

**INDICE**

1.0	SCOPO .....	2
2.0	GENERALITA' .....	2
3.0	RESPONSABILITA' .....	2
4.0	ITER DIAGNOSTICO .....	2
4.1	ACCERTAMENTO DELLA PATOLOGIA.....	2
4.2	ESAMI STRUMENTALI.....	2
4.3	INFORMAZIONE DEL PAZIENTE SUL TIPO DI TRATTAMENTO.....	2
5.0	TERAPIA CHIRURGICA.....	3
5.1	VALUTAZIONE OPERABILITÀ.....	3
5.2	CHIRURGIA DELLA GRANDE SAFENA.....	3
5.3	CROSSECTOMIA SENZA STRIPPING .....	5
5.4	CROSSECTOMIA SAFENO-FEMORALE ISOLATA (Intervento di Trendelenburg).....	5
6.0	COMPLICANZE POST-OPERATORIE .....	6
7.0	MISURE POST-OPERATORIE .....	6
8.0	LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO.....	6

Rev.	Motivo	Data
0	Sostituzione del BL0933PRA	28.10.02
1	Revisione generale del PM 3.0.33 Rev.0	07.04.03

**EMESSO****Resp. SOCG - Dott. Ferruccio Lucchesi****APPROVATO****DSA – Prof. Rolando Pin**

## 1.0 SCOPO

Scopo del presente protocollo medico-chirurgico (PM) è quello di fornire al personale medico e sanitario della Casa di Cura Privata M.D. Barbantini -Lucca – le modalità per diagnosi e cura delle patologie considerate.

## 2.0 GENERALITA'

Il PM descrive l'iter terapeutico per l'intervento chirurgico su varici e tromboflebiti degli arti inferiori, fornendo ai medici ed operatori sanitari la routine degli esami di laboratorio e la terapia prevista

Il documento è di proprietà della Casa di Cura M.D. Barbantini e non può essere divulgato all'esterno.

## 3.0 RESPONSABILITA'

Il PM è emesso dal Responsabile della S.O. di Chirurgia Generale ed approvato dalla Direzione Sanitaria.

E' compito dei medici che operano nella disciplina e degli infermieri professionali, di seguire l'iter terapeutico previsto nel presente PM.

## 4.0 ITER DIAGNOSTICO

### 4.1 ACCERTAMENTO DELLA PATOLOGIA

Visita medica ed eventuali esami, mirati ad una corretta diagnosi della patologia.

L'esame di un paziente varicoso deve iniziare sempre con una scrupolosa anamnesi per la ricerca di nozioni importanti quali l'età, la professione, l'ereditarietà varicosa o trombotica, le gravidanze e i trattamenti con estro-progestinici, allergie, traumi, malattie attuali che possono influenzare l'indirizzo terapeutico.

L'esame obiettivo del paziente deve essere effettuato in stazione eretta per riconoscere la topografia delle principali varici e l'eventuale presenza di edema e di lesioni distrofiche. La palpazione ha un ruolo molto importante nel riconoscimento delle varici, soprattutto quando queste sono mascherate dall'edema, obesità o ipodermite, oppure nell'apprezzare il tipico "buco" nella fascia muscolare causato da perforanti insufficienti. Inoltre ci permette la diagnosi differenziale tra flebedema e linfedema, il riconoscimento di zone ipertermiche, di pulsazioni o di thrill da reflusso.

### 4.2 ESAMI STRUMENTALI

- Pletismografia a strain gauge (SGP)
- Pletismografia ad impedenza (IPG)
- Reografia a Luce riflessa
- Doppler CW
- Ecotomografia Doppler
- Ecocolor Doppler
- TAC con o senza m.d.c.
- RMN
- Flebografia: ascendente (circolazione profonda), retrograda (studio dei reflussi), e discendente.

### 4.3 INFORMAZIONE DEL PAZIENTE SUL TIPO DI TRATTAMENTO

Al momento della visita il medico operatore informa il paziente in merito all'intervento chirurgico necessario per la cura della patologia accertata (iter terapeutico, evoluzione post operatoria e eventuali complicazioni). Al termine del colloquio, il medico operatore consegna il Consenso Consapevole ed Informato ad eseguire intervento (rif. § 7.0), redatto in duplice copia, di cui una firmata dal paziente deve essere allegata ai risultati degli accertamenti diagnostici da inserire in Cartella Clinica, ai fini della programmazione per l'intervento chirurgico (lista operatoria).

## 5.0 TERAPIA CHIRURGICA

Il trattamento chirurgico delle varici essenziali presuppone una individuazione precisa dei punti di reflusso previa esclusione di controindicazioni assolute come la ostruzione del circolo profondo. Una volta individuato il tipo di reflusso è possibile trovarsi di fronte a 3 possibilità:

- a) Reflusso lungo: è indicata la safenectomia della Grande e Piccola safena.
- b) Reflusso breve: si esegue la legatura mirata e sottofasciale delle perforanti.
- c) Combinazione dei due reflussi: Exeresi delle vene superficiali dilatate (safene e collaterali) associata a legatura delle perforanti insufficienti.

La possibilità di trombosi post-operatorie e di emorragie ci impongono uno studio della crasi ematica e dei meccanismi della coagulazione pre-operatoria. Se è presente edema è buona regola ridurlo prima di sottoporre il paziente ad intervento per rendere l'atto chirurgico più semplice e con complicanze locali ridotte. Importantissima è la mappa completa delle varici che dovranno essere "segnate" direttamente dal chirurgo prima dell'intervento. L'anestesia può essere indipendentemente generale, lombare o epidurale oppure tronculare. In caso di trattamenti ambulatoriali ridotti è possibile anche l'anestesia tronculare con blocco del N.femorale all'inguine o del nervo sciatico ed infiltrazione di Carbocaina al 2% nelle zone scoperte dall'azione anestetica.

### 5.1 VALUTAZIONE OPERABILITÀ

- Visita Anestesiologica.
- Valutazione della patologia e delle eventuali patologie concomitanti sia locali che generali.
- Definizione della profilassi antitrombotica da attuare.

### 5.2 CHIRURGIA DELLA GRANDE SAFENA

#### 5.2.1 Safenectomia

Si compone di 3 tempi essenziali:

- 1) *tempo inguinale;*
- 2) *tempo malleolare;*
- 3) *tempo di stripping.*

Il malato deve esser posto in posizione supina con l'arto extra-ruotato e ginocchio semiflesso.

#### 1) tempo inguinale

L'incisione cutanea più usata è quella rettilinea di circa 4-7 cm al di sotto e parallela al ligamento inguinale con margine mediale a circa 2-3 cm dalla pulsazione dell'arteria femorale. L'incisione può essere praticata un dito al di sotto della piega inguinale o sulla piega direttamente o un dito al di sopra di essa con ottimi risultati estetici e con buona visualizzazione in tutti i casi della giunzione safeno-femorale. Per localizzare rapidamente l'arco della grande safena è bene conoscere la sua posizione e i punti di reperi cutanei in rapporto alle strutture fasciali.

Procedendo dal basso la Grande safena nella coscia descrive una leggera curva dirigendosi parallelamente al margine posteriore del muscolo sartorio verso il triangolo di Scarpa dove, attraverso il *forame ovale* (apertura della fascia Cribrosa) (A livello del Triangolo di Scarpa la fascia Superficiale e la Fascia profonda perdono la loro individualità e si sfoccano nel tessuto sottocutaneo che risulta così imbrigliato in una rete connettivale particolarmente densa che è chiamata Fascia Cribrosa), confluisce nella vena Femorale, circa 4 cm al di sotto del legamento inguinale. La distanza fra il **legamento inguinale** e la giunzione safeno-femorale è costante mentre non costante perché influenzata dallo spessore dell'adipe è la distanza fra la giunzione safenica e la piega cutanea inguinale (minima negli obesi). Per questo è necessario fare riferimento ad un punto di reperi osseo che è il **tubercolo pubico**. L'arco della safena si trova a circa 4 cm al di sotto e lateralmente rispetto al tubercolo pubico (*2 dita trasverse all'esterno e al di sotto del tubercolo pubico*). Un'altro punto importante di reperi è la **pulsazione dell'arteria femorale** al di sotto del legamento inguinale. La verticale di questo punto descrive con il legamento inguinale un angolo

aperto in basso e medialmente. La bisettrice divide questo angolo in una porzione supero-mediale ed una infero-laterale. Nella parte mediale di quest'ultima porzione si trova l'arco della Grande safena.

Si incide la cute e il tessuto lobulare sottocutaneo fino alla fascia superficiale che viene sezionata e subito al di sotto si ricerca la Grande safena. La dissezione in profondità deve essere eseguita con forbici smusse per evitare di ledere gangli e vasi linfatici che produrrebbero una noiosa linforrea post-operatoria. La Grande safena viene isolata per un tratto di circa 5-8 cm e può essere sezionata fra due legature. A questo punto si passa alla ricerca delle collaterali alla crosse (variano da 3 a 7) che può essere facilitata da una leggera trazione sul moncone safenico o sulla safena (se non è stata ancora sezionata). (Poco prima di entrare nella fossa ovale è raggiunta dalle vene *Iliaca circonflessa superficiale*, *Epigastrica superficiale inferiore* e *Pudenda esterna superficiale* (e occasionalmente dalla *vena Pudenda interna* sebbene questa sbocchi di solito direttamente nella Vena Femorale comune). Alla coscia 2 sono le affluenti che sboccano nella Grande safena. La *Vena postero-mediale* (o safena accessoria postero-mediale o femoro-poplitea o Comunicante di Giacomini) che proviene dalla faccia mediale e posteriore della coscia. Spesso si collega con la Piccola Safena e prende il nome di Grande Anastomotica di Giacomini. La *vena superficiale antero-laterale* o safena accessoria antero laterale decorre sulla faccia laterale del ginocchio, attraversa obliquamente la faccia anteriore della coscia per aprirsi nella Grande safena spesso appena al di sotto della giunzione, a volte molto al disotto fino a 15 cm dalla fossa ovale ed a volte confluisce contemporaneamente alla Grande Safena nella Vena Femorale comune). Queste collaterali devono essere ricercate e sezionate (spesso formano archi o confluenze) tra due legature.

(Molte sono le variazioni anatomiche nella regione della fossa ovale; tra queste la più comune è l'immissione diretta di uno o più affluenti della Grande safena direttamente nella Vena Femorale comune. Nel 15-20% dei casi l'arteria pudenda esterna superficiale che in genere contorna la fossa ovale passa al davanti della grande safena. La duplicità della Grande safena si riscontra in circa il 5% dei casi mentre raramente si ha uno sbocco basso in femorale o alto in una vena sottocutanea dell'addome).

A questo punto scoperta la vena femorale, per evidenziare eventuali sbocchi anomali di collaterali che normalmente confluiscono nell'arco safenico, si lega la Grande Safena con doppia legature (semplice o con punto transfisso) in prossimità dello sbocco nella vena femorale (a 1 cm circa) e si seziona.

## 2) Tempo malleolare

Incisione trasversale di circa 2-3 cm al 1/3 inferiore di gamba al davanti del malleolo mediale. Repertata la vena, la si isola dai tessuti adiacenti e dal nervo safeno spesso addossato alla vena e si legano le collaterali presenti e il moncone safenico prossimale. Questo tempo viene eseguito solo nel caso in cui si voglia eseguire uno stripping lungo.

## 3) Stripping

Stripping Lungo: sezionata la Grande safena viene introdotta la sonda dello stripper che viene sospinta fino a livello inguinale e fatta fuoriuscire dalla safena sezionata. La sonda viene fissata alla safena mediante legatura o pinza emostatica. Dopo aver deconnesso tutte le collaterali della grande safena e aver legato con legatura sottofasciale le perforanti insufficienti, si procede allo stripping della Grande safena. Questo può essere eseguito indifferentemente dal basso in alto o viceversa legando la vena alla testa dello stripper e tirando dolcemente e progressivamente la sonda. Varie sono le tecniche proposte per lo stripping. Una variante alla tecnica esposta è quella proposta da **WAN DER STRICHT** che consiste nell'eseguire lo **stripping per invaginazione** della vena dall'alto verso il basso. Questo metodo sembra presentare il vantaggio di essere molto poco traumatico dei tessuti peri-safenici e non porta a lesioni del n.safeno alla gamba.

Altra variante è rappresentata dal cosiddetto Stripping Corto dove la seconda incisione viene eseguita non a livello malleolare ma al 1/3 superiore della gamba a livello della perforante di Boyde dove confluiscono i rami safenici, posteriore e anteriore, di gamba. Questa variante è possibile quando la Grande safena alla gamba è indenne.

Altra variante è rappresentata dal cosiddetto Stripping Ultracorto "a la demande" dove la seconda incisione viene eseguita non a livello malleolare ma alla coscia previo mappaggio ecodolor Doppler

seguendo la via del reflusso e asportando dolo la Grande safena patologica. Questa variante e' possibile quando anche parte della Grande safena alla coscia è indenne.

### 5.2.1 Varicectomia

A questo punto si procede alla varicectomia che può essere eseguita nella stessa seduta operatoria o in una seduta successiva in anestesia locale. Per la varicectomia è possibile eseguire delle piccole incisioni di 1-2 cm preferibilmente trasversali oppure adottare la tecnica di Muller praticando la varicectomia mediante incisioni minime 1-2 mm utilizzando degli appositi uncini. Le varici residue possono comunque essere trattate anche mediante scleroterapia.

### 5.3 CROSSECTOMIA SENZA STRIPPING

La grande safena viene asportata mediante incisioni multiple cutanee in successione.

### 5.4 CROSSECTOMIA SAFENO-FEMORALE ISOLATA (Intervento di Trendelenburg)

Si esegue una crossectomia sec. il metodo classico senza asportazione della Grande safena. Alcuni AA propongono una variante con la sclerosi intraoperatoria della Grande safena. I risultati di queste metodiche non sono buone a distanza e hanno il solo vantaggio della ridotta invasività e della possibilità di poter essere eseguite in anestesia locale.

### 5.5 C.H.I.V.A. (Terapie Conservatrice et Hemodinamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire)

Consiste nello studio fisiopatologico delle vene perforanti, comunicanti e shunt venovenosi e successiva mappatura mediante ecodoppler. In anestesia locale si procede, mediante legatura di punti precedentemente mappati, alla frammentazione dall'alto verso il basso dei territori varicosi in piccoli distretti a ridotta pressione che si svuotano nel circolo profondo durante la deambulazione mediante perforanti di rientro valutate emodinamicamente in precedenza sempre mediante ecodoppler. Alla crosse può essere eseguita una semplice legatura a raso della giunzione safeno-femorale senza interruzione delle collaterali oppure una Crossectomia sec. il metodo classico, a seconda delle condizioni emodinamiche presenti prima dell'intervento.

### 5.6 CHIRURGIA DELLA PICCOLA SAFENA

#### 5.6.1 Safenectomia

Non differisce molto da quello della Grande safena. Si asporta la Piccola safena mediante stripping a partire dalla regione del malleolo laterale fino allo sbocco nella fossa poplitea.

#### Tempo distale

La Piccola Safena decorre nella doccia retromalleolare laterale, parallela al tendine di Achille, un dito trasverso davanti ad esso. Si pratica una incisione verticale (o trasversale) nella doccia retromalleolare e si reperisce la vena che si trova sotto la fascia superficiale e si seziona tra due legature previa legatura di eventuali collaterali all'origine.

#### Tempo prossimale

Due incisioni possibili: una verticale lungo il decorso dei vasi ed una orizzontale di 5 cm sulla plica di flessione del ginocchio eventualmente prolungata verso l'alto medialmente e verso il basso lateralmente. L'incisione più usata è quella orizzontale. Si incide la cute e il sottocute e si giunge alla fascia profonda che viene messa a nudo e incisa cautamente. Nello spessore di essa è contenuta la piccola safena ed il nervo cutaneo mediale della sura che le decorre accollato. (La Fascia poplitea risulta in realtà dall'accollamento della fascia superficiale con la profonda, la quale è doppiata dalle fibre superficiali dei tendini del semitendinoso e del bicipite femorale). La Piccola Safena va seguita fino al punto di emergenza della perforante poplitea che ne rappresenta l'arco terminale. La Piccola safena va seguita fino alla confluenza con la poplitea. Durante questa manovra è necessario passare tra i due rami di divisione del nervo sciatico che decorrono assai vicini uno dall'altro e tra i quali si trova l'arco della piccola safena. Legate le collaterali (a circa 1 cm dalla giunzione da' origine alla vena di Giacomini o femoro-poplitea) si procede alla doppia legatura della giunzione safeno-

poplitea (a circa 1 cm dallo sbocco) (e quando questa manca alla legatura della perforante poplitea) e alla sua interruzione.

### **Stripping**

Si introduce la sonda e lo strappo può essere eseguito indifferente dal basso verso l'alto o dall'alto verso il basso.

## **6.0 COMPLICANZE POST-OPERATORIE**

- a) **Ecchimosi:** sono presenti lungo il decorso della vena asportata e non necessitano di trattamento.
- b) **Linforree:** presenti soprattutto alla piega inguinale. Devono essere evacuate e trattate con compressione mirata.
- c) **Suppurazioni:** rare, trattate con evacuazione, se saccate, e terapia antibiotica.
- d) **Emorragie:** rare, localizzate a livello inguinale. Si hanno per cedimento della legatura di un collaterale.
- e) **Trombosi ed embolie:** rare. In casi particolari sufficiente profilassi antitrombotica. Se compare Trombosi o Embolia polmonare trattare adeguatamente con eparina e fibrinolitici.
- f) **Lesioni arteriose:** di eccezionale riscontro e da temere per le gravi complicazioni a cui va incontro il paziente.
- g) **Turbe neurologiche:** frequenti per contusione del nervo safeno durante lo stripping. Non necessita di alcuna terapia e tali disturbi hanno una regressione sovente molto lunga.
- h) **Cicatrici cheloidee:** per predisposizione costituzionale. Si consiglia di evitare una precoce esposizione delle ferite al sole.

## **7.0 MISURE POST-OPERATORIE**

Tutti i pazienti operati vengono sottoposti a bendaggio elastocompressivo permanente per 5-8 gg e vengono mobilizzati precocemente. I pazienti nei giorni successivi all'intervento devono camminare il più possibile.

## **8.0 LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO**

<b>TESTO</b>	<b>AUTORE</b>	<b>EDITORE</b>
TEORIA E PRATICA DELLA CURA CONSERVATIVA ED EMODINAMICA DELL'INSUFFICIENZA VENOSA IN AMBULATORIO	CLAUDE FRANCESCHI	DE L'ARMANÇON 1993
CHIRURGIA VASCOLARE – VOL.III°, pag. 1803-2009	ROBERT E. RUTHERFORD	ANTONIO DEL FURO EDITORE
TRATTATO DI TECNICA CHIRURGICA: CHIRURGIA VASCOLARE - VOL.II° pag. 1063-1175		Ed. UTET