



*Dr. Christian Baraldi*

*Medico Chirurgo*

*Specialista in Cardiochirurgia - Università degli Studi di Siena*

*Esperto in Chirurgia Vascolare ed Endovascolare*

Viale dei Bizantini 75/2, Catanzaro

Segr. 3296722261

Cell. 3407143885

Web: [www.christianbaraldi.it](http://www.christianbaraldi.it)

E-mail: [cbaraldi1@hotmail.com](mailto:cbaraldi1@hotmail.com)

## **ANGIOLOGIA, LASERTERAPIA E CHIRURGIA FLEBOLOGICA**

---

### **“MANUALE DI ISTRUZIONI PER IL PAZIENTE CON MALATTIA VARICOSA”**

#### **ISTRUZIONI PER L'USO**

---

Il presente breve manualetto è stato scritto per essere d'aiuto ai pazienti con insufficienza venosa cronica degli arti inferiori, sintomatici e quindi bisognosi di cura, od ancora asintomatici ma con segni evidenti ed inestetismi che vanno spesso interpretati come prodromi di malattia e che comunque vanificano il loro desiderio di “sentirsi a posto” e di ben apparire.

Per i non addetti ai lavori, la comprensione dei meccanismi che determinano l'insorgenza della malattia, della successiva sindrome varicosa o delle semplici teleangiectasie non è semplice; e se il paziente non capisce, e quindi non comprende il perché di certi suggerimenti terapeutici, ben difficilmente si assoggetterà al rispetto di determinate regole, non sarà in grado di attuare una corretta profilassi ed in definitiva non si lascerà curare.

La prima parte del testo rappresenta una summa di quello che il paziente con insufficienza venosa cronica degli arti inferiori ancora latente od ormai conclamata dovrebbe fare o non fare (e perché) per prevenire o ritardare la malattia od ancora per cercare di ridurre l'entità dei sintomi quando questi sono già presenti. La seconda parte è dedicata ai “si dice” e ai “mi hanno detto che”, vero caravanserraglio di leggende, di false credenze e spesso ... di castronerie che, se possibile, disorientano definitivamente il paziente che non sa più a chi e a che cosa credere.

La terza parte, infine, ricorda e descrive nelle linee essenziali quelli che sono “gli ultimi ritrovati della scienza e della tecnica” in questo settore della patologia vascolare. La Medicina, si sa, è anche un'arte, e senza acume medico i pazienti li si può “trattare”, ma non curare; si sa anche bene, tuttavia, che neppure un campione sarebbe in grado di vincere un Gran Premio con una “500”...

- **PARTE PRIMA**  
Dieci suggerimenti comportamentali utili per il paziente con insufficienza venosa cronica superficiale
  - **PARTE SECONDA**  
Dubbi, leggende e false credenze
  - **PARTE TERZA**  
Le moderne tecnologie di trattamento dei diversi aspetti dell'insufficienza venosa (laser ed altro ancora)
- 

## PARTE PRIMA: SUGGERIMENTI

### 1. ATTIVITA' MOTORIA



Camminare a passo svelto è l'attività motoria che più di tutte le altre stimola la circolazione venosa. Ad ogni passo, infatti, una certa quantità di sangue viene spinta verso l'alto dai muscoli delle gambe vincendo la forza di gravità. Più il paziente cammina, meglio è; 30-45 minuti di cammino al giorno (suddivisi al massimo in due fasi) possono tuttavia ritenersi sufficienti.

Forse meno efficace di una buona passeggiata, ma comunque utile, è la bicicletta (o la cyclette); anche in questo caso, l'esercizio va prolungato per un tempo congruo.



Ideale, quando ed ove possibile, è la camminata in acqua, in quanto alla attività muscolare di pompa propria del camminare si somma l'azione compressiva determinata dal volume d'acqua circostante (v. punto 3). Stesso discorso vale per la cosiddetta acquagym, attività motoria in ambiente ad elevata pressione, ovviamente di più facile esecuzione rispetto alla camminata in acqua soprattutto per le persone che vivono in città.

### 2. ESERCIZI ANTISTASI

In alternativa (o meglio ancora in aggiunta) alle attività motorie testè ricordate, il paziente con insufficienza venosa cronica dovrebbe quotidianamente dedicarsi ad una serie di semplici esercizi atti a favorire e velocizzare il ritorno venoso e quindi a contrastare la stasi. Tali esercizi sono particolarmente indicati per i pazienti allettati o comunque per tutti coloro che, sempre od occasionalmente, presentano impedimenti ad eseguire attività di movimento o di spostamento.

Ricordiamo tra questi:

- flesso-estensione degli arti inferiori in rotazione longitudinale (“la bicicletta”);
- flesso-estensione dei piedi in senso longitudinale e in rotazione;
- flesso-estensione delle dita dei piedi;
- sollevamento alternato sulla punta dei piedi;
- “step”;
- inspirazione-espiazione forzata.



Alcuni degli esercizi sopradescritti, che idealmente andrebbero ripetuti più volte al giorno, possono venir facilmente eseguiti anche in posizione seduta (ad esempio, dalla segretaria o dall’impiegato che passano molte ore della giornata alla scrivania, o ancora in occasione di lunghi spostamenti in auto, in treno o in aereo).

### 3. LOTTA AL GONFIORE (EDEMA)

L’edema del piede e della gamba va considerato con attenzione in quanto può rappresentare il primo segno dell’insufficienza venosa o, meglio, dello scompenso di una insufficienza venosa misconosciuta. L’edema è infatti determinato dalla stasi e quindi dall’aumento della pressione vigente nel contesto del sistema venoso periferico; detto aumento pressorio, associato all’assottigliamento ed all’aumento di permeabilità delle pareti venose, favorisce il passaggio di liquidi dalle vene ai tessuti circostanti, con conseguente aumento di volume della gamba, danno cutaneo e dolore.

La conoscenza del meccanismo testè descritto aiuta a capire quelli che sono i due principali provvedimenti da adottare al fine di contrastare l’edema: misure atte a favorire il ritorno venoso (quindi a ridurre la stasi) e compressione.

Tra le prime vanno comprese le attività motorie e gli esercizi antistasi descritti ai punti 1 e 2. A questi vanno altresì aggiunti i diversi provvedimenti posturali atti a far diminuire la pressione idrostatica, quali la posizione supina (sdraiarsi) ed la

sopraelevazione delle gambe. Chi soffre di insufficienza venosa cronica sa bene che le gambe sono solitamente sgonfie e “leggere” al mattino dopo una notte passata nel proprio letto, mentre tendono a gonfiarsi e a fare male il pomeriggio e la sera causa una prolungata stazione eretta o seduta. Dal punto di vista pratico, due sono quindi i provvedimenti da adottare: per la notte sistemare uno spessore sotto il materasso ai piedi del letto (ad esempio un cuscino, al fine di elevare le gambe di 10 cm circa rispetto al tronco), durante il giorno concedersi anche brevi periodi (5-10’) da passare con le gambe in elevazione (ad esempio, sdraiati su un divano con i piedi appoggiati sul bracciolo o su uno spesso cuscino).

La compressione delle gambe (calze elastiche) rappresenta sicuramente il provvedimento terapeutico non invasivo più importante nel trattamento dell’insufficienza venosa cronica degli arti inferiori. La compressione elastica associata al movimento determina infatti un massaggio continuo che favorisce il ritorno venoso e contrasta il deposito di liquidi nei tessuti.



Esistono diversi tipi di calze elastiche. La prima distinzione va fatta in base al grado di compressione; esistono infatti calze cosiddette riposanti (compressione modesta, di solito misurata in denari = den) e calze curative (compressione media ed elevata, misurata in classi o in mmHg). Le prime sono indicate nella prevenzione dell’insufficienza venosa cronica e quindi andrebbero usate da tutti coloro che, pur sani da questo punto di vista, presentano familiarità o fattori di rischio per l’insufficienza venosa; le seconde vanno invece prescritte ai pazienti con insufficienza venosa conclamata ed il grado di compressione va modulato in base alla gravità del problema. La seconda distinzione tra le diverse calze elastiche viene fatta, invece, in base alla lunghezza delle stesse (gambaletto, calza lunga al terzo superiore di coscia, mezzo collant, collant).

Pur rappresentando la compressione un presidio terapeutico di particolare importanza spesso in grado di cambiare da solo la prognosi del paziente e di risolvere del tutto i sintomi propri dell’insufficienza venosa cronica (il paziente che adotta una compressione adeguata e che la gestisce nel modo giusto “sta bene” e non abbandonerà le calze elastiche per nessuna ragione al mondo), l’imposizione delle calze elastiche è spesso mal accettata dal paziente e questo per ragioni diverse. In alcuni casi economiche; contrariamente a quanto avviene in altri paesi, le calze elastiche in Italia non vengono a tutt’oggi rimborsate dalla sanità pubblica ed il loro costo è relativamente elevato. In altri pazienti, probabilmente la maggior parte, la causa è rappresentata dal “fastidio” (fisico e/o estetico) provocato dalla calza; il

paziente avverte il disagio provocato dalla calza e ne sospende l'uso prima che si manifestino gli effetti benefici della stessa. In altri casi ancora il paziente, soprattutto se anziano e/o sovrappeso, può realmente incontrare difficoltà ad indossare la calza quando questa ha un grado di compressione elevato e non sempre ha vicino a sé chi lo possa aiutare. Non di rado, infine, la terapia elastocompressiva viene iniziata dal paziente ma ben presto abbandonata per un errore di prescrizione (calza non idonea autoprescritta o suggerita da un medico non esperto).

In linea generale, la calza giusta è quella che consente al paziente di avere alla sera la gamba sgonfia. Nella stragrande maggioranza dei casi, la compressione ottimale va da 20 a 30 mmHg, rispettivamente propria delle calze di 1° e di 2° classe. Salvo casi del tutto particolari, il gambaletto (piede, dita escluse, e polpaccio sino a sotto il ginocchio) è da preferirsi alla calza lunga o addirittura al collant in quanto: a) la compressione serve quasi esclusivamente a livello di gamba (sempre salvo casi specifici), b) il fastidio iniziale determinato dalla compressione è minimo (diversamente da quello causato dalle calze lunghe e soprattutto dal collant), così che il paziente sarà in grado di portare con regolarità calze di compressione adeguata. Idealmente, e quindi in linea assolutamente teorica, la calza andrebbe indossata al mattino al momento di scendere dal letto e rimossa la sera al momento di coricarsi; andrebbe portata sempre e soprattutto d'estate, periodo durante il quale la vasodilatazione e quindi l'edema che ne consegue sono massimi, dovrà avere un grado di compressione pari o superiore a quello vigente nel distretto venoso delle sue gambe. Nella realtà, imposizioni di tal genere non fanno altro che spingere il paziente a sospendere l'uso delle calze. Poiché l'obiettivo finale è quello di ottenere che il paziente in qualche modo si curi, è meglio utilizzare calze magari sottodosate che tuttavia saranno sicuramente indossate piuttosto che calze "ideali" che il paziente non porterà mai. Piuttosto che rischiare un rifiuto della compressione, si possono trovare dei compromessi: ad esempio, portare le calze durante le ore di lavoro e toglierle andando a casa, portarle in casa e toglierle uscendo, togliere le calze per andare al mare ma metterle per qualche ora la sera, ecc. Se il medico sarà stato convincente circa la necessità di utilizzare le calze compressive, sarà il paziente stesso a trovare la giusta soluzione ai suoi problemi. Quanto testè detto vale per la stragrande maggioranza dei pazienti. Esistono tuttavia situazioni diverse, definibili come serie (se non gravi), in cui si impone la scrupolosa osservanza, da parte del paziente, delle regole e delle direttive impartite dallo specialista.

Pochi semplici trucchi aiutano altresì a superare remore di natura estetica o problemi pratici. Riportiamo qui di seguito alcuni esempi: a) essendo i gambaletti di 2° e 3° classe quasi esclusivamente "color carne" (quindi poco allettanti alla vista soprattutto per pazienti giovani), la medesima compressione la si potrà ottenere indossando sovrapposti l'uno sull'altro due gambaletti di 1° classe (quasi sempre prodotti in colori diversi) od un gambaletto di 2° ed uno di 1°; b) il fastidio estetico del gambaletto lo si supererà facilmente indossando sopra al gambaletto elastico una calza lunga od un collant colorato e coprente a compressione minima o nulla; c) la necessità (vedi ad esempio periodo della gravidanza) di ottenere una certa compressione su tutto l'arto, consiglierà l'uso di un collant o monocollant di prima

classe (quasi sempre sufficiente a livello di coscia) sovrapposto ad un gambaletto di 1° o di 2° classe; d) l'impedimento (per l'età o comunque per motivi fisici) ad indossare un gambaletto di 2° o di 3° classe lo si supererà facilmente indossando l'uno sopra l'altro due gambaletti di 1° classe (od uno di 1° e l'altro di 2°) e così via con tutte le soluzioni possibili.

#### 4. CALZATURE ADEGUATE

Tanto le scarpe con tacchi alti quanto quelle senza tacchi sono controindicate nei pazienti con insufficienza venosa cronica superficiale in quanto ostacolano il ritorno venoso. Chiaramente, il loro utilizzo occasionale non comporta problemi di sorta ed è quindi consentito.

Ideali risultano invece le scarpe con tacco di 3-4 cm, preferibilmente largo, che aiutano a mantenere una normale curvatura dell'arco plantare, che determinano un atteggiamento del piede in semiestensione e che favoriscono un movimento di flessione-estensione durante la marcia.



Gli stivali, se indossati per un tempo prolungato portano ad un aumento eccessivo della temperatura della gamba, risultando così causa di una vasodilatazione eccessiva assolutamente controproducente.

#### 5. ESPOSIZIONE AL SOLE

L'eccessiva esposizione al sole estivo causa un surriscaldamento dei tessuti che va ad aggiungersi al già presente aumento della temperatura di superficie tipico di quel periodo. L'eccesso di sole, oltre a provocare un danno diretto della pelle (scottatura = invecchiamento), determina quindi una importante vasodilatazione delle vene e dei capillari (a favorire una dispersione del calore in eccesso) con conseguente compromissione del ritorno venoso.

Tanto l'azione diretta dei raggi solari sulla pelle quanto l'aumento della temperatura e la vasodilatazione sono quindi causa di edema, a sua volta dannoso per il trofismo cutaneo.



Gli effetti descritti sono la conseguenza di una esposizione eccessiva al sole: ciò non significa, quindi, che faccia male passeggiare al sole o stendersi su una sdraio od un lettino per brevi periodi. Utile risulterà, comunque, intervallare l'esposizione al sole con frequenti bagni in mare (o in piscina, o quant'altro) o con docce fredde, con l'ovvio obiettivo di abbassare la temperatura corporea e ridurre quindi la vasodilatazione.

## 6. PESO CORPOREO



E' opinione comune che l'obesità, già dannosa di per se stessa, aggravi i problemi circolatori nei pazienti con insufficienza venosa cronica superficiale. Di fatto, non si conoscono i meccanismi esatti di tale influenza negativa. E' invece probabile che, più che una azione diretta del peso eccessivo sulla circolazione venosa, si debba considerare l'abitus tipico del paziente obeso, caratterizzato da una spiccata sedentarietà: poco movimento, vita da seduto, pigrizia, respirazione breve, passi corti che ben poco attivano la pompa muscolare degli arti, ecc.

## 7. GRAVIDANZA

Come le giovani pazienti affette da insufficienza venosa ben sanno, la gravidanza rappresenta spesso il momento di partenza di una insufficienza venosa sino ad allora clinicamente silente; durante la gestazione incominciano ad apparire dilatazioni varicose e capillari, le gambe tendono a gonfiarsi, si incominciano ad avvertire i sintomi tipici e ben noti. Analogamente, una eventuale seconda gravidanza determinerà di norma un aggravamento del quadro clinico descritto.

Le cause di ciò sono essenzialmente due. La prima, di natura squisitamente meccanica, è rappresentata dall' aumento di volume dell'utero che va a comprimere le grosse vene della parte inferiore dell'addome ostacolando così il ritorno venoso; la seconda, di natura biochimica, è identificabile nelle alterazioni ormonali (estrogeni e progesterone) che sono tipiche della gravidanza. Ben poco si può fare, come è ovvio, sulla seconda causa; bisogna quindi agire sulla prima mettendo in atto i diversi provvedimenti già descritti nel presente opuscolo (attività motoria, esercizi antistasi, compressione, ecc.).



Incomincia oggi a diffondersi, tra gli specialisti flebologi (soprattutto tra quelli di scuola francese), l'abitudine a sottoporre a valutazione ecocolordoppler del circolo venoso degli arti inferiori le giovani donne che hanno in programma una gravidanza; ciò al fine di mettere in evidenza e di definire una eventuale insufficienza venosa latente (ancora asintomatica) che potrebbe giovare, in casi selezionati, di un trattamento preventivo (sclerosante, laser, minichirurgico).

## 8. TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI PRESENTI

La comparsa di varici è spesso la prima manifestazione dell'insufficienza venosa; tali lesioni sono il più delle volte asintomatiche nella fase iniziale della malattia, così che il paziente, se non spinto da motivazioni di tipo estetico, è portato a non trattare questa disfunzione. Tale atteggiamento è in linea di principio errato, in quanto porta il paziente stesso a trascurare il problema dando il via libera alle successive complicazioni della malattia. Al contrario (e sempre fatte salve le possibili eccezioni), un trattamento precoce della malattia varicosa è quello che garantisce i migliori risultati (tanto dal punto di vista funzionale quanto da quello estetico), evitando al paziente futuri dispiaceri.

## 9. TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE

Anche in situazioni circolatorie normali, le ferite degli arti inferiori guariscono più lentamente rispetto a quelle dei restanti distretti corporei. In presenza di una insufficienza venosa cronica, ferite anche piccolissime e superficiali (graffi, punture di insetto, ecc.) possono addirittura aggravarsi se non trattate opportunamente e tempestivamente, dando origine a delle vere e proprie lesioni ulcerative. In tali situazioni, i trattamenti "fai da te" con semplici disinfezioni ed applicazioni di "polveri cicatrizzanti" rappresentano la soluzione peggiore; al contrario, il paziente deve rivolgersi tempestivamente allo specialista flebologo che metterà in atto la



terapia idonea (quasi sempre basata su una corretta medicazione e su una adeguata compressione).



#### 10. CONTROLLI SPECIALISTICI PERIODICI

L'insufficienza venosa cronica degli arti inferiori può e deve venir curata, ma non può venir definitivamente eliminata. E' per tale motivo che i pazienti flebopatici, portatori di vera e propria malattia o anche solo di disestetismi, devono sottoporsi a controlli clinico-strumentali periodici (in linea di massima una volta all'anno se stanno bene, secondo necessità se presentano un problema aperto). Solo così sarà possibile evidenziare una eventuale evoluzione peggiorativa della malattia e prendere i provvedimenti terapeutici del caso.

### PARTE SECONDA: DUBBI, LEGGENDE E FALSE CREDENZE

#### LA CURA MIGLIORE E' QUELLA PER BOCCA

Il medico che non prescrive farmaci e che si limita a consigliare trattamenti locali (sulle gambe) è visto con sospetto dalla maggior parte dei pazienti affetti da insufficienza venosa degli arti inferiori. Questi, infatti, inevitabilmente subiscono il marketing vigoroso esercitato dalle aziende farmaceutiche che presentano un numero inimmaginabile di prodotti. I farmaci utilizzati sono quasi tutti di origine vegetale e vengono erroneamente definiti come "flebotonici" (ovvero con azione di rinforzo sulla parete venosa). Tale azione, tuttavia, non è mai stata dimostrata; più credibile è, invece, il loro effetto positivo sull'ossigenazione dei tessuti.



Di fatto, i farmaci attualmente presenti in commercio possono quindi risultare utili in determinate situazioni, ma solamente come coadiuvanti di una buona terapia chirurgica, compressiva e/o motoria.

#### LE CALZE ELASTICHE VANNO SEMPRE MESSE PRIMA DI SCENDERE DAL LETTO

Non pochi medici, ahimè anche flebologi, effettivamente lo raccomandano. Nella pratica, tuttavia, tale prescrizione solo teoricamente corretta non fa altro che spingere il paziente ad interrompere la terapia elastocompressiva, in quanto si scontra con le consolidate abitudini e con le necessità del paziente stesso (andare in bagno, lavarsi liberamente, ecc.).

E' assolutamente vero che la calza terapeutica non va indossata quando la gamba è gonfia, ma tale cambiamento non avverrà certo nel giro dei 20-30 minuti che necessitano al paziente per svolgere le proprie funzioni; è solo questione di tempi.



#### LE CALZE ELASTICHE PROVOCANO LA CELLULITE

Certamente no! Al contrario, un loro uso regolare aiuta in una qualche misura a prevenire la cellulite. L'impiego delle calze risulterà particolarmente utile nella fase premestruale; è in questo periodo, infatti, che si accumula nel tessuto grasso (particolarmente in quello delle cosce e del basso addome) una notevole quantità di liquido che nei giorni successivi verrà riassorbito solo in parte lasciando in sede residui proteici corresponsabili di questo fastidioso inestetismo.



Le calze elastiche (in questo caso andranno ovviamente impiegati i collant) assieme ai massaggi tendono ad ostacolare l'accumulo di liquido nei tessuti sensibili e quindi a frenare lo sviluppo della lipodistrofia.

#### **BERE MOLTO ELIMINA LA RITENZIONE IDRICA**

E' questa una leggenda molto diffusa. Si basa in effetti su un dato reale, ovvero sul fatto che ingerita una notevolissima quantità di liquidi, i reni ne elimineranno spesso (per errore) una quantità maggiore di quella assunta, attingendo dai depositi tissutali. In tal caso viene quindi a mancare il normale sistema di autoregolazione, il quale fa sì che assunzione ed eliminazione di liquidi si bilancino.



Risulta chiara, da quanto detto, la pericolosità di un tale comportamento, che può essere senza gravi conseguenze se occasionale, pericoloso per la salute della persona se reiterato.

#### **SE SI TOLGONO LE VARICI, IL SANGUE NON SA PIU' DOVE ANDARE**

E' esattamente il contrario; quelle varicose sono infatti vene malate, in cui il sangue ristagna o addirittura refluisce in senso contrario, andando così ad ostacolare il flusso nelle vene sane. Rimuovendo le varici, quindi, il sangue presente nelle vene vicine potrà scorrere liberamente nella direzione dei collettori principali.

## SONO GIA' STATO OPERATO, MA MI SONO TORNATE LE VARICI

“Quel dottore non è stato per nulla bravo, mi ha operato e nel giro di pochi anni le varici sono ritornate; ne devo cercare un altro” o addirittura “Il chirurgo che mi ha operato mi ha rovinato le gambe”. Sono queste, purtroppo, affermazioni ricorrenti. Certo, l'errore medico è possibile. In tali situazioni, tuttavia, il più delle volte l'errore del medico non si è verificato nel corso dell'intervento chirurgico, ma in fase di informazione del paziente al momento dell'intervento stesso. Ben pochi chirurghi flebologi, infatti, informano i loro pazienti del fatto che con buona probabilità alcune varici ricompariranno sulle loro gambe a distanza di alcuni anni dall'intervento. Le così dette “recidive”, che si verificano nel 25% dei casi circa a 5 anni dal primo intervento, solo occasionalmente richiedono tuttavia un nuovo ricorso al bisturi e sono il più delle volte espressione della normale evoluzione della malattia di base (congenita debolezza delle pareti venose). La maggior parte delle vere varici è la conseguenza di un malfunzionamento della vena grande safena (incontinenza valvolare, reflusso); in tali situazioni, il corretto trattamento del reflusso safenico (stripping, laser, o altro) oltre che l'asportazione delle varici sarà garanzia di un buon risultato nel tempo. Le varici possono tuttavia nascere anche da situazioni patologiche diverse (ad esempio il malfunzionamento delle cosiddette vene perforanti o della vena piccola safena) che possono manifestarsi in tempi distinti e successivi e quindi determinare la ricomparsa di varici anche sulle gambe di pazienti correttamente trattati anni prima con lo stripping della safena. Si capisce quindi, da quanto detto, come la malattia varicosa non sia sempre la stessa e come la comparsa di varici “recidive” non sia necessariamente e sempre colpa del primo chirurgo. E' di fondamentale importanza, quindi, che il paziente operato di varici rimanga in contatto con lo specialista di fiducia, programmando visite periodiche (in linea di massima una all'anno) volte ad identificare per tempo il possibile mutare della situazione e quindi ad attuare i provvedimenti specifici di volta in volta necessari.

## LA TERAPIA SCLEROSANTE IMPEDISCE UN EVENTUALE INTERVENTO CHIRURGICO SUCCESSIVO

Assolutamente no. Qualora, a distanza di tempo da un trattamento scleroterapico delle varici, si rendesse necessario procedere al classico intervento di safenectomia e flebectomie, questo lo si può fare tranquillamente senza problemi. Solo l'asportazione di quelle varici che precedentemente erano state sclerosate e che si sono riaperte può risultare un poco più indaginoso per il chirurgo a causa del processo adesivo perivenoso che si è venuto a creare nel tempo; tutto qui.



### LA SCLEROTERAPIA NON SERVE; I CAPILLARI MI SONO INFATTI TORNATI

Tutti coloro che si rivolgono allo specialista per il trattamento sclerosante delle teleangiectasie (i capillari nel linguaggio corrente) devono essere informati del fatto che tale trattamento non influisce sulle cause che hanno determinato la comparsa di questo inestetismo (alterazioni ormonali, traumi della pelle, abitudini di vita, familiarità, ecc.); la scleroterapia si limita quindi a determinare la chiusura dei capillari in quel momento presenti, capillari che nel tempo verranno riassorbiti divenendo non più visibili. Di fatto, ben difficilmente i capillari trattati con successo si riapriranno; quasi inevitabilmente, al contrario, si formeranno nuovi capillari che andranno a loro volta trattati con una o più sedute di mantenimento in genere annuali.

Allo stato attuale, la scleroterapia (pur causa, a volte, di qualche delusione e dispiacere) rappresenta comunque il metodo di cura dei capillari più diffuso, più economico, meglio tollerato e forse più efficace. Una alternativa è rappresentata dal laser, soluzione ottimale in presenza di capillari rossi fini; di tale metodica si parlerà qui di seguito.

### LA SCLEROTERAPIA E' UN METODO DI CURA SUPERATO; PER I CAPILLARI OGGI SI USA IL LASER

Negli ultimi anni l'industria ha proposto apparecchi laser dedicati alla terapia delle diverse affezioni vascolari. Per quanto concerne il trattamento dei capillari esistono quindi, oggi, dei laser selettivi che vanno a colpire i capillari stessi con efficacia e senza determinare danni alla cute. Non tutti i capillari (ne esistono infatti di vari tipi tra loro diversi per diametro, per colore, ecc.) rispondono tuttavia in modo ottimale al laser. Ad oggi, è sicuramente dimostrata la superiorità del laser a luce verde sulla scleroterapia solo nel trattamento dei piccoli capillari rossi fini. Per quanto riguarda invece i comuni capillari blu, ottimi risultati si stanno ottenendo in questi ultimi tempi con i laser al "quasi infrarosso" (v. parte terza).

Va altresì ricordato che gran parte dei gruppi di capillari ricevono sangue da una vena più grossa (detta "nutrice") e lo scaricano in una seconda vena (detta "effeferente"). Per ovvi motivi, il trattamento dei capillari non sarà efficace e risolutivo senza la preventiva chiusura di dette vene (è come cercare di svuotare una vasca senza

chiudere il rubinetto); tale obiettivo è oggi facilmente raggiungibile con la scleroterapia, a volte problematico con il laser.

Non va infine dimenticato che il laser è decisamente più costoso della scleroterapia ed anche, nonostante quanto si dica o si voglia far credere, più fastidioso per il paziente.

Ciò detto, si può quindi concludere che il trattamento ottimale dei capillari dovrebbe essere quasi sempre di tipo combinato, scleroterapico e laser; si inizia con la sclerosi delle eventuali piccole varici extrasafeniche, delle venule afferenti, le nutrici, di quelle efferenti e dei capillari blu di maggior diametro (in quest'ultimo caso, come detto, si può ipotizzare anche un approccio laser), per finire quindi con il trattamento laser dei capillari rossi fini. Questo è l'approccio moderno e sicuramente più efficace e duraturo al trattamento dei capillari degli arti inferiori. Purtroppo, ancor oggi, gli specialisti di origine angiologia tendono a fare tutto con la scleroterapia (non posseggono o non sanno utilizzare il laser), quelli di estrazione dermatologica impiegano solo il o i laser (non sanno fare la scleroterapia); il risultato finale, ovviamente, ne risente.

#### MI TENGO LE VARICI PERCHE' NON MI FANNO MALE

Non infrequentemente varici anche voluminose possono non determinare alcun disturbo: ciò in quanto le vene sane dello stesso distretto funzionano in modo ottimale drenando efficacemente verso l'alto il sangue che ristagna o circola controcorrente in quelle malate. Tale situazione è abbastanza tipica delle persone in buona salute che fanno sufficiente attività fisica.

I problemi, a volte anche seri, nasceranno tuttavia inevitabilmente quando il suddetto meccanismo di compenso tenderà a venire meno, con conseguente ristagno del sangue in periferia, gonfiore della gamba, problemi cutanei, dolore. In quest'ultima situazione un intervento chirurgico anche ben eseguito potrà risultare tardivo e quindi poco influente sui disturbi del paziente, in quanto anche le vene sino ad allora sane non saranno più in grado (anche se non ancora varicose) di garantire un sufficiente drenaggio del sangue circolante nel distretto venoso superficiale.

Quanto testè detto non deve ovviamente far ritenere che si debba operare qualsiasi paziente con una iniziale insufficienza asintomatica della safena responsabile di piccole varici; tale situazione deve invece suonare come campanello d'allarme inducendo il paziente a mettere in atto quei provvedimenti idonei ad arrestare o quantomeno a rallentare l'evoluzione peggiorativa del quadro clinico (attività motoria, esercizi antistasi, elastocompressione, ecc.), prendendo in considerazione l'intervento nel caso in cui i provvedimenti suddetti non risultassero sufficienti.

#### IL MIO MEDICO MI HA DETTO CHE L'UNICO INTERVENTO UTILE PER CURARE LE VARICI E' LO STRIPPING DELLA SAFENA

Una tale asserzione è oggi falsa e frutto di malinformazione. Lo stripping della safena (o safenectomia) è l'intervento chirurgico classico supercollaudato che, se correttamente eseguito, dà risultati ottimi.



Negli ultimi anni sono stati tuttavia proposti trattamenti alternativi, mini-invasivi ed eseguibili in regime ambulatoriale, in grado di assicurare risultati sicuramente sovrapponibili a quelli della safenectomia; ricordiamo tra questi la fotocoagulazione laser della safena (nota anche con l'acronimo di EVLT), la chiusura della safena con radiofrequenza (closure) e (seppur con risultati a distanza sicuramente meno buoni) la sclerosi ecoguidata della safena con "scleromousse" (v. parte terza).

L'obiettivo che si prefiggono le diverse metodiche è sempre lo stesso: eliminare il reflusso di sangue nella safena (sangue che a fasi alterne scorre verso l'alto per poi ridiscendere, causa il mal funzionamento delle valvole venose) e quindi l'ingorgo che viene a crearsi in periferia. Cambia solo il modo con cui si ottiene l'eliminazione del reflusso.

I risultati buoni si ottengono quando l'indicazione all'intervento è corretta ed il paziente è stato studiato con attenzione dallo specialista che dovrà eseguire l'intervento (accurata valutazione clinica, mappaggio con ecocolordoppler del reflusso e delle varici che a questo conseguono, ecc.); l'intervento migliore, entro certi limiti e in assenza di controindicazioni specifiche, è quello preferito dal paziente e dal medico stesso. Lo specialista, oggi, deve quindi essere eclettico ed in grado di offrire al paziente un ventaglio di opzioni terapeutiche ugualmente valido; il medico di base deve informarsi in modo adeguato e saper ascoltare il vero specialista.

**HO UNA FLEBITE E QUINDI DEVO STARE A LETTO**



Esistono due tipi di flebite: quella superficiale, fastidiosa ma solo eccezionalmente causa di complicanze, e quella profonda, potenzialmente assai pericolosa se non diagnosticata tempestivamente e quindi non curata in modo adeguato.

La prima è in genere rappresentata dall'occlusione trombotica di un ramo varicoso della safena o della safena stessa. La trombosi del vaso determina una infiammazione locale e quindi arrossamento, calore cutaneo e dolore; in tale situazione, una decisa attività motoria rappresenta, contrariamente a quanto deducibile dall'erronea credenza riportata nel titolo del presente paragrafo, il modo migliore per curare la flebite. Camminando di buon passo e facendo esercizi antistasi si favorisce infatti un aumento della velocità di flusso grazie al quale si riduce il rischio di progressione della trombosi a distretti venosi contigui; all'attività motoria verranno associati un bendaggio compressivo ed una blanda terapia anticoagulante ed antidolorifica.

La trombosi venosa profonda rappresenta invece, come detto in precedenza, un evento temibile in quanto possibile causa di sequele a distanza e, nei casi più gravi, di embolia polmonare. La trombosi, in tali situazioni, interessa le vene profonde principali. Un ecocolordoppler prontamente eseguito è il modo migliore per confermare la diagnosi nei casi sospetti. Il trattamento si basa anche in questi casi sulla compressione elastica e sulla terapia anticoagulante (con anticoagulanti orali che andranno tuttavia assunti per mesi o anche per anni); come nel caso precedente e contrariamente a quanto si ritenesse sino a pochi anni orsono, anche in presenza di una trombosi venosa profonda si raccomanda oggi una adeguata attività motoria (fatte, come sempre, le eccezioni del caso). La gestione e la terapia di una trombosi venosa profonda vanno assolutamente demandate allo specialista.

**L'ULCERA GUARISCE SE SI "INDOVINA" LA POMATA GIUSTA**

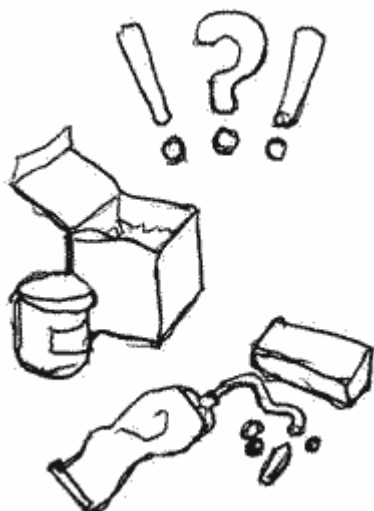
Nulla di più sbagliato.

Nell'insufficienza venosa cronica non o mal trattata, l'ulcera di gamba si forma in genere in seguito ad un piccolo trauma o ad un graffio, che invece di guarire prontamente si allarga determinando una vera e propria perdita di sostanza che può raggiungere dimensioni e profondità ragguardevoli.

In presenza di tessuto sano adeguatamente ossigenato, ogni lesione cutanea guarisce spontaneamente in poco tempo; ciò non avviene in presenza di insufficienza venosa



scompensata, in quanto la stasi venosa altera profondamente il trofismo della pelle. Non esistono, purtroppo, creme o pomate in grado di restituire ad una cute sofferente le sue caratteristiche di elasticità e di rapida capacità rigenerativa che sono proprie di una cute sana. Alcuni prodotti, se scelti ed impiegati dallo specialista con oculatezza, fungono da coadiuvanti nel lungo processo riparativo che è reso possibile dall'unico mezzo in grado di evitare la stasi e quindi la scarsa ossigenazione della pelle: la compressione adesiva o quella elastica. I pazienti, si sa, "odiano" la compressione, che può risultare fastidiosa soprattutto in alcuni periodi dell'anno; ben si prestano, quindi, a seguire le "cure" di quei cosiddetti specialisti che li risparmiano il tanto temuto gambaletto pur costringendoli a frequentissime medicazioni spesso inutili quando non dannose.



### PARTE TERZA: LE NUOVE TECNOLOGIE

In presenza di varici degli arti inferiori sintomatiche o meno e di incontinenza della vena safena, il trattamento di gran lunga più eseguito è ancor oggi lo stripping della safena stessa (la cosiddetta safenectomia) completato dalla asportazione delle varici (flebectomie). Tale intervento consente di ottenere ottimi risultati a medio-lungo termine, ovviamente a condizione che l'indicazione sia corretta e che l'esecuzione avvenga in modo tecnicamente ineccepibile.

Negli ultimi anni sono state tuttavia introdotte modalità alternative di trattamento del reflusso safenico, che hanno lo scopo di ottenere lo stesso obiettivo della safenectomia riducendo in modo significativo il trauma proprio dell'intervento tradizionale, i disagi legati alla ospedalizzazione, i tempi di convalescenza e non ultimo l'impatto estetico di un intervento spesso eseguito in donne ancora giovani e giustamente attente a questo aspetto del problema; per quanto concerne quest'ultimo punto, è infatti convinzione dell'Autore che, se da una lato è doveroso anteporre le esigenze funzionali a quelle estetiche, dall'altro è ugualmente giusto trattare adeguatamente il problema funzionale non trascurando quello estetico. Tali tecniche, che verranno qui di seguito elencate e brevemente descritte, hanno in comune tra loro la strategia di base; ovvero abolire il reflusso (la inversione della corrente sanguigna in safena, dall'alto verso il basso invece che dal basso verso l'alto come di norma avviene) non asportando la safena stessa, ma occludendola "da dentro". La safena

malata rimane quindi al suo posto, con il tempo si trasformerà in un cordoncino fibroso inerte, ed essendo occlusa non potrà più trasportare al suo interno quella corrente ematica invertita causa dell'ingorgo venoso distrettuale, delle varici e dei disturbi (solo estetici o anche funzionali) ad esse correlati.

I trattamenti alternativi ed innovativi di cui parliamo sono disponibili ormai da alcuni anni (dal 2002 circa in Italia); i risultati a distanza sono assolutamente certificati ed i vantaggi evidenti. Ciononostante, la loro diffusione non è ancora capillare, essendo attuati con una certa regolarità solo in Centri Avanzati da Personale Qualificato e con una consolidata tradizione nel trattamento dell'insufficienza venosa degli arti inferiori. I motivi di ciò vanno ricercati non tanto nella difficoltà ad acquisire le apparecchiature necessarie (ormai disponibili a costi accessibili), quanto nella delicatezza delle procedure che richiedono una particolare competenza specifica e la capacità di utilizzare personalmente, da parte del chirurgo, quello strumento preziosissimo e addirittura indispensabile che è l'ecocolordoppler.

**FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA SAFENA (EVLT, acronimo dell'inglese "endo-venous laser therapy").**

La metodica descritta, assolutamente innovativa, ha radicalmente cambiato il trattamento della malattia varicosa conseguente a malattia della safena. Tutto ciò è diventato possibile grazie alla realizzazione di nuovi laser a diodo che interagiscono selettivamente con l'emoglobina e con l'acqua (i due componenti principali del sangue), producendo calore e danneggiando così le pareti della vena che collassa e si chiude. L'autore, nella sua pratica clinica, utilizza un laser a diodo particolarmente affidabile, maneggevole ed efficace con lunghezza d'onda di emissione di 940 nanometri (Quanta B di Quanta System). Altri laser presenti sul mercato e con lunghezze d'onda analoghe si prestano ovviamente in modo altrettanto egregio all'esecuzione dell'intervento.

I vantaggi che EVLT offre rispetto al trattamento chirurgico classico sono numerosi e sostanziali: ne ricordiamo i principali nella tabella che segue.

	SAFENECTOMIA	EVLT
RICOVERO	ordinario o day-hospital	variabile (day-Hospital, ordinario)
ANESTESIA	generale o spinale	locale
DOLORE P.O.	+	- o +/-
INCISIONI	multiple	assenti o minime
SANGUINAMENTO	possibile	no
RIPRESA ATTIVITA'	10 gg	1-2 gg.

Il trattamento, come detto, è di tipo ambulatoriale (ovvero con dimissione praticamente immediata, quando il caso e la distanza dall'Ospedale lo permettono) e viene eseguito in una comune sala operatoria. Effettuato con ecocolordoppler e transilluminescenza il "mappaggio" delle varici e della safena nel suo settore patologico, il paziente viene preparato con disinfezione e materiale sterile. Inizia quindi la fase vera e propria dell'intervento con l'inserimento eco-guidato nella safena di un cateterino e successivamente all'interno di questo della sottilissima fibra laser (1/2 mm di diametro); questa viene fatta risalire sino allo sbocco della safena nella vena femorale. Il corretto posizionamento della fibra viene controllato per

mezzo dell'ecografo. Somministrata l'anestesia locale lungo il decorso della safena (sempre sotto guida ecografica), la vena viene quindi fotocoagulata eseguendo una graduale e progressiva retrazione della fibra laser.

Concluso il trattamento della safena, l'autore tratta nel corso dello stesso intervento le varici di origine safenica solo quando queste sono voluminose o quando specificamente richiesto dal paziente. L'ampia esperienza specifica ormai maturata ha infatti dimostrato come le piccole varici di origine safenica tendano a scomparire o a ridursi spontaneamente nell'arco di tempo di un paio di mesi dopo l'eliminazione del reflusso safenico. Solo successivamente, in occasione del secondo controllo post-operatorio, provvediamo quindi all'eventuale sclerosi di varici residue (il più delle volte con sola finalità estetica e se richiesto dal paziente). Tale atteggiamento mira a ridurre ancor di più il trauma dell'intervento (realmente minimo), evitando così un trattamento aggiuntivo spesso non necessario. In caso di trattamento simultaneo della safena e delle varici, queste vengono asportate con la tecnica delle microincisioni di Muller e senza dover applicare punti di sutura alla cute (le microincisioni, della lunghezza di non più di 2 mm, non richiedono punti di sutura, vengono approssimate con piccoli cerottini e risultano praticamente invisibili già poche settimane dopo l'intervento).

Conclusa la procedura, vengono posti degli spessori di cotone in corrispondenza del segmento vasale fotocoagulato e delle eventuali flebectomie e l'arto viene inguainato in una calza elastica del tipo "mezzo collant" 1° o 2° classe di compressione. Salvo diversa prescrizione, questa andrà mantenuta in sede per 15 giorni solo nelle ore diurne e solo per i primi due giorni continuamente anche nelle ore notturne. Al paziente viene consigliato di assumere un anti-infiammatorio per 5-7 giorni se non controindicato. Anticoagulanti quali eparina a basso peso molecolare vengono prescritti routinariamente per 7 giorni esclusivamente nell'immediato periodo post-operatorio. L'esperienza maturata, unicamente ai controlli postoperatori ed a distanza regolarmente eseguiti, ha permesso di confermare la bontà dei risultati a medio e a lungo termine.

**LA TECNICA "CLOSURE" (obliterazione della safena con radiofrequenza).**

Concettualmente e nelle modalità di esecuzione, la tecnica "closure" è del tutto analoga ad EVLT. Diverso è solo il modo con cui si produce l'occlusione della safena (fotocoagulazione laser nel caso di EVLT, radiofrequenza nel caso di "closure").

I risultati immediati ed a distanza delle due metodiche sono sostanzialmente sovrapponibili. "Closure" ha avuto sicuramente meno successo rispetto ad EVLT in quanto gravata da qualche complicanza (per altro del tutto occasionale) e sicuramente più costosa.

**L'ECOENDOSCLEROSI DELLA SAFENA CON "MOUSSE".**

In questa terza modalità di trattamento delle varici di origine safenica, l'occlusione della safena viene ottenuta con un mezzo chimico (l'agente sclerosante) e non con un mezzo fisico (la radiazione laser o la radiofrequenza).

Sotto guida ecografica, la safena viene punta in più punti (una prima variante tecnica), oppure cateterizzata (seconda variante). Attraverso l'ago od il catetere, viene quindi iniettato l'agente sclerosante emulsionato con aria (ad ottenere una schiuma, ovvero la "mousse"); questo determina l'occlusione della vena.

Il vantaggio di usare la schiuma invece del liquido sta nel fatto che la prima consente di ottenere il medesimo effetto con una concentrazione di farmaco più bassa.

L'ecoendosclerosi è una tecnica molto elegante, di rapida esecuzione e soprattutto a bassissimo costo: non richiede la disponibilità di una sala operatoria potendo venir eseguita in un comune ambulatorio peraltro adeguatamente attrezzato. Il vero svantaggio di tale metodica rispetto alle due precedentemente descritte sta nei risultati a lungo termine che sono buoni, ma non eccellenti. Dall'analisi delle diverse casistiche si deduce infatti una incidenza di riapertura della safena a due anni dal trattamento pari al 20% circa. In questi casi, l'intervento stesso può venire ovviamente ripetuto con un trauma, un costo ed un disagio veramente minimi. L'ecoendosclerosi della safena rappresenta quindi una soluzione terapeutica da tenere in considerazione in quei pazienti con sintomatologia importante ma ad elevato rischio chirurgico (nei quali qualcosa si deve comunque fare), od in tutti coloro che vogliono evitare la safenectomia od altre procedure ad essa alternative.

## LASER

Sempre più sentito è oggi il bisogno di migliorare il proprio aspetto con provvedimenti di provata efficacia e nel contempo a bassa invasività. Tale esigenza, ben nota per quanto riguarda il sesso femminile, è sempre più diffusa anche in quello maschile.

Ovviamente sensibile a questo movimento, l'industria del laser ha portato avanti negli ultimi anni una intensa ricerca volta a produrre apparecchiature sempre più efficaci, abbordabili nei costi e soprattutto estremamente selettive. Proprio la "selettività", ovvero la capacità di un laser di eliminare il "bersaglio" indesiderato senza minimamente danneggiare i tessuti circostanti, è l'obiettivo principale che l'industria si è proposta.

Il ventaglio di applicazione dei laser medicali è oggi incredibilmente ampio, permettendo di trattare con risultati veramente sorprendenti un gran numero di patologie superficiali cutanee inestetiche. Ricordiamo tra questi i trattamenti volti ad eliminare le venule ed i capillari dilatati, le malformazioni vascolari e gli angiomi, la peluria indesiderata femminile e maschile (epilazione permanente), le piccole rughe, le neoformazioni cutanee e le cicatrici, l'acne e gli esiti di questa, le macchie melaniche solari o senili; ricordiamo ancora le tecniche di fotoringiovanimento e di lifting non chirurgico.

Nel campo delle patologie inestetiche vascolari, i laser sono diventati bagaglio irrinunciabile per il moderno flebologo / angiologo / chirurgo vascolare che, da sempre esperto in scleroterapia, si è oggi reso conto dell'incredibile effetto sinergico offerto dall'uso combinato di queste diverse metodiche di trattamento.

Dott. Christian Baraldi      Tel. 3407143885  
Web: [www.christianbaraldi.it](http://www.christianbaraldi.it) e-mail: [cbaraldi1@hotmail.com](mailto:cbaraldi1@hotmail.com)

Ringraziamenti per il manualetto al mio collega e amico Dr. Marco Floriani