

C'E' SPAZIO PER LA TERAPIA CHIRURGICA NEL TRATTAMENTO DELLE FLEBITI SUPERFICIALI?

Prof. Giuseppe Botta

Direttore del Centro di Flebolinfologia - Università di Siena

Introduzione

La flebite delle vene superficiali degli arti inferiori è di solito considerata una patologia di scarsa gravità. Tuttavia la tromboflebite ascendente è un quadro clinico pericoloso, perché il trombo può propagarsi al circolo venoso profondo ed embolizzare(3). Nelle casistiche più recenti l'interessamento delle vene profonde a partenza da una flebite superficiale è riportato in percentuali variabili dall'8,6% (2) fino al 44% dei casi diagnosticati con l'indagine ultrasonografica (1). Ed ancora in pazienti con flebite superficiale di coscia è stata riportata una percentuale superiore al 30% di scintigrafie polmonari ad alta probabilità di embolia polmonare (4). In letteratura non è chiaro se bisogna trattare la tromboflebite ascendente degli arti inferiori in maniera conservativa o aggressiva.

Obiettivo

L'obiettivo del nostro lavoro è la risposta alla domanda: "quando è indicato intervenire chirurgicamente nel trattamento della flebite superficiale ascendente degli arti inferiori?" sulla base dell'esperienza maturata presso il Centro di Ricerca, Terapia e Riabilitazione Flebolinfologica dell'Università degli Studi di Siena, diretto dal Prof. Sergio Mancini.

Materiali e metodi

Negli ultimi 5 anni dal gennaio 1998 al dicembre 2002 sono giunti alla nostra osservazione per una flebite superficiale degli arti inferiori 182 pazienti. Si tratta di 55 maschi (30,2%) e 127 femmine (69,8%). In 148 casi (81%) la flebite era chiaramente insorta in un quadro di insufficienza venosa cronica superficiale, mentre nei restanti casi l'eziologia era traumatica o paraneoplastica. Clinicamente la flebite interessava l'arto inferiore al di sotto del ginocchio in 107 casi (59%), mentre era evidenziabile alla coscia al di sopra del ginocchio nei restanti 75 casi (41%). In tutti i pazienti è stato immediatamente eseguito l'esame strumentale con ecocolordoppler, allo scopo di meglio definire sia la sede della flebite e quindi il territorio safenico coinvolto, sia l'estensione della flebite e quindi escludere il coinvolgimento del circolo venoso profondo. Nei 107 pazienti con flebite di gamba il processo infiammatorio acuto interessava il tronco della grande safena (14) ed i suoi rami collaterali (71), il tronco della piccola safena (5) e le vene tributarie del suo territorio (17), con un interessamento del circolo venoso profondo in 9 casi (8,4%). Quasi sempre si è proceduto in questi pazienti ad un trattamento di tipo conservativo, associando alla terapia medica domiciliare con eparina a basso peso molecolare la deambulazione e la compressione, ottenuta inizialmente con un bendaggio rigido all'ossido di zinco, seguito dopo 1 o 2 settimane da un gambaletto elastico della seconda classe di compressione. In 2 pazienti si è attuata una crossectomia di urgenza per la presenza di un trombo nella safena esterna a meno di 2 cm dalla giunzione safenopoplitea, mentre in 7 casi si è proceduto ad una trombectomia venosa dei gozzi varicosi trombizzati, che ha immediatamente risolto il dolore gravativo e molto intenso lamentato dai pazienti. Nei 75 malati con flebite clinicamente evidente alla coscia l'esame strumentale con l'ecocolordoppler ha evidenziato una ostruzione trombotica del tronco della grande safena in 64 casi, mentre in 5 era coinvolta la safena accessoria anterolaterale e in 6 casi alcuni rami collaterali safenici già varicosi. Di questi 75 pazienti, 36 (48%) sono stati trattati in maniera conservativa con terapia medica associata a bendaggio e deambulazione, e 39 (52%), di cui 15 maschi e 24 femmine con età minima di 33, massima di 87 e media di 68 anni, sono stati avviati alla terapia chirurgica. L'indicazione alla crossectomia in urgenza è stata posta, quando l'ecocolordoppler ha evidenziato la coda del trombo a meno di 3 cm. dalla giunzione safenofemorale. In 2 pazienti con trombosi di recente insorgenza, nei quali l'ecocolordoppler evidenziava la propagazione del trombo dalla giunzione nella vena femorale comune, è stata associata alla crossectomia la trombectomia femorale di urgenza.

Risultati

Non lamentiamo nella nostra casistica operatoria nessuna mortalità. Nessuna complicanza si è verificata nel decorso postoperatorio dei 39 pazienti operati di crossectomia interna e nei 2 pazienti operati di crossectomia esterna. Non abbiamo eseguito scintigrafie polmonari di controllo, ma nessun paziente ha presentato segni clinici, che portassero al sospetto di embolia o microembolia polmonare. Tutti sono stati dimessi e sono ritornati alle loro occupazioni quotidiane entro i 2 - 5 giorni dall'intervento chirurgico.

Discussione

La tromboflebite superficiale degli arti inferiori viene di solito considerata una patologia benigna. Tuttavia questa condizione clinica può diventare pericolosa, se la trombosi tende a propagarsi al circolo venoso profondo e, qualora il trombo si distacchi, può essere la causa di una embolia polmonare. Per evitare ciò, è necessario intervenire chirurgicamente, prima ancora che il trombo presente nel lume della grande o della piccola safena raggiunga la giunzione safenofemorale o safenopoplitea. Attualmente l'indagine strumentale con l'ecocolordoppler permette di evidenziare in maniera precisa ed ottimale non solo la sede, ma soprattutto l'estensione del trombo, che nelle flebiti superficiali di coscia è sempre più prossimale rispetto a quanto lascia intravedere il quadro clinico. Nella nostra esperienza l'indicazione all'intervento chirurgico è stata sempre posta sulla base dell'indagine ultrasonografica, che talora in questi pazienti è stata ripetuta più volte a distanza di pochi giorni. In particolare, quando la grande safena si è presentata ostruita, non comprimibile, con segnale velocimetrico assente e la coda del trombo è stata evidenziata al primo esame strumentale a meno di 3 cm dalla giunzione safeno-femorale oppure quando il trombo ha raggiunto nei controlli strumentali successivi la valvola preostiale, lasciando pervio solo un piccolo moncone prossimale, che consentiva il deflusso del sangue proveniente dalle collaterali superiori della coscia, il nostro atteggiamento terapeutico è divenuto aggressivo ed è stata posta indicazione alla crossectomia in urgenza. Tale intervento è stato sempre effettuato in

anestesia locale, anche in pazienti di età molto avanzata. Dopo una piccola incisione cutanea parallela alla piega inguinale, si è proceduto nei casi più semplici all'isolamento, alla legatura e alla sezione di tutte le collaterali della crosse; quindi si è sezionata la vena grande safena, facendo attenzione a che tutto il materiale trombotico fuoriuscisse dal moncone prossimale; alla fine il moncone safenico è stato legato a raso della vena femorale comune. Nei casi più complessi, quando la safena era completamente imbottita dal trombo fino alla giunzione safenofemorale oppure il trombo aggettava proprio nella vena femorale, è stato necessario dapprima isolare la vena femorale comune, sospenderla tra 2 fettucce, aprire la giunzione mantenendo in sede una pinza di Satinski, quindi aspirare o togliere delicatamente con una pinza atraumatica il materiale trombotico presente all'interno del lume venoso, facendo attenzione a non ledere l'endotelio per evitare la re-trombosi, infine chiudere con una sutura a sopraggito la giunzione a raso della vena femorale.

Conclusioni

In letteratura non è chiaro se bisogna trattare in maniera conservativa o aggressiva la tromboflebite superficiale ascendente degli arti inferiori. Nella nostra esperienza il ricorso alla terapia chirurgica, consistente nella crossectomia di urgenza in anestesia locale, ha rappresentato anche in pazienti di età molto avanzata un gesto terapeutico emplice, di scarso impegno per l'organismo, ma nello stesso tempo efficace nell'impedire l'estensione della trombosi al circolo venoso profondo e quindi il potenziale manifestarsi di quella complicanza, talora fatale, che è l'embolia polmonare.

BIBLIOGRAFIA

1. Beatty J, Fitridge R, Benveniste G, Greenstein D. Acute superficial venous thrombophlebitis: does emergency surgery have a role? *Int Angiol* 2002; 21: 93-95.
2. Blumenberg RM, Barton E, Gelfand ML, Skudder P, Brennan J. Occult deep venous thrombosis complicating superficial thrombophlebitis. *J Vasc Surg* 1998; 27: 338-343.
3. Kock HJ, Krause U, Albrecht KH, Van der Laan E, Rudofsky G, Eigler FW. Crossectomy in ascending superficial thrombophlebitis of the leg veins. *Zentralbl Chir* 1997; 122: 795-800.
4. Verlato F, Zucchetto P, Prandoni P, Camporese G, Marzola MC, Salmistraro G, Bui F, Martini R, Rosso F, Andreozzi GM. An unexpectedly high rate of pulmonary embolism in patients with superficial thrombophlebitis of the thigh. *J Vasc Surg* 1999; 30: 1113-1115.

SUMMARY

Background:

The ascending thrombophlebitis of the superficial leg veins is known to propagate into the deep leg veins and to embolize.

Methods:

We retrospectively reviewed 182 patients referred to the Center of Phlebology of University of Siena for acute superficial thrombophlebitis from 1998 to 2002. Duplex scanning identified 39 cases (15 M and 24 F) of ascending thrombophlebitis of the long saphenous extending to within 3 cm of the saphenofemoral junction. The patients underwent crossectomy under local anesthesia.

Results:

We did not observe any complication.

Conclusions:

Duplex scanning is recommended in all patients with lower limbs superficial thrombophlebitis because of the high incidence of deep venous thrombosis. Saphenofemoral disconnection for thrombosis involving the saphenofemoral junction is a safe and efficient procedure, also in old patients.