

Trattamento chirurgico ed endovascolare dell'insufficienza venosa cronica profonda

Y. Alimi, O. Hartung

Vengono raccolti sotto il nome di "insufficienti venosi cronici" i pazienti che, nella classificazione Clinica-Eziologia-Anatomia-Fisiopatologia (CEAP), sono classificati da C3 a C6, ma questo articolo si focalizzerà sull'insufficienza venosa cronica (IVC) profonda degli arti inferiori. L'anatomia patologica e la fisiopatologia, così come i fattori clinici, i punteggi venosi e la qualità della vita propri dell'IVC profonda, sono spiegati qui. Le esplorazioni ecografiche sono necessarie in tutti i pazienti per determinare la posizione delle lesioni e il meccanismo fisiopatologico coinvolto: reflusso, ostruzione o loro associazione. Quando è discussa una chirurgia venosa profonda, degli esami complementari specifici devono completare la valutazione. I metodi di trattamento possono essere classificati in due gruppi: non interventistici e interventistici. Nel primo, la compressione elastica è l'elemento di base. Per quanto riguarda il trattamento interventistico, sono necessarie, in primo luogo, le tecniche endovascolari per le lesioni ostruttive femoro-ileo-cavali e, in secondo luogo, la chirurgia aperta. I risultati di questi diversi metodi sono in fase di analisi e le indicazioni terapeutiche nell'IVC profonda sono discusse nonostante l'assenza di studi controllati randomizzati.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Insufficienza venosa cronica; Ulcera; Esplorazioni venose ecografiche; Chirurgia venosa; Chirurgia endovascolare

Struttura dell'articolo

■ Insufficienza venosa cronica (IVC)	1
Definizione e prevalenza	1
Eziologie dell'insufficienza venosa cronica	1
Manifestazioni cliniche dell'insufficienza venosa cronica	2
Indagini diagnostiche nell'insufficienza venosa cronica	3
Metodi terapeutici, risultati e indicazioni nell'insufficienza venosa cronica profonda	5
■ Ostruzioni venose croniche dell'arto inferiore	6
Definizioni	6
Dati eziopatogenetici e anatomici	6
Trattamento chirurgico ed endovascolare	7
■ Reflusso venoso profondo dell'arto inferiore	14
Definizioni	15
Dati anatomici, eziopatogenetici e frequenza	15
Trattamento chirurgico del reflusso venoso profondo	15
■ Conclusioni	22

■ Insufficienza venosa cronica (IVC)

Definizione e prevalenza

L'IVC è un termine riservato alle gravi forme di malattia venosa cronica, responsabile di edema moderato o grave, lesioni cuta-

nee o ulcere venose (classe C3, C4, C5 e C6 della classificazione Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology [CEAP])^[1, 2].

L'analisi dei recenti studi epidemiologici permette di determinare la prevalenza dell'IVC. Queste informazioni sono raggruppate nella **Tabella 1**^[3-7].

Eziologie dell'insufficienza venosa cronica

Le tre componenti eziologiche coinvolte nella CEAP sono le seguenti:

- l'eziologia congenita, molto rara, corrisponde a una degenerazione vascolare presente fin dalla nascita e legata a malattie quali l'ipoplasia o l'agenesia venosa e la malattia di Kippel-Trenaunay o di Parks-Weber (con shunt arterovenosi);
- l'eziologia primaria riflette la degradazione di vene normalmente formate, come la comparsa di reflussi valvolari della rete venosa superficiale (varici) e/o profonda;
- l'eziologia secondaria è messa in causa quando le anomalie venose tipo reflusso e ostruzione appaiono in seguito, per esempio, a una malattia post-trombotica. In corso di flebiti prossimali femoro-ileo-cavali, il trattamento precoce del trombo tramite trombolisi in situ su catetere o con metodi farmacomeccanici o tramite trombectomia chirurgica permette di prevenire, il più delle volte, le lesioni ostruttive prossimali e le loro conseguenze sul rischio di reflusso venoso distale^[8-11].

Le principali caratteristiche delle eziologie primarie e secondarie, di gran lunga le più frequenti, sono riassunte nella **Tabella 2**^[12-14].

Tabella 1.

Prevalenza dei pazienti C3-C6.

Studio Primo autore	Popolazione studiata (numero) Età	Classificazione utilizzata per identificare le condizioni cliniche	Prevalenza
San Diego Population study Criqui [3]	Studio trasversale di popolazione Dipendenti dell'università o in pensione (2211) 40-79 anni	CEAP C4-C6	6,2%
Edinburgh Vein Study Evans [4]	Studio trasversale di popolazione Abitanti di Edimburgo (1566) 16-84 anni	Classi cliniche di Widmer CV12 = C4 (CEAP) CV13 = C5-6 (CEAP)	Uomo: 2,3% Donna: 1,3%
Polish study Jawien [5]	Studio trasversale della popolazione adulta polacca (21%) e urbana in cerca di qualsiasi parere medico (40 095) 16-97 anni	CEAP C3 CEAP C4-C6	4,5% 6,1%
Bonn study Maurins [6]	Studio trasversale di popolazione urbana e rurale di Bonn (3072) 18-79 anni	CEAP C3 CEAP C4-C6	13,5% 3,6%
French study Carpentier [7]	Studio trasversale di una sottopopolazione che presenta un fenomeno di Raynaud (409) > 18 anni	CEAP C3 CEAP C4-C6	Uomo: 1,1% Donna: 2,2% Uomo: 5,4% Donna: 2,8%

CEAP: Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology.

Tabella 2.

Principali caratteristiche che riflettono l'origine primaria o post-trombotica dell'insufficienza venosa cronica (IVC).

Caratteristiche	IVC primaria	IVC post-trombotica
Origine	Degenerativa	Acquisita (infiammatoria)
Frequenza [13, 14]	65-70%	30-35%
Lesioni venose	Reflusso isolato	Ostruzione e reflusso
Coinvolgimento parietale	Intima normale	Intima distrutta
Coinvolgimento valvolare	Valvole stirate, atrofizzate	Valvole perforate, distrutte
Lesioni venose iniziali	Reticolo superficiale primario	Reticolo profondo primario
Comparsa di lesioni cutanee C4-C6	Lenta (nel corso di decenni)	Più rapida (alcuni anni)
Trattamenti principali	Compressione elastica, chirurgia venosa superficiale precoce (migliora la qualità della vita)	Compressione elastica, chirurgia allo stadio C4-C6

Manifestazioni cliniche dell'insufficienza venosa cronica

Segni clinici

I segni clinici compresi nelle classi da 3 a 6 della CEAP fanno parte di una definizione stabilita durante una conferenza di consenso [2]. Questi segni sono aggravati dalla stazione eretta e dal calore e sono più accentuati alla fine della giornata:

- l'edema: aumento percettibile del volume dei fluidi nello spazio cutaneo e sottocutaneo, l'edema venoso inizia, generalmente, alla caviglia, ma può estendersi al piede, alla gamba e alla coscia ed è associato a un'ostruzione e/o a un reflusso delle vene, da cui dipendono i punti dove si trova l'edema;
- la pigmentazione: l'aspetto di dermatite oca risulta dallo stravasamento di sangue nei tessuti cutanei e sottocutanei e, di solito, appare nella caviglia, ma può estendersi al piede e alla gamba;
- l'eczema: dermatite eritematosa che può progredire verso la formazione di bolle di fluido (vescicole), con stillicidio e desquamazione della cute della gamba. Spesso situate vicino alle vene varicose, queste lesioni possono apparire ovunque sull'arto inferiore e indicano un'IVC non controllata ma anche, alle volte, un'allergia a una terapia locale;

- la lipodermatosclerosi: infiammazione cronica localizzata con fibrosi dei tessuti cutanei e sottocutanei dell'arto inferiore, talvolta associata a irritazione o a una retrazione del tendine di Achille, la lipodermatosclerosi, a volte, è preceduta da un edema infiammatorio diffuso, spesso doloroso, della pelle, che generalmente riflette un'ipodermite. Segno di un'IVC grave, questa lesione deve essere distinta da una linfangite, da un'erisipela o da una cellulite, le cui caratteristiche locali e sistemiche sono differenti;
- l'atrofia bianca: con aree cutanee localizzate biancastre, atrofiche, spesso circolari e circondate da capillari dilatati e, talvolta, da iperpigmentazione, l'atrofia bianca indica un'IVC severa. Non deve essere confusa con una cicatrice di ulcera;
- l'ulcera venosa: piaga che interessa tutta la parete cutanea, il più delle volte localizzata alla caviglia e che non evolve verso la cicatrizzazione spontanea, l'ulcera venosa è legata a un'IVC severa;
- la *corona phlebectatica*: motivo a forma di "ventaglio" legato a numerose piccole vene intradermiche sulle superfici interne o esterne della caviglia e del piede, la *corona phlebectatica* è, generalmente, considerata un segno precoce di IVC avanzata e meriterebbe, secondo alcuni autori [15], di essere incorporata nella CEAP;
- la claudicatio venosa: specifica delle sindromi ostruttive venose, il dolore tipo tensione delle parti molli della coscia e del polpaccio si instaura progressivamente con lo sforzo, poi si riduce lentamente a riposo, per riapparire dopo una distanza equivalente, in caso di ripresa dello sforzo. Questa manifestazione indica la messa in tensione del reticolo venoso di rimpiazzo, a causa dell'aumento del ritorno venoso legato allo sforzo, con, per questo, comparsa frequente di varici sovrappubiche ad asse maggiore orizzontale e/o sottocutanee addominali o, addirittura, toraciche. Un altro tipo di claudicatio venosa detta "neurologica" è legata alla compressione degli elementi nervosi del canale midollare da parte delle vene spinali dilatate a causa dell'ostruzione delle vene assiali e si traduce con un'impressione di sottrazione o di perdita di sensibilità dell'arto interessato. È di comparsa improvvisa, scompare più lentamente della claudicatio venosa e non trova sollievo rapidamente con la sopraelevazione dell'arto inferiore [16, 17].

Punteggi venosi di severità clinica (SVSC) e di incapacità

Stabilito nel 2000 [18], poi modificato nel 2004 [2] e nel 2010 [8], il punteggio venoso di severità clinica (SVSC) (Venous Clinical Severity Score [VCSS]), che deriva dalla classificazione CEAP, appare nella Tabella 3 e valuta nuovi criteri clinici secondo un valore compreso tra 0 e 3, ai quali è stato associato secondariamente un decimo criterio, misurando l'aderenza della terapia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831476>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831476>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)