

L'Insufficienza Venosa Cronica dell'obeso: diagnosi e trattamento.

Prof. Giuseppe Botta

Direttore del Centro di Flebolinfologia - Università di Siena

L'Insufficienza Venosa Cronica (IVC) è una condizione morbosa che il medico incontra frequentemente nella sua pratica quotidiana. Nei paesi occidentali si stima che la prevalenza della IVC superi il 40% della popolazione adulta, mentre nei paesi del terzo mondo, quali Africa, Asia ed Oceania, l'Insufficienza Venosa Cronica è quasi completamente sconosciuta. Tale prevalenza aumenta con il passare degli anni, raggiungendo l'apice della curva in corrispondenza della sesta, settima decade di vita, e sembra essere da 2 a 3 volte più frequente nel sesso femminile rispetto al sesso maschile. In Europa si stima che il 25% della popolazione è affetta in qualche modo dalla malattia varicosa, considerata nei suoi vari aspetti dalle teleangiectasie alle varicole, dalle varici tronculari all'ulcera varicosa. In particolare studi epidemiologici di Widmer in Svizzera (1), di Mimica in Jugoslavia (2), di Wienert in Germania (3), di Jimenez Cossio in Spagna (4), hanno messo in evidenza come circa il 2% della popolazione europea sia affetta da varici tronculari, nelle quali è indicato un qualche trattamento, sia esso medico o chirurgico o sclerosante o compressivo.

Presso il Centro di Ricerca, Terapia e Riabilitazione Flebolinfologica dell'Università degli Studi di Siena, diretto dal Prof. Sergio Mancini, negli ultimi 3 anni sono giunti alla nostra osservazione per la prima volta 1482 pazienti affetti da malattia varicosa. Di essi 1054 (71%) appartengono al sesso femminile e 428 (29%) al sesso maschile. La loro età varia da un minimo di 18 ad un massimo di 84 anni, con una media di 52 ed una mediana di 56 anni. La decade di vita più rappresentata è la settima con 401 pazienti (27%), seguita dalla sesta con 358 pazienti (24%).

L'Insufficienza Venosa Cronica si può manifestare in vari modi, spesso non evidenti sul piano clinico. Si tratta, comunque, di una condizione morbosa la quale peggiora in maniera rilevante la qualità di vita dei pazienti per effetto di una sintomatologia fastidiosa, spesso dolorosa, talora invalidante, oltre che per gli inestetismi che può provocare. I sintomi della IVC possono esistere in presenza, ma anche in assenza di varici evidenti. Sempre temibili sono, però, le complicanze, quali tromboflebiti, dermoipodermiiti e soprattutto le ulcere venose, che tanta parte hanno nella comparsa di invalidità spesso permanente per la difficoltà e talvolta l'impossibilità di portarle a guarigione.

Tra i fattori di rischio di insorgenza di IVC, a parte la predisposizione familiare, vanno considerati: - i fattori ormonali: la pubertà, le gravidanze, la menopausa, l'uso dei contraccettivi orali e transdermici; - i fattori occupazionali: i lavori che richiedono una prolungata stazione eretta, quali stiratrice, parrucchiere, commessa; i lavori in ambienti caldo-umidi, quali fornaio, cuoco; l'attività sportiva agonistica, quali le gare di canottaggio, di sollevamento pesi, ecc.; - i fattori alimentari: il sovrappeso, l'obesità; - i fattori ambientali: l'esposizione al sole o comunque a temperature ambientali molto elevate; - lo stile di vita: la scarsa attività fisica, la sedentarietà, l'abbigliamento fatto da abiti aderenti e scarpe con tacchi a spillo.

Per quanto riguarda l'obesità, è noto da tempo che l'eccesso ponderale rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza o l'aggravamento dell'Insufficienza Venosa Cronica sia superficiale che profonda degli arti inferiori. Il sovrappeso è una componente presente in molti pazienti affetti da malattie vascolari, nei quali il distretto degli arti inferiori è sede di ritenzione idrica e di complicanze flebolinfologiche molto più di quanto si osservi nei soggetti magri o normotipi. Il soggetto obeso si muove poco e si muove male, nel senso che mette poco in attività le sue pompe muscolari. L'alterata dinamica respiratoria con l'aumento della pressione endoaddominale, dovuto alla grande quantità di cellule adipose presenti nel grembiule omentale e nei meso dell'intestino tenue e crasso, fa sì che venga notevolmente rallentato il deflusso di sangue dagli arti inferiori, particolarmente quando il soggetto è in posizione ortostatica, cioè fermo in piedi. Il sangue ristagna nel distretto microcircolatorio, l'ipertensione venosa dilata le venule ed i capillari, compaiono le teleangiectasie e le varici reticolari. Quando alla condizione di obesità, di solito acquisita nella vita adolescenziale o nella vita adulta per eccessiva introduzione di alimenti o per scarsa attività fisica, si associa la predisposizione familiare o la cosiddetta meiotropia della parete venosa per alterato contenuto di elastina e collagene della tunica media delle vene, ecco che la malattia varicosa si estrinseca in tutto il suo potenziale con la comparsa di varici ben evidenti e ben palpabili sia alla coscia che alle gambe di tali pazienti obesi.

Facendo riferimento ai 1482 pazienti, che sono stati visti per la prima volta presso il Centro di Flebolinfologia dell'Università degli Studi di Siena, sulla base dell'Indice di Massa Corporea o Body Mass Index (BMI) questi sono stati classificati in 8 gruppi, di cui 4 riguardanti il sesso femminile e 4 il sesso maschile.

sex	normotipo	obesità I grado	obesità II grado	obesità III grado
F	545	441	66	2
M	194	203	31	0

Riportando la tabella in termini percentuali:

sex	normotipo	obesità I grado	obesità II grado	obesità III grado
F	51.7 %	41.8 %	6.3 %	0.2 %
M	45.3 %	47.4 %	7.3 %	0 %

La diagnosi di Insufficienza Venosa Cronica in un soggetto obeso è anzitutto clinica. Non c'è bisogno di esami strumentali

sofisticati per mettere in evidenza le varici alle gambe o per etichettare come “varicosa” una paziente in sovrappeso. I gozzi varicosi, le varici a grappolo, le varici a sciarpa sono ben evidenti e, comunque, sono sempre palpabili come dei cordoncini più o meno sottili, di consistenza teso-elastica, dal percorso tortuoso, ma quasi sempre in sedi tipiche della insufficienza venosa, quando questa sia relativa al territorio di competenza della grande e/o della piccola safena.

Ma, prima dell'esame clinico obiettivo, fondamentale nell'approccio al paziente flebologico, specie se obeso, è l'anamnesi. La familiarità, intesa come presenza della malattia varicosa negli ascendenti della linea paterna o della linea materna o di entrambi i genitori, è una condizione predisponente di grande importanza ed in tal caso prevenire o ridurre il sovrappeso dell'adolescente significa prevenire le varici dell'adulto.

Lo stile di vita, la sedentarietà favorita dalle moderne tecnologie che ci permettono di soddisfare ogni nostra esigenza con il semplice tocco di un telecomando, la perdita di abitudine a passeggiare (complice l'automobile) o a fare le scale (complice l'ascensore), l'assenza di qualsiasi attività fisica o sportiva, le attività lavorative che costringono a stare per lungo tempo in piedi o in ambienti caldi, afosi ed umidi, sono tutti fattori che vanno accuratamente indagati, non solo in senso anamnestico, ma anche per modificare le abitudini di vita del paziente obeso, qualora venga diagnosticata l'associazione con la IVC.

Nei casi tipici la pesantezza, le gambe gonfie e dolenti, i crampi notturni, le parestesie, la sensazione di calore e/o di bruciore, il prurito sono sintomi più che sufficienti a porre il sospetto diagnostico di Insufficienza Venosa degli arti inferiori. Altre volte i disturbi sono lievi, sfumati, magari si accentuano all'inizio dell'estate o dopo una giornata di intenso lavoro, compaiono nelle donne in alcuni momenti del ciclo ormonale, si presentano in stazione eretta e scompaiono completamente in posizione supina, dando origine a dei quadri funzionali, che vanno approfonditi con opportune indagini diagnostiche sia cliniche che strumentali.

Attualmente le classiche manovre semeiologiche, quali il test di Trendelenburg, di Pratt, di Perthes, di De Thakats, ecc. hanno perso il loro valore, perché la verifica del risultato della manovra è subordinata alla possibilità di osservare direttamente il sistema venoso degli arti inferiori. Proprio tale limitazione, superata dall'utilizzo ormai routinario di apposita strumentazione non invasiva, quale la velocimetria Doppler, l'ecografia e le vie metodiche pletismografiche, ha reso queste prove, pur così importanti in un recente passato, di scarsa utilità agli inizi del terzo millennio.

Per quanto riguarda la diagnostica strumentale, è fuor di dubbio che gli ultrasuoni hanno rivoluzionato il campo della “Imaging” e si sono oggi affermati come il “gold standard diagnostico” al posto dell'indagine invasiva radiologica nello studio del circolo venoso periferico.

Dall'ormai vetusto Doppler ad onda continua, passando per il Doppler pulsato, l'EcoDoppler, l'EcoColorDoppler, si è giunti oggi al Power Doppler, che assicura una qualità di immagine ottimale anche in condizioni di scarso flusso venoso, come può verificarsi nei pazienti con trombosi venosa profonda in atto. La diagnostica con ultrasuoni permette di valutare non solo la morfologia, ma anche la funzionalità delle valvole venose. Grazie agli ultrasuoni noi oggi sappiamo che può esserci reflusso ostiale da incontinenza della valvola terminale della giunzione safeno-femorale, ma non reflusso troncolare, perché la valvola preterminale tiene, fa la sua funzione, il reflusso si scarica ad esempio nella safena anteriore, ed allora è perfettamente inutile asportare una safena interna che è perfettamente sana.

Allo stesso modo in un 4-5% di varicosi, quasi sempre appartenenti al sesso femminile, il reflusso è dovuto a vene incompetenti del circolo pelvico con il sangue che va a scaricarsi in basso e quindi a dilatare le vene della coscia e poi della gamba, senza che la safena interna sia minimamente interessata sul piano emodinamico dal processo patologico.

La diagnostica condiziona non solo la terapia, ma la stessa strategia chirurgica. Proprio utilizzando il doppler, un angiologo francese che lavora a Parigi, Claude Franceschi, ha teorizzato nel 1989 la chirurgia emodinamica delle varici degli arti inferiori. Non si tratta più di asportare la safena interna o esterna, difficilmente varicose di per se stesse, ma con una serie di legature mirate si fraziona la colonna ematica e si costringe il sangue a rientrare in profondità attraverso le vene perforanti che possono essere centrate sull'asse safenico, ma il più delle volte sono collegate a rami collaterali e superficiali delle safene, i quali rappresentano le varici clinicamente evidenti di coscia e di gamba. Sempre utilizzando gli ultrasuoni è possibile evidenziare una safena prossimale dilatata, ma con valvole i cui lembi sono ancora sufficientemente mobili, e ciò consente di programmare e realizzare interventi di valvuloplastica esterna a livello dell'ostio o del complesso parietovalvolare preostiale della vena safena, come è stato realizzato dalla nostra Scuola. (5, 6) La diagnostica Doppler o meglio EcoDoppler è importante anche nel caso si voglia curare l'Insufficienza Venosa Superficiale ricorrendo non alla chirurgia, ma alla scleroterapia. Per avere risultati ottimali nella cura delle teleangiectasie, è fondamentale accertare con gli ultrasuoni l'assenza di ogni reflusso safenico o extrasafenico, che va comunque trattato prima di procedere alla sclerosi dei capillari o delle varicole. Non parliamo poi della scleroterapia degli assi safenici, dove la metodica della Ecosclerosi con introduzione nel lume della safena interna o esterna di mousse sclerosante mediante agocannule di varia lunghezza è diventata una routine nelle mani dei flebologi. In effetti nei grandi obesi, che associano all'obesità la malattia varicosa, il poter evitare l'intervento chirurgico mediante il ricorso all'ecosclerosi del tronco safenico refluyente e dei suoi rami collaterali è di grande vantaggio, permettendo di curare almeno l'Insufficienza Venosa di cui sono portatori con minima invasività e rischio pressoché nullo.

Proprio il rischio operatorio aumentato e la difficoltà dal punto di vista anestesiológico di procedere alle varie tecniche di blocco per il notevole spessore di grasso sottocutaneo che assorbe per così dire il farmaco anestetico, non consentendo anestesie ottimali, fa sì che i grandi obesi non possano essere trattati in regime di Day Surgery con precoce dimissione, ma debbano affrontare qualsiasi tipo di intervento chirurgico, compreso quello flebologico, in regime di degenza ospedaliera ordinaria con notevole aumento dei costi per la struttura sanitaria. Ancora difficoltà nei pazienti obesi con Insufficienza Venosa Cronica si hanno nel proporre la terapia elastocompressiva, che è sicuramente uno dei pilastri portanti della moderna terapia

flebolinfologica. La standardizzazione da parte delle aziende produttrici delle taglie dei tutori elastici fa sì che difficilmente i pazienti obesi con varici trovino la taglia loro adeguata. A ciò si può ovviare facendo costruire dei tutori elastici su misura, ma il paziente varicoso in sovrappeso, proprio perché si muove poco, mal sopporta la compressione a livello degli arti inferiori. Il gambaleto o la calza o peggio ancora il monocollant rappresentano "una morsa", "una costrizione", "una condizione di disagio psicologico", che i soggetti obesi non tollerano e tutto ciò vanifica qualsiasi tentativo terapeutico in tal senso. Rimane ancora nelle mani del flebologo la terapia medica, che va innanzitutto supportata da norme igieniche nel senso di cambiamento di stile di vita e poi sicuramente da un opportuno regime dietetico che aiuti o perlomeno stimoli l'obeso a ritrovare il suo peso corporeo ideale.

I farmaci a disposizione del flebologo sono tanti e le sostanze di origine vegetale che aiutano la funzione del microcircolo nel senso di ridurre la permeabilità capillare e quindi la fuoriuscita di liquidi negli spazi interstiziali, il che si traduce sul piano clinico in pesantezza e stanchezza dell'arto inferiore specie la sera, sono ugualmente tante. Nessuno, né i farmaci di sintesi, né i fitofarmaci, danno la guarigione e, quindi, sono in grado di risolvere le complesse problematiche che presentano questi pazienti obesi con IVC. È certo, comunque, che nelle fasi iniziali della malattia varicosa, quando il disturbo è ancora funzionale e non ha ancora un substrato patologico grave, questi farmaci possono migliorare dopo opportuno e prolungato trattamento la sintomatologia e quindi il benessere psico-fisico del soggetto.

Avviandomi alla conclusione, non posso non tener conto degli aspetti di prevenzione, che tanta importanza hanno nell'evitare non solo l'insorgenza dell'eccesso ponderale, ma la comparsa stessa dell'Insufficienza Venosa, la quale, proprio perché cronica per definizione, ha scarsissime possibilità di guarigione, una volta che si è manifestata.

Ed allora cosa fare e cosa evitare di fare?

In primo luogo è fondamentale tenere presente che il peso corporeo dipende in ultima analisi da un perfetto equilibrio tra quanto si introduce e quanto si consuma in termini di calorie. Ne consegue che la sedentarietà, e tutto ciò che ad essa è correlata, va assolutamente combattuta non solo perché, muovendosi poco e quindi non consumando calorie, si tende ad ingrassare, ma anche e soprattutto perché l'inattività delle pompe muscolari favorisce la stasi ematica a livello degli arti inferiori e quindi favorisce l'insorgenza o aggrava, se preesistente, l'Insufficienza Venosa Cronica. Per questo motivo è necessario in caso di immobilismo protratto o di posizione stazionaria prolungata compiere ogni tanto dei movimenti di flessione-estensione della caviglia o sollevarsi ripetutamente sulla punta dei piedi. In secondo luogo bisogna praticare attività sportiva, quali marcia, nuoto, ciclismo, golf, ecc., indossando abiti ampi senza cinture strette in vita che aumentano la pressione endoaddominale. Per lo stesso motivo bisogna adottare tutte le misure dietetiche necessarie a combattere la stitichezza. Ed ancora, se possibile, allo scopo di favorire il deflusso di sangue dagli arti inferiori, è opportuno riposare durante la notte tenendo le gambe sollevate rispetto al piano del cuore di circa 10-15 cm.

Al contrario bisogna evitare gli sports che comportano brusche e violente contrazioni dei muscoli del polpaccio, quali il tennis, lo squash, oppure aumentano in maniera prolungata la pressione endoaddominale, come il sollevamento pesi o l'equitazione. Bisogna evitare i bagni caldi, le saune, le cerette a caldo per la depilazione, l'esposizione prolungata d'estate delle gambe al sole. Da ultimo bisogna evitare di indossare vestiti troppo stretti, scarpe con tacchi a spillo o comunque superiori ai 5 cm., e soprattutto cercare nei limiti del possibile di non eccedere con l'alimentazione per non spostare il piatto della bilancia energetica verso l'accumulo di grasso e quindi l'eccesso ponderale.

Bibliografia

1. Widmer LK, Stahelin HB, Nissen C, Da Silva A.: Venen-Aterienkrankheiten koronare Herzkrankheiten bei Berufstätigen. Prospektiv-epidemiologische Untersuchung, Basler Studie I-III. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart, Wien 1978.
2. Mimica M, Pavlinovic Z, Malinar M.: Varice Nogu U. Radnog Stanavnistva. Arch Hig Rada, 1977; 28:145-155.
3. Wienert V, Wiler H.: Epidemiologie der Venenerkrankungen. Schattauer Stuttgart, New York 1992.
4. Jimenez Cossio JA, Viver Manresa E, Rodriguez Mari A, Yanez O.: Estudio epidemiologico de varices en una poblacion laboral de 512 individuos. Medicina Clinica, Barcelona, 1977; 69:415-419.
5. Botta G, Massi S, Ruggieri C, Intermite R, Vedovini G, Bicchi M, Mancini S. External valvuloplasty of the preterminal valve of the long saphenous vein. Result after 5 years. Phlebology '95, D. Negus et al (eds). Phlebology (1995) suppl 1:382-
6. Mancini S, Botta G, Mariani F, Mancini St. Preterminal valvuloplasty: follow-up at 10 years. Atti XIV Congresso Mondiale della Union International de Phlebologie, Roma 9-14 settembre 2001. International Angiology 2001; 20 (suppl 1): 214
7. Nicolaidis A, Jantet G. RELIEF study: worldwide result's presentation XIV Congresso Mondiale della UIP, Roma 9-14 settembre 2001.