

## MALATTIE DELLE VENE DEGLI ARTI INFERIORI

Per la trattazione di questo argomento è necessario far riferimento alla organizzazione della rete venosa vascolare dell'arto inferiore.

In esso distinguiamo una rete venosa PROFONDA, una SUPERFICIALE ed un SISTEMA DI VENE COMUNICANTI o PERFORANTI.

• **RETE VENOSA PROFONDA**: giace al di sotto dell'aponeurosi della gamba e della coscia ; è formata da:

- **VENE TIBIALI ANTERIORI**

- **VENE TIBIALI POSTERIORI O PERONIERE**

Queste vene confluiscono nelle vene **POPLITEA, FEMORALE SUPERFICIALE e FEMORALE PROFONDA.**

Le 2 vene FEMORALI si continuano nella **FEMORALE COMUNE** che prosegue poi nella vena **ILIACA ESTERNA**. Vena **ILIACA ESTERNA** ed **INTERNA** confluiscono dando vita alla vena **ILIACA COMUNE**. Dalla confluenza delle 2 vene **ILIACHE COMUNI** di destra e di sinistra prende origine la **VENA CAVA INFERIORE**.

Il flusso ematico sarà diretto dal piede verso il territorio cavale.

• **RETE VENOSA SUPERFICIALE**: giace al di sopra dell'aponeurosi della gamba e della coscia ed è dotata di una muscolatura liscia 4 volte maggiore rispetto alle vene profonde; è formata da :

- **VENA SAFENA ESTERNA o PICCOLA SAFENA** (che prende origine dalle vene del **CALCAGNO** e della **PIANTA DEL PIEDE** e sbocca nella vena poplitea a livello della **FOSSA POPLITEA**)

- **VENA SAFENA INTERNA** (che prende origine dal **MALLEOLO INTERNO** e sbocca nella femorale a livello del **TRIANGOLO di SCARPA**)

- Una rete superficiale "a grandi maglie" di vene **SOPRAFASCIALI e SOTTOCUTANEE** tributarie della safena

• **VENE COMUNICANTI O PERFORANTI** : attraversano l'aponeurosi della gamba e della coscia ed uniscono i due sistemi venosi, quello superficiale e quello profondo; la maggiore densità di vene comunicanti si trova alla **CAVIGLIA** e a livello della coscia nel **CANALE DI HUNTER**.

Tutte le vene perforanti sono provviste di valvole che consentono il passaggio del sangue dal circolo superficiale a quello profondo durante la deambulazione. Esse sono dette valvole di "non ritorno" in quanto garantiscono un flusso unidirezionale. Nel momento in cui il sangue tende a refluire verso la rete superficiale esse si chiudono bloccando il flusso retrogrado.

Normalmente solo il 10% del sangue venoso si trova nelle vene superficiali il restante 90% si localizza nel sistema profondo. Da questa affermazione possiamo capire come, dal punto di vista della **PROGNOSI**, la patologia a carico del circolo profondo sia molto più "importante" di quella a carico del circolo superficiale. Il rapporto di incidenza di malattia tra circolo superficiale e circolo profondo è di 20:1, cioè per ogni paziente affetto da una patologia a carico del circolo venoso profondo ve ne sono 20 affetti da una patologia a carico del sistema venoso superficiale.

E' assolutamente impossibile, da un punto di vista anatomico ma soprattutto clinico, poter individuare quante e quali sono le perforanti esistenti tra il sistema profondo e quello superficiale; indipendentemente da quelle che riusciamo ad individuare ce ne possono essere una miriade in cui le valvole di "non ritorno" non funzionano creando in quel punto un reflusso ematico.

Le valvole sono molto numerose a livello degli arti, specie in quelli inferiori; sono molto più numerose nel sistema superficiale che non in quello profondo; mancano del tutto nelle vene **ILIACHE** e nella **VENA CAVA**.

Le valvole sono duplicature dell'endotelio; esse indirizzano il flusso ematico verso il cuore, impediscono il ritorno del sangue verso la periferia, frazionano la colonna di sangue diminuendone il peso e la pressione. Che significa "frazionano la colonna di sangue"? La pressione venosa, specie nelle regioni più declivi degli arti inferiori, risente fortemente del peso della colonna ematica che si esercita tra il cuore e la periferia. Il "peso" della colonna ematica viene espresso in cm d'acqua o in mmHg.

Prendiamo in considerazione la pressione venosa che si registra alla caviglia in un individuo in posizione eretta: essa si aggirerà intorno a 80-120 mmHg (dipende dall'altezza del soggetto). La colonna ematica ovviamente con il suo peso andrebbe a manifestare tutta la sua massa, e quindi la sua tensione, all'interno dei vasi localizzati soprattutto verso la parte bassa della gamba; però le valvole presenti a livello vasale quando sono chiuse sono assimilabili a "piccole chiusure" che suddividono in tanti segmenti la colonna ematica. La colonna ematica viene quindi frazionata ed il peso non si scarica tutto sulla caviglia ma viene frazionato in tante porzioni.

Questo è importante perché senza le valvole anche una persona non affetta da alcuna patologia venosa dopo due ore vedrebbe le proprie gambe gonfiate come succede in un palloncino pieno d'acqua.

I meccanismi determinanti capaci di garantire un ritorno venoso efficace sono:

**-VIS A TERGO** : ovvero il gradiente di pressione che si registra tra l'estremità arteriolare e venulare del capillare (gradiente ARTERIOLO-CAPILLARE);

La pressione del versante arteriolare generalmente è più alta rispetto a quella del versante venulare del capillare e ciò fa sì che il sangue possa defluire verso il circolo venoso. La vis a tergo è un meccanismo determinante ma estremamente delicato ed instabile se non viene aiutato da altri 2 elementi: la VIS A FRONTE e la VIS A LATERE.

**-VIS A FRONTE** : ovvero l'azione del TORCHIO TORACO-ADDOMINALE che determina l'"aspirazione" del sangue dalle grosse vene verso l'atrio destro durante gli atti respiratori;

Durante l'inspirazione il diaframma si abbassa determinando un aumento della pressione endo-addominale (mentre quella toracica si riduce); l'aumento della pressione endo-addominale provoca una compressione della vena cava inferiore "spremendo" il sangue verso il cuore.

L'espiazione provoca, invece, una riduzione della pressione endo-addominale con decompressione della vena cava inferiore; in questa fase del respiro è favorita l'aspirazione del sangue dalle vene periferiche verso la cava.

**-VIS A LATERE** : cioè la POMPA MUSCOLARE; normalmente in posizione eretta, stando immobili, la pressione a livello della Safena alla caviglia è di **100 mmHg**; essa scende a **20 mmHg** durante la deambulazione. La POMPA MUSCOLARE, o meglio VALVOLO-MUSCOLARE, svolge quindi una funzione fondamentale nel favorire il ritorno del sangue al cuore destro. Ogni qualvolta un individuo muove le gambe contrae i muscoli i quali a loro volta comprimono le vene presenti nell'arto; in tal modo una quota del sangue in esse contenuto viene "spremuta" verso il cuore; alla decontrazione del muscolo cessa la compressione delle vene ma il sangue non refluisce in periferia in virtù delle valvole "di non ritorno".

Le principali pompe attivate dalla marcia sono:

- POMPA PLANTARE
- POMPA MUSCOLARE ALLUCE-PERONEALE
- POMPA MUSCOLARE TIBIO-ASTRAGALICA
- POMPA MUSCOLARE SOLEO-GEMELLARE
- POMPA ARTICOLARE POPLITEA
- POMPA MUSCOLARE DEL QUADRICIPITE

Una volta si pensava che il piede fosse dotato sotto la pianta di una struttura denominata "suoletta venosa di Lejars"; si supponeva che fosse una sorta di "spugna" piena di sangue che veniva spremuta dal peso del corpo durante la deambulazione. Anatomicamente forse esiste ma dal punto di vista fisiologico no. Abbiamo visto infatti che il ritorno venoso è assicurato da un "sistema di pompe successive" che a forza di contrarsi e di rilassarsi permettono a quella frazione di sangue detta "frazione di eiezione" di risalire lungo il polpaccio. Da questi elementi possiamo già capire che se viene a mancare uno di questi meccanismi il paziente va incontro a una malattia che non è quella delle varici ma è quella della **INSUFFICIENZA VENOSA**.

Potrete trovarvi dinanzi a pazienti anziani, magari cardiopatici, che vi riferiranno di avere i piedi gonfi; ciò è dovuto alla riduzione del gradiente arteriolo-capillare (VIS A TERGO) cui il paziente va incontro in quanto essendo cardiopatico ha una pompa cardiaca compromessa e di conseguenza sarà compromesso anche il

ritorno venoso (con stasi nel territorio venoso e conseguente aumento della pressione a livello del versante venulare del capillare). Se non ricordate queste nozioni andrete a pensare a chissà quali patologie!!!! L'INSUFFICIENZA VENOSA può manifestarsi anche in pazienti con problemi respiratori o addominali o anche in gravidanza in quanto l'aumento della pressione endo-addominale ostacola l'alternanza dei movimenti respiratori; l'Insufficienza Venosa si manifesta inoltre in quei pazienti che per definizione non attivano la pompa muscolare. Esiste una **Insufficienza Venosa Fisiologica** legata alla mancanza di un efficiente ritorno venoso che non è dovuto ad una malattia ma a una funzione mancata. Essa si manifesta nei soggetti che stanno a lungo in piedi, nei pazienti che stanno a letto fermi (decubito supino passivo), nei soggetti che stanno a lungo seduti, nei pazienti paraplegici, nei pazienti che stanno a letto dopo un intervento chirurgico.

I militari dell'Altare della Patria dopo l'attenti stanno in posizione di riposo, perché? Perché i soldati "in attenti" dopo poco crollano svenuti in quanto viene a mancare il ritorno venoso; uno dei meccanismi della morte sulla croce è quello dell'insufficienza venosa perché venendo a mancare il meccanismo di pompa muscolare si ha una dilatazione enorme dei vasi periferici e a parte l'acidosi metabolica, ecc... ecc... ecc..., insorge una insufficienza cardiaca relativa per il sequestro della massa ematica in periferia.

Il sistema venoso svolge, in particolare, 3 funzioni fondamentali:

- **FUNZIONE DI CAPACITANZA**
- **FUNZIONE DI RESISTENZA**
- **REGOLAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA**

- **FUNZIONE DI CAPACITANZA** : Il sistema venoso svolge un' importante funzione di riserva di sangue accogliendo circa il 60-70% del volume ematico totale in virtù della elevata capacitanza dei vasi venosi. la CAPACITANZA esprime la quantità totale di sangue che può essere immagazzinata in una specifica parte del circolo per ogni mmHg di aumento pressorio.

Le vene sono in grado di accumulare quantità di sangue più o meno grandi e di renderle disponibili alla restante parte del sistema circolatorio in caso di bisogno (ad esempio in caso di emorragie). Ciò si realizza attraverso modificazioni del tono venoso. (Possiamo distinguere un "tono venoso passivo" legato alle proprietà elastiche della parete venosa e un "tono attivo" regolato dal sistema nervoso simpatico e da sostanze circolanti vasoattive. Le vene hanno soltanto una innervazione SIMPATICA; si ammette che vi sia una predominanza di **recettori costrittivi  $\alpha$**  e una scarsità di **recettori  $\beta$**  responsabili di vasodilatazione).

• **FUNZIONE DI RESISTENZA** : Regola la pressione idrostatica capillare, quindi interviene nella regolazione del gradiente arteriolo-capillare.

• **REGOLAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA** : attraverso vasocostrizioni o vasodilatazioni del lato venoso del capillare riusciamo a compensare aumenti o diminuzioni della temperatura corporea.

Abbiamo già detto che la pressione a livello della caviglia in posizione eretta si aggira intorno a **80-120 mmHg** e che tale valore dipende dal peso della colonna ematica che si esercita tra cuore e caviglia ed è influenzato dall'altezza del soggetto (tanto più è alto il soggetto tanto più aumenta la pressione idrostatica!). Durante la deambulazione grazie alla pompa valvolo-muscolare la pressione in tale regione scende fino ad un valore di **20 mmHg**.

Pensate che danno può provocare lo stare fermi, questi 60 mmHg un poco alla volta annullano quel gradiente di pressione positivo che abbiamo detto in precedenza e comparirà gonfiore alle gambe in quanto si avvia lo "stravasamento" dei liquidi perché la pressione è troppo elevata per poter essere compensata.

In presenza di **Insufficienza Venosa Valvolare** quando alcune delle valvole di "non ritorno" sono rovinate (non ha importanza quante perché man mano che la malattia va avanti ci sarà un progressivo aumento del numero di valvole compromesse) durante il cammino la pressione alla caviglia non scenderà al di sotto di **40-60 mmHg**; addirittura quando vi è un'ostruzione del circolo profondo durante il cammino la pressione a livello della caviglia invece di ridursi **aumenta**.

Tutto ciò è dovuto al fatto che noi siamo nati quadrupedi, ci siamo evoluti in uomo primitivo con un cammino quasi "accasciato" ed infine siamo diventati esseri che camminano su due zampe. La natura non ancora ci ha perdonato questa scelta e ci ha ripagato con due punizioni: **INSUFFICIENZA VENOSA** e **PROBLEMI ALLA COLONNA VERTEBRALE**.

Cosa comporta l'**INCONTINENZA VALVOLARE**?

- IPERTENSIONE VENOSA nella STAZIONE ERETTA
- REFLUSSO DI SANGUE DAL CIRCOLO PROFONDO A QUELLO SUPERFICIALE
- STASI VENOSA

Tutto ciò conduce ad una **DEFICIENTE NUTRIZIONE ED OSSIGENAZIONE PERIFERICA** dei tessuti.

Una cattiva ossigenazione periferica dei tessuti condurrà all'attivazione di meccanismi anaerobi, produzione ed accumulo di acido lattico, comparsa di dolore soprattutto di sera (in quanto l'accumulo di acido lattico si realizza specie a riposo).

**La eziopatogenesi della malattia NON è la comparsa della VARICE ma l'insufficienza venosa, la varice è una conseguenza.**

Nell'approccio con il paziente è necessario chiarire la causa dell'insufficienza venosa e non fermarsi a dire che è affetto da varice. **La varice non è un sintomo ma è la complicanza e l'evoluzione della malattia.**

**Si definisce VARICE una dilatazione permanente associata ad alterazioni strutturali del sistema venoso superficiale. Il sistema venoso profondo non è mai affetto da varici.**

2/3 delle donne sono affette da varici; sono colpite prevalentemente donne al di sopra dei 40 anni (> 40), l'incidenza è di 5-6:1 rispetto al sesso maschile.

Le indagini di cui disponiamo oggi non si limitano più ad una diagnosi clinica di insufficienza venosa ma con l'ecodoppler si possono rilevare i reflussi venosi, cioè esso mette in evidenza qualsiasi area dove 1 o più valvole alterate consentono un reflusso ematico dal centro verso la periferia.

Ebbene, con le moderne metodiche d'indagine, è stato accertato che il 30% della popolazione generale presenta reflussi venosi senza comparsa di varice, il 50% della popolazione generale è affetto da varici, il 12% della popolazione generale è affetto da insufficienza venosa e il 2% da ulcera.

Abbiamo 3 tipi di varici:

- TELENGETASIE
- VARICI RETICOLARI
- VARICI TRONCULARI

a seconda del tipo di varice varia l'importanza della patologia, variano le complicanze e varia il trattamento.

•**TELENGETASIE**: ovvero ectasie dei vasi più periferici (volgarmente vengono dette "capillari" ma sono tutt'altro che capillari! fatelo dire al paziente non ditelo voi!!!), sono vasi intradermici, in genere si presentano come formazioni a "ciuffo" di piccole dimensioni, di colorito rosso-purpureo in taluni casi tendente al violaceo. Il colore varia in rapporto alla quantità di ossiemoglobina ridotta presente nel vaso; nel vaso venoso l'emoglobina ridotta ha un colorito rosso scuro rispetto a quella presente nel sangue arterioso.

•**VARICI RETICOLARI**: sono sottocutanee, possono essere isolate o confluenti (in alcuni casi possiamo trovare una singola e piccola varice sottocutanea) e sono di piccolo calibro.

•**VARICI TRONCULARI**: le possiamo trovare sulla superficie laterale della coscia, sulla superficie posteriore o antero-mediale della gamba.

Potrete trovarvi dinanzi a referti ove è riportata l'espressione "**varici safeniche**", questo termine è un termine equivoco, vi può portare fuori strada!!! **La safena non è mai o quasi mai affetta da dilatazione varicosa.**

Quando si parla di "varice safenica" s'intende varice di collaterali che si dipartono dalla safena. La safena mostra una dilatazione abnorme in 1 caso ogni 150. Questa è la ragione del perché oggi si è propensi, negli interventi chirurgici, a conservare un pezzo di safena, in genere dal ginocchio al malleolo. Due sono i motivi principali alla base di questa scelta: primo perché è inutile togliere una vena che non è diventata varicosa (la vena varicosa ha perso parte della elastica della sua parete) e secondo perché la safena è utilizzata 9 volte su 10 per fare i by-pass coronarici ed è ancora insostituibile rispetto a qualsiasi tipo di protesi sintetica.

Condizioni a rischio per le varici sono:

- SESSO FEMMINILE
- STAZIONE ERETTA PROLUNGATA
- GRAVIDANZE RIPETUTE
- OBESITÀ
- CELLULITE
- STIPSI
- FAMILIARITÀ

La gravidanza agisce con un duplice meccanismo: per un fatto ormonale nel primo trimestre di gravidanza e per l'ostacolo fisico determinato dall'aumento di volume dell'utero che comprimendo le cave e le iliache si oppone al ritorno venoso al cuore. Anche l'obesità ostacola per aumento della pressione endoaddominale il ritorno venoso.

La cellulite è intesa come PACHIDERMITE ovvero una vera e propria infiammazione del connettivo sottocutaneo associata a lesioni cicatriziali con strozzamento dei vasi sottocutanei.

La stipsi agisce in parte con lo stesso meccanismo dell'obesità e delle gravidanze ripetute, cioè l'aumento della pressione endoaddominale ostacola il ritorno venoso.

Nella PATOGENESI sono chiamati in causa i seguenti fattori:

- ALTERAZIONE PARIETALE
- INSUFFICIENZA VALVOLARE
- IPERTENSIONE VENOSA
- ALTERAZIONE DELL'EMODINAMICA DEL RITORNO VENOSO(INSUFFICIENZA VENOSA)

**ALTERAZIONE PARIETALE:** in questo caso è la parete della vena che va incontro ad alterazioni; la parete si dilata e di conseguenza si instaura insufficienza valvolare (relativa); oppure l'insufficienza valvolare può essere primitiva, in questo caso si altera prima la valvola e poi la vena.

**IPERTENSIONE VENOSA CRONICA:** provoca dilatazione della vena e quindi varice.

**ALTERAZIONE DELL'EMODINAMICA DEL RITORNO VENOSO:** senza pompa muscolare prima o poi la pressione venosa diventa elevatissima.

Fattori favorenti:

- DIFETTI DELL'APPOGGIO PLANTARE:** piede varo, piede valgo, dita a martello, esiti di frattura... prima o poi si altererà la funzione della pompa muscolare plantare.
- CONDIZIONI POSTURALI SCORRETTE:** anche una deviazione della colonna vertebrale può provocare una insufficienza venosa
- IPOTROFIA MUSCOLARE:** pazienti paraplegici o con esiti di poliomielite ad un arto...
- POSTUMI DI MALATTIE CHE ALTERANO LA QUALITÀ DELLA DEAMBULAZIONE:** gli anziani che hanno avuto un ictus e camminano male, pazienti con problemi neurologici con passo steppante, ecc.....

Le varici si dividono poi in **PRIMITIVE E SECONDARIE** (nel 95% dei casi si tratta di varici primitive, solo nel 5% dei casi sono secondarie).

Nelle varici **PRIMITIVE** l'anomalia è limitata alle vene superficiali, essendo normale il sistema venoso profondo. Sono generalmente legate a fattori ereditari o ambientali quali: età, professione, gravidanza, ecc...; difficilmente si associano ad ulcera.

Le varici **SECONDARIE** compaiono in seguito ad una patologia che ha colpito il sistema venoso profondo; per lo più sono dovute a trombosi, ma anche ad anastomosi atero-venose, displasia valvolare o a fenomeni ostruttivi a valle (come nel caso di compressione estrinseca esercitata da una massa tumorale, metastasi tumorale a livello del circolo profondo, ecc...); si associano frequentemente a ulcera. Dinanzi ad un paziente con varici è necessario stabilire primaditutto se si tratta di varici primitive o secondarie.

Naturalmente se le varici sono secondarie il nostro intento terapeutico sarà volto a correggere la patologia a monte della manifestazione varicosa e non agiremo sul circolo superficiale!

In alcuni casi intervenendo sul circolo superficiale, laddove esiste una patologia profonda, si rischia di peggiorare la situazione: se il sistema profondo presenta un'ostruzione (qualsiasi sia la causa) l'unico punto di scarico diventa il sistema superficiale; se agiamo sul sistema superficiale lo interromperemo e il paziente andrà incontro a gangrena venosa dell'arto.

In moltissimi casi purtroppo un paziente affetto da varici primitive va incontro nel corso degli anni a compromissione anche del sistema profondo perché la varice stessa aumenta la quantità di sangue inutile da un punto di vista emodinamico e quindi il circolo venoso prima o poi viene sovraccaricato e ne soffre.

Per orientarci nella diagnosi sarà necessario far riferimento all'anamnesi. Osserveremo il paziente prima in piedi e poi sdraiato e poi in base ai dati ricavati chiederemo degli esami specialistici appropriati.

Il paziente flebopatico di solito lamenta gambe pesanti, senso di gonfiore che si accentua soprattutto la sera o di notte, senso di tensione, senso di stiramento, gambe "irrequiete".

Le complicanze da temere sono: trombosi venosa profonda, embolia polmonare, flebite superficiale, dermatite, ulcera.

Se è presente dermatite le gambe saranno color ocra o color ardesia, marroncine picchiettate di macchie brunastre, cute sottile e lucente con annessi cutanei atrofici. Possono insorgere disturbi trofici della cute con edema malleolare per aumento della trasudazione interstiziale fino alla comparsa di ulcere. L'ulcera varicosa compare nella stragrande maggioranza dei casi a livello del malleolo interno. Se l'ulcera è localizzata in una sede differente non si esclude la possibilità che sia varicosa ma è più probabile che sia di altra natura (ulcera di Martotell, ulcera microangiopatica, ulcera diabetica, ulcera arteriopatica).

**ANAMNESI REMOTA:** dobbiamo chiedere al paziente quando sono comparse le prime varici; molto spesso diranno: dopo la seconda gravidanza (dopo la prima magari si erano verificati solo dei lievi disturbi) in seguito ad un intervento chirurgico, dopo la frattura degli arti inferiori; Se sono comparse dopo un intervento chirurgico o dopo frattura degli arti inferiori bisogna allettarsi perché in questi casi la causa più probabile è una trombosi venosa profonda.

L'evoluzione della patologia può essere rapida o lenta in anni o addirittura nel corso di pochi mesi.

Il trattamento va dalla compressione a mezzo di fasce elastiche, farmaci, pomate, scleroterapia fino all'intervento chirurgico.

Passiamo all'anamnesi prossima; bisogna accertarsi della presenza o meno di EDEMA.

Se l'edema è legato all'insufficienza venosa sarà serotino, cioè comparirà nelle ore serali in seguito a stazione eretta o assisa prolungata, in genere è localizzato a livello della caviglia e più precisamente in sede retro-malleolare; vedrete le fossette a destra e a sinistra del tendine di achille edematose; si tratta molto spesso di un edema senza fovea in quanto non è ricco di proteine quindi non è pastoso.

Se l'edema compare nella regione pre-tibiale allora è indice di grave stasi venosa che determina edema con una componente linfatica, ricco di proteine e quindi con fovea.

L'edema che compare sul dorso del piede è sempre di natura linfatica. Generalmente colpisce pazienti donne che in virtù dell'edema tendono ad indossare scarpe molto scollate; laddove la scarpa esercita compressione non c'è edema che tende allora a localizzarsi esclusivamente sul collo del piede che assume un profilo caratteristico (ha la conformazione della vecchia multipla fiat).

L'edema "venoso" si ferma alla caviglia, se arriva al collo del piede è sempre un edema linfatico.

L'edema linfatico può essere primitivo, per malattia primitiva dei vasi linfatici, o secondario ad insufficienza venosa ed è di comune riscontro in persone anziane spesso in sovrappeso che conducono una vita sedentaria che aggrava la patologia.

Bisogna effettuare una palpazione comparativa delle masse muscolari con muscoli surali rilasciati perché l'aumento di consistenza di una massa muscolare potrebbe essere il segno di una pregressa patologia del sistema venoso profondo.

Procederemo poi alla misurazione della circonferenza della gamba. La misurazione va effettuata a livello sopra-malleolare, a metà polpaccio e sotto il ginocchio. A livello sopra-malleolare la misura giusta è la più piccola tra quelle rilevate, a livello del polpaccio e del ginocchio invece è la più grande tra quelle rilevate. Chi è destrimano ha una circonferenza della caviglia di 0,5 cm più grande della sinistra.

Queste misurazioni vanno effettuate oltre che per motivi "comparativi" soprattutto per monitorare gli effetti di una eventuale terapia, cioè per valutare se nel corso della terapia l'edema si riduce, oppure per indicare la corretta misura delle calze elastiche che il paziente dovrà indossare.

Chiederemo inoltre al paziente se ha subito una riduzione della propria capacità lavorativa; è raro che ciò si possa verificare nella situazione da noi esposta, il paziente lamenterà al massimo una fatica maggiore; in passato addirittura si parlava di "malattia delle commesse" in quanto questa categoria di lavoratori a causa della prolungata stazione eretta era predisposta a questo tipo di sintomatologia.

I fattori di rischio più importanti sono:

- LAVORO SEDENTARIO
- SOVRAPPESO
- GRAVIDANZA
- PILLOLA ANTICONCEZIONALE

L'assunzione della pillola anticoncezionale presenta due rischi importanti:

- 1) Vasodilatazione continua in virtù del suo contenuto ormonale;
- 2) Ha effetti deleteri sulla COAGULAZIONE EMATICA, andando ad agire sui fattori della coagulazione ma anche sull'antitrombina III, ecc.. ecc...

Per contrastare il problema della vasodilatazione sarà necessario ricorrere all'utilizzo di farmaci appropriati e/o a trattamento mediante compressione elastica.

Per quanto concerne il rischio maggiore di TROMBOSI VENOSA PROFONDA in teoria prima di prescrivere la pillola sarebbe necessario indagare l'ASSETTO COAGULATIVO della paziente.

Esiste un ostacolo a questo tipo di procedura: non tutti i centri effettuano indagini complete su tutti i fattori coagulativi e allo stesso tempo seppur ci sono centri che le effettuano, privati o pubblici che siano, le indagini non sono del tutto convenzionate, quindi una parte del costo è a carico del paziente e si aggira intorno a circa 500 euro. Naturalmente non avrebbe senso effettuarne solo alcuni perché potrebbe sfuggire proprio quello alterato!!!!!!

Quando parliamo di rapporto costo/beneficio di un esame non dobbiamo pensare al singolo paziente ma allo Stato che investe una certa somma su 1 milione di pazienti per ricavarne un vantaggio sia in termini di "scoperta di malattia" sia di "impegno di spesa".

Se volessimo effettuare le indagini complete sui fattori della coagulazione a tutte le donne con rischio di trombosi venosa profonda, dovremmo effettuarle su un campione di 30 milioni di individui. Trenta milioni di individui per coprire quante patologie????? Una!!!! .

Questo è un concetto che può apparire eticamente scorretto, tuttavia, nella vostra vita professionale vi troverete spesso di fronte alla responsabilità di dover scegliere tra il vantaggio del singolo paziente e quello di tutti gli altri; i sistemi ONLUS come il nostro partono da questo tipo di presupposto: ciò che date ad un paziente lo togliete ad un altro!. Quindi 500 euro investiti impropriamente su una persona li avete sottratti ad un'altra che ne aveva realmente bisogno!

Per evitare di incorrere in questa problematica possiamo ricorrere ad un criterio "statistico": chiediamo alla paziente da quanto tempo assume la pillola e se l'assume da 1 anno allora possiamo stare abbastanza tranquilli. Questo perché il 99% degli effetti deleteri della pillola anticoncezionale sulla emocoagulazione si verificano entro il primo anno dall'assunzione.

Sempre nell'anamnesi prossima chiederemo al Paziente cosa l'ha spinto a contattare un medico:

- PER IL DOLORE
- PER UN MOTIVO PURAMENTE ESTETICO
- PER PREVENZIONE (in quanto ritiene di essere un soggetto a rischio)

Il motivo estetico non è un motivo secondario; ci sono state pazienti con ulcere varicose, generalmente giovani donne, che si preoccupavano più dell'esito delle cicatrici dell'intervento chirurgico che non dell'ulcera stessa.

Il paziente come abbiamo già sottolineato si lamenta di :

- GAMBE PESANTI

- SENSO DI GONFIORE
- TENSIONE
- SENSO DI STIRAMENTO
- DOLORI SEROTINI O NOTTURNI
- GAMBE "IRREQUIETE"

Quando il paziente riferisce di avere gambe irrequiete durante la notte, che addirittura si deve svegliare perché appena si ferma con le gambe inizia il dolore, è necessario effettuare delle indagini volte non solo a svelare una eventuale insufficienza venosa ma addirittura una sindrome parkinson-simile; la presenza di gambe irrequiete ci proietta dinanzi alla possibilità dell'esistenza di una sindrome mista tra insufficienza venosa e malattia neurologica. Non è Parkinson però si cura con i medicinali del Parkinson.

I disturbi si accentuano :

- IN POSIZIONE ERETTA O SEDUTA PROLUNGATA
- CON IL CALDO
- VERSO SERA
- PRIMA DELLE MESTRUAZIONI

Non sempre i disturbi nel paziente flebopatico si accompagnano alla presenza di varici, specie nell'uomo, questo perché la malattia non è la varice ma l'insufficienza venosa.

Le manovre semeiologiche che rivestono notevole importanza nella patologia venosa sono:

- MANOVRA DI RIMA-TRENDELEMBURG
- MANOVRA DEL LACCIO
- PROVA DI PERTHES
- MANOVRA DI SCHWARZ

•**Manovra di Rima-Trendelemburg**: riesce assai utile per riconoscere l'INSUFFICIENZA VALVOLARE delle vene SUPERFICIALI e delle vene COMUNICANTI, in particolare della VALVOLA OSTIALE situata allo sbocco della GRANDE SAFENA nella FEMORALE.

A paziente disteso, si fa sollevare l'arto di circa 65° sul piano orizzontale, onde ottenere il collabimento delle vene superficiali. Si applica poi un laccio emostatico al terzo superiore della coscia (poco al di sotto dell'inguine) in modo da comprimere le vene superficiali, ma non le profonde. Indi si pone il paziente in piedi.

1) La manovra è **NEGATIVA**, cioè non esiste insufficienza valvolare, se a paziente in piedi le vene superficiali si riempiono lentamente dal basso verso l'alto e l'ablazione del laccio non provoca alcuna modificazione.

2) Se esiste una **INSUFFICIENZA VALVOLARE OSTIALE della GRANDE SAFENA**: all'ablazione del laccio le vene si riempiono bruscamente dall'alto in basso;

3) Se esiste una **INSUFFICIENZA VALVORE OSTIALE + INSUFFICIENZA DELLE PERFORANTI**: a paziente in piedi, malgrado il laccio, le vene si riempiono rapidamente dall'alto in basso in circa 30" e l'ablazione del laccio ne determina un ulteriore aumento brusco della tensione.

4) Se esiste una **INCONTINENZA DELLE COMUNICANTI SENZA INCONTINENZA VALVOLARE OSTIALE**: a paziente in piedi le vene si riempiono rapidamente dall'alto in basso ma l'ablazione del laccio non determina alcuna variazione.

•**Manovra del laccio**: è la stessa manovra precedente effettuata però a livello periferico. Viene praticata quando la safena è integra e risulta alterato solo un suo ramo collaterale. Il laccio emostatico andrà applicato a livello del ramo interessato dall'alterazione. Anche in questo caso facciamo stendere il paziente, alziamo il suo arto inferiore, svuotiamo le vene superficiali e applichiamo il laccio emostatico. A paziente in piedi osserveremo poi cosa accade.

•**Manovra di Perthes**: serve per esplorare il CIRCOLO VENOSO PROFONDO.

A paziente in piedi si applica un laccio emostatico alla radice della coscia in modo da comprimere le vene superficiali, ma non le profonde, e lo si invita a deambulare per 5 min.

- 1) Se le varici si svuotano, le vene profonde sono pervie e le loro valvole indenni;
- 2) Se le varici rimangono invariate, le valvole delle vene comunicanti e superficiali sono insufficienti;
- 3) Se le vene si rigonfiano ulteriormente e si fanno dolenti, le vene profonde sono ostruite;

• **Manovra di Schwartz** : questa manovra è utile per svelare la presenza di ectasie varicose quando non sono evidenti (per esempio in pazienti con aumentato spessore del pannicolo adiposo).  
Picchiando una vena sede di colonna di stasi è possibile apprezzare la trasmissione dell'impulso a distanza. Queste varici possono essere visualizzate per EPILLUMINAZIONE.

Quando il paziente presenta una sintomatologia che ci riporta alle varici è utile valutare anche i polsi arteriosi dato che non di rado si scopre che il paziente è affetto solo da insufficienza arteriosa; prima di esplorare i polsi arteriosi però suggeremo la temperatura cutanea con il dorso della mano per svelare eventuali differenze di temperatura in zone diverse dello stesso arto o tra un arto e quello controlaterale.

Ricordiamo che la varice può essere conseguenza di:

- piede varo, valgo, piede piatto, ecc...
- alluce valgo, dita a martello, dolore da appoggio scorretto
- cisti di Baker, lesioni del menisco, lesioni dei legamenti
- anomalie o dolori dei tendini e delle inserzioni muscolari
- problemi alla colonna vertebrale

Le COMPLICANZE da temere sono:

- ROTTURA DELLA VARICE
- ALTERAZIONI TROFICHE
- TROMBOSI VENOSA (superficiale o profonda)
- EMBOLIA POLMONARE
- SINDROME POST-TROMBOFLEBITICA

Nell'INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA protrattasi per anni è di comune riscontro la "CORONA FLEBECTASICA" che consiste nella comparsa di piccole varici disposte a corona intorno al malleolo. Non sono semplici telengectasie (sebbene ne mimino l'aspetto) ma testimoniano una grave alterazione trofica della cute che evolve generalmente in un'ulcera vera e propria. In questa lesione compaiono inoltre zone di "atrofia bianca", cioè una zona cicatriziale in cui l'apporto ematico capillare si è ridotto enormemente con conseguente ischemia ed anossia. Le aree di atrofia bianca sono spesso circondate da aree iperpigmentate ed in caso di guarigione dell'ulcera sono le prime che potrebbero riulcerarsi.

Vittoria Carfora