



S.I.F.
Società Italiana Flebologia

SEZIONE TRENTO ALTO ADIGE

23° "FLEB DES ALPES"

4° INCONTRO ITALO-TEDESCO
4. DEUTSCH-ITALIENISCHES TREFFEN

SIUSI 4-6 Febbraio 2015 SEIS

COORDINATORE: PROF.DR.MED. HEINRICH EBNER

RACCOLTA ABSTRACTS



Associazione Sudtirolese per lo Studio delle
Malattie Chirurgiche dei Vasi e del Torace
Pres.: Dr. Dr. K. Wiedenhofer

Segreteria Organizzativa:

Profkongress

Via Silberleiten 38, 39018 Terlan (BZ)

Tel.: 0039 3479038253

Fax: 0039 0471 257975

E-mail: Profkongress1@gmail.com

Email: heinrichebner21@gmail.com, www.SVGTCHIR.it

A cura di J.A. Ebner

INDICE

I SESSIONE TELEANGECTASIE/TERAPIA COMPRESSIVA/TERAPIA MEDICA

Ferrara F. Le teleangiectasie sintomatiche: valutazione e terapia	pag. 6
Crippa A. Trattamento con laser – sclero endoperivenoso di vene reticolari e di teleangiectasie. Conferma della metodica laser	pag.7
Sellitti A. Indicazioni sulla prescrivibilita' dei tutori elastici in alternativa al bendaggio compressivo	pag.9
Scivitarro V. Calze elastiche e compliance: "filati/colori/ausili	pag.17
Bernardini M. I farmaci e gli integratori nella malattia venosa cronica	pag.17

II SESSIONE ULCERE

Compagna R. Scleroterapia con schiuma e wash-out per il trattamento delle complicanze ulcerative nell'insufficienza venosa cronica degli arti.	pag.25
Eisendle K. Surgical treatment of pyoderma gangrenosum with negative wound pressure therapy and split skin grafting	pag.27
Zimmermann F. Diagnosis and therapy of arterial leg ulcers	pag.28
Crippa A. Ulcere degli arti inferiori trattamento con laser 808	pag.30
ArianoFM. Gestione terapeutica dei pazienti con malattia venosa cronica inCEAP C6	pag.31
Luca G. Innesto di tessuto adiposo autologo in ulcere digitali in pazienti affetti da sclerosi sistemica (ssc)	pag.35

Rucci M. Tecnologia hydrofiber [®] extra plus per il wound-care delle ulcere di difficile soluzione degli arti inferiori: nostra esperienza.	pag.36
Rambotti M. Pbmnc: nuova frontiera nelle ulcere venose difficili	pag.39
Ebner JA. Proposta di studio multicentrico: nuova idea per studiare le medicazione	pag.40

III SESSIONE VARIE

Amati B malattia cistica avventiziale della vena poplitea: un evento non comune.	pag.44
Barbera N. Effetti della terapia alimentare sui valori dei radicali liberi di giovani della movida reggina	pag.45
Rucci S. Rischio trombotico nella gestione dei cateteri venosi centrali	pag.49
Alberti D. Rischio trombotico nella gestione dei cateteri venosi centrali	pag.52
Bossi M. Trombectomia farmaco-meccanica per il trattamento della trombosi venosa profonda ilio-femorale	pag.53
Crippa A. Lacerazione iatrogena della VCI durante colecistectomia vls fotoringiovanimento laser assistito del visolaser-endolight-lift e frazionale 1470nm:evoluzione del trattamento	pag.56

IV SESSIONE LABORATORIO SCIENTIFICO

Ebner FH. Dalla morfometria alla clinica: l'importanza della vena petrosa	pag.58
Quarto G. Wall thickness and post-thrombotic syndrome: is the thickening a possible parameter to screen a condition of hypercoagulability?	pag.59

Giacomelli E. Medicazioni con dispositivo a pressione topica negativa : studio pilota sugli accessi vascolari in pazienti sottoposti a posizionamento di endoprotesi aortica addominale.... pag.60

Ebner H. Il coordinamento scientifico nazionale sif: attualita` e futuro pag.61

Vercellio G. Analisi conoscitiva sulla gestione delle malformazioni vascolari pag.64

Ebner JA l'incidenza di varici recidive dopo intervento radicale di b & c pag.65

V SESSIONE CHIRURGIA DELLE VARICI

Ferrara F. Nuove ipotesi sull'origine della malattia varicosa pag.66

Sellitti A. Orientamenti attuali nella chirurgia delle varici degli arti inferiori pag.68

Ebner H. Scleroterapia perioperatoria:risultati di un'intervista telematica di flebologi

Italiani pag.75

Tessari L. Aspetti di sicurezza per la scleroterapia con schiuma pag.77

Pinzetta F 10 anni di esperienza con trattamento laser endovascolare di

varici agli arti inferiori pag.81

Furino E. Systematic review and meta-analysis about results of traditional surgery and evla in the treatment of incontinent saphenous vein pag.82

Haumer S. Radiofrequency induced thermal therapy (rfitt): retrospective analysis pag.83

Bauer v. Five years of gsv-valvuloplasty with a venopatch pag.84

Fossati I. Le collaterali "al vapore" pag.85

SESSIONE ITALO TEDESCA

Holzheimer R. Behandlung der Thrombophlebitis	pag.87
Murena Schmidt Standards der Sklerotherapie	pag.88
Obermayr A. Ulcus cruris venosum: evidence versus experience p	pag.88
Noppeney T. Qualitätssicherung : Varizen	pag.89
Bisacci R. Registro Europeo Flebologi	pag.90

LE TELEANGECTASIE SINTOMATICHE: VALUTAZIONE E TERAPIA

F. FERRARA * G. FERRARA **

*) STUDIO FLEBOLOGICO FERRARA 80011 ACERRA (NA) I V. KULISCIOFF 33 TEL. 081/5207231

E-MAIL FRFERR@TISCALI.IT

**) FARMACIA FERRARA 82015 DURAZZANO (BN) I V. S. ALFONSO 15 TEL. 0823 955396

E-MAIL FARMACIA.FERRARA@TISCALI.IT

L'obiettivo del lavoro è stato quello di valutare i risultati di un trattamento medico della sintomatologia delle pazienti di classe C1 (CEAP).

90 pazienti, tutte di Classe C1 sono state sottoposte a scleroterapia con schiuma di polidocanol 0.25-0,5%. La popolazione esaminata è stata divisa in due gruppi (A e B) di numero uguale di casi. Dopo tre mesi, le sole pazienti del gruppo B sono state sottoposte ad un trattamento di stimolazione dermica (LIDS) con iniezioni intradermiche di Mesoglicano (una miscela di Glicosaminoglicani o GAGs). Il test di Mann-Whitney ha mostrato che il miglioramento sintomatologico rilevato nel gruppo B era statisticamente più consistente di quello rilevato nel gruppo A (pazienti trattati con sola sclerosi). Dai lavori presenti in letteratura si rileva che la malattia venosa cronica inizia da un sovraccarico delle piccole venule del derma e che inoltre il rimodellamento della parete venosa è associato a secrezione di mediatori flogistici e capaci di stimolare i recettori sensitivi dell'avventizia, a loro volta responsabili del dolore e di altri sintomi. In nostri precedenti lavori abbiamo dimostrato che le trasformazioni fisico-chimiche della matrice extracellulare (MEC) della tunica avventizia sono alla base del rimodellamento varicoso. Le iniezioni di Mesoglicano aumentando la concentrazione tissutale di GAGs migliorano la stabilità fisico-chimica della MEC, arginando i fenomeni di rimodellamento varicoso. Questo trattamento adiuvante è in grado di ridurre la sintomatologia di contenere l'evoluzione della MVC e di evitare la recidiva delle teleangectasie.

TRATTAMENTO CON LASER –SCLERO ENDOPERIVENOSO DI VENE RETICOLARI E DI TELEANGECTASIE.

CONFERMA DELLA METODICA LASER

CRIPPA A

Le teleangectasie degli arti inferiori, da sempre considerate un capriccio estetico, sono invece dilatazioni patologiche dei vasi periferici di piccolo calibro interessanti i capillari venosi, arteriosi ed arterovenosi del plesso sub papillare dermico che sono connessi direttamente a quello dermico profondo ed indirettamente al circolo sottofasciale safenico profondo, tramite perforanti.

Le teleangiectasie appaiono di colore blu-rosso-viola con calibro da 0,1-1 mm, mentre le vene reticolari presentano un diametro di 1-4 mm.

Queste angiectasie devono essere inquadrare diagnosticamente perché, se non sono associate a patologie congenite o dermosistemiche sono di solita espressione di malattie varicose.

Tra i vari metodi di trattamento possiamo considerare:

- Farmaci microsclerosanti
- Radiazioni luminose

Tra le radiazioni luminose, la laser – sclero terapia con laser diodico 808, con fibra ottica da 100 e 200 μm è particolarmente indicata per i vasi di calibro compresi tra 0,3 e 4 mm di diametro e in tutti i casi di teleangectasie ad alto flusso.

La chiusura permanente delle vene reticolari e delle teleangectasie con tecnica endoperivenosa avviene principalmente tramite un processo ad alta temperatura di contatto tra il laser e la parete venosa.

Con questa tecnica la fluenza che andremo ad impostare e' molto inferiore rispetto al trattamento transdermico con conseguente minor rischio di sgradevoli esiti cicatriziali ed inestetismi.

Da settembre 2007 ad oggi abbiamo trattato 300 pazienti (femmine) con teleangectasie e vene reticolari degli arti inferiori con tecnica endovascolare 808 e con fibra da 150 - 200 micron.

Tutte le pazienti continuano ad essere sottoposte a controlli PERIODICI E A TRATTAMENTI COME INDICATO IN QUESTA PATOLOGIA.

I RISULTATI DEL TRATTAMENTO ENDOPERIVENOSO SONO BUONI CON SCOMPARSA DELLE TELEANGECTASIE A TRE MESI DEL 70% E A SEI MESI DEL 90%.

LA RELAZIONE SARA' COMPLETATA DA UNA CASISTICA FOTOGRAFICA E DA FILMATI ESPILCATIVI DELLA METODICA DI TRATTAMENTO E DEI RISULTATI OTTENUTI.

INDICAZIONI SULLA PRESCRIVIBILITA' DEI TUTORI ELASTICI IN ALTERNATIVA AL BENDAGGIO COMPRESSIVO (CARATTERISTICHE, MODELLI E PRESCRIVIBILITÀ DEI TUTORI ELASTICI) SELLITTI A.

Definizione di calza elastica terapeutica

Calza costruita con materiali e metodi secondo le norme definite dalle legislazioni vigenti, che garantisce una pressione definita e degressiva lungo l'arto, entro certi parametri, stabilita a seconda della classe compressiva, disponibile in vari modelli e misure. (f. Mariani consensus conference on compression therapy ed. Minerva medica torino 2006 II edizione 2009).

Calze preventive

A seconda del fattore di rischio le possiamo trovare da 40, 70 o 140 den. Oggi sono disponibili anche calze di sostegno che permettono una prescrizione più precisa in base alle misure degli arti inferiori. Esse vanno usate prevalentemente nei seguenti casi:

- *Lieve edema serotino alle caviglie*
- *stazione eretta o immobile prolungata*
- *predisposizione familiare*
- *gambe pesanti e indolenzite*
- *gravidanza*

I materiali che le costituiscono sono le fibre naturali, sintetiche e rigenerate.

Bendaggio elastico

Trova la sua elettività nella cura delle lesioni ulcerose cutanee agli arti inferiori di origine venosa e nel trattamento della fase acuta del flebolinfedema, poi si passa alla calza elastica terapeutica. Tuttavia esistono condizioni e situazioni in cui i pazienti mal si adattano al bendaggio elastico, perché non lo sopportano (allergia, dermatite, prurito etc.), perché facilmente si destabilizza, perché non ci sono le possibilità di sostituirlo con regolarità.

Elettività alla calza elastica terapeutica (c.e.t.)

Gambe pesanti (senza varici) senza edema e con edema

Varici reticolari, troncolari e gravidiche

Prevenzione e trattamento della T.V.P.

Edema venoso e linfatico

(le compressioni in mm hg varieranno a seconda della patologia).

Controindicazioni assolute

- * Arteriopatie periferiche (i.w. < 0.55)
- * Insufficienza cardiaca scompensata
- * Immobilità
- * Dermatiti e dermatosi essudative
- * Fibromialgia reumatica

Controindicazioni relative

- * Ulcere altamente secernenti
- * Compressioni esterne (linfadenopatie, cisti del cavo popliteo...)
- * Patologie osteo-articolari
- * Allergie ai tessuti
- * Ipodermite acuta
- * Sindromi acrocianotiche

Tuttavia anche in condizioni di malattia venosa cronica allo stadio CEAP 6 e nei flebolinfedemi scompensati la prescrivibilità dei tutori elastici in alternativa al bendaggio compressivo può essere considerata.

Alternativa al bendaggio:

Calze compressive

- Possono essere indossate direttamente dai pazienti
- Miglioramento della compliance

svantaggi:

- Alta compressione poco tollerata (durante la notte)
- Difficili da indossare

Soluzioni:

- Calze a 2 strati mediven ulcer[®] per giorno e notte, mediven ulcer plus[®] ulteriore compressione durante il giorno (alta compressione , facili da indossare)
- Sistema a doppio gambaletto gloria, con un antitrombo da 24 o 18 mmHg associato a uno terapeutico ii classe in caucciù o i classe in cotone.

Alcuni modelli disponibili:

- Mediven ulcer kit (medi)
- Venotrain ulcertec (bauerfeind)
- Ulcerkit (gloria med)
- Ulcercare (jobst / bsn)
- Tubulcus (innothera)
- Varisan top (cizeta)

Nei flebolinfedemi

- d.l.m. e/o presso terapia
- c.e.t.

Kit di calze elastocompressive

Che consente di realizzare un sistema di compressione multistrato fornendo una soluzione attiva 24h su 24 per il paziente flebopatico

Il kit è composto da:

- 1° strato - calza antitrombo (18-22 mmHg)
- 2° strato - calza di I kl (18-21 mmHg) o di II kl (23-32 mmHg)
- un introduttore

- due calze salva medicazione

La calza antitrombo indossata da un paziente in clinostatismo mima un bendaggio

Monoelastico a corta estensibilità esplicando il suo effetto migliore nella fase di riposo

La calza elastocompressiva di i o ii kl indossata da un paziente in ortostatismo, mima

Un bendaggio bielastico a lunga estensibilità esplicando il suo effetto migliore nella fase

Di lavoro.

Criteri di fabbricazione della cet

- Fabbricazione con telai circolari o lineari
- Produzione con materiali di qualità e metodi definiti
- Degressività ed uniformità della compressione dal basso verso l'alto
- Dichiarazione della classe di compressione in mmHg per tutto il decorso
- Estensibilità della maglia nei due sensi
- Tessuto areato per evaporazione e traspirazione cutanea
- Tallone lavorato a maglia
- Perfetta adattabilità
- Garanzia di durata

Classi di compressione (I 20mm Hg –II 30mm Hg – III 40mm Hg – IV 50mm Hg)

Le cet hanno differenti valori di stiffness a seconda delle classi compressive e dei materiali utilizzati.

La stiffness é determinante per le caratteristiche della calza e per la durata della compressione nel tempo.

Stiffness

La rigidità è la resistenza che oppone un corpo alla deformazione elastica provocata da una forza applicata. In generale si dovrebbe usare il termine rigidità quando si parla di una struttura, di rigidità quando si parla di un materiale. Più è rigido il materiale più immagazzina energia attraverso la deformazione elastica.

Terapia compressiva

stiffness - conseguenze pratiche

Materiali con alto stiffness (poco elastici)

Provocano alte pressioni durante la deambulazione, utili nella compressione delle vene superficiali e profonde, ulcere venose, tvp, insufficienza delle vene profonde, linfedema...

Materiali con basso stiffness (elastici)

Terapia di mantenimento, edemi molli serotini, prevenzione delle recidive di varici e edema, dopo chirurgia e scleroterapia, profilassi tvp

Compressione graduata

Le calze esercitano una pressione armonica sulla gamba: più forte in corrispondenza della caviglia, e via via più tenue al polpaccio e sulla coscia

Per definire la taglia nelle calze terapeutiche si rilevano le circonferenze dell'arto in punti specifici

- B: circonferenza alla caviglia
- D: circonferenza sotto il ginocchio
- G: circonferenza alla radice della coscia
- T: circonferenza ai fianchi

...importante !!!

Le misure devono essere prese su un arto non edematoso in presenza di edema, al mattino prima che il paziente scenda dal letto

- Se le misure del paziente sono "a cavallo" di due taglie privilegiare la misura della caviglia
- Se il paziente non riesce a vestire il modello collant proporre la calza autoreggente o al limite il gambaletto

Se le calze sono troppo deboli

- ❖ Non riescono ad impedire l'edema
- ❖ paradossale sensazione di costrizione eccessiva


❖ comunque non tollerate

Come mantenere le calze

- Lavate in acqua tiepida < 50°
- non strizzarle
- asciugatura lontano da fonti di calore
- non appenderla verticalmente

Cosa fare se....

- Pz allettato
- impossibilità a deambulare
- insufficienza venosa cronica
- edema arti inf.

No bendaggio rigido  0 a riposo

No bendaggio elastico  non sopportato

Drenaggio linfatico manuale

Compressione pneumatica intermitten

Conclusioni

- La terapia compressiva rappresenta il principale trattamento delle flebo-linfopatie ed è fondamentale nella cura delle ulcere venose
- Un alto grado di compressione con un'alta tollerabilità può essere garantito da calze compressive doppio strato
- Le calze per ulcere, appositamente progettate, rendono possibile la terapia compressiva delle ulcere venose anche a casa

Efficacia della terapia compressiva nella cura delle ulcere venose

- La terapia compressiva rappresenta il trattamento più importante nella cura delle ulcere venose

- Mecs (calze medicali compressive) esercitano una pressione di > 35 mm hg e possono essere usate nel trattamento di ulcere venose non complicate

Mayberry (1991) -erikson (1995) - partsch h., horakova ma, wmw 144:242-249, 1994

- Mecs sono migliori del bendaggio nel trattamento delle ulcere venose

Partsch h., partsch b. Phlebology; 23 p.40-46, 2008

- Calze compressive per il trattamento dell'ulcera venosa cronica. Misurazione dei rapporti pressori di un nuovo sistema di calze compressive

Ibegbuna v et al., int. Angiol. 16:185-188, 1997

- In posizione supina la pressione esercitata dalla calza supera la pressione della vena femorale, causando una significativa riduzione dell'edema riducendo il cfr (tasso di filtrazione capillare). L'edema è il fattore bloccante nella guarigione delle ulcere venose.
- In posizione supina la c.e.t. riduce significativamente il cfr, prevenendo / riducendo l'edema
- Le calze di classe iii sono molto efficaci per la prevenzione e la cura delle ulcere venose¹

¹harper et al., a prospective randomized trial of class 2 and class 3 elastic compression in the prevention of venous ulceration, phlebology 1995, suppl. 1: 872-873

Bendaggio versus c.e.t.

- Differenza nella durata della pressione che esercitano sull'arto
- Elastica: bassa riduzione della pressione
- Bendaggio: significativa diminuzione della pressione¹ dopo le prime 4 ore

¹ veraart jcm: clinical aspects of compression therapy. Unigraphic, university of maastricht, netherlands, 1997

L'efficacia dell'ulcer kit

- 2 calze separate aumentano l'isteresi (rapporto forza-distensione del tessuto), che di conseguenza produce un più elevato indice di stiffness dinamico

- Questo significa che la sovrapposizione di 2 calze sono molto più efficaci soprattutto quando si cammina

T.d. wentel, o. Wolff, h.a.m. neumann, erasmus mc, rotterdamjournal:phlebologie:2011 (vol. 40): issue 5 2011 (241–296) pages:245-250

Effetti benefici

- Una compressione di 20 mm hg a livello della caviglia prolunga il trattamento terapeutico anche di notte.
- il paziente tollera bene la moderata compressione della calza notturna.
- L'uso dell'argento nella fibra aiuta ad eliminare i cattivi odori prodotti dall'ulcera, che spesso sono anche causa di isolamento del paziente.
- La calza antitrombo assieme alla calza elastocompressiva assicura una compressione di circa 40 mm di hg necessaria per ottenere gli effetti terapeutici.

L'efficacia dell'ulcer kit

- Partsch h et al dermatol surg. 2006;32:224-33
- Partsch h et al. J vasc surg 2002;36:948-52
- Partsch b, partsch h. J. Vasc surg 2005 oct;42(4):734-8
- Cullum n et al. Cochrane library, issue 1, 2003. Oxford:update software
- Rabe e et al. Phlebologie 2003;32:1-14
- Strejcek j. - efficacia clinica della terapia compressiva nel trattamento dell'ulcera della gamba - mediven ulcer kit, 2007
- Mariani f., mattalliano v., mosti g., gasbarro v., et al. - the treatment of venous leg ulcers with a specifically designed compression stocking kit. Comparison with bandaging – phlebologie 2008; 37: 191 - 197

TITOLO: CALZE ELASTICHE E COMPLIANCE: “FILATI/COLORI/AUSILI”

SCIVITTARO V.

Abstract: scopo della presentazione è quello di mostrare come le aziende produttrici abbiano, negli ultimi anni, migliorato la proposta di filati, colori ed ausili per migliorare l'accettazione delle calze medicali da parte dei pazienti che necessitano di terapia elastocompressiva. Oggi sul mercato sono disponibili calze medicali con un'estetica accattivante, colori che le rendono difficilmente identificabili come calze per malati. Nel campo dei filati utilizzati sono stati fatti passi avanti, grazie alle nuove fibre le calze si indossano con più facilità, pur garantendo una compressione corretta e mirata. Anche per quanto concerne gli ausili disponibili, per consentire di infilare con semplicità una calza anche a persone con problematiche fisiche, sono state proposte soluzioni innovative.

I FARMACI E GLI INTEGRATORI NELLA MALATTIA VENOSA CRONICA

BERNARDINI M. RESPONSABILE FLEBOLOGIA OSPEDALE DI VOLTERRA

Parlare di questo argomento è una missione impossibile

Un farmaco è una sostanza esogena, [organica](#) o [inorganica](#), naturale o sintetica, capace di indurre [modificazioni funzionali](#) in un [organismo vivente](#), positivamente o negativamente, attraverso un'azione [fisica](#), [chimica](#) o [fisico-chimica](#). La parola farmaco deriva dal [greco](#) *pharmakon*, che vuol dire veleno. È un termine dal significato più ampio di medicamento, che indica solo i farmaci usati a [scopo terapeutico](#). La farmacologia include:

- La [farmacocinetica](#), scienza che studia i processi cui il farmaco è sottoposto dall'organismo dalla sua assunzione alla sua eliminazione. Comprende quattro fasi (assorbimento, distribuzione, metabolismo ed escrezione), note anche con l'acronimo adme;

- La [farmacodinamica](#) che studia come una molecola produce un effetto su un organismo;
- La [farmacogenetica](#) studia l'influenza dei geni sull'attività delle medicine sull'organismo;
- La [tossicologia](#) che si interessa in modo specifico delle molecole che hanno un effetto nocivo sull'organismo;
- La [farmacovigilanza](#) o [farmacosorveglianza](#) che è l'attività di controllo sui farmaci in commercio, allo scopo di individuarne eventuali effetti collaterali non registrati nella fase di sperimentazione;
- La [farmacognosia](#) che studia le droghe medicinali preparate a partire da fonti naturali, comprese piante, organismi, minerali, ecc.

Lo sviluppo di un farmaco è un concetto vitale per la medicina, ma ha anche forti implicazioni politiche ed economiche. Per proteggere il consumatore e prevenire gli abusi molti governi regolano la fabbricazione, la vendita e la somministrazione dei medicinali. In Italia è il [ministero della salute](#) che se ne occupa. [La farmacopea ufficiale italiana](#) è invece il testo unico di tutti i farmaci e le sostanze [eccipienti](#) ammesse in Italia, ha pari valore anche la farmacopea ufficiale europea.

La terapia farmacologica si avvale di sostanze per la maggior parte di origine estrattiva, diversamente concentrate e dosate a seconda della natura e della gravità della patologia e che possono essere assunte o per bocca o applicate localmente.

Nelle [scienze dell'alimentazione](#) si definiscono integratori alimentari quei prodotti specifici, assunti oltre la regolare [alimentazione](#), volti a favorire l'assunzione di determinati principi [nutritivi](#) non presenti negli [alimenti](#) di una [dieta](#) non corretta, sbilanciata o insufficiente.

In un contesto di ampio dibattito sulla loro reale efficacia e utilità, buona parte dei [nutrizionisti](#) concordano sul fatto che gli integratori vengano a buon diritto consigliati nei casi in cui l'organismo abbia un'effettiva carenza di determinati elementi o sostanze: non sono dunque sostanze curative, ma servono a integrare una normale dieta, completandola nei casi di aumentato reale fabbisogno.

che patologiche. A questo proposito è stato presentato al congresso annuale della società europea di nutrizione clinica e metabolismo (espen) tenutosi a Lipsia dal 31 agosto al 3 settembre 2013, un interessantissimo lavoro pubblicato su American Journal of Managed Care che analizza le potenzialità dell'utilizzo dei supplementi alimentari nella riduzione delle tempistiche di ospedalizzazione e delle recidive. Nel dettaglio i ricercatori, attingendo dal database della Premier Healthcare Alliance, hanno esaminato un campione costituito da 1.160.088 pazienti adulti ricoverati tra il 2000 e il 2010 presso strutture ospedaliere statunitensi. Sulla base dell'analisi degli interventi nutrizionali registrati il campione è stato suddiviso in due gruppi costituiti rispettivamente nel modo seguente:

- 580.044 pazienti a cui, a latere dei convenzionali protocolli terapeutici, sono stati somministrati supplementi nutrizionali
- 580.044 pazienti sottoposti esclusivamente a protocolli terapeutici convenzionali

L'intera analisi è stata effettuata in maniera retrospettiva utilizzando gli opportuni strumenti statistici per ovviare all'assenza di randomizzazione. I risultati ottenuti sono estremamente interessanti. È emerso, infatti, come nei soggetti sottoposti a protocollo terapeutico convenzionale e supplementazione nutrizionale sia stato possibile riscontrare:

- Riduzione del 21% della durata della degenza (quantificabile mediamente in 2,3 giorni)
- Riduzione del 21,6% dei costi di ospedalizzazione (quantificabili mediamente in 4.723 dollari/paziente)
- Riduzione del 6,7% della probabilità di riospedalizzazione a 30 giorni nei pazienti con storico di almeno una recidiva.

I dati appena esposti evidenziano significativi risultati correlabili all'utilizzo di supplementi nutrizionali con notevole impatto sia sull'incidenza della recidività che sulla durata della degenza e sull'entità dei costi sanitari. Alla luce di quanto appena esposto le potenzialità correlate al mondo della nutraceutica, sia nell'accezione integrativa che in quella supplementativa, devono essere completamente rivalutate in quanto è stata statisticamente

dimostrata una reale e concreta utilità che si traduce in benefici sia a carico del paziente che a carico del sistema sanitario-assistenziale. Questi risultati positivi non dovrebbero comunque indurre i professionisti ad incorrere nell'errore di assumere per partito preso una posizione radicalmente opposta a quella tenuta precedentemente, prendendo per buono l'effetto di qualsiasi sostanza proposta nell'integrazione alimentare. Come per il farmaco anche per l'impiego razionale del nutraceutico sussistono dei requisiti di base da rispettare:

- Razionale scientifico di impiego della molecola/sostanza per l'applicazione proposta
- Biodisponibilità della molecola/sostanza alle dosi proposte/ammissibili
- Dimostrazione degli effetti alle dosi proposte/ammissibili
- Titolazione e standardizzazione della materia prima
- Standardizzazione del processo di lavorazione
- Tipizzazione delle casistiche di impiego

La scelta razionale di un nutraceutico effettuata nel rispetto dei suddetti canoni, propri della farmacologia e della scienza della nutrizione, permetteranno di utilizzare i nutraceutici come veri e propri "strumenti terapeutici" volti al miglioramento dello stato nutrizionale del paziente con tutti i benefici precedentemente descritti.

Bibliografia

Philipson tj, snider jt, lakdawalla dn, stryckman b, goldman dp, impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes., *am j manag care*. 2013 feb;19(2):121-8

Link dell'articolo originale

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23448109>

Numerose sono le sostanze usate nella terapia della malattia venosa cronica

7)_____la ffpn presenta alcune importanti caratteristiche:
-rinforza la tonaca muscolare media della vena: in questo modo la vena, invece di cedere allungandosi e allargandosi, rimane tonica e scompaiono dolore, prurito e pesantezza

-agisce a livello del microcircolo, ossia sui capillari artero-venosi e sul sistema linfatico

migliorando la perfusione dei tessuti e il drenaggio linfatico; questo contribuisce a diminuire uno dei segni più evidenti e fastidiosi della malattia venosa: l'edema e cioè caviglie e polpacci gonfi

-è l'unico farmaco ad aver dimostrato di bloccare sul nascere la patologia venosa che è innescata da un processo infiammatorio che colpisce sia la parete delle vene che le valvole a nido di rondine, responsabili del ritorno del sangue verso il cuore

cos'è la micronizzazione?

La micronizzazione è una tecnica d'avanguardia che permette di ridurre le dimensioni delle particelle di principio attivo di un farmaco in modo da renderlo più solubile e quindi più facilmente assorbibile dall'organismo. In generale, la micronizzazione viene utilizzata per aumentare la biodisponibilità di un farmaco poco solubile.

Per biodisponibilità di un farmaco si intende la frazione della dose somministrata che raggiunge la circolazione sistemica di un organismo vivente e la velocità con cui avviene questo processo.

La biodisponibilità di un farmaco somministrato per via orale dipende innanzi tutto dalla sua capacità di essere assorbito dal tratto digestivo. Per i farmaci poco solubili nei liquidi digestivi, l'assorbimento dipende in primo luogo dalla capacità del farmaco di dissolversi: tanto maggiore è la velocità di dissoluzione, tanto maggiore è la biodisponibilità. Riducendo le dimensioni delle particelle di tali farmaci si migliora la loro velocità di dissoluzione.

La [frazione flavonoica purificata](#) è l'unico venotropo micronizzato. Le particelle dei suoi principi attivi sono finemente micronizzate attraverso un processo altamente tecnologico (*broyage* a getto d'aria supersonico per 8 ore), nel quale le particelle grazie all'alta velocità e all'energia acquisita, collidono tra di loro riducendo le loro dimensioni da 60 micron a meno di 2 micron.

La riduzione delle dimensioni delle particelle di principio attivo consente di aumentare la superficie di contatto fra il farmaco e la mucosa intestinale, permettendo un assorbimento maggiore e più rapido rispetto ai farmaci non micronizzati.

pentoxifillina

La pentoxifillina è un farmaco inibitore dell'aggregazione piastrinica, che riduce la viscosità del sangue e migliora il microcircolo. Somministrata ad un dosaggio di 400 mg. 3 volte al giorno, in associazione alla terapia compressiva, la pentoxifillina è risultata un utile trattamento aggiuntivo delle ulcere di origine venosa. Nei pazienti che non sono in grado di tollerare i bendaggi compressivi la pentoxifillina può essere efficace anche come monoterapia.

Oxerutina :ha una attività antiossidante

.sulodexide :inibisce selettivamente le metalloproteinasi

Alfabezopironi :cumarina e derivati hanno una spiccata azione antiedemigena ed anticoagulante

Saponine

Fitoterapia

.

.oligoelementi

Terapia antibiotica

come terapia sistemica, si segnalano gli oligomeri procianidolici (opc) che identificano piccole molecole naturali (dal greco "oligos":pochi), che si concentrano selettivamente nella parete venosa, ripristinandone le componenti essenziali, migliorando di conseguenza l'elasticità, la resistenza e la tonicità della parete del vaso.

Inoltre gli opc sono caratterizzati da un forte potere antiossidante, tale da contrastare efficacemente l'azione dei radicali liberi (studi clinici dimostrano che gli oligomeri procianidolici hanno un'attività antiossidante 30 volte superiore a quella esercitata dalla vitamina e).

Ovviamente quanto più è precoce l'utilizzo della terapia farmacologica, tanto più si ottengono risultati efficaci sulla sintomatologia e sul rallentamento della patologia.

Anche una terapia topica può dare sollievo alla sintomatologia: l'unica accortezza di cui bisogna tener conto è la capacità dei principi attivi di attraversare l'epidermide ed in particolare il film idrolipidico, che come barriera, ci protegge dall'ambiente esterno.

Dal momento che esso è formato sia da elementi grassi che acquosi, è necessario che il prodotto topico abbia degli eccipienti che garantiscano la compatibilità con il film idrolipidico e che riescano ad apportare quella giusta quantità d'acqua che, nei pazienti che soffrono di ivc, è mancante.

Esistono in commercio prodotti che, accanto a principi attivi efficaci, quali la ruscoquina estratta dal *Ruscus aculeatus* e la cumarina estratta dal *Melilotus officinalis*, contengono degli eccipienti in formulazione di "crema-gel", con l'obiettivo di rendere più idratata la cute, favorendo il passaggio dei principi attivi e rendendola più morbida ed elastica

altri integratori usati sono associazioni di diosmina-troscuterina, ippocastano titolato 20% in cumarine con vitamina c che svolge una azione antiossidante e supporta la fisiologica formazione del collagene per la normale funzionalità dei vasi sanguigni.

farmaci antiinfiammatori non steroidei detti fans

Sono utili nel trattamento delle ipodermi acute e croniche, tutte patologie infiammatorie che si verificano quando cronicamente ad esempio le varici gravano sui distretti più declivi del corpo umano, in particolare le caviglie. Il fenilbutazone e suoi derivati e l'indometacina anche se gravati da qualche effetto collaterale, sono di ottimo effetto e devono essere prescritti in associazione a farmaci gastroprotettori

SCLEROTERAPIA CON SCHIUMA E WASH-OUT PER IL TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE ULCERATIVE NELL'INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA DEGLI ARTI.

RITA COMPAGNA, ROBERTO ROSSI, FRANCESCA FAPPIANO E BRUNO AMATO

Dipartimento di medicina clinica e chirurgia - Università degli Studi Federico II di Napoli

Introduzione e obiettivi: la scleroterapia con schiuma ha dimostrato risultati preliminari favorevoli nelle complicanze ulcerative dell'insufficienza venosa cronica. Questo studio analizza gli effetti della scleroterapia con schiuma, con tecnica modificata di wash-out, per il trattamento delle complicanze emorragiche della insufficienza venosa cronica degli stadi avanzati.

Materiali e metodi: fra il marzo 2008 ed il febbraio 2011, 58 pazienti (63 arti) classificati come ceap6 per ulcera sono stati sottoposti a scleroterapia con schiuma, modifica con wash-out preliminare della vena incannulata con 10 cc di soluzione osmotica (glucosio al 50%), per il trattamento di complicanze emorragiche dalle strutture venose dell'arto. La tecnica utilizzata ha seguito le indicazioni del metodo descritto da tessari, con l'utilizzo di sodio-tetradecil solfato in concentrazione all'1%, sotto forma di schiuma, in rapporto aria/liquido sclerosante 4/1, seguita da elastocompressione con bendaggio medicato allo zinco, e follow-up clinico settimanale per le prime tre settimane, poi mensile. Tutti i pazienti sono stati anche seguiti con un follow-up ultrasonografico precoce (1 mese) e tardivo (ogni 6 mesi per 24 mesi). Abbiamo raccolto i dati in un database per la valutazione della esclusione venosa (end-point primario) e delle recidive ulcerative o (end-point secondario).

Risultati: 63 arti, 43 con varici primitive; 20 con varici recidive. Tempo medio di attività dell'ulcera 15 mesi (iqr 9-24); range 5 - 17 anni. Ad un follow-up medio di 2,5 mesi 57 (90,5%) distretti safenici risultavano occlusi; 3 (4,8%) risultavano con una occlusione segmentaria; 4 (4,8%) non occlusi. In 13 casi si è effettuata la scelta di ripetere il trattamento. In 2 pazienti è stata segnalata una tromboflebite. Per 10 pazienti è stato necessario attuare l'esclusione dai

risultati. 37 pazienti (70%) sono guariti in un tempo medio di 4 mesi; 13 pz. (24,5%) in 3 mesi, 24 pz.(45,3%) a 6 mesi, 30 pz. (56,6%) a 12 mesi. Il tasso di recidiva a 12 mesi è stato del 3,7%(2pz.).

Conclusioni: la scleroterapia è un procedura efficace per la cura delle ulcere venose della gamba, e un mezzo sicuro ed efficace per garantire occlusione venosa superficiale come alternativa alla chirurgia.

Corresponding author:

Rita compagna

Dottoranda di ricerca di chirurgia vascolare

Università degli studi di napoli federico ii

E-mail: <rita.compagna@libero.it>

SURGICAL TREATMENT OF PYODERMA GANGRENOSUM WITH NEGATIVE WOUND PRESSURE THERAPY AND SPLIT SKIN GRAFTING

PICHLER MARIA¹, GATSCHER BARBARA¹, TAPPEINER LUKAS¹, DELUCA JENNY¹, CARRIERE CINZIA¹, THUILE TOBIAS¹, KUEN-SPIEGL MARLENE², SCHMUTH MATTHIAS², LARCHER LORENZ³, EISENDLE KLAUS¹

1. Academic teaching dpt. Dermatology, venereology and allergology, central teaching hospital bolzano/bozen, 39100 bolzano/bozen, italy
2. University dpt. Dermatology, innsbruck medical university, 6020 innsbruck, austria
3. Department of plastic, aesthetic and reconstructive surgery, hospital of st. John of god salzburg, paracelsus medical university salzburg, 5010 salzburg, austria

Introduction

Pyoderma gangrenosum (pg) is a rare autoinflammatory ulcerative skin disease belonging to the neutrophil dermatoses. Pathogenesis is poorly understood and the clinical course of pg is unpredictable. The disease might regress spontaneously, stay inactive for months or progress and worsen after trauma, surgical interventions or even without triggers. No gold standard has been established for the treatment of pg. The role of surgical interventions and negative wound pressure therapy (nwpt) is controversially discussed in the literature as these procedures might pose a trigger to further aggravate the condition.

Material and methods

We report 10 consecutive patients affected by pg, three males and six women (median age 65, range from 26 - 89). The extremely painful ulcers were all situated on the lower extremities, except of one case of post augmentation mastopexy pyoderma and measured from 8 x 4 cm to 45 x 25 cm. All patients were hospitalized prior to surgical intervention and received methylprednisolone and in most cases further immunosuppressive or immunomodulatory therapy including dapsons, ciclosporine, infliximab, methotrexate or pentoxifylline. Nwpt was applied up to one week prior further surgical interventions. Gentle surgical debridement of the wound bed and wound borders was performed in local

tumescence anesthesia and 0,3 mm thickness skin grafts (stsg) were transferred and secured by nwpt. One case was not grafted because it showed fast intrinsic healing with good epithelialization under nwpt and the mammary case was grafted without applying nwpt. All cases of pg did markedly improve with the application of nwpt, as with the surgical intervention, no case of pathergy was observed, neither from application of nwpt nor from skin grafting.

Discussion

This is the largest case series of surgical treatment for pg reported in the literature. Nwpt and skin grafting secured by nwpt under adequate immunosuppressive therapy is a valuable and safe treatment option for pg.

ARTERIELL BEDINGTES ULCUS CRURIS – DIAGNOSTIK UND AKTUELLE THERAPIEMÖGLICHKEITEN

ZIMMERMANN F.

Bei der gegenwärtig bekannten und auch in zukunft vorliegenden zunahme der älteren bevölkerung ist mit einer zunahme des auftretens von arteriellen durchblutungsstörungen der unteren extremität zu rechnen. Zirka 3 – 10 % der älteren bevölkerung weisen eine manifeste periphere arterielle verschlusskrankheit auf.

Das ulcus cruris ist ein sehr heterogenes krankheitsbild, dem verschiedene zahlreiche kausalrelevante faktoren zugrunde liegen können. Neben dem zahlenmäßig viel häufiger vorkommenden ulcus cruris venosum kommt der behandlung des ulcus cruris arteriosum eine enorme bedeutung zu. Eine zielführende abklärung der ulcus-art mit anamnese und klinischer untersuchung, pulsstatus, ermittlung des brachiocruralen quotienten sind zwingend erforderlich. Mithilfe der farbduplexsonographie, der digitalen subtraktionsangiographie, der computer- bzw. Magnetresonanztomographischen angiographie kann das volle ausmaß der vorliegenden peripheren arteriellen verschlusskrankheit erfasst werden.

Im Kontrast zum venös bedingten Ulcus muss das rein arteriell bedingte Ulcus zwingend zum Extremitätenerhalt aggressiv revascularisiert werden. In den letzten Jahren sind die Behandlungsmöglichkeiten deutlich erweitert worden mit perkutaner transluminaler Angioplastie, welche besonders durch enorme Weiterentwicklung der technischen Möglichkeiten, betont die Unterschenkelgasse, mit guten Resultaten aufwartet. Neben der primär favorisierten endovaskulären Therapieoption stehen unverändert gefäßchirurgische Operationen mit Bypassimplantation auf der Tagesordnung. Das Bypassmaterial besteht hauptsächlich in der Anwendung körpereigener Venen. Hybrideingriffe, die optimale Synthese von klassischen Operationsmethoden und endovaskulären Techniken, insbesondere zur Verbesserung der Ein- und Ausstrombahn, wurden fest etabliert.

Besonderes Augenmerk gilt der simultanen Ulcus-Sanierung, die mitunter mehrere Sitzungen zur kompletten Ulcus-Ausheilung erfordern. Das Behandlungsziel ist erreicht, wenn eine vollständige Ulcus-Abheilung, Ödem-Reduktion, Wiedererlangen der Laufleistung und somit eine Verbesserung der Lebensqualität gewährleistet ist.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass heutzutage durch optimierte differenzierte, konsequent durchgeführte Konzepte eine zielgerichtete Behandlung des Ulcus Cruris arteriosum gelingt, dabei kommt der interdisziplinären Partizipation fachlich interessierter und engagierter ärztlicher Kollegen besondere Bedeutung zu.

Dr. Med. F. Zimmermann
Chefärztin der Klinik für Gefäßchirurgie,
Vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie, Phlebologie
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
Städtisches Klinikum
Friedrichstraße 41, 01067 Dresden

Telefon mobil: 0173 5876098

Mail: zimmermann-fe@khdf.de

ULCERE DEGLI ARTI INFERIORI, TRATTAMENTO CON LASER 808. ALTRA POSSIBILE ARMA TERAPEUTICA?

CRIPPA A.

Le ulcere sono soluzioni di continuo che non tendono a guarire e quelle conseguenti a stasi con ivc presentano un sovertimento arterioso, venoso, capillare, linfatico e connettivale perivasale.

La sede e la morfologia dell'ulcera, varia a seconda del tipo di stasi (superficiale o profonda), dall'esordio e dalla concomitanza di altri fattori: infettivi, arteriopatici, diabetici, traumatici.

Le lesioni ulcerative degli arti inferiori hanno una frequenza dello 0.8 - 1%, ma se consideriamo gli individui al di sopra dei 65 anni la loro incidenza raggiunge il 3.6%.

Il rapporto tra i due sessi è di 1/1 fino a 40 anni; dopo tale età è di 4/1 a favore del sesso femminile .

L'ulcera venosa guarisce lentamente anche abbinando più sistemi terapeutici (detersione, compressione, mobilizzazione, terapia medica), inoltre recidiva con più frequenza quando oltre alla flebopatia sono presenti più fattori aggravanti: obesità, senescenza, diabete, ipertensione arteriosa, cardiopatie, arteriopatie, artropatie (rigidità caviglia), connettivopatie (ulcere difficili).

Le terapie dell'ulcera comprendono una terapia topica ed una terapia eziologica.

La terapia topica determina la sterilizzazione, la detersione del fondo dell'ulcera e la stimolazione dei processi di cicatrizzazione.

La terapia con laser 808 si e' dimostrata efficace intervenendo su questi meccanismi diminuendo i tempi di guarigione e soprattutto si e' dimostrata una tecnica indolore .

La relazione sara' completata da una casistica fotografica e da filmati esplicativi della metodica di trattamento e dei risultati ottenuti.

Crippa dr angelo md

Docente academy school of practical aesthetic medicine Milan

GESTIONE TERAPEUTICA DEI PAZIENTI CON MALATTIA VENOSA CRONICA IN CEAP C6

FRANCESCA MARISA ARIANO AND GUGLIELMO MARIA EMANUELLI

U.F. CHIRURGIA VASCOLARE ISTITUTI CLINICI ZUCCHI - MONZA

Obiettivi:

A proposito del trattamento delle complicanze della sindrome varicosa, la letteratura scientifica degli ultimi dieci anni è unanime nel sottolineare l'importanza e l'efficacia dell'abolizione dei reflussi safenici e dei punti di fuga nel velocizzare e migliorare la guarigione delle ulcere e ridurre la comparsa di recidive delle stesse a distanza. L'obiettivo principale di tale trattamento è quello di correggere le alterazioni emodinamiche di base, eliminando l'ipertensione ortostatica e la stasi.

Il trattamento chirurgico dell'ulcera venosa oggi non va interpretato come esclusivo o alternativo al trattamento medico della stessa, ma come un complemento ad essa. Inoltre le metodiche endovascolari, anche in questo settore, stanno sempre più trovando applicazione rispetto al tradizionale trattamento ablativo.

Metodi e risultati:

Fin dal 1976, la scuola del professor Edmondo Malan, valuta l'applicazione della tecnica di safenectomia parziale come terapia nei casi di pazienti CEAP C6: la chirurgia è mirata in questi casi ad integrare la terapia medica nel trattamento delle lesioni trofiche che, isolata, risulta impegnativa sotto diversi aspetti: lunghi tempi di attesa per la guarigione, medicazioni frequenti, limiti alla compliance da parte del paziente nel tollerare i bendaggi elasto-compressivi. Il trattamento chirurgico elimina in questo modo la causa della lesione trofica stessa andando ad agire a livello eziologico e contribuisce pertanto a ridurre la possibilità di recidiva di ulcera. Mediante il trattamento con safenectomia parziale nei pazienti C6 si riducono i tempi di degenza e le complicanze perioperatorie legate al trattamento di safenectomia totale associata a legatura di vene comunicanti e perforanti ed innesti cutanei previa escissione dei tessuti periulcerosi.

Nel 2004 lo studio Eschar (effect of surgery and compression on healing and recurrence) ha confrontato la chirurgia del circolo superficiale associata a terapia compressiva con la sola terapia compressiva. A 24 mesi le percentuali di guarigione sono risultate sovrapponibili nei

due gruppi ma quelle di recidiva a 12 mesi sono risultate significativamente ridotte nel gruppo trattato con compressione associata alla chirurgia. Nel 2008, una review statunitense suggeriva con raccomandazioni di grado 1a il trattamento dell'ulcera da stasi causata da ipertensione del circolo venoso superficiale mediante trattamento ablativo della vena grande safena affinché si riducano le recidive di ulcera. Uno studio del 2010 ha dimostrato l'efficacia del trattamento laser endovenoso evlt (endovenous laser therapy) a livello safenico in quei casi ceap c6 per quanto riguarda sia la guarigione dell'ulcera (risoluzione entro 3 mesi) che la diminuzione delle recidive (assenza di recidive ad un anno).

Uno studio del 2013 ha sottoposto pazienti affetti da malattia venosa cronica ceap c6 a trattamento mediante seps (subfascial endoscopic perforating vein surgery) associato a safenectomia parziale e trattamento elasto-compressivo ottenendo una significativa riduzione delle recidive di ulcere (follow-up ad un anno e mezzo) e sottolineando pertanto l'importanza del ruolo delle vene perforanti incontinenti in pazienti portatori di ulcera venosa.

Dell'ottobre 2013 è un case report britannico in cui viene dimostrato il successo del trattamento mediante ablazione retrograda meccanico-chimica della vena piccola safena in un paziente 73enne con ulcera da stasi attiva. Un lavoro del dicembre 2013 mostra inoltre che lo stesso trattamento ablativo applicato alla safena incontinente residua di gamba in pazienti allo stadio c6, contribuisce a ridurre a circa un quinto, il tempo di guarigione dell'ulcera attiva da stasi.

Altre review retrospettive del 2013 dimostrano che la guarigione di ulcere in pazienti allo stadio ceap c6, viene osservata con maggior successo nei casi sottoposti ad ablazione laser della vena grande safena associata a trattamento delle vene perforanti incontinenti, rispetto al solo trattamento ablativo laser della vena grande safena in pazienti in cui esiste reflusso di entrambi i distretti venosi. La guarigione delle ulcere è stata osservata anche in quei casi di pazienti portatori di ulcere sottoposti ad ablazione endovenosa di grande /piccola safena e vene perforanti che non avevano tratto beneficio dal solo trattamento compressivo (mancata guarigione dell'ulcera oltre le cinque settimane). La presenza di vene perforanti di gamba incontinenti e un'insufficienza venosa del circolo profondo o superficiale sono le cause principali di comparsa di ulcere venose ricorrenti. Una gestione delle anomalie venose residue può pertanto contribuire a ridurre il tasso di recidive di comparsa di ulcere.

Conclusioni:

Quanto proposto dalla scuola di malan, (safenectomia parziale/abolizione dei reflussi sovrastanti l'ulcera) a metà degli anni settanta, allora concettualmente innovativo, è tutt'ora ancora valido nella sua razionalità fisiopatologica chirurgica per proporre una corretta gestione terapeutica dei casi con malattia venosa cronica in ceap c6.

Attualmente le nuove metodiche endovasali, seppur diversificate nei devices, sono funzionalmente sovrapponibili alla procedura originale, che riveste però ancora un ruolo alternativo e talora prioritario qualora quest'ultime non siano indicate.

L'approccio esclusivamente conservativo nel trattamento delle lesioni trofiche ulcerative è inefficace nella prevenzione delle recidive a distanza se non supportata da una correzione chirurgica/endovascolare della turba emodinamica di base.

Tale correzione ha un effetto positivo sulle recidive delle ulcere trofiche nei casi di isolata insufficienza del circolo venoso superficiale, sui tempi di guarigione dell'ulcera che appaiono nettamente ridotti rispetto al solo trattamento medico, e sulle vene comunicanti che, in seguito all'intervento di safenectomia parziale, possono in taluni casi riacquisire la competenza.

Fonti:

- 'Influence of perforating vein surgery in patients with venous ulceration', van get w at al., phlebology, 2013 dec; 19
- 'Retrograde mechanochemical ablation of the small saphenous vein for the treatment of a venous ulcer', moore hm et al, vascular, 2014 oct; 22(5):357-7
- 'Retrograde mechanico-chemical endovenous ablation of infrageniculate great saphenous vein for persistent venous stasis ulcers', sullivan lp et al, phlebology, 2014 dec; 29 (10): 654-7
- 'Endovenous laser ablation of great saphenous vein and perforator veins improves venous stasis ulcer healing', abdul-haq r et al, ann vasc surg., 2013 oct; 27(7):932-9
- 'The impact of ablation of incompetent superficial and perforator veins on ulcer healing rates', harlander-locke m et al, j vasc surg.2012 feb; 55(2): 458-4
- 'Potential causes and optimal treatment strategy of recurrent venous ulceration in lower

limb', chang gq et al, zhonghua wai ke za zhi, 2011 jun 1; 49(6): 500-2

- 'Reflux in foot veins is associated with venous toe and forefoot ulceration', van bemmelen ps et al, j vasc surg 2011 feb; 53(2):394-8
 - 'Endovenous laser therapy in the treatment of lower-limb venous ulcers', teo tk et al, j vasc interv radiol, 2010 may; 21(5):657-62
 - 'The present status of surgery of the superficial venous system in the management of venous ulcer and the evidence for the role of perforator interruption', o'donnell tf jr, j vasc surg 2008 oct; 48(4):1044-52
 - 'Vascular surgical society of great britain and ireland: role of superficial vein surgery in treatment of venous ulceration', bello am et al., br j surg, 1999 may; 86(5):701-2
 - 'Indicazioni alla sefnectomia parziale', tomassini n et al., dagli "scritti degli allievi in onore del prof. Edmondo malan nel 26° anno del suo ordinariato", 1976
 - Linee guida , revisione 2013, agus gb et al- acta phebologica, 2013 agosto; 14(1/2):1-160
-

INNESTO DI TESSUTO ADIPOSO AUTOLOGO IN ULCERE DIGITALI IN PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI SISTEMICA (SSC)

GABRIELE DI LUCA, MASSIMO PISACRETA°, AUGUSTO FARINA*, NICOLETTA DEL PAPA^.

U.o.s. chir. Vascolare, istituto ortopedico g. Pini, milano; °u.o.s. chir. Vascolare, ospedale sacco, milano; *u.o.c. chir. Vascolare, ospedale maggiore, crema; ^day hospital reumatologia, istituto ortopedico g. Pini, milano.

Le ulcere digitali sono una complicanza frequente e fortemente invalidante nella sclerosi sistemica (ssc)

L'attuazione di terapie sistemiche sia per il controllo della malattia di base sia per le complicanze trofiche ad essa secondarie, associate a terapie locali sembrano a volte non modificare la comparsa e l'andamento delle lesioni una volta che si sono verificate.

Recentemente, la terapia con cellule staminali (mesenchimali) è stata proposta come un nuovo approccio per accelerare la guarigione delle lesioni cutanee.

Nello studio da noi eseguito sono stati sottoposti ad impianto di frazione cellulare derivate da tessuto adiposo (adtcS) 17 pazienti con ssc con ulcere digitali di un solo dito (arti superiori), trattate per lungo periodo e poco responsive alla terapia tradizionale. La procedura d'innesto corrisponde all'iniezione di 0,5-1 ml di frazione atdcs, alla base del dito (a. Digitale comune), in corrispondenza del tessuto adiposo perivascolare. Il tempo di guarigione dopo l'intervento è stato "l'end-point" primario mentre il secondario corrispondeva alla riduzione dell'intensità del dolore e di consumo di analgesici. Sono inoltre stati studiati prima e dopo l'intervento con videocapillaroscopia, le variazioni ed il numero di capillari presenti a livello ungueale oltre all'indice di resistenza (ir) delle arterie digitali comuni con ecocolordoppler ad alta definizione. E' stata osservata in tutti i pazienti trattati la rapida guarigione delle ulcere digitali con una media del tempo di guarigione di 4,23 settimane (range 2-7 settimane). Si è osservata inoltre la rapida riduzione dell'intensità del dolore dopo pochi giorni dall'intervento ($p < 0,0001$) con l'incremento del numero dei capillari dopo 3 e 6 mesi ($p < 0,0001$) associata alla riduzione dell'indice di resistenza ($p < 0,0001$).

Anche con le limitazioni imposte dal piccolo numero dei pazienti arruolati e dall'effettuazione di uno studio aperto i risultati ottenuti suggeriscono che l'innesto di frazione di adtcs può rappresentare una promettente opzione al trattamento delle ulcere digitali nei pazienti affetti da ssc non responsiva al trattamento con le più consolidate e tradizionali terapie attuate.

TECNOLOGIA HYDROFIBER[®] EXTRA PLUS PER IL WOUND-CARE DELLE ULCERE DI DIFFICILE SOLUZIONE DEGLI ARTI INFERIORI: NOSTRA ESPERIENZA.

RUCCI M., CAMPANARO M., CECCHINO L., M, PARISI D., MAIORELLA A., PORTINCASA A.

Cattedra, struttura complessa e scuola di specializzazione in chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica, università degli studi di foggia, direttore prof. Aurelio portincasa, febopras, aurelio.portincasa@unifg.i

Introduzione: la tecnologia hydrofiber è alla base di una crescente famiglia di medicazioni avanzate ed innovative che costituiscono il nucleo di un nuovo approccio complessivo alla gestione delle lesioni. L'associazione della tecnologia hydrofiber[®] con fibra rinforzante, composta da carbossimetilcellulosa sodica pura, in fibre gelificanti e rinforzanti, con gli ioni argento ha portato alla creazione di una medicazione efficace nel trattamento delle ulcere complesse degli arti inferiori che può rimanere in sede per 7 giorni. Infatti, l' hydrofiber[®] intrappola l'essudato, i batteri ed il biofilm minimizzando il rischio di infezioni e prevenendo la macerazione, micro-conforma al letto della lesione mantenendo il corretto ambiente umido ed eliminando gli spazi vuoti dove batteri e biofilm possono proliferare ed interagisce con la lesione formando un gel così da minimizzare il dolore associato al cambio medicazione. Gli ioni argento eliminano lo strato viscido di protezione del biofilm prodotto dai batteri, uccidono

un ampio spettro di batteri, tra cui quelli resistenti agli antibiotici e prevengono il riformarsi del biofilm.

ipotesi: lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare l'efficacia di questa nuova tecnologia nel trattamento di ulcere degli arti inferiori in termini di riduzione del dolore, facilità di trattamento, riduzione del ricambio della medicazione, promozione della riepitelizzazione e qualità dell'esito cicatriziale.

Materiali e metodi: dal maggio 2014 a ottobre 2014 sono stati trattati n. 12 pazienti (9 uomini e 3 donne) affetti da ulcere cutanee degli arti inferiori di diversa eziologia: 3 vascolari, 2 miste, 6 diabetiche e 1 post-traumatiche.

Tutti i pazienti, previa acquisizione del consenso informato, sono stati trattati con medicazioni di tipo avanzato presso l'ambulatorio di chirurgia plastica degli o.o.r.r. di foggia, con una frequenza settimanale.

Ai pazienti, a differenza di altre metodiche non è stato applicato nessun debridement fatta eccezione per quello meccanico di detersione della ferita in occasione del cambio di medicazione. Ai pazienti con ulcere venose è stato applicato un contestuale bendaggio elastocompressivo adeguato ad ogni medicazione.

Contestualmente le lesioni venivano stadiate secondo la scala n.p.u.a.p (national pressure ulcer advisory panel) e valutate in forma, dimensione e caratteristiche. I risultati ottenuti venivano annotati su apposita scheda da noi realizzata.

Risultati: tutti i pazienti sono stati osservati per un periodo da 6 a 1 mese.

Il trattamento con questa metodica ha sortito un effetto positivo sul processo di guarigione della lesione nell'91.7% dei casi (11pz). Nel 80% dei casi la cute perilesionale durante il trattamento (a 3-4 settimane) non ha evidenziato segni di macerazione, ed è stata osservata e valutata una maggiore quantità e qualità di tessuto di granulazione. Anche il dolore durante e dopo il cambio della medicazione, si è sensibilmente ridotto, passando da un valore medio di 5,5 ad un valore di 1,7 sulla scala vas.

La valutazione dell'essudato è risultata positiva rispetto a quella iniziale: già a due settimane 9 pazienti su 12 non presentavano essudato, 2 pazienti su 12 presentavano un essudato scarso mentre 1 paziente presentava un essudato moderato.

11 pazienti su 12 sono stati portati a guarigione completa nell'arco di 4-5 settimane con un follow-up medio di 2 mesi libero da malattia. 1 paziente risulta ancora in trattamento.

Conclusioni

Nella nostra esperienza l'utilizzo di questa tecnologia avanzata è risultata efficace nel trattamento delle ulcere cutanee croniche degli arti inferiori in termini di riduzione del dolore, ottima capacità di assorbimento, facilità di trattamento, promozione della riepitelizzazione e riduzione dei tempi di guarigione.

Concludendo, si può affermare che, senza prescindere dall'insostituibile ed inevitabile trattamento della patologia di base dei pazienti affetti da ulcere croniche, l'utilizzo di questa medicazione innovativa, che vede gli ioni argento associati con hydrofiber® con fibra rinforzante, ha permesso di ottenere nella quasi totalità dei pazienti trattati la completa guarigione di lesioni di difficile gestione, costituendo un arma in più a disposizione del medico per contrastare quella che spesso è la causa di maggiore disabilità per questi pazienti.

Cognome rucci nome monica

Istituto azienda ospedaliera-universitaria "oo.rr." Foggia

Indirizzo viale pinto n 5 cap 71121 città foggia

cellulare 3284006767

E-mail: monica.rucci@live.it

PBMNC: NUOVA FRONTIERA NELLE ULCERE VENOSE DIFFICILI

MASSIMO RAMBOTTI (PERUGIA)

A distanza di qualche anno dall'utilizzo del prpfc (plasma ricco di piastrine autologo e fattori di crescita), alla luce dei risultati ottenuti e grazie all'ulteriore sviluppo delle tecnologie connesse alla manipolazione dei componenti biologici autologhi, proponiamo di aggiornare concettualmente e tecnicamente l'intervento clinico utilizzando una componente cellulare, nei limiti imposti dalla minima manipolazione e dalle normative vigenti. La nuova tecnologia infatti ci permette di ottenere una concentrazione fattiva della linea cellulare mononucleata da sangue periferico pbmnc (peripheral blood mononuclear cells) con una tecnica semplice di filtrazione a ciclo chiuso e con un modesto prelievo ematico: tale metodica, da considerare rigorosamente autologa, rientra pienamente nella categoria dei trapianti autologhi minimamente manipolati.

Recenti studi hanno infatti evidenziato non solo il ruolo determinante della linea cellulare monocitaria nella produzione dei mediatori chimici presenti nei processi antiflogistici e rigenerativi ma anche messo in luce la capacità del pbmnc di comportarsi come cellule multi potenti circolanti ad alta plasticità, capaci di differenziarsi a seconda del tessuto nel quale vengono impiantate (osteoblasti, condrociti, adipociti, etc...), e di avere alta capacità angiogenetica e vasculogenica.

In sintesi:

- Nuova ed ulteriore opportunità terapeutica
- Minimamente invasiva per il paziente
- Uso legittimo e tecnologia disponibile
- Assolutamente sicura per il paziente
- Economicamente sostenibile
- Deontologicamente doverosa

riportiamo i risultati di questa metodica sulle ulcere venose difficili.

POPOSTA STUDIO MULTICENTRICO: NUOVA IDEA PER STUDIARE LE MEDICAZIONI

EBNER JA, EISENDLE K., PERKMANN R., TAPPEINER L., EBNER H

Obiettivo: Studiare e confrontare l'effetto su un'ulcera dello stesso paziente di medicazioni di tipo differente, evitando il bias solito per studi del genere e cioè di confrontare ulcere di pazienti diversi per patologia causale, per patologie concomitanti, per stili di vita diversi e per fattori di rischio differenti.

Metodo e pazienti:

Criteri di inclusione: Qualsiasi tipo di ulcera arteriosa, venosa o mista datante da non più di tre anni.

Criteri di esclusione: età inferiore ai 18 anni. Ulcere datanti da più di tre anni. Pazienti che non possono venire regolarmente ai controlli, ulcere maligne, ulcere infette con sintomi generali, erisipela, pioderma gangrenoso.

Procedura: Prima del trattamento viene stabilita l'eziologia dell'ulcera ed il tipo di ulcera; quindi viene accuratamente debridata meccanicamente (debridement invece di wash out). Un „wash out“ non viene giudicato necessario, trattandosi di ulcere sullo stesso paziente e non di pazienti differenti. Per la stessa ragione non si esegue esame batteriologico di routine prestudio.

L'ulcera dello stesso paziente viene divisa a metà da una linea immaginaria verticale. Gli estremi di questa linea vengono segnati sulla cute perilesionale con un marker (Edding 3000 nero) per indicare la linea di demarcazione. Viene segnato anche una A per il lato A ed una B per il lato B a lato della metà corrispondente; questo per ovviare a possibili errori specie all'inizio dello studio.

Segue ripresa fotografica dell'ulcera con la linea di demarcazione tra le due metà dell'ulcera ed il lati A e B segnati

. Quindi viene applicato un tipo di medicazione (1) sul lato destro, dichiarato lato A per le valutazioni seguenti, ed un secondo tipo di medicazione differente (2) sul lato sinistro, definito come lato B. La scelta del tipo di medicazione per lato avviene in modo randomizzato (vedi procedura sotto la voce analisi statistica).

La definizione del lato avviene dal punto di vista del paziente, cioè il lato A è la metà dell'ulcera situata alla destra del paziente.

La medicazione scelta all'inizio per il relativo lato DEVE essere applicata per tutto il tempo del trattamento sullo stesso lato!

Come medicazioni vengono scelte 1) garza sterile con soluzione fisiologica 0,9%,
2) idrofibra del tipo Acquacell.

Le medicazioni vengono applicate sulle ulcere in qualsiasi fase. È però importante definire la fase preponderante dell'ulcera ad ogni medicazione e segnare appositamente il momento del cambio fase.

Tutte le ulcere venose vengono bendate lege artis o alla gamba od alla coscia. L'estensione viene segnata sul questionario. Le ulcere arteriose vengono semplicemente medicate. La compressione delle ulcere miste e sub giudice del medico, ma deve anch'essa essere dichiarata sul questionario. Non sono previste calze.

La medicazione viene cambiata tre volte la settimana, il lunedì, il mercoledì ed il venerdì, sempre con la stessa modalità, medicazione 1 o 2 sul lato A e medicazione 2 o 1 sul lato B, descritta sul questionario.

La pulizia dell'ulcera ai controlli avviene con soluzione fisiologica al 0,9%.

L'ispezione e la valutazione dell'ulcera avviene ad ogni cambio di medicazione.

Se si rendesse necessario un cambiamento della medicazione od un trattamento aggiuntivo è da interpellare il responsabile per lo studio od il primario.

Documentazione: a) fotografica e b) descrittiva sul protocollo.

a) Fotografica : l'ulcera viene fotografata alla momento dell'inserimento nello studio con i segni descritti sopra ed inviata al momento della compilazione del questionario di partenza dall'apposita finestra telematica. La misura dell'ulcera avverrà con la software Mimix da parte del Prof. Ebner. Saranno eseguite due misure e la media calcolata sarà inserita nella scheda SPSS.

La foto con i rispettivi segni è da ripetere ogni due settimane fino alla guarigione completa.

b) Descrittiva: i dati clinici, l'eziologia dell'ulcera, i cambiamenti della stessa, eventuali variazioni della terapia ed eventuali annotazioni vengono registrate sulla scheda personale del paziente, che è scaricabile online sul sito www.SVGTCHIR.it

Tutti i dati così raccolti vengono salvati su un database SPSS 19 e poi analizzati statisticamente da uno statistico (Dr. Falk, InovaQ).

Analisi statistica:

Randomizzazione: lato terapia (A,B) stratificato per sesso, tipo di ulcera (arteriosa, venosa, mista), lato della gamba e centro, utilizzando delle liste di randomizzazione distinte per centro.

Numerosità del campione: Assumendo una mediana di 20 giorni per la guarigione (vedi endpoints) sotto terapia a contrasto di 34 giorni nel gruppo di controllo, con $\alpha = 0.05$ e power di 80%, sono necessari 57 osservazioni per gruppo, corrispondente ad un totale di 57 pazienti.

Il tempo per la riduzione dell'ulcera è stimato tramite un'analisi di Kaplan-Meier e per valutare differenze fra i due gruppi è applicato il Log-Rank-Test. Valori P minori di 0,05 sono considerati come statisticamente significativi.

Endpoints:

a) Primari

Tempo fino alla riduzione del 50% della superficie di una delle due meta`. Tempo fino alla guarigione di una meta` dell'ulcera.

Differenza del 20% di riduzione della superficie di una meta` dell'ulcera rispetto all'altra.

b) Secondari:

complicanze,

sopportabilità delle medicazioni,

comportamento del dolore,

causalità della mancata guarigione entro tre mesi,

cause di interruzioni dello studio,

tempi per la variazione delle fasi dell'ulcera.

Interruzione dei casi singoli dallo studio corrente:

- a) In caso di infezione intercorrente, da documentare clinicamente e con esame batteriologico.
 - b) In caso di peggioramento significativo durante 3 settimane (aumento dell'ulcera, forti dolori persistenti che necessitano di aumento degli antidolorifici, infezione) di una meta` o di tutta l'ulcera.
 - c) Mancata riduzione delle aree dell'ulcera inferiore al 10% entro 3 settimane.
 - d) Persistenza dell'ulcera per 3 mesi.
- La valutazione e la decisione relativa ai punti b), c) e d) viene fatta in concerto dei partecipanti allo studio ed il responsabile dello studio.
- e) Dissersione dei controlli.
 - f) riduzione di una delle due meta` oltre il 50% in confronto all'altra meta.

Durata dello studio:

Paziente singolo: fino alla guarigione dell'ulcera.

In ogni caso fino a 3 mesi se l'ulcera non e` ancora guarita. Poi decisione concordata.

Durata complessiva dello studio: supposti 2 anni

MALATTIA CISTICA AVVENTIZIALE DELLA VENA POPLITEA: UN EVENTO NON COMUNE.

BRUNO AMATO, TOMMASO BIANCO, RITA COMPAGNA, GABRIELE VIGLIOTTI
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E CHIRURGIA – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
NAPOLI FEDERICO II

La malattia cistica avventiziale (mca), nota anche come la degenerazione mucoido-cistica o mixomatosa, è una malattia vascolare rara osservata principalmente nelle arterie. E' molto insolito che questo tipo di masse cistiche si sviluppino in una vena. Riportiamo il caso di un uomo di 64 anni, con sintomi di gonfiore della gamba causata da mca a origine dalla vena poplitea. Il gonfiore è apparso in questo caso dopo un lungo periodo di posizione eretta. La risonanza magnetica (mri) ha mostrato una massa cistica in correlazione con la vena poplitea, che ne ha provocato la trombosi, e l'eco-doppler e la flebografia hanno confermato una interruzione del flusso venoso. Abbiamo effettuato una resezione della parete cistica senza ricostruzione venosa. A seguito di questo trattamento il flusso di sangue venoso è risultato essersi normalizzato al controllo eco-doppler e flebografico, ed i sintomi correlati sono scomparsi. Dalla letteratura, questo tipo di patologia è assai rara, per descrizione e trattamento. Una diagnosi errata avrebbe potuto facilmente essere perseguita, poiché la massa non era evidente all'esame clinico e l'unico sintomo prodromico era stato un gonfiore intermittente. Pertanto, è importante essere consapevoli di mca come possibile, seppure rara, diagnosi differenziale nell'esaminare pazienti con gonfiore nella gamba.

Corresponding author:

Bruno amato

Prof. Associato di chirurgia vascolare

Università degli studi di napoli federico ii

E-mail: <bruno.amato@unina.it>

Cell. 340 360402

"EFFETTI DELLA TERAPIA ALIMENTARE SUI VALORI DEI RADICALI LIBERI DI GIOVANI DELLA MOVIDA REGGINA".

BAGNATO L.*, BARRESI G.°, CRUCITTI A.°, BARBERA N.°

*ANGIOLOGIA TERRITORIALE ASP5 REGGIO CALABRIA

°MEDICINA INTERNA UNIVERSITÀ DI MESSINA

Introduzione

I radicali liberi sono molecole instabili, pronte a reagire con altre molecole, in quanto hanno un elettrone "spaiato". I radicali liberi si formano all'interno delle nostre cellule (nei mitocondri), dove l'ossigeno viene utilizzato per produrre energia perchè, in questo processo, non tutto l'ossigeno viene consumato: essi reagiscono con qualsiasi struttura molecolare che incontrano e formano molecole che contengono uno o più atomi di ossigeno. Ogni volta che respiriamo, svolgiamo attività fisica, ci alimentiamo, fumiamo, prendiamo il sole, ecc. L'ossigeno entra a far parte dei processi di ossidazione che si svolgono in tutte le cellule del nostro corpo. Da questa ossidazione nascono i radicali liberi, molecole che perdono un elettrone. alcuni tipi di radicali liberi sono : anione superossido O_2^- , idrossile OH^- , ossido nitrico NO , diossido di azoto NO_2 , perossido LOO^- , ossigeno singoletto O_2^+ . Una delle cause dell'invecchiamento è proprio lo stress ossidativo. L'organismo "stressato" non riesce a neutralizzare l'eccessivo livello di radicali liberi endogeni ed è così intossicato da queste sostanze che causano danno a diversi settori del corpo umano. Lo stress ossidativo fa impazzire il nostro orologio biologico e provoca un'accelerazione del fisiologico processo di invecchiamento e numerose malattie. Gli antiossidanti combattono questo rischio con un meccanismo semplicissimo : cedono ai radicali liberi l'elettrone che a loro manca e quindi "disinnescano la miccia". Lo stress ossidativo si può analizzare, permettendo di valutare il reale stato delle nostre difese fisiologiche e di segnalare, in modo precoce, squilibri e tendenze verso gli stati patologici.

Materiali e metodi:

Presso il centro di prevenzione dell'invecchiamento "image- antiage", perseguendo il progetto di studiare la qualità di vita dei giovani, abbiamo valutato, mediante uno strumento che applica il metodo carratelli d-romstest, che misura la *capacità ossidante totale* del sangue, il livello ematico di radicali liberi di 60 giovani di età compresa tra 18 e 25 anni, che

hanno vissuto appieno le serate estive della movida reggina, reclutati grazie alla collaborazione di alcuni giovani a noi vicini. I criteri di inclusione nella ricerca, individuati tramite un questionario a cui i ragazzi sono stati sottoposti, riguardavano: le notti passate in discoteca fino oltre le quattro del mattino per settimana (almeno 3), il consumo di alcool e super-alcoolici (> 3 birre e almeno due cocktail), il numero di sigarette fumate (> 15 al dì), il numero di ore di sonno notturno (< 4 ore) e mattutino (>3 ore), il numero di pasti giornalieri e il loro orario (< 3 con prima colazione dopo le ore undici).

Abbiamo eseguito il d-roms test di base in un periodo intercorrente tra il 31 agosto e il 10 settembre, giornate in cui la movida reggina comincia a scemare fino a ridursi del tutto. Da quella data, a 30 ragazzi (gruppo a), che hanno accettato di regolarizzare il loro stile di vita, è stata assegnata una dieta anti-radicali liberi della durata di 14 giorni contenente frutta, verdura, legumi, prodotti dell'orto (rosa canina, pomodoro, ananas, arancia, limone, insalate, germogli, germe di grano, prezzemolo, finocchio, cetriolo, carota, melone, zucca, spinaci, broccoli, mango, papaia, albicocche, mirtillo, fragola, pompelmo, cavolfiore, fiori di zuccina, peperoni, porri, invidia, lattuga, mirtilli, more selvatiche, lamponi, ciliege, prugne, albicocche, meloni, mele, cachi, uva nera, peperoncino rosso piccante, radicchio, cetrioli, piselli, rape, patate, cavoli, asparagi, cipolle, pomodori, mandarini, cedri, pompelmi, ribes, fragole, banane, tuorlo d'uovo, riso e pane integrali, bietole, mango, frattaglie, pesci, molluschi, broccoli), pochi zuccheri semplici, poco sale, poca carne, 70 gr. Di pane e pasta integrali, olio di oliva come unico condimento, assegnando un carico idrico di almeno due litri di, astensione dal fumo e dall'alcool, e quindici minuti di attività motoria (fast-walking). ; agli altri 30 ragazzi (gruppo b), dalla stessa data e per 14 giorni, è stata lasciata libertà di comportamento alimentare ed igienico.

I valori del D-Roms test

- Valore di riferimento. 250-300 U.CARR
- Valore di soglia border line . 300-320 U.CARR
- Condizione di lieve stress ossidativo : 320-340 U.CARR
- Condizione di stress ossidativo . 340-400 U.CARR
- Condizione di forte stress ossidativo . 400-500 U.CARR
- Fortissimo stress ossidativo : oltre 500 U.CARR

Valori inferiori a 250 U.CARR si possono riscontrare in pazienti con trattamento cortisonico o antiossidante. E' stata stabilita una misura del potere antiossidante dei vegetali, ed è stata definita una unità di misura, cui è stato dato il nome di ORAC (oxygen radical absorbance capacity).

Tab.1

Risultati

I risultati hanno evidenziato che, al primo controllo, i valori del d-roms test dei 60 ragazzi, senza differenze significative tra i due gruppi, hanno oscillato tra 330 e 370 u.carr., con una media di 356 u.carr., deviazione standard +1,34 ossia un valore di stress ossidativo medio-alto, certamente legato alla vita disordinata da loro condotta, che, nonostante la giovane età, a questi livelli, provoca già danni cellulari.

Dopo 14 giorni nel gruppo a, ridottosi a 26 ragazzi per l'abbandono di quattro di loro, si è evidenziato un netto miglioramento dei valori dello stress ossidativo che si è mantenuto in tutti i prelievi al disotto dei valori di soglia border-line tra 280 e 310 u.carr., con una media di 293 u.carr. E deviazione standard di +1,65

Nel gruppo b, il secondo prelievo eseguito 14 gg. Dopo il primo, non ha evidenziato alcuna variazione dei valori precedentemente riscontrati mantenendo i valori della media a 356 con deviazione standard +2,21. La valutazione statistica del t di student tra il gruppo a e il gruppo b mostra una significatività di $p < 0,5$

Conclusioni

In nostri precedenti studi abbiamo rilevato come il tenore di vita dei giovani del nostro tempo provochi marcati squilibri omeostatici. In questo studio è stato possibile misurare e valutare le variazioni dei radicali liberi in giovani vacanzieri durante i divertimenti estivi.

La vita sregolata condotta dai giovani durante il periodo estivo è dovuta alle abitudini ormai inveterate riguardo gli orari, i punti di incontro e le forme di divertimento. La serata estiva dei ragazzi non inizia mai prima di mezzanotte e prosegue fino alle prime ore del mattino. Il primo difetto di tale abitudine è lo squilibrio dei ritmi circadiani del sonno. Durante la serata è consuetudine bere più cocktail alcolici fumando e... altro. L'eccesso di alcool e di altre eventuali sostanze altera il metabolismo energetico. La fine della movida nelle prime ore del mattino vede questi giovani coricarsi al sorgere del sole, alterando anche il ritmo buio-luce. La sveglia avviene di solito nel pomeriggio e, invece del pasto principale, viene assunta una veloce prima colazione. Il pomeriggio trascorre normalmente al mare in attesa dell'happy-hour dove si introduce altro alcool con stuzzichini vari. Il ritorno a casa è dedicato ad un breve riposo, ad un pasto e alla preparazione per una nuova nottata. Anche il ritmo dei pasti è così completamente alterato senza parlare della loro qualità. In conclusione questi giovani

sovvertono completamente le regole della corretta igiene di vita e dunque subiscono le alterazioni conseguenti. Una notazione importante è che, anche chi non assume alcool durante la giornata, a causa della vita sregolata, subisce ugualmente l'aumento dei radicali liberi. La prima alterazione biochimica riscontrabile nell'organismo dei ragazzi è l'aumento dei radicali liberi che, in queste condizioni estreme, si producono in grande quantità. Il riscontro dei valori ha dimostrato che tutti i ragazzi esaminati, bevitori o meno, hanno presentato alti livelli di radicali liberi nel sangue con un range a base ristretta e deviazione standard bassa. ciò indica che non è l'alcool a provocare le più significative modificazioni dei radicali liberi nel sangue, bensì gli squilibri sonno-veglia, buio-luce, alimentazione fuori orario. In effetti i ragazzi del gruppo a hanno in fretta e facilmente recuperato i loro valori normali grazie alla regolarizzazione dello stile di vita e alla dieta fortemente indirizzata alla antiossidazione.

Bibliografia

- Ceconi c, boraso a, cagnoni a, ferrari r. Oxidative stress in cardiovascular Disease: myth or fact? Arch biochem biophys 2003; 420:217-21.
- Sohal rs, morckett rj, orr wc. Mechanism of aging: an appraisal of the Oxydative stress hypothesis. Free radic biol med 2002; 33:575-86.
- Halliwell b. Free radicals, proteins and dna: oxidative damage versus redox Regulation. biochem soc trans. 1996; 24(4):1023-7
- Tribble dl. aha science advisory. Antioxidant consumption and risk of coronary heart disease: emphasis on vitamin c, vitamin e, and beta-carotene: a statement for healthcare professionals from the american heart association. Circulation. 1999; 99(4):591-5.
- Uchida k. Cellular response to bioactive lipid peroxidation products. free radic res. 2000;33(6):731-7.
- Halliwell b, whiteman m. Measuring reactive species and oxidative damage in Vivo and in cell culture: how should you do it and what do the results mean? Br j Pharmacol. 2004;142(2):231-55.
- Glagau h, hauck rs. "kit and method for determining redox status in urine"
United states patent ,6.835.554, 1994.
- Conner em, grisham mb. Inflammation, free radicals, and antioxidants. Nutrition 1996;12(4):274-7
-

THROMBOSIS IN CANCER PATIENTS WITH CENTRAL VENOUS CATHETER

AUTHORS: S. RUCCI, D. MERLICCO.

U.O. DI CHIRURGIA GENERALE, P.O. "F. LASTARIA" DI LUCERA (FG) ASL FG

Abstract

The management of cancer patients often require intravenous access must be stable at different stages of the disease (treatment phase, phase palliative). Central venous catheters are devices that ensure safe infusions of chemotherapy, biological therapy, pain management and supportive care over months or years.

Central venous catheters are devices that ensure safe infusions of chemotherapy, biological therapy, pain management and supportive therapy for years. They are of different design, material, and the needs of insertion, but share similar complications. One of the most common complications is deep vein thrombosis of the cannulated vein or catheter thrombosis (crt). It 'also important because it helps a complication with significant morbidity, can stop or delay the administration of cancer therapy, and is an expensive burden to the healthcare system. Contemporary studies have shown that the incidence of symptomatic crt is \square 5%, whereas the incidence of asymptomatic crt is higher, at 14–18%.

The pathogenesis of thrombosis cvc-related is certainly multifactorial: a significant percentage of thrombotic risk factors depends on the implanter; theoretically, the experience of the health professional reduces the risk of incidence of cvc-related thrombosis (minimizes the triad of virchow: multiple attempts implantation of intravenous catheters cause endothelial trauma and inflammation, which can lead to venous thrombosis); other potential risk factors are catheter-related (catheter type, size, and location, and the catheter tip should be carefully placed at the junction of the right atrium and superior vena cava, and higher lumen number); other potential risk factors are insertion-related (vein entry, insertion technique, left-sided insertion, previous catheterization, insertions or multiple attempts); other risk factors are patients-related (history of venous thromboembolism, heritable thrombophilia, infection, tumor type and status).

To these causes cvc-related, recent studies show an increased risk of developing venous and arterial thrombosis in patients with adenocarcinoma of the colon and rectum (10-30%), with

oncohematological disease (10% hl and nhl), with nslc at an advanced stage, in treatment with 5-fluorouracil, platinum-derivatives, taxanes and bevacizumab (anti-vegf monoclonal antibody), or with new antiangiogenic molecules that trap (aflibercept).

In addition, is interesting that, in adjuvant therapy, hormonal therapy with tamoxifen in breast cancer causes a slight increase in the risk of thrombosis when administered either alone or in combination with other drugs.□to date the meaning and mechanisms that contribute to the development of crt are not well understood. Efforts to reduce thrombotic complications symptomatic or asymptomatic, involving flushing of the catheter with heparin solutions, the use of heparin-bonded catheters, and anticoagulant prophylaxis systemic (warfarin and lmwh prophylaxis) have been largely ineffective.

More recently, the new oral anticoagulants are interesting alternatives to the lmwh and warfarin for the ease of oral administration and not require a laboratory monitoring, but their role in cancer patients, who often have gastrointestinal complications including bleeding, has not yet been explored.

There are no studies that examined the use of fondaparinux or the new oral anticoagulants (dabigatran, rivaroxaban, and apixaban) for primary thromboprophylaxis in patients with central venous catheters. Clinical trials are necessary to test these new agents and hypotheses. Our experience of cvc placement began in 2011 and, thanks to the standardization of surgical procedures, has reduced the incidence of cvc-related thrombosis equal to 0.6%.

Referring to the data of the last two years 01/2012 -08/2014, were implanted 240 picc (picc-lines pur by vygon, 4 french, single lumen) with two cases of early thrombosis (the length of the catheter, type cvc : middle-line pur by b-braun certofix v320, 4 french, single lumen) and from 2012 to 04/2014 were implanted 80 port in vgi and brachial vein (port lines silicone by vygon, 6,6 french single lumen) with no cases of thrombosis.

This result is obtained thanks to a careful selection of patients using the criteria of khorana et al. Who have developed a simple model for predicting the risk of thromboembolism associated with chemotherapy using clinical and laboratory variables available before the

beginning of the same (tab. I).

Tab. 1

For the prevention of crt is useful a careful medical history, apply the criteria khorana, and in individuals and medium / high risk of crt that must undergo infusions of cht performing the assay of homocysteine and mthfr c677t polymorphism (methylene-tetrahydrofolate reductase) , so as to undergo thromboprophylaxis with lmwh and folic acid.

Institutions should have specialized or designated services and protocols for central venous catheter insertion and follow-up care. Future research should focus on elucidating the mechanisms of thrombosis that are unique to central venous catheters, developing risk assessment models, and exploring the potential role of new oral anticoagulants.

Corresponding author: □dr. Domenico merlicco □e-mail address: domenico.merlicco@tin.it tel. 0881.543339

Predictive model for chemotherapy-associated VTE	
Patient characteristic	Risk score
Site of cancer	
Very high risk (stomach, pancreas)	2
High risk (lung, lymphoma, gynecologic, bladder, testicular)	1
Prechemotherapy platelet count $\geq 350 \times 10^9/L$	1
Hemoglobin level < 100 g/L or use of red cell growth factors	1
Prechemotherapy leukocyte count $> 11 \times 10^9/L$	1
BMI ≥ 35 kg/m ² or more	1

0 points = low risk
1-2 points = intermediate risk
 ≥ 3 points = high risk

TROMBECTOMIA FARMACO-MECCANICA PER IL TRATTAMENTO DELLA TROMBOSI VENOSA PROFONDA ILIO-FEMORALE

PROF. DOMENICO ALBERTI

Introduzione: il sistema di trombectomia trellis (covidien) è un presidio che unisce la trombectomia meccanica e la trombolisi farmacologica selettiva per il trattamento della trombosi venosa profonda (tvp). Descriviamo la nostra esperienza con 2 casi.

Cases report: 2 pazienti affetti da tvp ilio-femorale sintomatica, sono stati trattati con il sistema trellis. In entrambi i casi si è ottenuta una ricanalizzazione soddisfacente (> 70%) dell'asse venoso, con completa risoluzione dei sintomi. Non si sono registrate complicanze emorragiche o emboliche. Al follow-up di 6 e 8 mesi rispettivamente non si sono riscontrate recidive né segni di incontinenza valvolare all'eco-color-doppler.

Conclusioni: l'utilizzo del sistema trellis è associato nella nostra esperienza, così come in letteratura, ad un elevato tasso di successo tecnico e di permeabilità a distanza nel trattamento della tvp ilio-femorale. La trombectomia farmaco-meccanica selettiva presenta, inoltre, una riduzione di dose del fibrinolitico utilizzato e quindi una bassa incidenza di complicanze emorragiche ed un diminuito tempo di ospedalizzazione.

CASE REPORT: LACERAZIONE IATROGENA DELLA VCI DURANTE COLECISTECTOMIA VLS

BOSSI M, NEGRI S, TADIELLO M, ANGRISANO A, GUTTADAURO C, FERRARIO M, CASTELLI P

S.C. CHIRURGIA VASCOLARE – DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE E MORFOLOGICHE

OSPEDALE UNIVERSITARIO DI CIRCOLO DI VARESE

Introduzione

La lesione dei grossi vasi addominali rappresenta una rara ma potenzialmente catastrofica complicanza delle procedure di laparoscopia (katz et al 1979; peterson et al 1982; kurznel and edinger 1983; baadsgaard et al, 1989). L'incidenza di tali lesioni è riportata essere di 0,22-1,1 % [1] con un tasso di mortalità dell' 8-17 % [2]. In particolare, l'incidenza delle lesioni dei grossi vasi retroperitoneali durante interventi di colecistectomia vls è riportata essere 0,05% con una mortalità dell'8,3 % [3]: tali eventi rappresentano quindi la seconda causa di morte durante vlc, subito dopo le complicanze anestesilogiche. [4]

Recep et al. [5] riportano l'esperienza del loro centro in uno studio retrospettivo condotto dal 1994 al 2002: su 11,746 pazienti sottoposti a chirurgia laparoscopica (appendicectomia e colecistectomia) sono state registrate 9 lesioni dei grossi vasi addominali in 8 pazienti (0,07 %). Le lesioni hanno coinvolto in tre casi l'aorta addominale, in tre casi un'arteria iliaca comune, in un caso la vena cava inferiore e in un caso arteria e vena iliaca. La lacerazione delle strutture vascolari è avvenuta in sei casi durante l'inserimento del primo trocar ombelicale, due volte durante l'inserimento dell'ago di verres ed una durante l'inserimento del secondo trocar, dato in linea con quanto osservato da siani et al [6] che riconoscono come manovra responsabile del danno vascolare nel 75% dei casi l'inserimento del trocar di hasson o dell' ago di verres.

Case report

Paziente donna di 57 anni, affetta da ipertensione arteriosa, già sottoposta ad isterectomia per fibromatosi uterina, tonsillectomia ed appendicectomia, viene ricoverata c/o il reparto di chirurgia generale di un altro ospedale per essere sottoposta ad intervento chirurgico di vlc per colelitiasi sintomatica.

Previa anestesia generale e posizionamento del primo trocar periombelicale, all'introduzione dell'ottica si evidenzia presenza di tracce di sangue libero in addome, ricondotte in prima istanza a sanguinamento dalla parete addominale. Dopo circa mezz'ora dall'inizio della procedura, per l'improvvisa comparsa d'instabilità emodinamica con persistenza di sanguinamento intraaddominale, è stata eseguita laparotomia mediana xifopubica con riscontro di emoperitoneo ed emoretroperitoneo da sanguinamento attivo a partenza dalla vci. Eseguito packing addominale, viene immediatamente richiesta una valutazione intraoperatoria al chirurgo vascolare. Giunto in sala operatoria, il chirurgo vascolare riscontra lacerazione longitudinale della vci, estesa per circa 2 cm fino alla confluenza delle vene iliache: tale lacerazione viene riparata con sutura diretta. Al termine della riparazione della vci, stabilizzate le condizioni emodinamiche, viene completata la colecistectomia.

Eseguita angio tc addome di controllo, vista la presenza di ematoma retro peritoneale destro rifornito, si decide di trasferire la paziente c/o la nostra struttura.

All'arrivo a varese, è stata eseguita nuova laparotomia: per il riscontro di sanguinamento a partenza dalla vena gonadica destra, trombosi completa della vci e dell'iliaca comune destra si è provveduto a legatura della vena gonadica, trombectomia iliaco-cavale e patch cavale in pericardio bovino. A 3 ore, nuovo accesso in sala operatoria per shock emorragico da sanguinamento a nappo dal patch e dal letto colecistico in sospetta dic. Nell'immediato post-operatorio, visto il persistere del sanguinamento con alterazione degli indici di coagulazione, si è deciso di non praticare alcuna terapia eparinica ma di posizionare un filtro cavale sovra renale (alla cavografia, riscontro di parziale trombosi della vci sottorenale).

Trasferita in tig, la paziente nei giorni successivi è stata sottoposta a plurime trasfusioni con grc, pfc e pool piastrinici; sono state eseguite due ulteriori revisioni della cavità addominale in sala operatoria. La laparostomia è stata resintetizzata in v giornata post-operatoria; il giorno successivo la paziente è stata estubata e ricondotta in reparto con ripristino di terapia eparinica a dosaggio scoagulante.

Durante la successiva degenza in chirurgia, la paziente ha presentato un nuovo episodio di sanguinamento dall'accesso venoso centrale e dal tramite dei drenaggi, associato a piastrinopenia (plt 60.000 mm³), che ha reso necessaria la sospensione dell'ebpm (x giornata post-op). A distanza di 3 giorni, comparsa di piastrinosi e peggioramento degli edemi declivi agli arti inferiori: all'angio tc riscontro di trombosi della vci sottorenale e delle iliache comuni.

La successiva degenza è stata caratterizzata da una lenta stabilizzazione dei parametri vitali, dal ripristino di una buona meccanica respiratoria e dalla discreta ripresa della deambulazione autonoma: in xxx giornata post-operatoria la paziente si presentava eupnoica, apiretica, con alvo canalizzato, ferite chirurgiche in ordine ed è stata dimessa con prescrizione di elastocompressione 2 kl e tao.

Bibliografia

- 1- Castillo oa, et al (2008). Laparoscopic repair of an iliac artery injury during radical cystoprostatectomy. *Surg laparosc endosc percutan tech* 18 , 315-318
- 2- Roviato gc, et al (2002) major vascular injuries in laparoscopic surgery. *Surg endos* 16 : 1192.1196
- 3- Deziel dj et al, complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and analysis of 77,604 cases, *am j surg* 1993; 165; 9-14
- 4- Barbosa barros m et al, vascular injuries during gynecological laparoscopy: the vascular surgeon's advice. *Sao paulo med j* 123; 38-41
- 5- Recep g et al. , major retroperitoneal vascular injuries during laparoscopic cholecystectomy and appendectomy, *journal of laparoendoscopic and advanced surgical techniques*, vol 14, n. 2, 2004
- 6- Siani et al, iatrogenic lesion of the inferior vena cava during laparoscopic cholecystectomy: case report and review of the literature, *chir ital.* 2008 jul-aug;60(4):617-21

FOTORINGIOVANIMENTO LASER ASSISTITO DEL VISO LASER-ENDOLIGHT-LIFT E FRAZIONALE 1470NM EVOLUZIONE DEL TRATTAMENTO

CRIPPA A.

L'invecchiamento cutaneo e' un processo evolutivo che determina la perdita dell'idratazione cutanea, la perdita dell'elasticita' cutanea e la conseguente comparsa di microrughe e rughe cutanee.

Le rughe e l'invecchiamento della pelle sono la risultante di due fattori:

- Invecchiamento cronologico o cronoaging
- Invecchiamento dovuto a fattori ambientali o photoaging

A livello microscopico avviene un assottigliamento dell'epidermide con diminuzione delle cellule di langherans, cellule del sistema immunitario con diminuzione dell'attività del numero dei melanociti, deputati alla produzione di melanina.

A livello del derma avviene una diminuzione del numero e della funzionalità dei fibroblasti con conseguente riduzione dell'acido ialuronico e del collagene.

Una nuova procedura di laser definita endolight lift sfrutta la possibilità del laser 1470, grazie alle sottili fibre (100-150-200 micron) di entrare sotto pelle senza aghi o bisturi e di essere spinte dall'energia fotomodulante, secondo le direzioni volute dall'operatore.

Tale fibra, come un sentiero luminoso intradermico, mentre passa nel derma trasmette energia radiante laser nel vicino infrarosso, attiva la neoformazione di collagene, attiva le funzioni metaboliche della matrice extracellulare e innalza la temperatura, stimolando la vascolarizzazione.

La fototermolisi frazionata è una metodica che, unendo l'energia del laser ad uno scanner frazionato, crea dei minuscoli canali a varie profondità della pelle, intervallati da tessuto sano. Affinché il trattamento risulti efficace con il minimo disagio per il paziente è necessario scegliere correttamente la lunghezza d'onda, la durata dell'impulso e la fluenza.

I microspot emessi dal sistema provocano un immediato “shrinkage” (contrazione) del collagene con conseguente “skin-tightening” (tensione del tessuto) e stimolano i fibroblasti alla produzione di nuovo collagene dopo circa trenta giorni dal trattamento.

La relazione sara' completata da una casistica fotografica e da filmati esplicativi della metodica di trattamento e dei risultati ottenuti.

Crippa dr angelo md

Docente academy school of practical aesthetic medicine milan

DALLA MORFOMETRIA ALLA CLINICA: L'IMPORTANZA DELLA VENA PETROSA

EBNER FH

Objective:

The consequences of closing the petrosal vein is matter of discussion in literature.

To present the results of our clinical, anatomical and neuroradiological studies regarding the importance of the petrosal vein

Material and methods:

Clinical series: Fifty-nine patients with meningiomas involving the petrous apex were analyzed concerning the intraoperative preservation or sacrifice of the petrosal vein and postoperative complications related to venous occlusion.

Anatomical study: In eight specimens the petrosal vein complex has been dissected and studied. We selectively injected three heads via the superior petrous sinus with colored silicon in two different colors. Thereafter the posterior fossa content was removed epidurally from the skull and further fixed in 4% formaldehyde. The nervous and vascular structures were dissected under microscopic control, measured and photographed.

Neuroradiological investigation: 20 patients were studied with a Gadolinium-enhanced 3D GRE sequence at the 3 Tesla MRI (Skyra, Siemens). Two neuroradiologists assessed number, diameter, branches and anastomoses of the petrosal vein,

Results:

In our clinical series we detected that in 9 of 30 cases of intraoperative petrosal vein occlusion a venous-related complication occurred with a minor venous-congestion phenomenon in seven cases and major complications in two cases. When the petrosal vein complex was preserved, there were no similar complications.

The anatomical lab study showed in the selectively injected specimens no passage of the coloured silicon mixture to the contralateral venous brainstem territory. However, the ipsilateral anastomoses to the deep supratentorial venous system – peduncular, anterolateral pontomesencephalic, lateral mesencephalic veins, and the tectal veins in connection with the pontotrigeminal vein – filled in all cases.

The 3D-MR-Venography is suitable for depicting the petrosal and its collaterals. The mean diameter was 2,3+/-1,0mm (range 0,5-5,1mm). Relevant anastomoses were present in 83% of cases.

Conclusion:

The clinical consequences of cintraoperative sacrifice of a petrosal vein depends on the anatomical existence of effective anastomoses. If no ipsilateral or supratentorial anastomoses exist, venous-related complications are likely to occurre. New imaging techniques might be of aid identifying patients at risk.

WALL THICKNESS AND POST-THROMBOTIC SYNDROME: IS THE THICKENING A POSSIBLE PARAMETER TO SCREEN A CONDITION OF HYPERCOAGULABILITY?

GENNARO QUARTO M.D., AND ERMENEGILDO FURINO M.D.

Aim: the purpose of this study is to provide a starting point to debate about the possibility of identifying vein wall thickening as a parameter in the screening of previous asymptomatic deep vein thrombosis and thrombophilia status.

Methods: a retrospective study involving almost 200 outpatients with venous insufficiency of the lower limbs classified according to the affected venous district . Patients were subjected to cus test with measurement of the wall thickness at fixed points (common femoral and popliteal vein).

Results: the average value of the wall thickness measured in the group of patients with an history of deep venous thrombosis (group a) is higher than that of patients with negative history, which were included in the b group. Between the two calculated average values there is a statistically significant difference. As part of the b group was identified a subgroup of patients in which the mean value of the wall thickness does not have a statistically significant

difference with the one observed in a group and statistically significant with the one detected in b group.

Discussion: in all patients with a history of dvt and in 13 with no history we found an increase in wall thickness, with a value > 1 mm. Can the wall thickening more than 1 mm be considered an indicator of previous dvt? Can it be considered a “marker” for thrombophilia status?

Conclusions: the usefulness of a sign of previous dvt (even if asymptomatic) detected during a routine doppler ultrasound check of the lower limbs, could be a warning bell to investigate thrombophilia status.

Mesh terms: venous thromboembolism, post-thrombotic syndrome, duplex ultrasound, chronic venous insufficiency, hypercoagulability

MEDICAZIONI CON DISPOSITIVO A PRESSIONE TOPICA NEGATIVA : STUDIO PILOTA SUGLI ACCESSI VASCOLARI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A POSIZIONAMENTO DI ENDOPROTESI AORTICA ADDOMINALE GIACOMELLI E, LASAGNI C, SANNA V, DORIGO W, PULLI R, PRATESI C

Introduzione

E' noto come l'esclusione endovascolare degli aneurismi dell'aorta addominale (evar) fornisca ottimi risultati a breve e lungo termine con un basso tasso di complicanze locali a livello degli accessi chirurgici femorali. Tuttavia quando queste si verificano, possono determinare un significativo allungamento dei tempi di degenza, richiedere prolungate e costose terapie antibiotiche ed in ultima analisi determinare un peggioramento della qualità della vita del paziente. Lo scopo del presente studio è stato quello di analizzare in maniera prospettica l'uso di medicazioni a pressione topica negativa (pico, smith & nephew) nei pazienti sottoposti a trattamento endovascolare per aneurisma dell'aorta addominale, con accesso chirurgico

inguinale bilaterale, confrontando i risultati in termini di complicanze locali postoperatorie (infezione/macerazione/linforrea/ematoma/edema) rispetto alle medicazioni tradizionali.

Materiali e metodi

In un periodo compreso tra luglio e settembre 2014 sono stati arruolati 6 pazienti, sottoposti in elezione ad intervento endovascolare per aneurisma dell'aorta addominale, con accesso chirurgico inguinale bilaterale (incisione trasversale alla radice della coscia). La medicazione pico è stata applicata a tutti i pazienti al termine dell'intervento su uno dei due inguini, mentre sull'altro è stata applicata una medicazione standard a piatto. Il protocollo prevedeva un primo cambio della medicazione dopo 3 gg dall'intervento (t1) e uno successivo dopo ulteriori 4 gg (t2). I dati relativi alle condizioni locali della ferita chirurgica sono stati raccolti in un'apposita scheda e fotografati ai vari intervalli.

Risultati

Tutti i pazienti erano di sesso maschile, con età media pari a 74 anni, e presentavano i comuni fattori di rischio della patologia aterosclerotica. Il diametro medio dell'aneurisma era di 56 mm; tutti i pazienti sono stati sottoposti a posizionamento di endoprotesi aorto-bisiliaca mediante accesso chirurgico femorale bilaterale; la lunghezza media delle incisioni chirurgiche è stata pari a 83 mm. In tutti i pazienti è stata eseguita short term prophylaxis antibiotica al momento dell'intervento con beta lattamici.

Non si sono verificate deiscenze né infezioni del sito chirurgico; in due pazienti al controllo t1 è stata evidenziata linforrea inguinale bilaterale. Entrambi i pazienti sono quindi stati sottoposti a terapia antibiotica per os con beta lattamici; al controllo t2 la linforrea è completamente regredita nei pazienti trattati col pico, mentre persisteva nei pazienti trattati con medicazione standard; in questi ultimi è stato necessario rinviare di 7 giorni la rimozione dei punti di sutura e proseguire per tale periodo la terapia antibiotica. Quattro pazienti hanno presentato inoltre ematoma inguinale postoperatorio, regredito in tutti i casi al controllo t2 negli accessi medicati con pico, mentre negli inguini trattati con medicazioni standard in due casi l'ematoma è persistito oltre il t2, determinando un ritardo nella rimozione dei punti di sutura.

Conclusioni

Nonostante l'esiguità del campione ed il carattere pilota dello studio, riteniamo che l'applicazione di questo innovativo device sia potenzialmente in grado di ridurre il numero delle complicanze legate al sito chirurgico, con conseguente riduzione dei tempi di

guarigione, dei costi associati alle terapie e potenzialmente delle complicanze infettive accesso-correlate.

TITOLO: PRESENTAZIONE PROGRAMMA COORDINAMENTO SCIENTIFICO SIF

EBNER H.

Istituto: svgtchir bolzano

Scopo:

Presentare ai soci sif il programma e le attività del coordinamento scientifico ed invitare i soci a partecipare attivamente all'attività dello stesso.

Materiali e metodi:

E' stata riservata una pagina per il coordinamento scientifico sul sito internet della sif sulla quale vengono comunicate le novità, le attività scientifiche programmate ed i risultati degli stessi.

Sono previsti articoli propedeutici sul modo di preparare e presentare relazioni e pubblicazioni, sulla statistica, sull'ebm etc.

E' in programma di fornire un supporto tecnico-teorico per chi programma un lavoro scientifico.

Sono in preparazione studi multicentrici ai quali i soci interessati potranno aderire. Si e' gia' formato un gruppo di interessati a studi multicentrici. Esso e' composto da colleghi che operano o privatamente od in ospedale con un bacino di circa 400 letti ospedalieri.

E' prevista in particolare l'incentivazione della partecipazione scientifica dei giovani.

Si vorrebbe creare una biblioteca informatica delle pubblicazioni su journals internazionali dei soci sif per divulgare e fare conoscere i prodotti scientifici nostri.

Il contatto scientifico con l'industria, con l'obiettivo di un miglioramento quantitativo e qualitativo dell'attività scientifica oggettiva, è in fase di attuazione.

Risultati:

Sono stati istituiti tre gruppi di studio, uno sull'ecocordopler, uno sul consenso informato ed uno sull'aggiornamento del flebologo. È stato eseguita una interrogazione telematica sulla scleroterapia perioperatoria, che è in fase prepubblicazione.

La pagina sul sito sif è operante. Due studi multicentrici sono in preparazione.

Ulteriori risultati dipenderanno dall'impegno e dalla collaborazione tra i soci, il mondo scientifico, l'industria ed il coordinamento scientifico.

Conclusioni:

Con la decisione del direttivo della sif di nominare un coordinatore scientifico si è voluto fare partire un'attività sentita e voluta già da diverso tempo. Si tratterà di valorizzare le varie attività scientifiche già esistenti in seno alla sif e rendere visibile meglio il lavoro svolto finora, oltre a dare un impulso per intensificare qualità e quantità del gettito scientifico, base essenziale per il progredire di una società prestigiosa come la sif. I primi passi sembrano promettenti.

ANALISI CONOSCITIVA SULLA GESTIONE DELLE MALFORMAZIONI
VASCOLARI
VERCELLIO G.

il campo delle malformazioni e delle anomalie vascolari è assai vasto e comprende patologie di vario tipo e gravità, di cui sono praticamente assenti dati epidemiologici nell'ambito della popolazione italiana.

non sempre si è di fronte a casi complessi o che necessitano un approccio multidisciplinare. Molti casi rientrano a tutti gli effetti nella competenza dei flebologi e dei chirurghi vascolari e possono essere curati step by step anche ambulatorialmente e con i mezzi attualmente in uso per le patologie venose tradizionali, scleroterapia, laser transdermico o endovascolare, ecc.

Un breve questionario è stato proposto per via telematica a tutti i soci sif (16 semplici quesiti) allo scopo di avere un quadro preliminare circa il peso di queste patologie, forse meno rare di quanto non si creda, e circa il numero degli iscritti che effettivamente si cimentano con esse.

I dati ottenuti saranno presentati al prossimo congresso 23° "fleb des alpes (suisi 4-6 febbraio 2015)

Gianni vercellio – responsabile sif per le malformazioni vascolari

Heinrich ebner per la parte statistica

TITOLO: L'INCIDENZA DELLE VARICI RECIDIVE DOPO INTERVENTO RADICALE DI BABCOCK COCKETT

JULIANE ANNA EBNER*, STEFAN MORANDELL*, CHARALAMPOS DELLIS*, CARLO STRINGARI*, FRANCESCA BARATTO*, FRANCESCO ZARACA*, HEINRICH EBNER**

Istituti di appartenenza: * chirurgia vascolare e toracica bolzano, **svgtchir bolzano

Scopo del lavoro:

Vedere nella propria casistica l'incidenza di vere varici recidive dopo un intervento radicale secondo babcock-cockett ad una distanza minima di 10 anni.

Materiali e metodi:

Sono state revisionate le documentazioni perioperatorie, documentate e raccolte in modo prospettico per una valutazione dell'incidenza di varici recidive nei pazienti operati per varici da gennaio 1998 a dicembre 2003. Sono poi stati selezionati per lo studio i pazienti sottoposti ad intervento radicale secondo babcock e cockett. Questi sono stati richiamati e sottoposti ad una visita di controllo dopo minimo dieci anni con anamnesi, esame clinico ed esame ecocolordoppler da medici estranei completamente al primo intervento. Tutti i dati perioperatori e di follow-up raccolti sono stati inseriti in un database spss 19 for windows. Per variabili numeriche è stato applicato lo studentt test o il mann-whitney rank sum per dati non appaiati. Dati categoriali vennero analizzati con il test chi quadrato o fisher exact test per numerosità inferiori a 100. La significatività statistica venne assunta per valori di p inferiori a 0,05.

Risultati:

Di 741 arti operati per varici 534 erano stati sottoposti ad intervento radicale secondo babcock cockett. L'88,6%, 473 arti erano raggiungibili, 73 solo telefonicamente, 400 per un esame completo; i dati di questi rientrarono nell'analisi statistica.

Dallo studio è emerso, che le recidive debbono essere distinte in varici residue (non eliminate con l'intervento), recidive (ricomparse nella stessa sede o in vicinanza causale con l'intervento pregresso) e ricorrenti (comparse in altre sedi dell'arto operato). Sono state trovate il 16,5% di varici residue, il 15,5% di varici recidive, il 15% di varici ricorrenti e nel

13,8% una combinazione di almeno due dei tre tipi. Calcolando anche le varici recidive vere presenti nei pazienti che avevano una varice nuova dopo l'intervento, l'incidenza di varici totale risulta essere del 23,75%. Solo nel 24,1 % sussisteva l'indicazione chirurgica per il reintervento.

Conclusioni:

Il termine omnicomprensivo di varice recidiva è sbagliato, dato che recidiva in termini chirurgici significa ritorno della stessa malattia nella stessa sede, già operata; le varici residue e ricorrenti non corrispondono a questa definizione ed hanno un'altra causalità delle varici recidive vere e proprie.

NUOVE IPOTESI SULL'ORIGINE DELLA MALATTIA VARICOSA

F. FERRARA

STUDIO FLEBOLOGICO FERRARA 80011 ACERRA (NA) I. V. KULISCIOFF 33 TEL.
081/5207231 E-MAIL FRFERR@TISCALI.IT

Diverse teorie sono state avanzate per spiegare la patogenesi della malattia venosa cronica (MVC). Fra tutte spiccano: l'antica teoria *discendente*, che ne individua il primum movens nell'ipertensione da reflusso tronculare e la recente teoria ascendente che vede il coinvolgimento degli assi safenici come ultimo epilogo di un sovraccarico emodinamico originato dai rami venosi sottocutanei, che per primi sarebbero colpiti dalla dilatazione parietale. La comune osservazione che le vene ben sopportano i forti carichi pressori, come testimoniato dalla scarsa tendenza alla dilatazione dei by-pass venosi su arteria, ha destituito di attendibilità la teoria discendente, ed ha indotto gli studiosi a ricercare altre spiegazioni della patogenesi delle varici. La teoria ascendente rappresenta uno sforzo in tale direzione, vanificato però dalla mancata individuazione del momento patogenetico che determina la dilatazione varicosa dei vasi distali e periferici.

Di recente Hebrant e Colignon hanno individuato in un aumento della portata venosa dermica l'origine delle varici di ogni estensione e calibro. Tale aumento di flusso venoso (funzionale/reattivo o da micro shunt A-V) oltre a rendere visibili e dilatate le varicosità dermiche e reticolari, incrementerebbe la portata delle vene del sottocute dilatandole. Tale dilatazione, capace di generare incontinenza valvolare, è la sola risposta che può offrire il vaso all' aumento della velocità ematica, inevitabile esito dell'incremento della sua portata in una rete venosa se il suo calibro restasse immutato. Solo un tale adattamento in dilatazione della parete venosa può essere normalizzata la velocità di flusso, al prezzo però della deformazione varicosa, cui alcuni soggetti geneticamente predisposti andrebbero incontro. La patogenesi del rimodellamento varicoso è legata all'azione dello shear stress sulla derepressione di geni, notoriamente legati alla patogenesi della MVC (fattore di trascrizione AP-1). Il reflusso degli assi safenici è generato a seguito del coinvolgimento di un loro segmento avalvolato nel circuito venoso interessato dall'iperafflusso.

L'Autore ritiene che l'inspiegabile rilievo di una sintomatologia tipica della MVC conclamata, nei pazienti C1, possa dare sostegno a tale teoria, avendo egli messo in relazione tale sintomatologia con i fenomeni di rimodellamento varicoso. Viceversa, l'altrettanto paradossale modesta sintomatologia, in pazienti C2 con voluminose varici, è dall'Autore spiegata come l'approdo ad una pseudo normalizzazione, che usa la dilatazione del vaso per ridurre l'elevata velocità del suo contenuto e con essa gli effetti dello shear stress, prima tra tutti l'induzione dell'endotelio alla secrezione dei mediatori responsabili sia del rimodellamento varicoso, che della sintomatologia.

ORIENTAMENTI ATTUALI NELLA CHIRURGIA DELLE VARICI DEGLI ARTI INFERIORI

SELLITTI A. - ^DI FILIPPO A. - SELLITTI M. E. - °APPERTI M. - GIORDANO R.

Asl salerno - dea iii liv. - u. O. C. Chirurgia generale ed oncologica - ospedale nocera inf. - pagani - servizio di angiologia e flebologia chirurgica

^asl salerno - dea iii liv. - u.o.c. medicina d'urgenza - ospedale nocera inf. - pagani - servizio di ecocolordoppler vascolare

°centro interuniversitario di ricerca e formazione in flebologia - universita' degli studi di perugia

Summary

In the surgery of varices of legs the anatomic and ultrasound knowledge of sapheno-femoral junction and of his tributaries, of sapheno-popliteal junction, of saphenous systems and of perforant veins are indispensable to avoid operating accidents and to prevent varicose relapse. The ablative treatment in the surgery of veins finds his ratio in wolfgang hach genius who, on the base of clinical-phlebographical exam, was the forerunner of an ablative treatment aimed to extirpation of venous pathological heritage and, subsequently, in the hemodynamics studies of claude franceschi and anatomical studies of giuseppe genovese. Day by day, in daily practice we observed similitude between models of varicose disease examined with doppler and classification anatomic-phlebographical of wolfgang hach.

Key words: terapia chirurgica delle varici – emodinamica venosa – exeresi vene patologiche

Introduzione

Nella chirurgia delle varici degli arti inferiori la conoscenza anatomica ed ecografica della giunzione safeno-femorale e delle sue tributarie, della giunzione safeno-poplitea, dei sistemi safenici e delle perforanti sono indispensabili per effettuare un buon trattamento, evitare accidenti operatori e prevenire le recidive varicose. Riteniamo che w. Hach sia stato un precursore della chirurgia ablativa emodinamica, ovvero la eliminazione dei punti di fuga e

l'asportazione dei segmenti venosi "malati". Già dagli inizi degli anni '70 con l'ausilio della flebografia, W. Hach aveva intuito che non era necessario procedere allo stripping lungo di principio sia della grande che della piccola safena, ma limitarsi all'exeresi segmentaria, alla crossectomia, alla legatura-interruzione di perforanti, alla varicectomia.

W. Hach con i suoi studi clinici e flebografici aveva messo a punto una classificazione anatomica e funzionale della malattia varicosa (h1, h2, h3, h4), indicando anche una strategia chirurgica che oggi trova pienamente conferma nello studio con l'ecocolordoppler.

Riteniamo che la chirurgia ablativa alla luce delle consolidate acquisizioni di emodinamica ed effettuata con accuratezza e precisione resta, a nostro avviso, il pilastro della chirurgia delle varici. L'obiettivo è quello di ottenere un risultato funzionale ed estetico soddisfacente, duraturo nel tempo.

La terapia ablativa chirurgica emodinamica prevede:

- Tempo di crosse (crossectomia selettiva sec. Genovese);
- Stripping dei sistemi safenici accessori (19% dei casi), stadio hach 1;
- Stripping ultra-corto della safena interna, dalla giunzione safeno-femorale fino al terzo medio inferiore di coscia (41% dei casi), stadio hach 2;
- Stripping corto della safena interna, dalla giunzione safeno-femorale fino al terzo superiore di gamba (31% dei casi), stadio hach 3;
- Stripping lungo della safena interna, dalla giunzione safeno-femorale al malleolo mediale (nel 9% dei casi), stadio hach 4;
- Stripping della safena esterna, dalla giunzione safeno-poplitea al malleolo laterale (meno dell'1%) o, più frequentemente, a metà polpaccio (stripping corto);
- Varicectomia;
- Revisione della giunzione s-f e/o s-p in caso di recidiva;
- Legatura-interruzione di perforanti incontinenti, isolate o a completamento di trattamento ablativo dei tronchi safenici.

Materiali e metodi

Le moderne acquisizioni di emodinamica nello studio del sistema venoso superficiale degli arti inferiori consentono di effettuare un corretto mappaggio morfo-funzionale preoperatorio

finalizzato ad un approccio chirurgico che evita o riduce gli errori tecnici. L'ecocolordoppler, utilizzato secondo il metodo di studio di c. Franceschi (suddivisione del sistema venoso in compartimenti n1, n2, n3, n4t, n4l e shunt), consente di valutare:

- Variabilità anatomica del sistema;
- Valutazione degli apparati valvolari;
- Accurato studio dei punti di fuga e di rientro;
- Interpretazione della direzione dei flussi;
- Giusta esecuzione ed interpretazione delle manovre statiche e dinamiche.

Questi parametri sono indispensabili per classificare lo stadio della malattia varicosa e per effettuare una corretta procedura chirurgica. Tuttavia, nella pratica quotidiana abbiamo notato una similitudine tra i modelli di malattia varicosa studiati con ecocolordoppler e la classificazione anatomo-flebografica di hach.

Possiamo anche asserire che gli ultrasuoni hanno rivalutato la varicectomia, considerata in passato un trattamento estetico ("eliminazione del visibile"). Essa è indicata:

- A completamento di stripping ultra-corto, corto o lungo e nella recidiva;
- Asse safenico non dilatato, con valvola preterminale incontinente e valvola terminale continente;
- Reflusso n2 > n3 alto (con incontinenza breve safeno-femorale) e con safena sottostante continente;
- Reflusso n1 > n3;
- Reflusso di n3 a partenza dal golfo safenico con tronco safenico continente;
- Presenza di perforanti di rientro sulla safena (in genere sotto il ginocchio) capace di svuotare la quota refluenta una volta eliminate le varici di n3;
- Pazienti molto giovani o anziani dove una chirurgia di minima può essere giustificata (difficile stabilire l'evoluzione nel primo caso, risultati funzionalmente adeguati nel secondo caso);
- Varici di piccolo calibro in pazienti che rifiutano la scleroterapia;
- Altre situazioni: malattia ischemica cardiaca o periferica, artropatia, epatopatia, cause psicologiche, ecc.

Risultati

Nel periodo dicembre 1997 – maggio 2014 abbiamo trattato 1851 arti inferiori, in 1041 casi (56,24%) abbiamo effettuato varicectomie senza interventi sul sistema safenico interno o esterno, in 810 casi (43,76%) siamo intervenuti sul sistema safenico interno o esterno con varicectomie associate. Tali interventi sono stati eseguiti in regime di day-hospital, in anestesia locale o spinale.

- Tutti i pazienti trattati chirurgicamente, secondo tali protocolli, hanno riferito, nel tempo, un miglioramento estetico e funzionale più che soddisfacente;
- Non abbiamo mai rilevato nei controlli ecodoppler, che sistematicamente effettuiamo a un mese, tre mesi, sei mesi, un anno dall'atto operatorio, recidive di crosse, laddove è stato necessario intervenire anche sul sistema delle safene;
- Le varici residue ed evolutive post-operatorie hanno sempre trovato giovamento con il trattamento scleroterapico.

Considerazioni

- La varicectomia può essere ritenuta intervento di scelta e non "palliativo" in più del 50% dei pazienti varicosi;
- L'atto operatorio (varicectomia isolata e/o a completamento di interventi sul sistema delle safene interne o esterne) viene eseguito in regime di day-surgery, generalmente in anestesia locale o spinale, effettuando mini incisioni cutanee che praticamente non alterano il profilo estetico;
- Le collaterali varicose quando non sono molto tortuose anziché "mullerizzate" possono essere incannulate ed eliminate con ministripping;
- In caso di stripping corto o ultra-corto safenico, previo un corretto marcaggio preoperatorio, si può orientare la sonda per un "incannulamento in blocco" safenico + collaterale (n2+n3);
- Dopo l'intervento viene effettuato o un bendaggio elastocompressivo oppure indossata direttamente una calza elastica post-operatoria;
- I pazienti possono essere dimessi dopo poche ore dall'intervento o al massimo il giorno dopo perfettamente deambulanti riprendendo, in casi di necessità, anche l'attività lavorativa.

Conclusioni

Il trattamento ablativo nella chirurgia delle varici trova il razionale nella genialità di wolfgang hach, precursore di un atto operatorio conservativo finalizzato all'exeresi del patrimonio venoso patologico dopo valutazione clinica-flebografica e, successivamente, negli studi emodinamici di claude franceschi ed anatomici di giuseppe genovese. Il trattamento ablativo rappresenta il gold standard nella chirurgia delle varici solo se viene preceduto da un accurato studio ecocolordoppler. Lo studio emodinamico preoperatorio con gli ultrasuoni, sostituendo nel tempo quasi completamente l'esame flebografico, evita e/o riduce gli errori tecnici, al fine di ottenere un soddisfacente risultato estetico e funzionale, duraturo nel tempo.

Riassunto

Nella chirurgia delle varici degli arti inferiori la conoscenza anatomica ed ecografica della giunzione safeno-femorale e delle sue tributarie, della giunzione safeno-poplitea, dei sistemi safenici e delle perforanti sono indispensabili per effettuare un buon trattamento, evitare accidenti operatori e prevenire le recidive varicose. Il trattamento ablativo nella chirurgia delle varici trova il razionale nella genialità di wolfgang hach, precursore di un atto operatorio conservativo finalizzato all'exeresi del patrimonio venoso patologico dopo valutazione clinica-flebografica e, successivamente, negli studi emodinamici di claude franceschi ed anatomici di giuseppe genovese. Giorno dopo giorno, nella pratica quotidiana, abbiamo osservato una similitudine tra i modelli di malattia varicosa studiati con esame ecocolordoppler e la classificazione anatomo-flebografica di wolfgang hach.

Bibliografia

Apperti m. - sellitti a. - verde i. - ambulatory varicectomy - atti 14 th world congress u.i.p. rome, september 9-14 2011, pag. 314

Apperti m. - sellitti a. - proposta di metodica alternativa alla varicectomia ambulatoriale - atti com. 102° Congr. Naz. S.i.c. roma 15-20 ottobre 2000, pag. 200

Cardamone b. - sellitti a. - apperti m. - di filippo a. - quarto g. - anatomia del sistema venoso degli arti inferiori - updates in flebologia 2012 - pag. 12-16

C.i.f. - linee guida diagnostiche-terapeutiche delle malattie delle vene e dei linfatici 2003 vol. 4, n. 1-2

Delfrate r. - manuale di emodinamica venosa degli arti inferiori - ed. Ass. Umanizzazione della chirurgia - parma 2011

Di filippo a. - cardamone b. - riccio i. - sellitti a. - giordano r. - la giunzione safeno-femorale: anatomia ecografica e varianti anatomiche - comunicaz. Congr. Naz. S.i.f. ostuni 25-27 maggio 2012

Donadi g.c. - genovese g. - "flebologia". Nuove edizioni, milano 1994

Franceschi c. - théorie et pratique de la cure chiva. Ed. De l'armanoçon, præcy-sous - thil, 1988

Genovese g. - "superficial epigastric vein sparing in saphenous-femoral crossectomy". 26th world congress of the international college of surgeons, milan-italy. 1988

Genovese g. - "news on crossectomy of sapheno-femoral junction". Main lecture 15th of the i.u.p. world congress, rio de janeiro, brasil 2005

Genovese g. - "treatment of varicose veins news" main lecture world congress asian chapter Of the i.u.p. kyoto, japan. 2007

Genovese g. - "news on crossectomy of sapheno-femoral junction" international angiology, vol. 26, n.2, pp.68. 2007

Genovese g. - "rol de las colaterale en la recidiva de lev". Main lecture xiv congreso international del colegio argentino de cirugia venosa y linfatica, buenos aires, argentina 2010

Genovese g. - chirurgia delle vene e dei linfatici. Ed. Masson s.p.a. - milano 2003

Hach w. - venen chirurgie - rezenzionen - schattauer verlag. 2007 - 368 seiten

Hach w. - phlebographie der bein - und beckenvenen - stnetzto - konstanz 1985

Hach w. - rezirkulationskreise der stammvarikose und ihre chirurgische therapie - herz u. Gefäße 11 (1991) 136-145

Hach w. - hach-wunderle v. - phlebographie der bein - und beckenvenen, 4 - aufl. Springer, berlin 1994

Hach w. - hach-wunderle v. - die untersuchung des venenkranken patienten. Z. Allg. -med. 68 (1992) 679-685

Hach w. - hach-wunderle v. - die sekundäre popliteal - und femoralvenen-insuffizienz. Phlebologie 21 (1992) 52-58

Mancini s. - trattato di flebologia e linfologia. Ed. U.t.e.t. 2001

Mancini s. - manuale di flebologia - laris editrice – colle val d'elsa (si) - 2009

Mariani f. - "selective crossectomy", of the great saphenous vein: result at five years, acta phlebologica, vol. 9, n.1, pp. 6. 2008

Mumme a. -die hach-klassifikationen als leitlinie für die operative therapie der Stammvarikosi - relaz. 19° congr. "flebs des alpes" alta badia 8-11 febbraio 2011

Ricci s. - georgiev m. - flebectomia ambulatoriale. Ed. P.r. bologna 1999

Sellitti a. Et all - mappaggio morfo-funzionale e trattamento delle varici: la chirurgia ablativa - updates in flebologia 2012 - pag. 35-37

Sellitti a. - diagnostica strumentale del paziente varicoso – relaz. Meeting. Soc. Int. Dermatologia, sorrento 3-8 luglio 2000

Sellitti a. - apperti m. - tipi e tecniche di stripping - atti 100° congr. Naz. S.i.c. - roma 11-16 ottobre 1998 - vol. 4° - pag 111-7

Sellitti a. - le varici degli arti inferiori: terapia di exeresi o emodinamica? Riv. Salerno 1 - nov. 1999, pag. 16-17

Sellitti a. - giordano r. - apperti m. - la chirurgia ablativa del sistema venoso superficiale con finalità emodinamica: orientamenti attuali - atti 32° congr. Naz. Siapav padova 17-20 novembre 2010 - minerva cardioangiol. 2010; 58 (suppl. 1 al n. 6): 181-2

Sellitti a. - di filippo a. - pagano m. - giordano r. - apperti m.- la classificazione di hach e la chirurgia delle varici degli arti inferiori - atti 34° congr. Naz. Siapav napoli 21-24 novembre 2012 - minerva cardioangiol. 2010; 60 (suppl. 1 al n. 6): 169-71

Stritecky - kähler - cirurgia de las venas varicosas - marban libros, s.l. 1997 edición española

TITOLO: SCLEROTERAPIA PERIOPERATORIA: RISULTATI DI UN'INTERVISTA TELEMATICA DI FLEBOLOGI ITALIANI

EBNER H¹, FALK M², FERRARA F³, CACCIATORE E□, DOMPE` G□, FARINA A□, EBNER JA□

ISTITUTI DI APPARTENENZA : 1 SVGTCHIR BOLZANO, 2 INOVAQ , 3 STUDIO FLEBOLOGICO FERRARA, ACERRA (NA), □ CLINICA PRIVATA CARPI (MODENA), □ IRCCS ISTITUTO DERMATOLOGICO DELL'IMMACOLATA ROMA, □ CHIRURGIA VASCOLARE OSPEDALE MAGGIORE HOSPITAL CREMA, □ CHIRURGIA VASCOLARE E TORACICA BOLZANO

Scopo del lavoro:

Conoscere il comportamento dei flebologi italiani riguardo alla scleroterapia perioperatoria

Materiali e metodi:

Fu chiesto di rispondere ad un questionario, inviato per e-mail, agli iscritti di tre società flebologiche italiane. Le domande vertevano sul tipo di specializzazione raggiunta, sul tipo di posto di lavoro, privato od ospedaliero, se l'intervistato eseguiva la scleroterapia, la flebochirurgia e la scleroterapia perioperatoria, ed in particolare se la eseguiva solo pre- o intra- o postoperatoriamente od in combinazione. Venne chiesto inoltre di indicare le relative percentuali, il tempo tra l'intervento e la scleroterapia postoperatoria e se la scleroterapia postoperatoria era programmata già prima dell'intervento o se veniva eseguita a demand in caso di varici residue dopo l'intervento. Gli esecutori di una scleroterapia preoperatoria vennero interrogati telefonicamente sul rationale per questa procedura. Le risposte furono inserite in un data base spss 19 per windows. Una significatività statistica venne presunta per valori di p inferiore a 0,05.

Risultati:

113 colleghi risposero al questionario. 10 partecipanti furono esclusi dall'analisi statistica perché non eseguivano scleroterapia o chirurgia. Dei 103 partecipanti rimanenti 90 (87,4%) erano chirurghi e 13 (12,6%) flebologi; di questi, il 56,3% esercitava in struttura pubblica, il 44,7% in struttura od ambulatorio privato. La scleroterapia perioperatoria viene praticata dal 63,1% solo come procedura postoperatoria. L'8,7% la esegue sia pre-, intra- e

postoperatoriamente. Il resto combina due di queste tre procedure. La scleroterapia postoperatoria viene programmata significativamente più frequentemente ($p=0,014$) e prima nel tempo ($1,8\pm 1,1$ verso $2,7\pm 0,3$ mesi; $p=0,016$) in ambulatorio privato. I chirurghi vascolari eseguono una percentuale significativamente ($p= 0,02$) più alta di scleroterapie intraoperatorie.

Conclusioni:

La scleroterapia perioperatoria può essere impiegata come terapia aggiuntiva al gesto chirurgico per migliorare il risultato chirurgico e dovrebbe essere chiamata „scleroterapia adjuvante“ per distinguerla dalla scleroterapia di per se e dalla „sclerochirurgia“ o dallo „sclerostripping“, che vengono eseguiti insieme al gesto chirurgico, intraoperatoriamente.

Le risposte di 113 partecipanti danno un'impresione attendibile dei comportamenti attuali in tema di scleroterapia perioperatoria degli operatori italiani in campo flebologico. La scleroterapia perioperatoria sembra ampiamente usata come sclerostripping e come scleroterapia adjuvante con il raggiungimento di una maggiore miniinvasività del gesto chirurgico. Il razionale della sclerochirurgia è multifattoriale.

I. TESSARI L*, CAVEZZI A**, IZZO M***, ZINI F°, M. TESSARI°°, STEFANIA DE FEO****, DANIELA GRIGOLATO***** FANELLI R°°

* glauco bassi foundation, trieste, ** vascular unit clinic stella maris, s.benedetto del tronto, *** math. Tech. Med. Univ. Studi ferrara, ° casa di cura città di parma, parma, °° mario negri pharmacology institute, milan, °°° studi tessari peschiera del garda.*** servizio di cardiologia casa di cura dr. P. Pederzoli peschiera del garda verona italy ***** servizio autonomo di medicina nucleare ospedale maggiore borgo trento verona italy

Email: lorenzo@tessaristudi.it

1° step

Foam sclerotherapy, which started to be diffused ten years ago, radically changed phlebology world; furthermore the usage of duplex guidance and of colour-duplex control of our treatments, led us to assess the pathways and diffusion of the microbubbles of sclerosant foam; as a result a few hypotheses have been formulated on foam bubbles propagation, whereas, in comparison, no studies have been performed on liquid sclerosants from this point of view

Several authors highlighted the necessity to study and assess the propagation of the gas microbubbles and/or of the drug within the bubbles in this “modern” sclerotherapy

The aim of this study is to highlight:

- 1- if bubbles and drug are linked or separated in their pathway within the blood stream
- 2- the possible changes of bubble propagation induced by various therapeutic procedures (such as limb elevation, immobility after the injections, etc.)
- 3- if labelling the sclerosant drug with labelled technetium (pertechnetato $^{99m}\text{TcO}_4^-$) may be a correct procedure to highlight the pathway and propagation of the sclerosant drug in foam sclerotherapy.

A first study with echocardiography has been performed on one patient: the arrival time of the bubbles and their persistence modalities and time within the atrium (after a standardised injection of sclerosant foam) have been monitored and calculated in different time intervals.

Four mls of foam (tessari method) of polidocanol 0,5%+CO₂O₂ have been injected in the left great saphenous vein and in a right posterior calf tributary; in another case 4 mls of sclerosant foam (tessari method) of polidocanol 0.5% + air have been injected in a left posterior calf tributary. Any difference in the bubble movement related to limb elevation, immobilisation-mobilisation has been assessed furthermore.

The second study has been performed to assess the possibility to label sclerosant drug/microbubble with label technetium (pertechnetate ^{99m}TcO₄⁻)

The same patient has been investigated indifferent times as to his pulmonary transit and his captation of the labelled marker within his captation organs (thyroid in primis, salivary gland, kidneys , stomach, etc.); more in details the following assessment have been performed:

- 1 - the pathway of free ^{99m}TcO₄⁻
- 2 - the pathway of ^{99m}TcO₄⁻ within sclerosant foam made with polidocanol 2% + air
- 3 - the pathway of ^{99m}TcO₄⁻ within sclerosant foam made with polidocanol 2% +CO₂O₂
- 4 - the pathway of ^{99m}TcO₄⁻ within sclerosant foam made with sodium tetradecylsulfate 1% + CO₂O₂
- 5 - the pathway of ^{99m}TcO₄⁻ within sclerosant foam made with sodium tetradecylsulfate 1% + air

Results

The three main outcomes of our studies are summarised below:

- 1 - by means of echocardiography it is not possible to highlight any link between drug and bubbles
- 2 - elevation of the limb and post-injection limb immobility significantly influence the passage of the microbubbles in the blood stream/heart propagation
- 3 - the labelling of the sclerosant drug with pertechnetate ^{99m}TcO₄⁻ is not an adequate procedure to highlight the pathway of the sclerosant drug in foam sclerotherapy; further details will be provided on this part of the studies
- 4- is absolutely necessary, at this point, apply new study:

2° step

Aims: following to a few in vitro trials which showed sclerosant drug interaction with blood components, this experimental trial was designed to assess in vivo binding between sodiumtetradecylsulfate (sts) drug, which is contained on sclerosant foam (sf) microbubbles, and blood proteins.

Patients and methods: two different groups of patients were submitted to ultrasound guided foam sclerotherapy with 3% sts +co2o2 based sf, which was formed through tessari method. In group a 4 patients (2 great saphenous vein (gsv), 1 small saphenous vein (ssv), 1 alcock canal vein (acv)) had 5 cc injection of sf. Immediately before the injection (t0) and 1', 5' and 10' after the injection blood samples were retrieved from left brachial vein. In group b 5 cc of sf were injected in a varicose tributary of the leg of two patients with gsv incompetence. Immediately before , 1', 3', 5' and 10' after the injection, blood samples from the homolateral common femoral vein and from left brachial vein were retrieved. Titration of free sts and of total, protein-bound sts (bsts) were performed by means of a solvent assisted extraction and a molecular filter with a 10kda cut off (for protein filtration).

Results: in group a (brachial vein samples) bsts (total sts) titration was respectively 0%at t0, 0.5% (gsv and ssv injection) and 8% (acv injection) after 1', 5-7% (gsv and ssv) and 37% (acv) after 5', 9-21% (gsv and ssv) and 38% (acv) after 10'. Free sts titration at t0, after 1', 5' and 10' was 0% in all samples. In group b (common femoral vein samples) bsts (total sts) concentration ($\mu\text{g/ml}$) at t0, after 1', 3', 5' and 10' was: 0, 1.62, 13, 24, 6 and 8.67 for the first patient, and 0, 1.42, 18.5, 8.33, and 5.43 for the second patient. Free sts titration was 0 (nil) in all samples for both patients.

Conclusions: this in vivo study definitely proved that when injecting 3% sts sf in the veins of the lower limbs, blood proteins bind sts of sf microbubbles in less than 1'. More importantly no free (active) sts has been found in common femoral vein and beyond pulmonary circulation. Conversely bsts (pharmacologically inactive) is tracked throughout the lower limb and central veins circulation.

Parsi k, exner t, connor de, herbert a, ma dd, joseph je. Thelytic effects of detergent sclerosants on erythrocytes, platelets, endothelial cells and microparticles are attenuated by albumin and other plasma components in vitro. Eur j vasc endovasc surg 2008;36:216e23.

Parsi k, exner t, connor de, et al. In vitro effects of detergent sclerosants on coagulation, platelets and microparticles Eur j vasc endovasc surg 34,731-740 (2007)

Parsi k, exner t, et al. In vitro effects of detergent sclerosants on antithrombotic mechanism Eur j vasc endovasc surg 2009

M.r. watkins deactivation of sodium tetradecyl sulphate
Injection by blood protein Eur j vasc endovasc surg (2011) xx, 1e5

Cavezzi a, tessari l. Foam sclerotherapy techniques: different
Gases and methods of preparation, catheter versus direct
Injection. Phlebology 2009;24:247e51.

L. Tessari, p.g. giorgetti, d grigolato, may sclerotherapy cause a pulmonary injury?
Preliminary results with dynamic scans of the thorax using 99mTc pertechnetate abstract, XVI
World Meeting of the Union Internationale de Phlebologie Montecarlo 31/08/2009 - 04/09/2009

I. Tessari, p.g. giorgetti, d grigolato, a. Vicentini, s defeo, chasing the bubbles and the drug in
foam sclerotherapy; abstract 9th international congress of phlebology duplex ultrasound
and endovenous treatments bologna, italy april 4-5, 2008

H. Milleret, h. Mehier, foam and lungs: a scintigraphic study. Abstract and presentations ACP
Tucson 2007 may

10 ANNI DI ESPERIENZA CON TRATTAMENTO LASER ENDOVASCOLARE DI VARICI AGLI ARTI INFERIORI

C. PINZETTA, W. SCHULLIAN, M SAN NICOLO´
AMBULATORIO CHIRURGICO A BOLZANO- CLINICA SANTA MARIA

Abbiamo controllato in uno studio prospettico piu´ di 3000 trattamenti endovascolari eseguiti in clinica ed in regime ambulatoriale negli ultimi 10 anni . Gli interventi tradizionali di crossectomia e stripping si sono ridotti notevolmente a favore dei trattamenti endo-luminali. I risultati raggiunti inizialmente con la sonda piatta furono mediocri. Soprattutto per quanto riguarda la piccola safena in un follow- up di 5 anni abbiamo riscontrato una ricanalizzazione quasi del 50%. I risultati sono notevolmente migliorati con l´utilizzo della sonda radiale e con la sonda a doppio anello attualmente utilizzata. Modifiche ci sono state anche per quanto riguarda l´energia erogata.

Con la sonda radiale siamo riusciti a trattare i pazienti quasi esclusivamente in regime ambulatoriale ed in anestesia locale. Ora trattiamo ca. Il 95% dei pazienti mediante un trattamento endoluminale riducendo cosi gli interventi di stripping tradizionale. 10 anni fa siamo partiti con questa esperienza trattando solo la vena safena interna, ma ora trattiamo, le safene , le recidive, la vsaa , la vena giacomini e anche le vene perforanti. Attualmente si nota un tasso di occlusione del 98% . Le recanalizzazioni sono apparse dopo pochissimo tempo dal trattamento. Nel trattamento con la sonda piatta queste furono notate entro i primi anni .

Conclusioni: il trattamento endovascolare si e´ evoluto ed e´ diventato uno strumento ideale per il trattamento delle varici degli arti inferiori che puo´ essere eseguito in regime ambulatoriale in anestesia locale portando cosi ad un notevole risparmio.

SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS ABOUT RESULTS OF TRADITIONAL SURGERY AND EVLA IN THE TREATMENT OF INCONTINENT SAPHENOUS VEIN

(CONFRONTO TRA CHIRURGIA TRADIZIONALE E TECNICA EVLA, NEL TRATTAMENTO DELLA SAFENA INTERNA INCONTINENTE. REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA E RISULTATI DI UNA METANALISI)

ERMENEGILDO FURINO M.D. AND GENNARO QUARTO M.D.

Evla aims to be an alternative to gsv stripping. We compared the recent endovenous laser ablation to the traditional gsv high ligation and stripping within a systematic review of literature. Evla turned out to be a safe and effective technique.

Abstract

Objectives: this paper aims to compare evla to traditional surgery, by evaluating the incidence of recurrences.

Background: the endovenous laser treatment (evla) is a minimally invasive technique used to treat the great saphenous vein insufficiency, and more recently, the small saphenous vein. Evla aims to reduce the surgical adverse events by decreasing, at the same time, the recurrence of reflux. We performed a meta-analysis to challenge both surgical and laser treatment, using, as clinical outcome, the presence or the absence of reflux.

Methods a systematic review of literature about the treatment of varicose veins was performed, searching in the following databases: pubmed-medline, cochrane library. Search terms considered were: *stripping, hl/s, surgery, laser, evl*, varicose vein, gsv, saphenous vein*. Only rcts based at least on six-months follow-up were considered eligible in the study. Methodological quality of the included studies was evaluated using cochrane collaboration bias risk assessment tool. Effects of the dichotomous variables taken in consideration were evaluated using pooled risk-ratios with 95% c.i. articles were evaluated initially from abstracts; eligible papers were full-text examined.

Results: we have considered 2 groups, a and b. Group a: 756 legs treated with conventional surgical procedure; group b: 755 legs treated with evla technique. Group

a showed 175 post-procedure recurrences, while b showed 97 recurrences. The average o.r. was 1.72; minimum o.r. was of .497 while the maximum was of 8.064.

Conclusions: endovenous laser ablation (evla) turns to be a safe and, at the same time, valid therapeutic option in patients with great saphenous vein insufficiency, reducing symptomatology and recurrences at the follow-up. However, from our meta-analytic assessment we gather that there is not a statistically significant difference between long term results, in terms of presence/absence of reflux, of traditional surgery and evla.

Mesh terms: saphenous vein, venous insufficiency, laser therapy, surgery, meta-analysis

ESTENSIONE DEL TRATTAMENTO LASER DELL'INSUFFICIENZA SAFENICA: RISULTATI A DISTANZA E CONFRONTO CON I DATI DELLA LETTERATURA.

LORENZO DI GIULIO, TRENTO MARCHETTI, MARTINA BATTISTINI, GENNARO DE VIVO, ALESSANDRO RANUCCI, GIOVANNI PRATESI, ARNALDO IPPOLITI

Scopo dello studio

Lo stripping safenico è associato a significativa morbidità peri-operatoria. Scopo dello studio è analizzare i dati della nostra esperienza, a confronto con quelli della Letteratura, per valutare l'impatto dell'EVLV sul trattamento dell'insufficienza venosa cronica.

Metodi

Abbiamo analizzato la nostra esperienza di 276 Pazienti con insufficienza safenica, trattati con EVLT dal 2006 al 2014. Le caratteristiche anatomico-funzionali del segmento venoso sono state studiate con eco-Doppler. I Pazienti sono stati controllati ad una settimana, al primo e sesto mese dopo la procedura e, successivamente, con cadenza annuale. I dati raccolti sono stati analizzati statisticamente.

Risultati

Dal gennaio 2006 al dicembre 2014 abbiamo trattato 276 Pazienti mediante termoablazione LASER endovenosa: 66 con LASER a 980 nm, 210 con LASER a 1470 nm. In 258 casi (93,5%) era presente un'incontinenza della grande safena (VGS), in 11 casi (4,0%) della piccola safena (VPS), in 7 (2,5%) di una safena accessoria (VSA). L'età media di questa popolazione è 51 anni. La maggior parte dei Pazienti apparteneva alla classe CEAP C2 (132 casi, 47,8%) e C3 (64 casi, 23,2%). La procedura è stata completata con successo nel 99,3% dei casi (274 Pazienti); in due casi l'intervento è stato convertito in uno stripping convenzionale. Al follow-up (Media 21 mesi) sono state registrate 8 ricanalizzazioni parziali (2,9%): 5 della VGS prossimale, 2 della VGS al terzo medio sostenute da vene tributarie confluenti.

Discussione

I risultati dell'EVLT, in termini di efficacia e complicità della procedura, di sicurezza e di comfort del Paziente si dimostrano superiori allo stripping convenzionale. La modulabilità della luce LASER e la versatilità della tecnica offrono un vantaggio evidente sulle tecniche convenzionali, in assenza di dolore post-operatorio.

Conclusioni

La termoablazione LASER è il trattamento di scelta dell'insufficienza venosa superficiale, anche in Pazienti non selezionati, eccellenti risultati anatomico-clinici immediati ed a medio termine.

RADIOFREQUENCY INDUCED THERMAL THERAPY (RFITT): A RETROSPECTIVE ANALYSIS

A. HAUMER¹, B. FISSNEIDER², S. HAUMER²

1: DEPARTMENT OF BIOMEDICINE AND DEPARTMENT OF SURGERY, UNIVERSITY HOSPITAL BASEL (CH)

2: DEPARTMENT OF SURGERY, HOSPITAL OF SILANDRO (IT)

Abstract: radiofrequency induced thermal therapy (rfitt) is a renowned technique for the treatment of varicose veins. Since its introduction in 2005 this method has gained increasing

attention and can nowadays be compared to the golden standards in treatment of varicosis. (1, 2) however only little data can be found in current literature about this widely applied technique. (1-7) this encouraged our group to analyze the data gathered retrospectively over 5-years (2009 to 2014) with over 963 veins treated in 716 patients. We conclude that the rfitt method is a very effective and safe approach to treat venous insufficiency; venous obliteration was reached in a high percentage of cases, comparable to previously published literature.

4 JAHRE VALVULOPLASTIE DER V.S.MAGNA MIT EINEM VENOPATCH® BAUER V.

Einleitung: die extraluminale valvuloplastie der v.s. magna (venopatch®) bietet in der kombination mit einer cryovariektomie eine mittlerweile etablierte alternative zu vsm destruierenden methoden. Untersucht wurde die ergebnisse in einem betrachtungszeitraum von 5 jahren post op.

Material und methoden: zwischen 1.1.2009 und 31.12.2013 wurde 412 valvuloplastien bei 320 patienten in kombination mit einer cryovariektomie der seitenastvarikosis in unserem zentrum von 2 operateuren durchgeföhrt.

Einschlußkriterium war eine stammveneninsuffizienz bis maximal grad iii nach hoch ohne pts sowie bis grad iv nach hoch bei zusätzlich vorhandenem pts und einer rekonstruierbaren mündungsklappe.

Ausschlußkriterien waren eine floride thrombophlebitis oder gefäßmalformationen.

Alle eingriffe wurden in der regel in spinalanaesthesie oder 3 in 1 block sowie tumneszensanaesthesie unter sedation durchgeföhrt. Lediglich bei 27 patienten wurde die therapie nicht mit einer cryovariektomie der seitenastvarikosis kombiniert. Alle patienten erhielten eine peri – und postoperative antibiose.

Nach 1 monat, 6 monaten ,1 jahr sowie in folge jährlich wurden die patienten duplexsonografisch nachuntersucht.

Ergebnisse: bei 35 patienten kam es zu einem erneuten reflux in die proximale vsm bzw. Wurde dieser nicht vollständig beseitigt. Das kaliber der vsm in kniehöhe reduzierte sich von durchschnittlich 5,8 mm praeoperativ auf 4,4 mm (p=0,012) postoperativ. Majorkomplikationen wie thrombose , lungenembolie oder eine infektion des patches traten nicht auf. Zur reoperation kam es lediglich einmal . Bei 92 % der patienten fand sich eine klinische verbesserung der beschwerden.

Schlussfolgerung: bei der vsm erhaltenden valvuloplastie handelt es sich um eine sichere und effektive operationsmethode mit geringen risiken sowie geringen rezidivraten . Die methode wird zunehmend in verschiedenen gefäßzentren eingesetzt. Besonders wertvoll erscheint die methode beim pts um eine suffiziente kollateralfunktion der vsm zu erhalten.

Dr. Volker bauer
Rhumetalklinik gmbh
Eschenschlag 5
37154 northeim

LE COLLATERALI “AL VAPORE”

L.FOSSATI, M.BALLIO

Abstract

Endovenous ablation is a frequently used method for treating varicose veins. Endovenous laser ablation is the most frequently used technique, followed by radiofrequency ablation. Endovenous thermal treatments heat the vein, leading to thrombotic occlusion and finally fibrosis of the vein wall. Endovenous steam ablation is a new technique that has not yet been extensively studied. In this article, the procedures, strengths, and weaknesses of the currently available endovenous thermal ablation treatments are discussed.

L'ablazione endovenosa è un metodo frequentemente utilizzato per il trattamento delle vene varicose. L'ablazione laser endovenosa è la tecnica più frequentemente utilizzata, seguita

dalla radiofrequenza. I trattamenti termici endovenosi "riscaldano" la vena, con conseguente occlusione trombotica e, infine, fibrosi della parete venosa. L'ablazione con vapore endovenosa è una nuova tecnica che non è ancora stata ampiamente studiata. In questo articolo sono discusse le procedure, i punti di forza e di debolezza del trattamento di ablazione termica endovenosa con vapore (evsa) attualmente disponibili.

DIE BEHANDLUNG DER THROMBOPHLEBITIS

PROF. DR. MED. RENÉ GORDON HOLZHEIMER – CHIRURGISCHE TAGESKLINIK – SAUERLACH/MÜNCHEN

Die Thrombophlebitis ist eine stiefmütterlich behandelte Erkrankung. Es gibt kaum Studien dazu, die Leitlinien sind nicht immer auf dem neuesten Stand. Lokale antientzündliche Behandlung, vielleicht etwas gegen Schmerz und der Fall ist erledigt? Dann werden wir der Bedeutung der Thrombophlebitis nicht gerecht – sie kann, wenn man ihr das auch nicht sofort ansieht, gefährlich sein, und sie kommt häufig vor. In den USA gibt es etwa 125.000 Neuerkrankungen pro Jahr; in der Baseler Studie hatten 6% der Männer und 14% der Frauen eine akute oder alte Thrombophlebitis. Die oberflächliche Venenentzündung kommt in zwei verschiedenen Formen vor, die unterschiedliche Bedeutung für die Therapie haben können. Die Phlebitis superficialis ist anders als die Varikophlebitis oder Thrombophlebitis oft mit oder durch andere Grunderkrankungen (Tumor!) verursacht; nicht immer sieht man das der Vene von außen an. Klinisch habe beide Formen einen derben Strang, Rötung, Schmerzhaftigkeit. Bei der Phlebitis superficialis kann ein paraneoplastisches Syndrom, ein Karzinomrezidiv, oder eine Gerinnungsstörung Ursache der Entzündung sein. Bei der Thrombophlebitis ist es die Krampfaderartige Veränderung der Vene. Die Differentialdiagnose der Phlebitis superficialis geht von bakteriellen und viralen Infektion, Kollagenosen, Lyme Borreliose, bis zu Meyelodysplastischem Syndrom oder Leukämie. Eine Laboruntersuchung sollte sich nicht auf das kleine Blutbild beschränken. 6-44% der Patienten die an einer Thrombophlebitis erkrankt sind haben gleichzeitig eine TVT, die TVT ist klinisch oft inapparent. Die Risiken gleichzeitig

eine TVT zu haben unterscheiden sich kaum von den allgemeinen Risiken für eine Thrombophlebitis oder TVT. Für die Diagnostik der TVT ist die Farbduplexsonographie Goldstandard, die Ausdehnung der Thrombose lässt sich am besten mit der Kompressionssonographie feststellen. Die Phlebographie kommt nur noch bei speziellen Fragestellungen zum Einsatz. Die D-Dimere sind ein Hinweis; sie sind aber nicht absolut zuverlässig. Die Therapie hängt sehr von der Lokalisation, Ausdehnung der Thrombose und der Begleit-/Grunderkrankung ab. Während der thrombosierte Varixknoten am besten durch Stichinzision behandelt wird, ist die Venenseitenastentzündung mit einer symptomatischen lokalen Behandlung meist ausreichend therapiert. Konservative Behandlung benutzt Kompression, NSAIDs, und ggf. NMH. Bei der Thrombophlebitis krossennah im Oberschenkel oder Wade geben einige nur NMH, andere führen unter NMH Schutz Krossektomie und Varizenentfernung durch. Sonderfälle der Behandlung sind die Muskelvenenthrombosen, Plantarvenenthrombosen, Phlebitis migrans/saltans, Mondor-Phlebitis, septische Thrombophlebitis.

STANDARDS DER SKLERTHERAPIE

MURENA SCHMIDT

[Murena Sklerosierung fleb des alpes 2015pptx Kopie.pdf](#)

ULCUS CRURIS VENOSUM:EVIDENCE VERSUS EXPIERENCE

OBERMAYR A

[Fleb des Alpes 2015.pptx.pdf](#)

QUALITÄTSSICHERUNG VARIZEN

NOPPENY T

Die Qualität der Varizenchirurgie wird in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit heftig diskutiert. Als Hauptgrund für die Rezidivvarikose wird von einigen Autoren die mangelhafte Qualität beim Ersteingriff angesehen. Mit ca. 350.000 varizenchirurgischen Eingriffen pro Jahr in Deutschland und 800 Millionen Euro Kosten zählt die Varikose zu den wirtschaftlich bedeutenden Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie beschlossen ein freiwilliges nationales Qualitätssicherungsprojekt zur Varizenchirurgie einzuführen.

Zwischen 2001 und 2009 wurden die Daten von 89.647 Patienten erfasst. Bei diesen Patienten wurden 95.214 chirurgische Eingriffe an 105.296 Extremitäten durchgeführt. Der Anteil Frauen in diesem Kollektiv war 69,4%. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 52,8 Jahre. 50,35% der Patienten wurden ambulant operiert. Bei fast 100% der behandelten wurde ein bildgebendes Verfahren in der präoperativen Diagnose durchgeführt.

Intraoperative Komplikationen traten in 0,18% der Fälle auf. Die postoperative Komplikationsrate war ebenfalls sehr gering, allgemeine Komplikationen traten in 0,25% der ambulant behandelten und in 0,67% der stationär behandelten Patienten auf ($p < 0,0001$). Die Wundinfektionsrate betrug 0,19%, eine Thrombophlebitis war in 0,11% und lymphatische Komplikationen in 0,16% zu verzeichnen. Es bestand eine klare Korrelation zwischen der Häufigkeit postoperativer Komplikationen und der präoperativen ASA-Klassifikation.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass das Qualitätssicherungsprojekt Varizenchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie zeigen konnte, dass Varizenchirurgie in spezialisierten Zentren mit einer sehr geringen Komplikationsrate durchgeführt



REGISTRO ITALIANO DEI FLEBOLOGI E REGISTRO EUROPEO DEI FLEBOLOGI

ROBERTO BISACCI

PRESIDENTE ONORARIO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI FLEBOLOGIA

La s.i.f (società italiana di flebologia) e l'a.f.i. (associazione flebologica italiana) hanno rilanciato nel 2014 il registro nazionale dei flebologi, istituito nel 2004 dalla sif, e aperto ai soci di tutte le società nazionali di flebologia. Il registro riunisce i flebologi italiani che hanno acquisito esperienza e preparazione professionale, con un sistema di inserimento, su domanda, che prevede una valutazione dei titoli acquisiti ed il controllo, nel tempo, dell'aggiornamento professionale. In questi ultimi anni abbiamo migliorato il sistema di controllo dei titoli e istituito un sito web: www.registroidalianoflebologi.it che evidenzia gli iscritti al registro con tutti i dati relativi alla loro formazione ed all'attività professionale.

Caratteristiche e funzioni del registro nazionale italiano dei flebologi:

- non è un elenco per indicare chi può o non può esercitare professionalmente come flebologo.
- non è un elenco di persone diplomate o abilitate nella sub-specializzazione flebologia.
- e' un elenco di persone che, esperte per percorsi formativi specifici nella materia flebologia, chiedono di essere inseriti, come flebologi (esperti in flebologia), in un registro nazionale diviso per regioni e province, pubblicato nel web, nel quale sia evidente il proprio curriculum, con auto certificazione, a dimostrazione del proprio percorso formativo e di aggiornamento.
- l'inserimento ha anche valore d'incentivazione professionale.

- gli iscritti al registro italiano dei flebologi aderiscono al progetto dell' "european register of phlebologists" e s'impegnano ad adeguare, se necessario, la propria formazione professionale agli standard europei con l'aggiornamento annuale, altrimenti saranno cancellati dal registro.
- l'inserimento nel registro non è riservato ai medici soci della sif e afi, ma aperto ai medici soci delle altre società e ai colleghi non soci di società scientifiche che chiederanno l'inserimento, previa valutazione, per tutti, dei titoli da parte di una commissione di valutazione.

Perché abbiamo creato il registro italiano dei flebologi ?:

Questa iniziativa vuol riunire finalmente sotto uno stesso tetto tutti quelli che praticano la flebologia in italia per dare un'identificazione certa alla loro attività e un'identità alla materia flebologia, ponendo le basi per realizzare percorsi formativi per i futuri "flebologi". La flebologia è ormai accettata e legittimata come "disciplina" a sé stante ma non ci sarà mai una scuola di specializzazione in flebologia in perché non c'è volontà e non ci sono i soldi per realizzarla: le università non hanno risorse economiche e umane per la formazione delle tantissime realtà specialistiche che l'ampliamento delle conoscenze ha generato e che cercano il riconoscimento.

Per questo abbiamo creato il registro italiano dei flebologi: non potendo dare un titolo accademico di specialista in flebologia abbiamo pensato di dare un'identità professionale a chi ha effettuato percorsi formativi teorico-pratici adeguati , attività professionale pluriennale e s'impegna in un aggiornamento costante, ed a propagandarla in questa "banca dati" ben evidente e ben consultabile da parte dell'utenza.

il registro serve a questo, a fotografare la situazione attuale individuando le realtà esistenti: i professionisti "flebologi", preparati nella materia, che esercitano con successo la loro professione e che sarebbero specialisti se esistesse questo titolo accademico.

Analizzando i loro percorsi formativi ed anche i loro consigli, su come pianificare e realizzare l'insegnamento di questa materia e correggendone le attuali carenze, potremo individuare il metro con cui designare i percorsi formativi di una scuola da offrire ai giovani che vogliono formarsi in questa branca.

il registro ci darà anche la possibilità di utilizzare gli iscritti per preparare i giovani: le tante professionalità esistenti nel territorio, su tutto il territorio nazionale, rappresentano una

ricchezza immensa in chiave di didattica, di quella didattica pratica che nessun libro può fornire.

che cos'è il progetto "european register of phlebologists"

la realizzazione del registro italiano dei flebologi è stato importante perché ci ha portati a valutare i notevoli vantaggi per i nostri soci ma anche i limiti di un'azione intrapresa solo in Italia dalle nostre società nazionali.

per questo ci siamo mossi allargando l'orizzonte per valutare le possibilità che le regole e le leggi europee ci potessero fornire (regole e le leggi che veramente conosciamo poco perché è difficile allontanarsi da concetti ristretti e nazionalistici e inoltrarsi nei percorsi ampi che la comunità europea ci offre). Ci siamo rivolti alla medin europe sprleu project management di bruxelles ed insieme abbiamo sviluppato un progetto di ricerca che stiamo presentando per il finanziamento cee insieme ai rappresentanti delle società nazionali di flebologia di dieci nazioni europee. Abbiamo evidenziato che non esiste la figura del flebologo tra i medici specialisti presenti nell'esco (classificazione europea di abilità/competenze, qualifiche e occupazioni)

Questa classificazione, che raccoglie arti, mestieri, professioni, evidenzia, nell'area sanitaria, come "medici specialisti", molte altre figure professionali cui non corrispondono titoli specialistici accademici come chirurgo della mano, fisiologo clinico, medico militare, psichiatra forense ecc.. Il progetto di ricerca che stiamo presentando è volto a identificare la figura specialistica del flebologo e la materia flebologia per inserirli nell'esco con i percorsi formativi specifici omogenei in tutti i paesi aderenti al progetto

Le fasi del progetto saranno:

- costituzione dell'anagrafe dei flebologi in Europa con l'istituzione di registri nazionali
- definizione di un sistema di riconoscimento dei titoli acquisiti
- definizione della figura professionale del flebologo con un profilo omogeneo in ambito CEE
- individuare i percorsi formativi e di aggiornamento che includano il riconoscimento dei titoli attraverso il sistema ECVET * di accumulo dei CF (crediti formativi)
- inserimento in EQF **
- inserimento della figura professionale del flebologo nell'esco (classificazione europea di abilità/competenze, qualifiche e occupazioni).
- realizzazione di un registro europeo dei flebologi

*L'ECVET è un sistema europeo di accumulazione, capitalizzazione e trasferimento di unità di apprendimento riguardante l'istruzione e la formazione professionali. Tale sistema consente di attestare e registrare i risultati delle formazioni svolte da una persona in diversi contesti, sia all'estero sia attraverso un percorso, formale o informale di apprendimento

** EQF Il Quadro europeo delle qualifiche e dei titoli per l'apprendimento permanente è uno schema di riferimento per "tradurre" quadri di qualifiche e livelli di apprendimento dei diversi paesi e che agisce come dispositivo per renderli più leggibili. Il Quadro si applica a tutte le qualifiche, da quelle ottenute in un percorso scolastico obbligatorio, ai livelli più alti di istruzione e formazione accademica/professionale.

il progetto di ricerca ci permetterà di identificare le peculiarità della figura professionale del flebologo, le necessità formative quantificate per materia d'insegnamento e per crediti formativi relativi, tutto rivolto alla realizzazione di un profilo professionale specifico calibrato in maniera uniforme su tutto il territorio europeo, obiettivo importantissimo per adeguarsi alla direttiva europea che, entro il 2016, permetterà la libera circolazione dei professionisti anche sanitari.

Per ulteriori informazioni consultare:

<http://www.societaitalianaflebologia.it>

<http://www.registroitalianoflebologi.it>