

Casistica

Il trattamento compressivo dopo termoablazione safenica

La compressione è uno dei cardini della flebologia e viene applicata quasi universalmente sia dopo interventi chirurgici che scleroterapici per ridurre il diametro dei vasi trattati, il dolore postoperatorio e le dimensioni dell'ematoma, contenere l'edema, prevenire trombosi venose profonde e superficiali e, non ultimo, contenere i contenziosi medico legali.

Il bendaggio a corto-medio allungamento viene perlopiù preferito nell'immediato postoperatorio alla calza compressiva medica, in ragione delle maggiori pressioni che la benda è in grado di esercitare alla coscia ed alla migliore tollerabilità a riposo.

Questa scelta deriva spesso più da preferenze personali o impostazioni di scuola che non da evidenze scientifiche, infatti non esistono in letteratura raccomandazioni definitive in merito al tipo di presidio, all'intensità ed alla durata della compressione.

Tra le linee guida quelle della Society for Vascular Surgery e American Venous Forum si limitano a raccomandare la compressione quale trattamento adiuvante alla ablazione venosa, compressione che può essere ottenuta con l'applicazione di calze graduate o bende da mantenere per almeno una settimana.

In ambito nazionale le linee guida redatte dalla SICVE confermano l'indicazione al trattamento compressivo post chirurgico, ma evidenziano la mancanza di trial randomizzati che consentano di fornire sicure indicazioni su tipo e modalità.

Nell'ambito degli studi randomizzati alcuni autori ii raccomandano bendaggio compressivo per 3 giorni seguito da calza elastica per 7, altri iii non riscontrano vantaggi nel far seguire una contenzione con calza a 3 giorni di contenzione con benda mentre altri chirurghi segnalanoiv la tollerabilità ed efficacia dell'applicazione di calza elastica di seconda classe RAL con una minor decremento della pressione alla coscia posizionata al termine dell'intervento e mantenuta per due settimane .

Il raggiungimento di una pressione di almeno 20 mmHg alla caviglia viene comunque confermato v quale limite minimo per un efficace trattamento postoperatorio.

Queste considerazioni si riferiscono alla contenzione dopo la procedura considerata sino a qualche anno fa il gold standard del trattamento chirurgico dell'insufficienza venosa: la crossectomia safeno femorale e lo stripping della grande safena

Da qualche anno la correzione della insufficienza safenica ha visto svilupparsi e diffondersi tecniche decisamente meno invasive e ,tra queste, le metodiche di termo ablazione (laser e radiofrequenza) che



Dott. Giuseppe Aldo Malchiodi

grazie alla efficacia ormai ampiamente documentata, ad una ridotta incidenza di complicanze ed agli esigui tempi di recupero hanno ormai conquistato un ruolo di primo piano

Attualmente rappresentano in molti centri, tra i quali il nostro, il trattamento di scelta per l'insufficienza safenica.

Sino al 2009 abbiamo eseguito esclusivamente interventi chirurgici ablativi utilizzando la tecnica della crossectomia safeno-femorale e dello stripping corto per invaginazione in anestesia locale (blocco del nervo femorale) per il trattamento della insufficienza della grande safena, la crossectomia safeno-poplitea o lo stripping per il trattamento della insufficienza della safena esterna.

In entrambi i casi veniva applicato al termine dell'intervento un bendaggio a corto allungamento, sostituito dopo 7 giorni con benda elastica a medio allungamento o calza elastica di I classe da indossare in ortostatismo per 30 giorni

Dal 2009 abbiamo introdotto la termo ablazione dapprima laser e, successivamente, mediante radiofrequenza nel trattamento della insufficienza di entrambi gli assi safenici e sostituito l'anestesia per tumescenza al blocco nervoso.

Attualmente queste procedure hanno quasi completamente soppiantato lo stripping.

Sin dalle prime esperienze il protocollo di contenzione postoperatoria applicato ai pazienti operati di stripping ci è parso eccessivo.

Queste tecniche mini-invasive, che non comportano l'asportazione della safena ma la sua oblitterazione termica, presentano una incidenza decisamente minore delle consuete complicanze dell'atto chirurgico tradizionale (ematoma, edema e dolore) e pertanto ci è parso razionale modificare il protocollo di compressione postoperatoria, per aumentare il confort del paziente.

Abbiamo quindi sostituito il bendaggio con un monocollant di I classe RAL, posizionato al termine dell'intervento e da mantenere per 48 ore ininterrottamente, quindi solo in ortostatismo per 7 giorni per i pazienti sottoposti a termo ablazione della grande safena o della safena accessoria anteriore, mentre nel trattamento della piccola safena abbiamo utilizzato un gambaleto di I classe RAL secondo lo stesso schema

In caso di trattamento sincrono scleroterapico di vene tributarie incontinenti si è applicato un flebotolo sotto la calza in corrispondenza del vaso trattato, per realizzare una compressione eccentrica da rimuovere dopo 48 ore

I pazienti trattati sono stati circa 600

I risultati si sono rivelati eccellenti.

La calza di I classe certificata RAL garantisce una pressione alla caviglia di 18-21 mmHg che decresce gradatamente al polpaccio (70%

del valore alla caviglia) ed alla coscia (20-50%), compressione che si è rivelata assolutamente efficace nel controllo delle complicanze emorragiche e tromboemboliche.

In nessun caso si sono riscontrati ematomi, mentre frequente è risultata la presenza di piccole ecchimosi in sede di iniezione dell'anestetico.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a controllo ecocolordoppler in 4° e 30° giornata e non sono state evidenziate trombosi venose profonde.

Inoltre i valori pressori esercitati da una calza di I classe sono ben tollerati anche a riposo ed infatti nessuno dei pazienti trattati ha rimosso la calza prima del tempo consigliato, contrariamente a quanto avveniva nei pazienti in cui applicavamo il bendaggio (il 20 % circa rimuoveva almeno parzialmente il bendaggio alla coscia prima della visita di controllo).

Non abbiamo riscontrato al cuna delle controindicazioni segnalate in letteratura (compromissione dei movimenti della mano, severa arteriopatia co IW < 0,5).

Nella nostra esperienza la calza elastica postoperatoria di I classe si è rivelata efficace almeno quanto il bendaggio e maggiormente tollerata nella maggior parte dei pazienti sottoposti a termo ablazione della grande e piccola safena.

Autore:

Dott. Giuseppe Aldo MALCHIODI, Vasc. Surgeon, Arcispedale S.Maria Nuova di Reggio Emilia

ⁱ Peter Gloviczky et al; the care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. J Vasc Surg ,. 2011

ⁱⁱ Biswas S.: randomized clinical trial of the duration of compression after varicose vein surgery; Eur J Vasc Endovasc Surg 33, 631-637 (2007)

ⁱⁱⁱ Houtermans-Auckel JP: to wear or not to wear compression stockings after varicose vein stripping: a randomized controlled trial. Eur J Vasc Endovasc Surg (2009) 38, 387-391

^{iv} Mariani F: multi center randomized trial comparing compression with elastic stoking versus bandage after surgery for varicose vein. J Vasc Surg 2011; 53:115-22

^v Fabrizio Mariani; Compression.. Consensus document based on scientific evidence and clinical experience