

# Malattia venosa cronica

**Nicola Renzo Laurora**

Area Cardiovascolare SIMG, Venezia

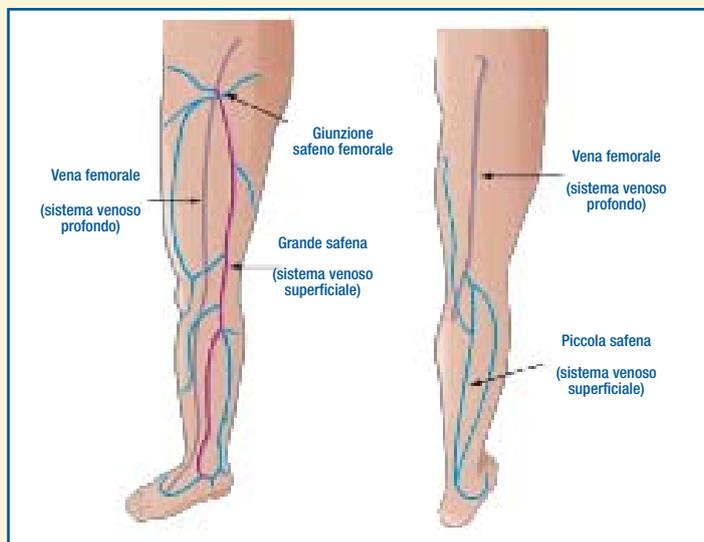
## Cenni di anatomia

Il sistema venoso degli arti inferiori è composto da tre elementi: il sistema venoso profondo, il superficiale e le perforanti che mettono in comunicazione il sistema superficiale col profondo, ma non viceversa.

Negli arti inferiori si riconoscono due grossi distretti venosi superficiali: la vena grande safena (che origina dalla vena femorale) e drena nelle vene profonde gran parte della circolazione superficiale della gamba e della coscia e la piccola safena che drena essenzialmente la regione posteriore della gamba. Le safene prendono rapporto con i sistemi venosi profondi attraverso le vene perforanti, che sono circa 150.

## Sintomi e segni della malattia venosa

Il paziente avverte, soprattutto la sera, senso di pesantezza dell'arto e si accorge di un edema che inizia intorno al malleolo interno; sulla vena aumenta la sensazione di caldo e prurito; non mancano i crampi notturni, le iniziali alterazioni cutanee (tipo eczematoso o pigmentazione) che progressivamente si aggravano fino a formare l'ulcera varicosa; in altri casi il paziente sviluppa una tromboflebite superficiale (TVS) o emorragie da rottura di varice.



## Epidemiologia

Nella popolazione generale la malattia varicosa ha una frequenza del 15-30%, se si considera il circolo della vena safena e delle sue collaterali, che diventa del 35% qualora si comprendano anche le modeste varicosità di rilevanza solo estetica.

La malattia è molto più frequente in Europa che non in Africa o in Asia, dove la prevalenza è 10 volte inferiore. Per quanto riguarda l'Italia, è stata effettuata nel 2005 un'indagine<sup>1</sup> sulla malattia venosa cronica (MVC) con la collaborazione dei medici di medicina generale (MMG). È stato inviato a circa 1000 MMG e restituito da 781 un questionario strutturato relativo ai primi 10 pazienti che si erano rivolti consecutivamente al proprio medico per una visita aspecifica tra aprile e maggio 2005; emergono una serie di risultati estremamente interessanti e significativi:

- solo il 40% dei pazienti arruolati è normopeso e il 17% è obeso;
- la familiarità per varici presente nel 37% dei soggetti;
- il 49% presenta varici, il 48% edema ed il 44,7% teleangectasie;
- segni e sintomi erano bilaterali nel 67,8% dei casi;
- peso e varici sono in relazione diretta;
- la prevalenza di varici è maggiore per le femmine (OR 1,8);
- tra i soggetti con varici il 5,1% non può lavorare, il 13,4% lavora solo indossando le calze, il 33,9% lavora senza calze e il 48,5% è asintomatico;
- al 57,5% dei soggetti è stato consigliato un cambiamento dello stile di vita, al 25,5% la contenzone elastica, farmaci al 53,2% e integratori alimentari al 16,1%;
- il 32,2% è stato inviato allo specialista. Emerge evidente la diffusione della malattia varicosa, visto che quasi il 50% delle persone presenta varici e il 26,7% dolore: il dato che preoccupa di più è che la dice lunga sulla disattenzione al problema unita forse ad un certo fatalismo è che la maggior parte di questi soggetti si era rivolta al proprio MMG per tutt'altro motivo.





## **Fattori che possono favorire lo sviluppo delle vene varicose**

- Stipsi (ostacola il ritorno di sangue venoso verso l'alto)
- Obesità
- Deficienza della pompa muscolare
- Lavoro in ortostatismo (stazione eretta) o in ambiente caldo (favorisce una dilatazione dei vasi)
- Alterazioni congenite delle vene
- Età (tra i 30 e 50 anni)
- Sesso femminile

### **Cause**

Il fattore che maggiormente influisce sulla pressione sanguigna venosa è la postura: durante la stazione eretta la colonna ematica esercita a livello del piede una pressione che nell'adulto corrisponde ad un valore medio di 80-100 cm H<sub>2</sub>O. Con il movimento tale valore cade a circa 20 e si ripristina in circa 30 secondi se ci fermiamo.

Le vene varicose sono molto più frequenti dopo i 50 anni, in persone obese e soprattutto di sesso femminile, sia per gli alti livelli di estrogeni presenti che facilitano il rilasciamento della muscolatura delle pareti venose, che per lo stress negli arti inferiori dall'ostacolato ritorno venoso che la gravidanza induce.

L'insufficienza valvolare della safena e delle vene comunicanti provoca un circolo vizioso con sovraccarico sia superficiale che profondo, il cui effetto è una caduta della pressione deambulatoria inferiore a 20 cm H<sub>2</sub>O ed in un più veloce ripristino dei valori pressori basali (80-100 cm H<sub>2</sub>O). La mancata riduzione della pressione venosa durante l'esercizio muscolare è alla base di quasi tutta la patologia del sistema venoso, sia superficiale che profondo; di conseguenza, lo stare a lungo seduti al lavoro od in viaggio o la postura eretta per lunghi periodi determina spesso l'insorgenza di una stasi venosa e la comparsa di edema ai piedi.

Se il sistema non è in grado di far fronte allo svuotamento venoso degli arti, vi è un iniziale tentativo di compenso da parte del circolo linfatico che cerca di far fronte alla stasi; quando non ce la fa più, si ha la comparsa di edema per stravasamento di liquido nei tessuti sottocutanei: piccole microemorragie provocano chiazze color nocciola per precipitazione di emosiderina e l'infiammazione dovuta al ristagno delle proteine fuoriuscite assieme al liquido favorisce la fibrosi sottocutanea, causa dell'aspetto duro e nodoso e a volte ulcerato delle gambe.

### **Trombosi venosa superficiale**

È tradizionalmente considerata "malattia benigna" e si presenta come un cordone palpabile, dolente, arrossato e caldo.

È di più facile riscontro<sup>2</sup> in presenza di fattori di rischio come cancro, trombofilia, malattie autoimmuni, traumi, fratture, chirurgia, immobilità, gravidanza o puerperio, uso di estro-progestinici, cateteri venosi, chemio-ormonoterapia, obesità o varici, interessando sia gli arti superiori (es. dopo terapia infusione o cateteri) che gli inferiori, soprattutto la vena grande safena (60-70% dei casi). In questo caso la TVS è più temibile, data la riportata<sup>3-6</sup> progressione verso la trombosi venosa profonda (TVP) e l'embolica polmonare (EP) sia asintomatica che sintomatica; è indispensabile quindi valutarne l'estensione ed il coinvolgimento del circolo venoso profondo con l'ecografia e l'uso di eparine a basso peso molecolare (EBPM) per evitare almeno in parte le complicanze tromboemboliche<sup>7</sup>.

Nei casi di TVS migrante, ricorrente o senza varici, si raccomanda<sup>8</sup> di ricercare eventuali di fattori di rischio.

Le indicazioni dell'*American College of Chest Physicians* 2008<sup>9</sup> prevedono per le TVS secondarie a terapia e.v. l'uso (2B) di diclofenac o eparina-gel fino alla risoluzione dei sintomi.

Nel caso di TVS spontanea si consiglia l'uso di EBPM a dosi profilattiche o intermedie per almeno 4 settimane (2B), terapia anticoagulante orale (TAO) con *International Normalized Ratio* (INR) tra 2,0 e 3,0 per 4 settimane (2C) controindicando l'associazione a farmaci antiflogistici non steroidei (FANS) (2B).

I pazienti possono essere ragionevolmente differenziati tra alto e basso rischio in base alla sede di sviluppo della TVS e presenza di fattori di rischio di trombosi: ai primi (TVS limitata ai segmenti distali, non estesa, senza fattori di rischio noti) si consiglia un trattamento con EBPM a dosi di profilassi per 4 settimane associato a calza elastica; nei secondi (trombosi della grande safena o pazienti con fattori di rischio) si consiglia trattamento con EBPM o anticoagulanti orali (AO) associati all'uso di calza elastica per 4 settimane o per 3 mesi se non c'è ricanalizzazione.

### **Considerazioni generali**

Se vengono ben sfruttate le risorse di primo livello (counselling per l'individuazione delle situazioni a



rischio, uso di calze elastiche, trattamento farmacologico precoce) si potrà evitare di assistere impotenti ad una storia già scritta e dal finale noto, che comincia come edema declive, diventa varice e spesso passa a flebite superficiale: ad esempio credo che delle due TVP ogni 1000 assistiti che ogni MMG vede in un anno, almeno una sarebbe evitabile facendo bene prevenzione.

La preoccupazione maggiore per il MMG dovrebbe quindi essere far capire al paziente che quando si affronta il problema MVC non si sta parlando solo di estetica. È infatti la superficialità e la supponenza di approccio che può far perdere anni prima che si affronti seriamente una condizione patologica che può non infrequentemente trasformarsi in una vera e propria fonte di problemi clinici, spesa e complicanze.

Sembra infatti che la patologia venosa sia esente dal *pressing* dei pazienti nei confronti del proprio MMG: proverò di seguito ad immaginare una serie di possibili spiegazioni.

- Per una lunga fase iniziale il problema non è stabilmente presente: risente della stagionalità e, quando compare, ha una manifestazione serale e legato a fattori intercorrenti e occasionali (stazione eretta prolungata, concause lavorative, gravidanza). Questa non persistenza può favorire una sottovalutazione del problema sia da parte del paziente che soprattutto da parte del MMG.
- Vi è ancora forte riluttanza, al comparire di sintomi (gambe pesanti, crampi o inquietudine notturna) o segni come edemi declivi, vene varicose o telegectasie, all'uso magari nella stagione estiva di pre-

## Come si studiano le varici

La diagnosi di malattia varicosa viene fatta in genere sulla base del solo esame clinico: il paziente viene posto in piedi e tutto l'arto viene esaminato, sia anteriormente sia posteriormente. Una particolare attenzione deve essere rivolta alla regione del malleolo interno, sede iniziale dell'edema.

La vena varicosa viene palpata per tutta la sua estensione; essa presenta una consistenza elastica differente da quella del tessuto circostante, è facilmente comprimibile ed oppone una minima resistenza.

Molto utilizzate sono anche due seguenti manovre semplicissime:



**1. Prova di Trendelenburg:** si pone il paziente in clinostatismo e gli si solleva l'arto svuotando così il circolo venoso superficiale.

Gli si pone poi un laccio alla radice della coscia, lo si fa mettere in ortostatismo ed infine si toglie il laccio.

Se il reflusso dalla regione inguinale verso le vene inferiori non è significativo, le varicosità inferiori non saranno visibili per almeno 10-20 secondi, allorquando si riempiranno fisiologicamente, dal basso.

Se il sangue refluisce dall'alto verso il basso vuol dire che esiste un'incontinenza delle valvole del sistema delle perforanti per cui il sangue refluisce dal circolo profondo al superficiale.

Un rapido riempimento delle varicosità dopo la rimozione della compressione venosa indica un flusso retrogrado in corrispondenza della giunzione safeno-femorale.

**2. Prova di Perthes:** in ortostatismo, si applica

ad un paziente con varici un laccio alla radice della coscia e lo si fa camminare. La deambulazione determina la spremitura del sangue del sistema superficiale che viene indirizzato verso il profondo.

Se si ha lo svuotamento delle varici, siamo sicuramente di fronte ad un circolo venoso profondo libero, perché il sangue dal circolo superficiale vi defluisce senza problemi. Per cui ci troviamo di fronte ad una sindrome varicosa primitiva.

Se le varici non si svuotano, ci troviamo di fronte ad un circolo venoso profondo ostruito e ad una sindrome varicosa secondaria ad altre cause.



sidi (preventivi o curativi) come gambaletti a compressione graduata o calze elastiche.

- Nessuno dei farmaci "flebotropi" in uso è distribuito dal SSN. Vi è quindi una minor disponibilità a prescrivere questi farmaci per lunghi periodi oltre che una *adherence* limitata da parte del paziente.

Per quanto questa reazione possa essere di primo acchito comprensibile, obbliga di fatto il MMG ad uno sforzo informativo-formativo del paziente che è spesso perplesso per la spesa da affrontare sia per i farmaci che per i presidi.

## Terapia

La malattia varicosa necessita di un trattamento soprattutto preventivo<sup>10</sup>: la terapia delle varici prevede l'integrazione di vari tipi di trattamento:

- norme igieniche e comportamentali;
- terapia farmacologica;
- elastocompressione;
- scleroterapia;
- terapia chirurgica.

È possibile esercitare una valida azione preventiva sui fattori che possono favorire la comparsa o aggravare le manifestazioni varicose: sono le condizioni ambientali e lavorative che implicano la stazione eretta (ipertensione venosa), pressoché immobile (deficit della pompa muscolare), prolungata, in ambienti caldi (vasodilatazione); altre volte risulta determinante il sovrappeso (obesità, gravidanza), mentre molto dubbio è il ruolo di altri fattori quali l'assunzione costante di contraccettivi orali. La terapia farmacologica si basa sull'utilizzo di sostanze che svolgano un'azione "globale" sul tono venoso, sull'edema, profibrinolitica ed antiinfiammatoria e gli studi pubblicati sull'uso della frazione flavonoica purificata e micronizzata lo dimostrano<sup>11</sup>.

La compressione elastica si basa sull'utilizzo di calze elastiche graduate che esercitano una compressione decrescente dal piede verso la coscia. Il livello di compressione da esercitare è in relazione alla gravità della malattia varicosa e dovrà essere in grado di riportare nei limiti di norma l'ipertensione venosa. In ogni modo la contenzione elastica, a qualunque livello di compressione, non riesce a far regredire le manifestazioni varicose, ma certamente ne limita i disturbi e le complicanze. Esistono comunque alcune situazioni di intolleranza alla compressione (es. artrosi) per cui tali supporti risultano poco accetti.

La scleroterapia trova la sua principale applicazione nel campo delle varici più piccole, come quelle reticolari e le teleangectasie, ma è l'intervento chirurgico che rappresenta la cura elettiva e con il miglior risultato clinico a

distanza in presenza di varici delle vene grande e piccola safena.

## Conclusioni

È stato con certezza evidenziato che l'edema è il principale fattore di rischio associato alle varici e che esistono correlazioni statisticamente significative tra varici, familiarità ed eccesso ponderale: sta quindi al MMG, avvalendosi della sensibilità che lo contraddistingue e della peculiarità del suo lavoro, individuare tra i propri pazienti quelli che presentano contemporaneamente questi segni e sintomi e mettere quindi in atto tempestivamente quelle giuste misure di prevenzione e cura, le sole che possono evitare l'inevitabile progressione della malattia (calze, frazione flavonoica purificata e micronizzata - FFPM).

## Bibliografia

- 1 Antignani PL, Vestri A, Allegra C. *L'insufficienza venosa cronica: risultati di un'indagine epidemiologica in Italia*. Acta Phlebol 2005;6:117-23.
- 2 Laurora NR. *Le tromboflebiti superficiali*. In: *Vademecum Professionale e Linee Guida CV in Medicina Generale, Hyppocrates*. Milano: Edizioni Medico Scientifiche Ed. 2007.
- 3 Barrellier MT. *Superficial venous thromboses of the legs*. Phlebologie 1993;46:633-9.
- 4 Bergqvist D, Jaroszewski H. *Deep vein thrombosis in patients with superficial thrombophlebitis of the leg*. Br Med J 1986;292:658-9.
- 5 Blumenberg RM, Barton E, Gelfand ML, Skudder P, Brennan J. *Occult deep venous thrombosis complicating superficial thrombophlebitis*. J Vasc Surg 1998;27:338-43.
- 6 Bounameaux H, Reber-Wasem MA. *Superficial thrombophlebitis and deep vein thrombosis. A controversial association*. Arch Intern Med 1997;157:1822-4.
- 7 Wichers IM, Haighton M, Büller HR, Middeldorp S. *A retrospective analysis of patients treated for superficial vein thrombosis*. Neth J Med 2008;66:423-7.
- 8 Marchiori A, Mosena L, Prandoni P. *Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment*. Semin Thromb Haemost 2006;32:737-43.
- 9 Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, et al. *Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8<sup>th</sup> edn)*. Chest 2008;133(Suppl 6): 381S-453S.
- 10 Laurora NR, Fusello M. *Insufficienza venosa cronica (IVC)*. Rivista SIMG 2003;(2):15-21.
- 11 Glinski W, Chodyncka B, Roszkiewicz J, Bogdanowski T, Lecewicz-Torun B, Kaszuba A, et al. *Efficacia della frazione flavonoica purificata micronizzata (FFPM) nell'aumentare la guarigione della ulcera agli arti inferiori. Studio multicentrico in aperto, controllato e randomizzato*. Minerva Cardioangiol 2001;49:107-14.