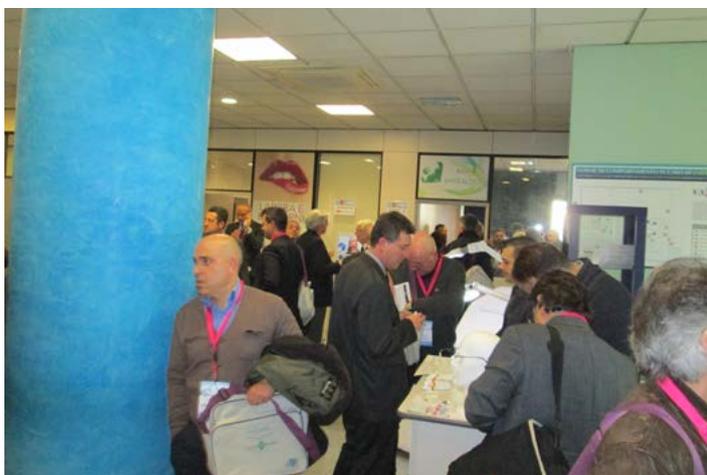


assolutamente innovative di microchirurgia delle teleangectasie, fornendo quindi una opzione terapeutica nuova, ambulatoriale e non invasiva, da riservarsi in prima istanza ai casi ribelli e non responsivi alla consueta terapia sclerosante.

Molto è stato detto sulla sicurezza della scleroterapia, che comunque ancora rappresenta il gold standard nella gestione dell'arto teleangectasico, soprattutto sull'uso della schiuma sclerosante, proprio in quei giorni approvata anche in Italia, per uscire finalmente dalla necessità di dichiararne l'uso off label.

Una sessione del convegno è stata dedicata al ringiovanimento delle mani e del viso, sempre in riferimento a problemi di tipo vascolare, come le antiestetiche vene dorsali così come le telangectasie del viso e periorbitali. I più noti esperti europei di questo settore ci hanno mostrato le tecniche scleroterapiche più efficaci.

Tra i relatori sono stati invitati esponenti del mondo forense, tra cui un Magistrato esperto in contenziosi del mondo sanitario per discutere di casi clinici simulati visti dalla parte dell'avvocato e non del medico, e dei diritti e doveri del flebologo o del chirurgo per poter garantire al paziente la massima sicurezza e per poter espletare la propria professione in tranquillità e con l'opportuna tutela.



Comitato Organizzatore
Delegato REGIONE EMILIA ROMAGNA
Dr. Paolo Casoni

AFI Day Abruzzo: il primo incontro tra Marche e Abruzzo

RESOCONTO DI
Dr. Oronzo Walter Loparco
owloparco@tiscali.it

Pescara, Carlton Hotel - 22/11/2014

Il 22/11/2014 si è svolto il secondo AFI day Abruzzo – primo incontro Abruzzo Marche a Pescara presso l'hotel Carlton. L'update flebologico si è dimostrato molto interessante per la nutrita partecipazione e coinvolgimento nelle discussioni dei temi trattati. Hanno partecipato il presidente in carica dr.ssa P. Pavei, il presidente onorario dr. A. Frullini e i responsabili regionali dr. O.W. Loparco (Abruzzo) ed il dr. M. Fonti (Marche). La prima sessione è stata dedicata alla diagnostica ECD pre e post operatoria (dr. Laurora) ed alla chirurgia delle grandi safene (dr.ssa D'Orazio) e degli aneurismi venosi (dr. G. Vesce). Prima di iniziare a trattare la scleroterapia con liquido (dr. Paradiso) e con schiuma (dr.ssa Pavei), la profilassi con aminafone (dr. A. Frullini), ha evidenziato come gli effetti collaterali della scleroterapia siano ormai ridotti a percentuali bassissime o inesistenti. Dopo l'emodinamica (dr. Fares) è iniziato il dibattito sulla validità dei trattamenti laser delle safene con i dr. Loparco, Fonti ed Amicucci. Nel pomeriggio ci sono state esaurienti relazioni sulle ulcere trattate con e senza medicazioni avanzate (dr. Trulli) e sulle tipologie di bendaggi (dr. D'Ascanio). Il prof. Bongarzone ha dimostrato quali siano ad oggi le novità sui trattamenti del varicocele ed il dr. Crescenzi è stato altrettanto esauriente per le innovazioni sul trattamento emorroidario. Gli anestesisti dr. Frascarelli, dr. Cavallo e dr. Ciliberto, hanno dimostrato quali siano le metodiche più sicure e in qual modo far fronte a inaspettati effetti collaterali dell'anestesia, oltre a quale

sia, ad oggi, lo stato dell'arte della terapia del dolore. La giornata si è conclusa con la relazione sul trattamento combinato di chirurgia plastica e flebologica con il dr. Scotti e con la simpatica e spiritosa dimostrazione di come i problemi di obesità e insufficienza venosa possano cominciare in giovane età con l'endocrinologo dr. Pierantoni.

Si è così dimostrato come l'interesse degli AFI day sia ormai un successo, vista la qualità dei relatori e dei partecipanti che sono giunti anche da regioni diverse dall'Abruzzo e Marche. Questa partecipazione ci fa riflettere come ormai l'interesse dell'AFI coinvolgente più regioni sia una formula vincente nel coinvolgimento dei flebologi che lavorano sul territorio.



PRIMO ANNUNCIO | SAVE THE DATE

2016 Sclerotherapy

13° Simposio Internazionale di Flebologia
13th International Symposium of Phlebology
13° Simposio Internacional de Flebología

26-28 Febbraio • February • Febrero - Bologna



Associazione Flebologica Italiana



E.C.M.

Educazione Continua in Medicina

PROGRAMMA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI OPERATORI DELLA SANITÀ

ISCRIZIONE ABSTRACTS ON LINE

disponibili sul sito del Congresso raggiungibile dal sito www.valet.it

Deadline 30 Ottobre 2015

Associazione Flebologica Italiana



www.associazioneflebologicaitaliana.it



Modulo d'iscrizione all'AFI

Spett. Associazione Flebologica Italiana
Piazza Caduti di Pian d'Albero, 20
50063 Figline Valdarno (FI)
C. F. 05955180483

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

il _____ Residente in _____

Via _____ n° _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

Cellulare _____ Fax _____

Email _____ Sito web _____

Professione _____

Iscritto all'ordine dei medici/ _____ di _____

Con il n° _____ chiede di essere associato all'AFI per l'anno _____

Nella qualità di SOCIO (*) _____

(*) socio ordinario: medici e paramedici - socio sostenitore: tutti gli altri soggetti

Allegare fotocopia del bonifico bancario della quota d'iscrizione di € 60,00

IBAN IT 45 0 0616005466000000007636

Cassa di risparmio di Firenze SPA - Filiale 05466 di Incisa Valdarno

Intestato Associazione Flebologica Italiana

Causale: quota associativa anno _____

**INVIARE PER POSTA o E-MAIL (segreteria@associazioneflebologicaitaliana.it)
INSIEME ALLA COPIA DEL BONIFICO**

Garanzia di riservatezza – Il trattamento dei dati personali viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dal decreto legislativo 196/2003 sulla tutela della privacy. I dati sopraindicati verranno pubblicati sul motore di ricerca del sito web dell'AFI.

Autorizzo la pubblicazione dei miei dati sul sito web dell'AFI

Data e luogo _____ Firma _____



AFI - Associazione Flebologica Italiana
Piazza Caduti di Pian d'Albero, 20 • 50063 - Figline Valdarno (FI)
Tel. +39 055 91 57 158

www.associazioneflebologicaitaliana.it • info@associazioneflebologicaitaliana.it

EDIZIONI VALET

Via dei Fornaciai, 29/b • 40129 - Bologna (ITALY)
Tel. + 39 051 63 88 334 • Fax +39 051 326 840

www.valet.it • comunicazione@valet.it