

La terapia compressiva con bendaggio

S. Bilancini, M. Lucchi, S. Tucci, G. Guarnera, P. E. Mollo, F. Pomella

La terapia compressiva con Bendaggio risale ai tempi di Ippocrate, nel terzo secolo AC, ma si è sviluppata ed ha raggiunto la sua piena efficacia e standardizzazione scientifica e tecnica nel secolo scorso.

Possiamo dividere le bende in Anelastiche ed Elastiche.

Le prime hanno una estensibilità da 0 al 40%, le seconde si dividono in bende a corta estensibilità (40-70%), media estensibilità (70-140%) e lunga estensibilità (oltre il 140%).

Le bende anelastiche agiscono quando il muscolo sottostante si contrae aumentando di volume, a questo punto la benda crea una contropressione dall'esterno che si esplicherà soprattutto sulle vene sottofasciali, ma solo quando il Paziente si muove o cammina (compressione da lavoro), mentre a riposo darà una compressione molto inferiore. La differenza tra la compressione da lavoro e quella a riposo ci darà l'indice di rigidità (stiffness) della benda. Questo indice dovrà essere maggiore o uguale a 10 per poter definire una benda anelastica. Ne consegue che questo bendaggio sarà tanto più efficace quanto più il Paziente sarà mobile e camminerà, mentre in un Paziente allettato o quando il Paziente è a letto la compressione sarà bassa. Questo determina due cose: questo bendaggio sarà molto ben tollerato durante il riposo notturno, ma sarà realmente efficace solo in un Paziente mobile.

La benda elastica invece, per le sue caratteristiche sarà portata a tornare nella sua situazione iniziale dopo la tensione e ad accompagnare l'aumento di volume del muscolo durante la contrazione. Per cui la sua pressione si eserciterà di più a Paziente fermo che deambulante (compressione a riposo).

Quindi l'indice di rigidità di una benda anelastica sarà molto alto e quello di una benda elastica molto basso. Ne consegue che la benda elastica sarà più efficace in un Paziente che non cammina o cammina molto poco, laddove la benda anelastica funziona poco. D'altro canto, però, sarà male tollerata da un Paziente allettato, proprio perché la sua compressione in tale circostanza sarà massimale e, quindi, fastidiosa.

Altro dato importante è che la benda rigida agisce principalmente sulle vene sottofasciali e quella elastica sulle soprafasiali. Pertanto la prima sarà indicata laddove la compressione deve essere attiva principalmente in profondità (edemi duri, disturbi trofici cutanei) e la seconda dove la compressione deve agire maggiormente sui piani superficiali (edemi molli, varici non complicate).

Il bendaggio ha quindi numerose indicazioni nella Malattia Venosa Cronica:

- Edema molle (benda elastica)

- Edema compatto (benda rigida)
- Varici non complicate (benda elastica)
- Epidermite da stasi (benda rigida)
- Dermo ipodermite (benda rigida)
- Ulcera venosa (benda rigida o bendaggio multistrato)
- Varicorragia (benda rigida)
- Flebodinia (benda rigida).

Anche nella Trombosi Venosa Profonda ed in quella Superficiale il bendaggio è inalienabile.

Abbiamo parlato di bendaggio multistrato; questo è costituito da due o più bende sovrapposte elastiche ed anelastiche onde ottenere una compressione ottimale sia a riposo che da lavoro. Purtroppo è complesso da effettuare, costoso e talora mal tollerato dal Paziente, perciò lo si riserva alle ulcere venose più gravi ed estese.

Il bendaggio può essere fisso o mobile. Entrambi sono validi, ma hanno pregi e difetti ed indicazioni diverse.

Bendaggio fisso: è universalmente il più usato, ha il pregio di essere effettuato sempre da una persona esperta (Angiologo, Chirurgo Vascolare o Infermiere e Fisioterapisti dedicati). Ha una compressione omogenea e stabile. I difetti sono legati alla presenza di abbondante essudazione, prurito o ulcera clinicamente infetta, perché non permette una medicazione giornaliera della cute in caso di epidermite e deve essere cambiato molto spesso in caso di ulcera infetta e molto essudante con aumento notevole dei costi.

Il bendaggio mobile è comodo perché permette una medicazione giornaliera, una detersione ottimale dell'essudato ed un controllo giornaliero dell'ulcera. Il rovescio della medaglia è che deve essere istruito un familiare del Paziente e che durante la sua curva di apprendimento il bendaggio può essere male applicato e quindi inefficace.

Va da sé che il bendaggio fisso deve necessariamente essere anelastico perché permane 24 ore su 24, mentre il bendaggio mobile può essere elastico, ove indicato, perché si toglie in clinostatismo.

In caso di edema voluminoso, nel primo periodo il bendaggio fisso deve essere rinnovato ogni 3-4 giorni perché la rapida riduzione dell'edema lo renderà presto inefficace.

Sul tema della coesistenza di una arteriopatia ostruttiva periferica vi è una "querelle" ancora non risolta. Si è passati da un veto assoluto al bendaggio anche per arteriopatie lievi ad atteggiamenti molto più aperti dopo una serie di studi che hanno dimostrato che il bendaggio non riduce il flusso ematico in maniera significativa.

Nell'ultima Consensus Conference (settembre 2018) si è convenuto che per un ABI fino a 0,8 non vi sono problemi, da 0,5 a 0,8 una compressione intorno ai 25 mmHg è ben

tollerata. Al di sotto di 0,5 la valutazione va fatta caso per caso sulla base soprattutto della clinica del Paziente, ma il bendaggio deve essere solo anelastico, eseguito da personale altamente qualificato, un controllo stretto del Paziente è obbligatorio e lo specialista deve essere sempre disponibile ad intervenire. A nostro parere un bendaggio mobile sarebbe sempre preferibile a quello fisso perché una eventuale sua eliminazione sarebbe più rapida.

Nel complesso il bendaggio è un'arme inalienabile nel trattamento della Malattia Venosa Cronica e delle sue complicanze, esso deve essere bagaglio culturale e tecnico imprescindibile per chi si occupa di Flebologia, ma anche di Patologia Vascolare in generale.

Naturalmente non si può prescindere da una esatta indicazione, una corretta posologia della compressione ed una più che precisa esecuzione, perché il bendaggio è come un farmaco e come tale deve essere utilizzato.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Bassi G, Stemmer R. Traitements mécaniques fonctionnelles en phlébologie. Padova: Piccin, 1983.

Cornu-Thénard A. La terapia elastocompressiva. La Pressoterapia con bende e calze elastiche. In: Bilancini S, Lucchi M. Le varici nella pratica quotidiana. Torino: Minerva Medica, 1991; 335-60.

Mariani F, Macciò A, Aloï TL. Compression Therapy. Consensus Conference on Compression Therapy. Poggibonsi (SI): Airali, 2018.

Partsch H, Rabe E, Stemmer R. Traitement compressif des membres. Paris: Editions Phlébologiques Françaises, 2000.

Dott. Salvino Bilancini, Dott. Massimo Lucchi, Dott. Sandro Tucci, Centro Studi Malattie Vascolari J.F. Merlen, Frosinone

Prof. Giorgio Guarnera, Aurelia Hospital, Roma

Dott. Pierluigi Edgard Mollo, Casa di Cura INI, Divisione Città Bianca, Veroli, Frosinone

Dott.ssa Federica Pomella, Servizi Territoriali di Angiologia, ASL Frosinone

Per la corrispondenza: maxlucchi@libero.it