



Società Italiana di Flebologia

Con patrocinio di:

Assessorato alla Salute Regione Lombardia

Azienda Ospedaliera Mellino Mellini



Collegio Italiano di Flebologia



Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery

in collaborazione con:

BANCA POPOLARE DI BERGAMO
gruppo BPU ><banca

IL TRATTAMENTO

CHIRURGICO IN URGENZA

Fulvio D'Angelo
U.O.S di Flebologia

Azienda Ospedaliera G. Salvini
Garbagnate Milanese

2005
SOCIETÀ ITALIANA DI FLEBOLOGIA



Società Italiana di Flebologia
Presidente: R. Bisacci

Sezione Lombarda
Responsabile: R. Giorgi

CONVEGNO DI FLEBOLOGIA

Trombosi e
post-trombosi
negli arti inferiori



Colombaro di Corte Franca (Bs)
20-21 maggio 2005

PROGRAMMA

CONSIDERAZIONI

- Mancano adeguati studi clinici che possano validare il trattamento chirurgico o medico della Trombosi Venosa Superficiale.(TVS)
- I trattamenti proposti variano significativamente secondo le abitudini e l'esperienza dei vari centri

(Perrin, Guex, Gillot: Traitement chirurgical des thromboses veineuses superficielles des membres inferieurs –EMC –Tech. Chir.chirurgie vasculaire 43-165-2000)

Dati della letteratura

- **Esiste un solo studio** (Belcaro, Nicolaides: *Superficial thrombophlebitis of the legs randomized, controlled, follow-up study*; Angiology 1999) che confronta cinque differenti metodi di trattamento:
 - compressione elastica
 - crossectomia isolata
 - crossectomia associata a stripping
 - compressione e trattamento anticoagulante con Eparina a dosi profilattiche
 - compressione con anticoagulazione con Warfarin

Dati della letteratura

- Due studi hanno comparato il trattamento medico con quello chirurgico:
- **Husni** (*Surgery* 1982) riferisce del 12% di EP nel gruppo medico e 0% nel gruppo chirurgico
- **Ascer** (*J.Vasc.Surg* 1995) in 14 casi di trombo al limite dello sbocco, in trattamento con TAO
2 casi si estesero alla vena femorale comune

CONSIDERAZIONI

- Le molteplici forme cliniche, eziologiche ed evolutive delle TVS sono di certo un fattore di confusione.
- Infatti è fondamentale distinguere le forme che si manifestano su vena sana, da quelle che invece prendono origine su vena patologica (varicosa)

CONSIDERAZIONI

- Flebiti su vena sana(30%): manifestazioni infiammatorie, espressione di un processo locale o sistemico, a basso rischio emboligeno.
- TVS su vena varicosa(70%): espressione di alterazione parietale, aggravata dalla stasi, in cui la terapia medica con EBPM e la chirurgia competono e si integrano.

(Linee Guida Diagnostico-Terapeutiche delle vene e dei linfatici Rev 2003)

Considerazioni Eziologiche

In presenza di una TVS, particolarmente su vena sana, deve sempre essere sospettata una affezione causale:

- Connettivopatie (Burger, Behcet, sindrome da anifosfolipidi)
- Focolaio infettivo
- Ca conosciuto o misconosciuto
- Alterazioni della coagulazione

CLINICA

- Lungo il tragitto venoso superficiale presenza di cordone arrossato, doloroso
- Talvolta edema dell'arto, almeno nella zona limitrofa al cordone flebitico
- Impotenza funzionale variabile e non costante
- Il trombo è sempre più esteso prossimalmente rispetto alla zona cutanea arrossata



Livello clinico del trombo



Ematochimica

- D-dimero non è dato costante e sicuro come per le TVP
- Trombofilia deve essere ricercata:
 - Proteina C ed S
 - Antitrombina III
 - Anticardiolipine
 - Omocisteina
 - LAC
 - Proteina C attivata
 - Fattore V° di Leiden
 - Mutazione del gene della protrombina

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Ci si può basare solo sull'indagine clinica?
assolutamente no!
- La TVP si associa alla TVS nel 23-36 % dei casi
(Gillet,Perrin, Phlébologie 2002,3), per cui è indispensabile
un'indagine
ecocolordoppler !

Raccomandazione grado C

(Linee Guida Diagnostico-Terapeutiche delle vene e dei linfatici Rev 2003)

- La flebografia in genere non aumenta le informazioni rispetto all'ecocolordoppler, indispensabile nel caso di interessamento del sistema profondo per eventuale filtro cavale

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Nel dubbio di embolia polmonare eseguire TAC torace
- Scintigrafia non indispensabile, ma utile nel caso di negatività della TAC
- TAC specifica, ma meno sensibile
- Scintigrafia più sensibile, ma meno specifica
- RX torace poco sensibile e poco specifica

(Lancet 2005)

A photograph of three surgeons in an operating room, all wearing green scrubs, surgical masks, and caps. They are focused on a patient lying on an operating table. The room is dimly lit, with a bright surgical light illuminating the patient. In the background, there are shelves with medical supplies and a piece of medical equipment. The text 'Quale è il ruolo della chirurgia nella trombosi venosa superficiale?' is overlaid in yellow on the image.

Quale è il ruolo della chirurgia
nella trombosi venosa
superficiale?

Quesiti a cui dare una risposta se possibile esauriente

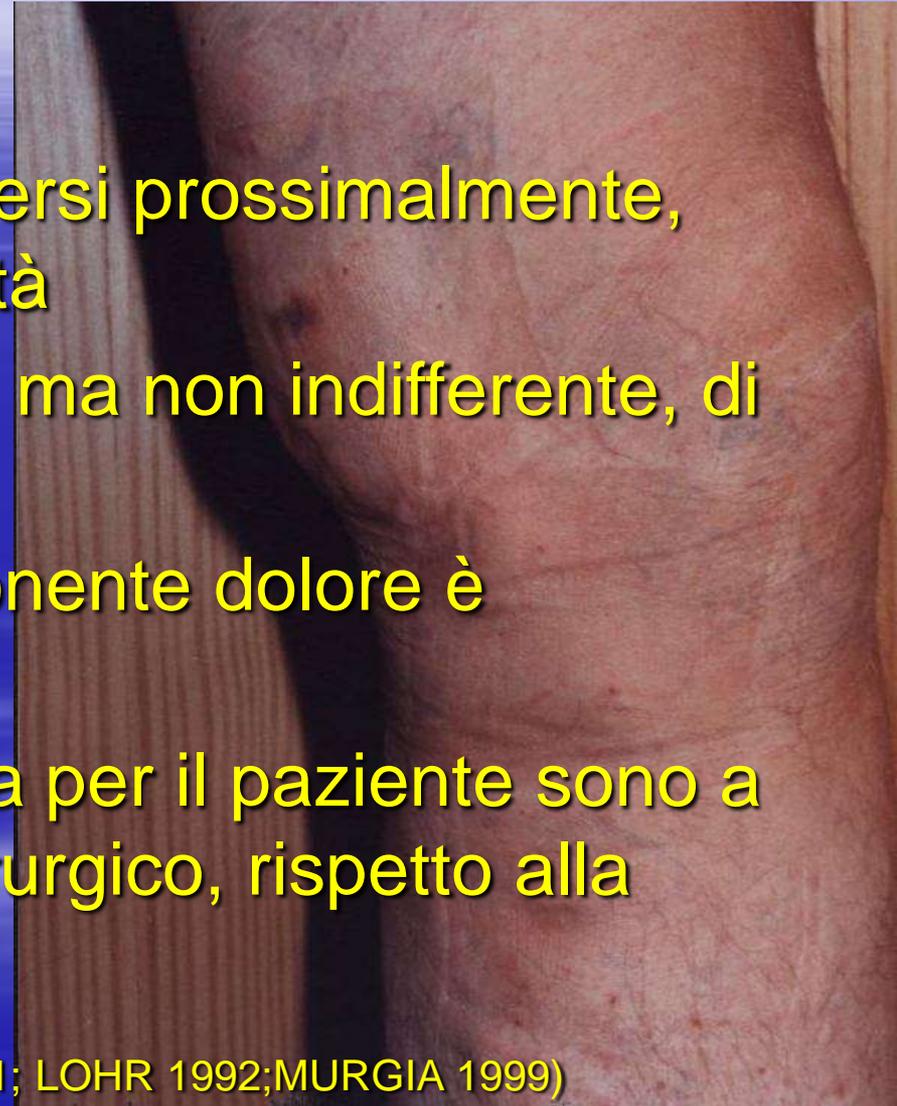
- Perché ?
- Quando ?
- Quale (chirurgia)?
- Come ?



Perché ?

- Una TVS tende ad estendersi prossimalmente, distalmente ed in profondità
- Esiste un rischio variabile, ma non indifferente, di embolia polmonare
- Dopo intervento, la componente dolore è notevolmente ridotta
- I costi e la qualità della vita per il paziente sono a favore del trattamento chirurgico, rispetto alla terapia medica

(GIORES 1962;HAFNER 1964; BERGAN,1991; LOHR 1992;MURGIA 1999)



Progressione del trombo

La TVS su vena sana

- interessa equamente la piccola e la grande safena
- interessa maggiormente i rami collaterali del sistema safenico
- difficilmente da luogo ad embolizzazione
- non si estende al circolo venoso profondo, ma spesso si associa ad un contemporaneo processo trombotico profondo

(Bergqvist D: Deep vein thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the leg
1986 Br Med)

Progressione del trombo

Le TVS su vena varicosa (varicoflebiti), tendono ad estendersi in senso centrifugo, tramite le perforanti, verso il circolo profondo:

- Jorgensen 20%
- Barrelier 21%
- Lutter 38%
- Perrin 47%

Progressione del trombo

- L'andamento del trombo può anche essere centripeto e quindi progredire verso la cross safenica
- La diagnostica clinica semplice ed evidente è fallace, unico esame sicuro ed indispensabile è l'indagine ecocolordoppler
- L'ecocolordoppler ci consente di valutare l'estensione del trombo ed i suoi rapporti con i punti di comunicazione con il circolo venoso profondo, nonché l'eventuale concomitante interessamento del sistema venoso profondo

Embolia Polmonare

- Dato clinico compreso tra 0 - 17%
- Dato scintigrafico circa 50%
- L'episodio embolico può essere rivelatore della TVS
- I dati della letteratura non permettono di stabilire se sia più frequente su vena sana o vena varicosa, in quanto spesso l'associazione con TVP altera il quadro di base, per cui potrebbe essere questa a determinare l'EP

(Bounameaux H: Superficial thrombophlebitis and deep vein thrombosis .A controversial association 1997 Arch Intern Med)

Dolore post chirurgico

Riduzione della sintomatologia dolorosa dopo

- crossectomia
- trombectomia
- contenzione elastica

(Plate G. 1985; Belcaro G. 1999; Willians RD. 1964)

Costi e qualità della vita

- Intervento in anestesia locale
- Degenza ridotta (day o one surgery)
- Profilassi e contenzione elastica breve
- No a TAO ed a monitoraggio ematico
- No a monitoraggio strumentale
- No a contenzione elastica protratta nel tempo

(Lohr: Am J Surg 1992; \$ 4.831 per trattamento chirurgico,\$ 7.967 per trattamento medico)

Quando?



- Nelle varicoflebiti ascendenti
- Con trombo in prossimità della giunzione safenica
- In presenza di gozzi varicosi trombosati
- In assenza di compromissione del circolo venoso profondo

Varico flebiti ascendenti

- Le flebiti su vena sana vanno trattate con terapia medica sia perché facilmente si associano a TVP sia per la modesta tendenza all'embolizzazione
- Nella varicosi la tendenza alla progressione ed all'embolizzazione è più rapida

(Guex JJ: Thrombotic complications of varicose veins. A literature review of the role of superficial venous thrombosis. 1996 Dermatol Surg)

Trombo a rischio

- In prossimità della giunzione safenica (3-5 cm)
(Raccomandazione grado B (*Linee Guida diagnostico terapeutiche 2003*))
- Varicoflebite clinicamente oltre il terzo prossimale di coscia od al terzo superiore di gamba
- Paziente allettato od in procinto di intervento chirurgico
- Difficoltà nel monitoraggio clinico strumentale per motivi logistici

Gozzi varicosi trombosati

- La trombectomia può determinare mobilizzazione del trombo: manovra da eseguire con attenzione
- Da eseguirsi sempre perché riduce significativamente il dolore e migliora la prognosi
- Deve associarsi bendaggio elastico e terapia antitrombotica di profilassi

(Gjores J:Surgical Therapy of ascending thrombophlebitis in the saphenous system.1962 Angiology)

Controllo circolo profondo

- L'indagine strumentale pre operatoria è fondamentale
- La frequenza di TVP associate impone prudenza prima di un intervento
- TVP distali e segmentarie autorizzano il concomitante intervento sul circolo venoso superficiale
- Trattamento con TAO assoluto

(Krause U: Prevention of deep venous thrombosis associated with superficial thrombophlebitis of leg by early saphenous vein ligation 1998 Vasa)

Quale (chirurgia) ?



- Crossectomia safenica



- Evacuazione del gozzo varicoso



- Stripping parziale o totale della safena

Crossectomia safenica

- E' l'intervento sicuramente più conosciuto e praticato in questi casi
- Meno nota e praticata è la crossectomia safeno poplitea
- Agevole se il trombo è distante, complessa se lo sbocco è impegnato

(Perrin M :Chirurgie de l'insuffisance veineuse superficielle 1995 Encycl Med Chir)

Evacuazione del gozzo varicoso

- Una o più incisioni dei gozzi varicosi permettono di evacuare il trombo se questo è di recente insorgenza (inferiore ai 15-20 giorni)
- Crossectomia di protezione nel caso di gavoccioli prossimali alla coscia
- Asportazione in blocco più sicura, ma disagiata nel caso di processo acuto recente

(Acute superficial venous thrombophlebitis does emergency surgery have a role? 2000 Inter Angiol)

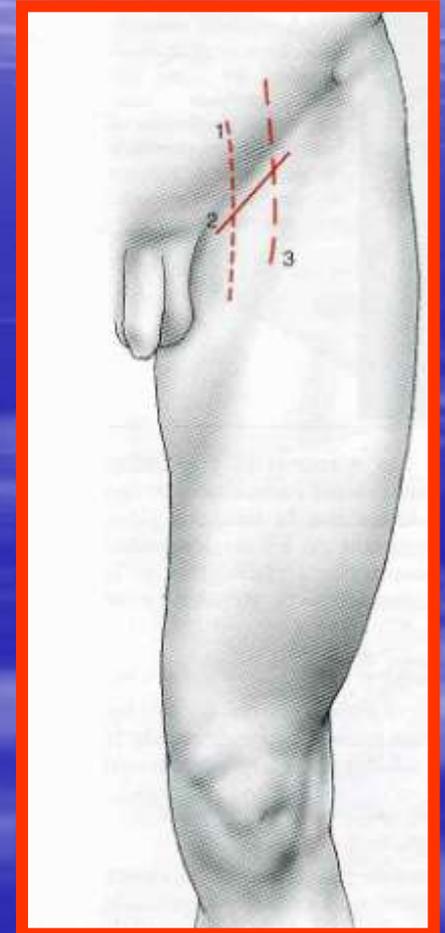
Stripping della safena

- Metodica non molto in uso
- Sicuramente permette la risoluzione totale del problema
- Si evita il possibile interessamento del circolo profondo tramite le perforanti, minore incidenza di recidive

(Sullivan J Am Coll Surg 2001)

Come?

- Incisione alla piega inguinale
- Incisione longitudinale
- Svuotamento della safena per spremitura o con microincisioni
- Stripping della safena con sonda o con ringstripper esterno
- Contenzione elastica di supporto
- Terapia antitrombotica e/o anticoagulante



Incisione alla piega inguinale

- E' sicuramente più estetica e tende ad una migliore guarigione (linforrea e linfocele)
- Può essere disagiata negli obesi con cross impegnata
- Accurata dissezione dei collaterali con il minor traumatismo della vena particolarmente se questa presenta un trombo in prossimità dell'incisione

LohrJM : Operative management of greater saphenous thrombophlebitis involving sapheno-femoral junction (1992 AmJ Surg)

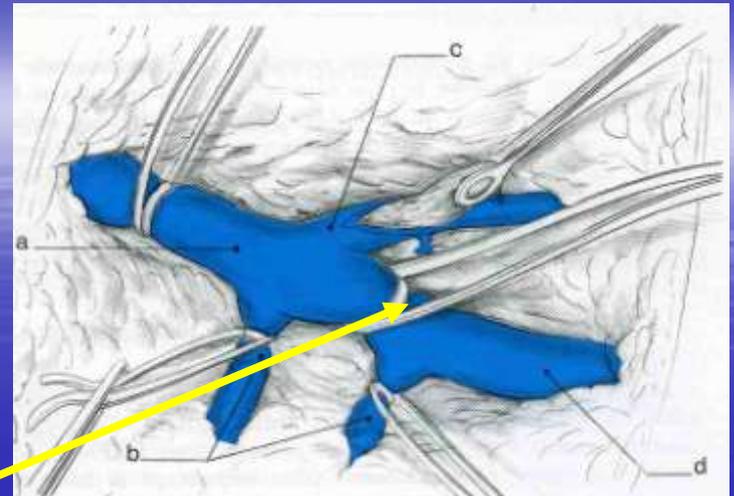
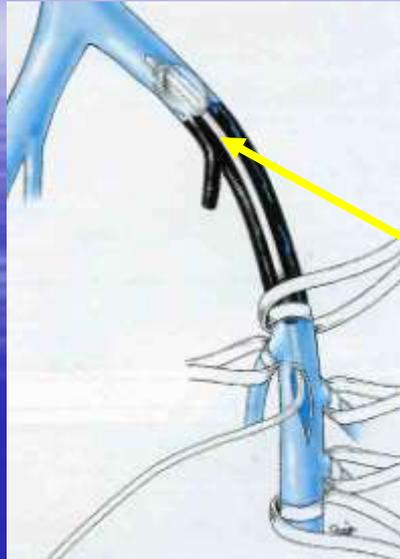
Incisione alla piega inguinale

- Controllo della perfetta pervietà della vena con controllo del reflusso femorale
- Legatura dello sbocco con materiale non riassorbibile
- Se durante la dissezione sono stati lesi dei linfonodi è opportuno il posizionamento di un drenaggio

Incisione longitudinale

- È da praticarsi nei casi di pazienti obesi, particolarmente se si ritiene che lo sbocco safenico sia impegnato dal trombo
- Nel caso di impegno della giunzione si preparano i segmenti prossimali e distali della vena femorale o poplitea caricandoli su loops
- Si controlla, dopo sezione della vena safena il reflusso dal circolo venoso profondo e nel caso si procede a passaggio con catetere di Fogarty

(BerganJJ: Surgical management of acute superficial and deep femoral venous thrombosis 1991)



CHIRURGIA



Incisione longitudinale

La breccia sul vaso profondo va suturata con
sopraggitto di prolene od analoghi 4 o 5/00

(Murgia AP Zamboni P: Surgical management of ascending saphenous thrombophlebitis. 1991
Inter Angiol)

Svuotamento della safena

La safena se particolarmente interessata dal trombo può essere drenata

- Con spremitura manuale
- Con micro incisioni lungo il decorso
- Con il passaggio di un catetere di Fogarty
- La decompressione determina riduzione del dolore e risoluzione più rapida del processo verso la guarigione

(Sullivan V. : Ligation versus anticoagulation: Treatment of above –knee superficial thrombophlebitis not involving the deep venous system. 2001 J Am Coll Sur)

Stripping della safena

- Lo stripper passa agevolmente nel trombo fresco
- E' possibile l'uso di ringstripper esterni che scollano la vena dai tessuti circostanti

(Mayo-Thompson e/o Corcos-Ricci)

Contenzione elastica

- In ogni caso la contenzione elastica è d'obbligo
- Non vi è differenza tra la contenzione mobile o quella fissa se non la preferenza del medico o del paziente
- Il tempo di mantenimento è legato alla remissione del quadro clinico (maggiore nel caso non si sia eseguita trombectomia o svuotamento)

(Belcaro G. Nicolaidis AN. :Manual of Diagnosis and Treatment 1995)

Terapia medica

- La terapia antitrombotica con EBPM mono dose die è indispensabile in ogni caso
- Verrà mantenuta per un tempo variabile tra 7 e 15 giorni
- La terapia anticoagulante con EBPM a doppia dose die o con TAO si attuerà nel caso di interessamento del circolo venoso profondo

(Albada J: Treatment of acute venous thromboembolism with LMWH 1989 Circulation)

Terapia medica

- EBPM nel caso di trombo aggettante e conseguente Fogarty della vena profonda, per 7-10 giorni poi TAO per 3 mesi
- TAO per 6 mesi nel caso di TVP concomitante o rischio embolico elevato o accertato nella TVS
- TAO per 3 mesi nel caso di trombo ascendente non trattato chirurgicamente
- TAO per 6 mesi nel caso di TVS su vena sana associata a TVP

(Ascer E: Preliminary results of a non operative approach to sapheno- femoral junction thrombophelbitis 1995 J vas Surg)

ESPERIENZA PERSONALE

- Dal gennaio 2000 al dicembre 2004
305 casi di TVS
 - 204 donne (67%)
 - 101 uomini (33%)
- Flebiti su vena varicosa
 - 247 (81%)
- Flebiti post traumatiche o paraneoplastiche
 - 58 (19%)

ESPERIENZA PERSONALE

- 183 (60%) Flebiti di gamba
 - 16 (8%) TVP associate
 - 2 (1%) Cross S.E.
- 122 (40%) TVS di coscia
 - 28 (23%) cross con trombo alla valvola
 - 7 (6%) cross con trombo flottante
- 4 (3%) embolia polmonare clinica
- 9 (7%) complicanze (ematoma, sieroma, infezione)
- Nessuna mortalità

CONCLUSIONI

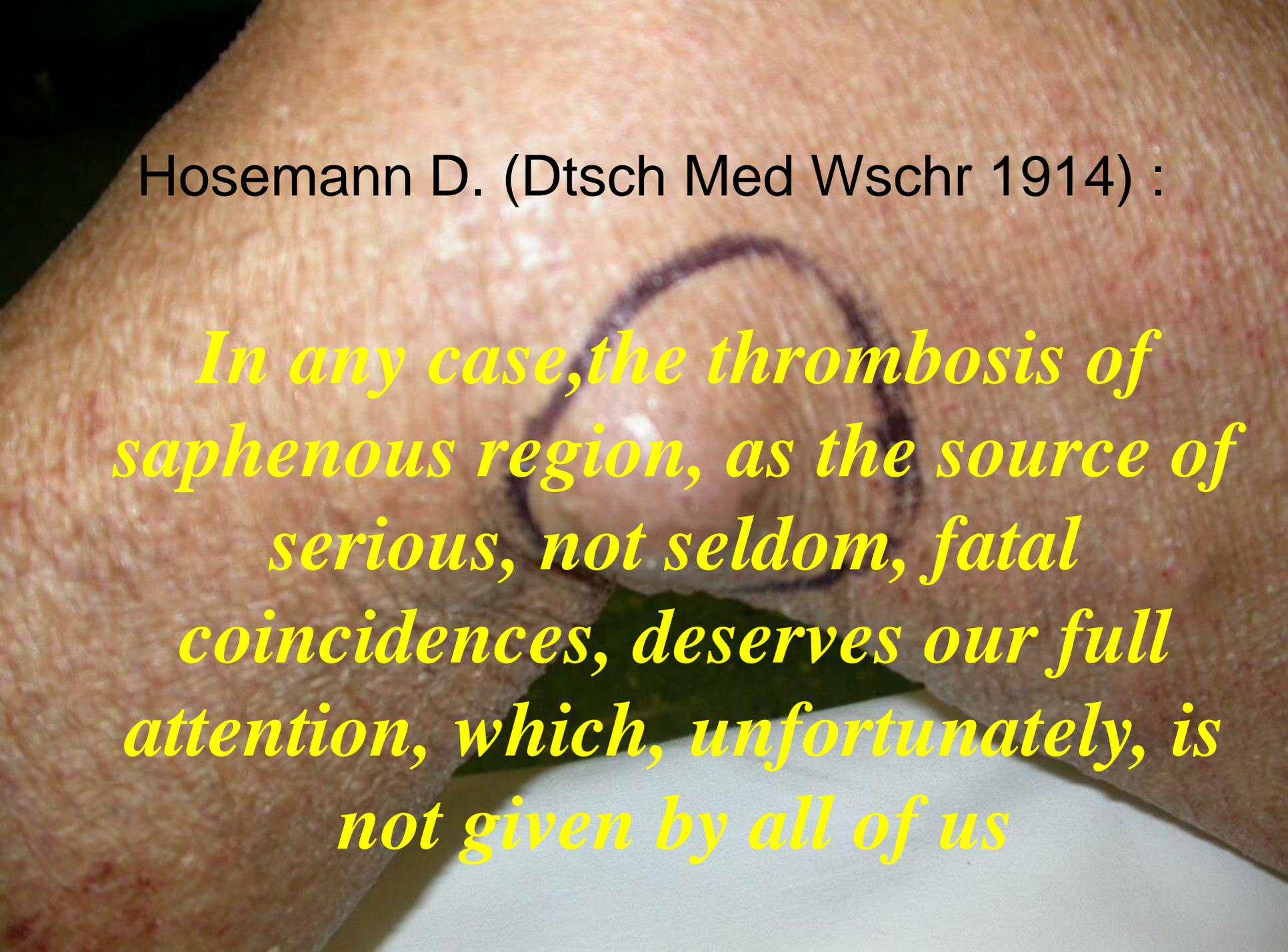
- La TVS è una forma nosologica apparentemente benigna
- Può associarsi a patologie concomitanti che vanno riconosciute e trattate
- Può associarsi alla TVP o complicarsi con una TVP
- Può essere causa di EP

CONCLUSIONI

- Il trattamento chirurgico si impone nelle varicoflebiti ascendenti che si approssimano alla cross, con tutte le varianti possibili
- Crossectomia, trombectomia e safenectomia sono le possibili soluzioni che rispondono anche all'esperienza, alle abitudini e convinzioni terapeutiche del singolo centro

CONCLUSIONI

Il trattamento terapeutico si completa con la terapia medica, la contenzione elastica, il monitoraggio e lo studio ematologico del paziente per individuare le possibili cause nell'insorgenza dell'episodio acuto



Hosemann D. (Dtsch Med Wschr 1914) :

In any case, the thrombosis of saphenous region, as the source of serious, not seldom, fatal coincidences, deserves our full attention, which, unfortunately, is not given by all of us