

Sclerosi eco-guidata della safena e delle collaterali: “la scelta” (tecniche endoluminali a confronto)

L. Tessari

Le varici degli arti inferiori vengono sempre più trattate con metodiche endoluminali, con una progressiva riduzione dell'utilizzo della chirurgia (soprattutto di quella eccessivamente invasiva e poco modulata sulla realtà anatomo-emodinamica).

Nel mese di marzo 2003 a Parigi nel corso della riunione della S.E.P. (Società Europea di Flebectomia) è stata presentata dal sottoscritto una relazione basata sul confronto fra le tre tecniche (come le ha definite il Collegio Italiano di Flebologia) di trattamento di oblitterazione endoluminale delle varici degli arti inferiori: VNUS Closure® (tecnica con radiofrequenza) - LASER endovascolare - CEST Catheter Endovascular Sclero Therapy (scleroterapia con schiuma sclerosante mediante catetere endosafenico).

Attualmente questo tema è diventato molto attuale e molte riviste più o meno scientifiche e settimanali dedicati a salute e bellezza ne parlano; nel concludere la disamina sono stati portati alcuni commenti di autori internazionali su questo tema, tra cui mi piace citare quello dell'amico Stefano Ricci: *“In flebologia nessuna tecnica ha mai incassato tanto successo come l'occlusione safenica con le nuove tecnologie VNUS Closure® e LASER endovascolare. Attualmente il 50% del tempo di un congresso è dedicato a questo soggetto qualunque sia l'esperienza degli “esperti” in lista. Il successo di queste procedure è dovuto probabilmente al fatto che hanno fatto breccia sui chirurghi. Le novità precedenti più importanti legate alla scleroterapia (MOUSSE) o alla chirurgia (CHIVA) hanno bisogno di un lungo apprendistato e di una diagnostica meticolosa ed alla fine mettono in ombra l'opera del chirurgo. L'occlusione termica della safena rappresenta per contro un rinnovamento del chirurgo un aggiustamento alla tecnologia del terzo millennio, non c'è bisogno di imparare molte cose, per chi sa utilizzare le mani il gioco è presto fatto ed in più è ciò che la gente vuole.....con il vantaggio intrinseco del nome stesso LASER.”*

Anche se molto simili queste tre tecniche si diversificano fra di loro in termini di efficacia, affidabilità, materiali e costi; ognuna presenta dei vantaggi, degli inconvenienti e dei limiti, è importante pertanto definire per ognuna di esse la miglior indicazione terapeutica in rapporto alla massima efficacia, il minor traumatismo e la miglior compliance onde poterne poi fare una corretta scelta.

Premetto innanzitutto che VNUS, LASER e CEST sono solo degli strumenti terapeutici, per sopprimere un tratto varicoso più o meno rettilineo, alla stessa stregua di uno stripper di Babcock o di Mayo, di un uncino di Bassi o di Muller o di Ramelet e non sono una strategia o filosofia terapeutica come la CHIVA o la Flebologia Conservativa del Sistema Venoso Superficiale.

Senza entrare in dettagli di strategie emodinamiche conservative, che richiederebbero una descrizione dettagliata a parte, possiamo dire che tutte e tre le metodiche sono l'alternativa al classico stripping lungo o corto con un traumatismo molto

più ridotto ed una miglior accettazione da parte del paziente; le tre tecniche quindi, per quanto riguarda la scelta, vanno raffrontate fra di loro.

Prendendo spunto dalle conclusioni dello Studio Prospettico Comparativo Randomizzato di R. Milleret nel quale le tre metodiche dimostrano a distanza di un anno risultati sovrapponibili, analizziamo allora, cercando di rimanere il più obiettivi possibile, le tre metodiche, prima confrontandole sui vari distretti anatomici su cui vengono applicate e poi sui parametri: materiali, costi-benefici e complicanze.

LA GRANDE SAFENA: da quanto si evince dalla letteratura, le indicazioni ideali per l'uso del VNUS o del LASER endovascolare sono l'utilizzazione di queste metodiche su safene rettilinee e di calibro omogeneo. Le varie sonde VNUS Closure® hanno dei diametri diversi di apertura massima da adattare al diametro della vena; in caso di vene di grosso calibro variabile, talora pseudo-aneurismatiche come spesso si evidenzia in varicosi di vecchia data, sarebbe necessario cambiare la sonda per avere un buon risultato sul piano teorico; in pratica questi pazienti vengono depistati su altri trattamenti (T. Rautio descrive nel suo lavoro che solo 28 pazienti su 121 = 23% sono stati selezionati per il trattamento VNUS). Il LASER endovascolare per contro nelle sopracitate varicosità, avendo un'azione-effetto direttamente correlata al contatto della sonda con l'endotelio, provoca spesso delle fibrosi infiammatorie solo nel punto di contatto della sonda stessa con l'endotelio, dando una sclerosi spesso a grani di rosario. Nella scleroterapia con schiuma sclerosante con catetere endovenoso (CEST) non vi sono problemi, né sulla variabilità di calibro della varice da trattare, né sulla tortuosità della stessa in quanto l'unica variabile di questa tecnica sono i volumi di schiuma da iniettare o eventualmente la puntura diretta della safena sotto osservazione ecografica; questo inoltre è il trattamento di scelta nel caso in cui l'insufficienza safenica sia legata ad un reflusso dalle vene perineali o ad un varicocele pelvico.

Permesso che in letteratura safene al di sotto di 5 mm non rientrano quasi mai nei protocolli terapeutici, perché verosimilmente non patogene e comunque, nel caso di una tale eventualità, passibili di un trattamento conservativo, mi meraviglia molto che nelle indicazioni delle case produttrici del VNUS si parli di indicazioni per trattamento di varici safeniche da 3mm a 12mm e per il LASER endovascolare da 2mm a 12mm; la schiuma sclerosante non ha limiti massimi di calibro venoso da trattare in quanto il volume della stessa occupa tutto il lume della vena qualunque sia il suo calibro.

Il trattamento della PICCOLA SAFENA è sconsigliato per il Closure®, per il rischio del passaggio del calore in profondità, ed il rischio di lesione del nervo surale mediale e caudale; per lo stesso motivo va usato con oculatezza il LASER; non vi sono problemi invece, se non quelli generici legati alla scleroterapia, per la schiuma sclerosante echo, osservata in qualunque modo la si introduca sia con il catetere sia con la puntura diretta della safena.

Nel trattamento delle PERFORANTI INCONTINENTI e delle RECIDIVE post chirurgiche la scleroterapia con schiuma sclerosante non ha confronti in quanto è la sola e l'unica a poter essere utilizzata con tranquillità e serenità; la stessa cosa la si può affermare per quanto riguarda il trattamento delle varici nei pazienti OBESI o affetti da LINFEDEMA.

MATERIALI: il VNUS e il LASER endovascolare hanno bisogno di una sala operatoria dedicata, di un generatore di energia, di sonde specifiche e di due operatori in sala; le due tecniche utilizzano prevalentemente un'anestesia locale tumescente (anche per distanziare la pelle dalla sonda ed evitare scottature della stessa nei pazienti magri) o l'anestesia generale; il CEST ha bisogno di un unico operatore, non ha bisogno di una sala dedicata, utilizza un comunissimo catetere ureterale e solo nel caso di una esposizione safenica al condilo femorale mediale è necessaria pochissima anestesia locale.

COSTI: oltre al costo dei Generatori che per VNUS ed EVLT variano dai 20.000 ai 35.000 euro, le varie sonde hanno un costo di circa € 900 per il Closure®, di circa € 300 per il Laser mentre il costo del cateterino ureterale per il CEST è di circa € 11.

Le **COMPLICANZE MINORI** sono minime, praticamente sovrapponibili nelle tre metodiche e non costituiscono criterio di scelta.

COMPLICANZE MAGGIORI: rispetto ad un anno fa in cui la letteratura internazionale riportava una EP e tre TVP su 286 pazienti per il VNUS, una Trombosi Venosa Parziale Poplitea su 177 pazienti per la Schiuma Sclerosante e nessuna complicanza per l'EVLT; attualmente per quanto riguarda la Schiuma Sclerosante non sono più state segnalate complicanze maggiori, mentre nel corso dell'American Venous Forum di Orlando del 26-29 febbraio 2004 viene comunicato che il 7% dei trattamenti di Laser Endovascolare presenta una Trombosi che progredisce in Femorale e che il VNUS Closure® riporta il 20% di Trombosi Profonde.

CONCLUSIONE: se dal punto di vista dei risultati, come ha dimostrato Milleret, le tre tecniche sono sovrapponibili, non vi è alcun dubbio che per quanto riguarda la sicurezza, l'affidabilità, la semplicità, i campi di applicazione e non ultimo i costi la scleroterapia con schiuma sclerosante, sia con l'uso del catetere lungo che per puntura diretta, è di gran lunga la più indicata, e quindi dovrebbe diventare, sempre nel rispetto di una corretta strategia, la procedura di prima scelta da proporre al paziente.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Cavezzi A, Frullini A, Ricci S, Tessari L. Treatment of Varicose Veins by Foam Sclerotherapy: Two Clinical Series. *Phlebology* 2002; 17: 13-8.

Creton D. Principe, technique et indications de l'oblitération endoveineuse par radiofréquence. *Phlébologie* 2002; 55: 127-32.

Creton D, Milleret R, UhlJ F. Comment choisir la meilleure technique d'oblitération endovasculaire: Closure®, laser ou sclérose à la mousse sur cathéter long? *Phlebology* 2004; 57: 31-5.

Fassiadis N, Kianifard B, Holdstock JM, Whiteley MS. A novel endoluminal technique for varicose vein management: The VNUS Closure. *Phlebology* 2002; 16: 145-8.

Goldman MP, Amiry S. Closure of the greater saphenous vein with endoluminal radiofrequency thermal heating of the vein wall in combination with ambulatory phlebectomy: 50 patients with more than 6-month follow-up. *Dermatol Surg* 2002; 28: 29-31.

- Guex JJ, Min RJ, Pittaluga P. Trattamento dell'incontinenza della grande safena mediante laser endovenoso: tecnica ed indicazioni. *Phlébologie* 2002; 55: 239-43.
- Harris EJ Jr. Endovascular obliteration of saphenous vein reflux (a perspective). *J Vasc Surg* 2002; 35: 1292-4.
- Kanter A, Thibault PK. Saphenofemoral incompetence treated by ultrasound-guided sclerotherapy. *Dermatol Surg* 1996; 22: 648-52.
- Lebrand C, Zuccarelli F. *Phlébologie* 2001; 54: 285-9.
- Lebrand C, Zuccarelli F. *Phlébologie* 2002; 55: 263-8.
- Merchant RF, DePalma RG, Kabmick LS. Endovenous obliteration of saphenous reflux: a multicentre study. *J Vasc Surg* 2002; 35: 1190-6.
- Milleret R, Garandeau C, Brel D, Allaert FA. Sclérose des grandes saphènes à la mousse délivrée par un cathéter écho-guidé sur veine vide «Alpha-Technique». *Phlébologie* 2004; 57: 15-20.
- Mingo Garcia J. Esclerosis venosa con espuma: foam medical system. *Rev Espanola Med y Cirurgia Cosm* 1999; 7: 29-31.
- Navarro L, Boné C. L'énergie laser intraveineuse dans le traitement des troncs veineux variqueux : rapport sur 97 cas. *Phlébologie*, 2001; 54: 293-300.
- Pichot O, Sessa C. Traitement de l'insuffisance veineuse superficielle par radiofréquence: indications et résultats à moyen terme (Radiofrequency endovenous obliteration of the long saphenous vein: indications and mid-term results). *Phlébologie*. 2002; 55: 51-8.
- Proebstle TM, Lehr HA, Kargl A, et al. Endovenous treatment of the greater saphenous vein with a 940-nm diode laser: Thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage by laser-generated steam bubbles. *J Vasc Surg* 2002; 35: 729- 36.
- Rautio T, Ohinmaa A, Perala J, et al. Endovenous obliteration versus conventional stripping operation in the treatment of primary varicose veins (a randomized controlled trial with comparison of the costs) . *J Vasc Surg* 2002; 35: 958-65.
- Tessari L, Cavezzi A, Frullini A. Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins. *Dermatol Surg* 2001; 27: 58-60.
- Weiss RA, Weiss MA. Controlled radiofrequency endovenous occlusion using a unique radiofrequency catheter under duplex guidance to eliminate saphenous varicose vein reflux: a 2 year follow-up. *Dermatol Surg* 2002; 28: 38-42.

Dott. Lorenzo Tessari, Fondazione Bassi-Tessari, Peschiera del Garda, VR

Per la corrispondenza: lorenzo@tessaristudi.it