

LA CHIRURGIA DELLE VARICI IN DAY SURGERY

MATTEO AZZARONE

UOC CHIRURGIA VASCOLARE

Azienda ospedal.-universitaria Parma

epidemiologia

- Le varici sono una condizione morbosa molto frequente
- Nella popolazione adulta : 10-23% dei maschi; 30-40% delle femmine (Medical Services Advisory Committee MSAC, Canberra, 2003)
- > 50% delle donne oltre 50 anni (Carpentier PH e coll, J Vasc Surg 2004)

clinica

- alterazione estetica
- fastidi soggettivi (senso di peso, bruciore, disestesie)
- dolore
- edema
- dermatopatia da stasi (eczema, prurito, discromia, ipodermite...)
- ulcere flebostatiche
- tromboflebiti superficiali (fino alla varicotromboflebite ascendente)
- invalidità sociale e lavorativa



CEAP

- C classificazione Clinica
- E “ Eziologica
- A “ Anatomica
- P “ fisioPatologica

CCEAP

- C 0 nessun segno visibile o palpabile di flebopatia
- C 1 teleangectasie o vene reticolari
- C 2 varici
- C 3 edema
- C 4 a pigmentazione o eczema
- C 4 b lipodermatosclerosi o atrofia bianca
- C 5 ulcera venosa guarita
- C 6 ulcera venosa attiva

Malattia Venosa Cronica

- Definizione ampia che include sia stadi clinici lievi/moderati (“**disturbi venosi cronici**”) sia stadi avanzati (“**insufficienza venosa cronica**”; C4-C5-C6) frequenti anche nelle sindromi posttrombotiche con varici cd. secondarie
- Nella malattia venosa cronica emodinamica e clinica si intrecciano nella storia naturale del paziente con il contributo fisiopatologico rilevante della *ipertensione venosa* e della *infiammazione tissutale*

Indagini diagnostiche

- L' **ecocolordoppler** ha soppiantato tutte le altre indagini
- Il successo del trattamento si basa sulla corretta esecuzione del **mappaggio US preoperatorio** che consente un provvedimento terapeutico mirato
- Oltre a valutare lo stato degli assi venosi profondi, l'ecocolordoppler deve identificare i “punti di fuga” (**REFLUSSI**) dal circolo venoso profondo al superficiale
- Reflussi ostiali (safenofemorale e/o safenopopliteo)
- Reflussi a livello di perforanti incontinenti



- Riferimento in letteratura:
- **Gloviczki P. et al**
- The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum
- **J Vasc Surg 2011;53:2S-48S**

- La scelta della terapia dipende da molteplici variabili: stadio della malattia ma anche età ed esigenze estetiche e funzionali del paziente

Trattamento conservativo

- **INDICAZIONE**
- Negli asintomatici o nei casi con sintomi lievi/moderati (C 0, C 1)
- Varici reticolari e teleangectasie (C 1)... *eventuale scleroterapia*
- Varici asintomatiche nel maschio giovane (C 2) ??
- Ectasia rettilinea della safena nello sportivo ??
- *Non vanno eseguiti “a cuor leggero” interventi di exeresi venosa “profilattici” ruolo potenziale delle safene non francamente patologiche negli interventi di rivascolarizzazione miocardica e periferica*

Trattamento conservativo

- Accorgimenti di vita quotidiana : attività fisica; frequente riposo con “arti in scarico”; controllo del peso ...
- Farmaci venotropi
- Elastocompressione

- *Scleroterapia*

Trattamento *invasivo*

- In linea di massima il trattamento *invasivo* trova **indicazione elettiva**
- nei casi in cui le varici compromettono la **Qualità di Vita**;
- nelle **varici troncolari** dei sistemi safenici con insufficienza degli ostii safenici;
- nei casi complicati (eczema, dermosclerosi, ulcere, varicotromboflebiti)

- I **trattamenti *invasivi*** delle varici si distinguono in:
- **Chirurgia “open” : chirurgia ablativa ;** chirurgia conservativa dei tronchi safenici
- **Trattamenti ablativi endovascolari :** RadioFrequenza; Laser; EcoFoamSclerosi

Razionale dei trattamenti ablativi

- Rimuovere le varici antiestetiche
- Risolvere la sintomatologia ed impedire le complicanze mediante la riduzione della ipertensione venosa
- Tali obiettivi vanno raggiunti correggendo in primis l'**alterata emodinamica** ; ruolo fondamentale dello studio fisiopatologico con US: identificazione dei REFLUSSI

Razionale dei trattamenti ablativi

Trattamento “su misura” mediante lo studio US:

- Ablazione del reflusso assiale nella Grande o nella Piccola Safena (*o mediante eliminazione chirurgica o mediante ablazione termica con RF o laser o chimica con EcoFoamSclerosi*)
- ablazione dei reflussi brevi (perforanti incontinenti)
- Rimozione delle varici e delle varicosità

Alternative alla chirurgia classica

... LE MOTIVAZIONI ...

Riduzione dei disagi post-chirurgia classica (dolore; ematomi). In particolare, in assenza della avulsione/strappo delle collaterali >>> riduzione degli ematomi

Anticipato ritorno alla vita consueta ed al lavoro.

- Desiderio del paziente (?)
- Trend innovativi in tutte le branche chirurgiche ...
- Pazienti inidonei alla chirurgia classica (??)

Alternative alla chirurgia classica

LE OPZIONI

- **RadioFrequenza;**
 - **Laser;**
 - **EcofoamSclerosi**
- Si fondano sulla trombosi/obliterazione della safena. Sono **trattamenti ENDOVASCOLARI** cioè procedure terapeutiche realizzate nel lume della vena senza la sua exeresi ma con la “soppressione” fisiopatologica

Alternative alla chirurgia classica: EcoFoamSclerosi

Consiste nella **ablazione chimica** delle varici.

Particolarmente utile nelle varici superficiali e tortuose poco adatte alle metodiche di ablazione termica.

Eco: gli US consentono di iniettare l' agente sclerosante direttamente nella safena.

Foam: l' agente sclerosante è miscelato con aria o gas per produrre una schiuma che consente un + ampio contatto con la superficie della vena.

Costo contenuto (rispetto ad altre opzioni)

Alternative alla chirurgia classica: EcoFoamSclerosi

- Complicanze: analoghe alla scleroterapia classica (reazioni orticarioidi; cefalea; flebiti superficiali; necrosi cutanee)
- **Risultati** precoci buoni con tassi di occlusione della Grande Safena dall' 80 al 90% ma ... risultati a distanza mediocri
- *Ouvry P, 2008* : occlusione precoce 85% ; a 2 anni 53%
- *Tan VK, 2012* : (66 casi): occlusione a 6 mesi 98%; a 1 anno 80%; 96% dei pazienti soddisfatti
- Dubbi: vantaggio vs chirurgia in termini di sicurezza, radicalità e costo???

Alternative alla chirurgia classica: laser e RF

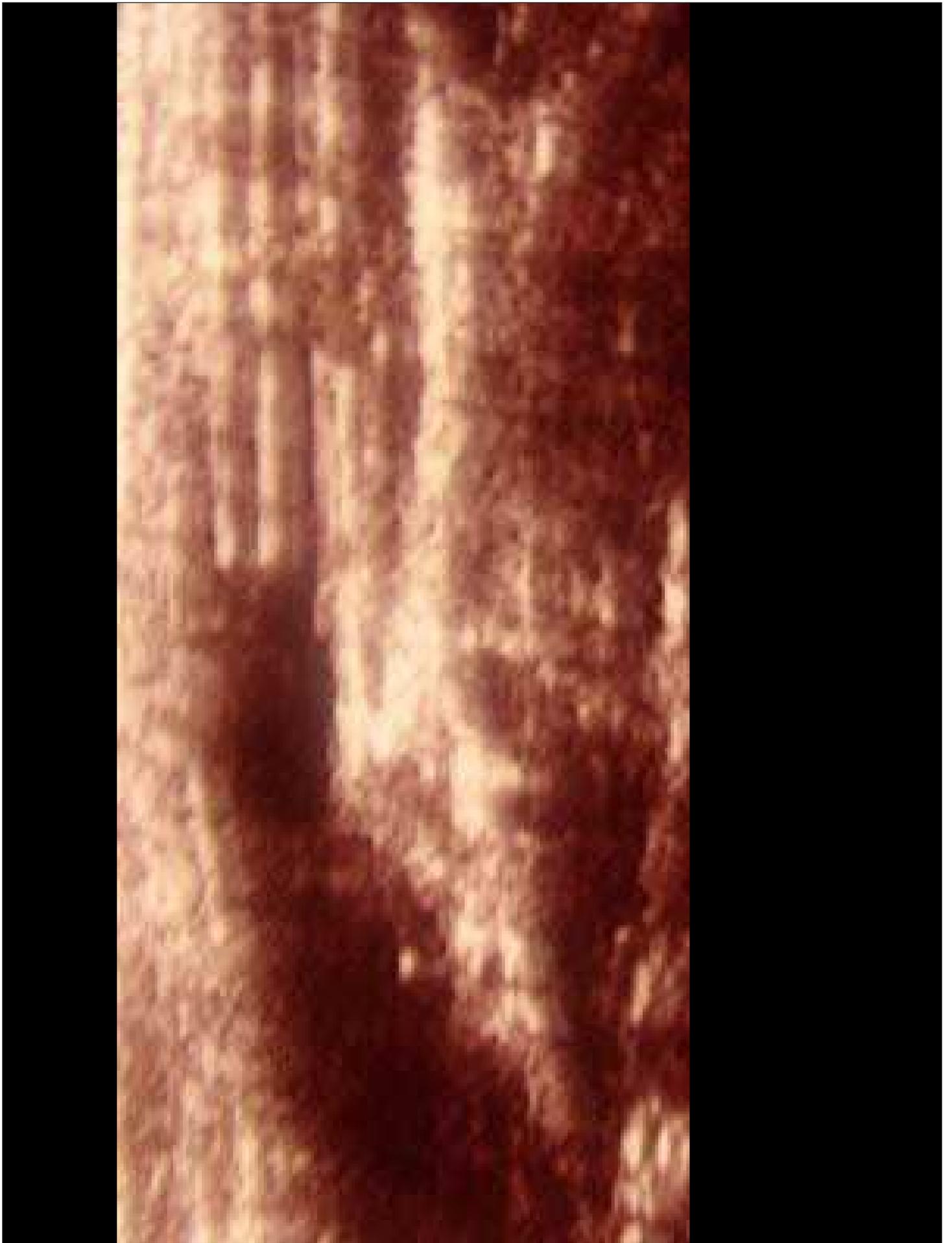
- Aspetti in comune:
- **Anestesia** locale o locoregionale
- **Miniaccesso chirurgico** al ginocchio per limitata esposizione della safena e flebotomia **vs puntura percutanea ecoguidata**
- Vena cateterizzata con guida dal basso in alto
- **Posizione** della guida e del device **controllata con ecodoppler** (fondamentale !)
- Rilascio della energia termica (RF / Laser) man mano che il sistema viene ritirato dall' alto al basso >> **contrazione/occlusione della safena**
- Controllo finale Eco
- Compressione dell' arto
- Gesti associati: crossectomia : no con la RF; per alcuni Aa. sì con il laser

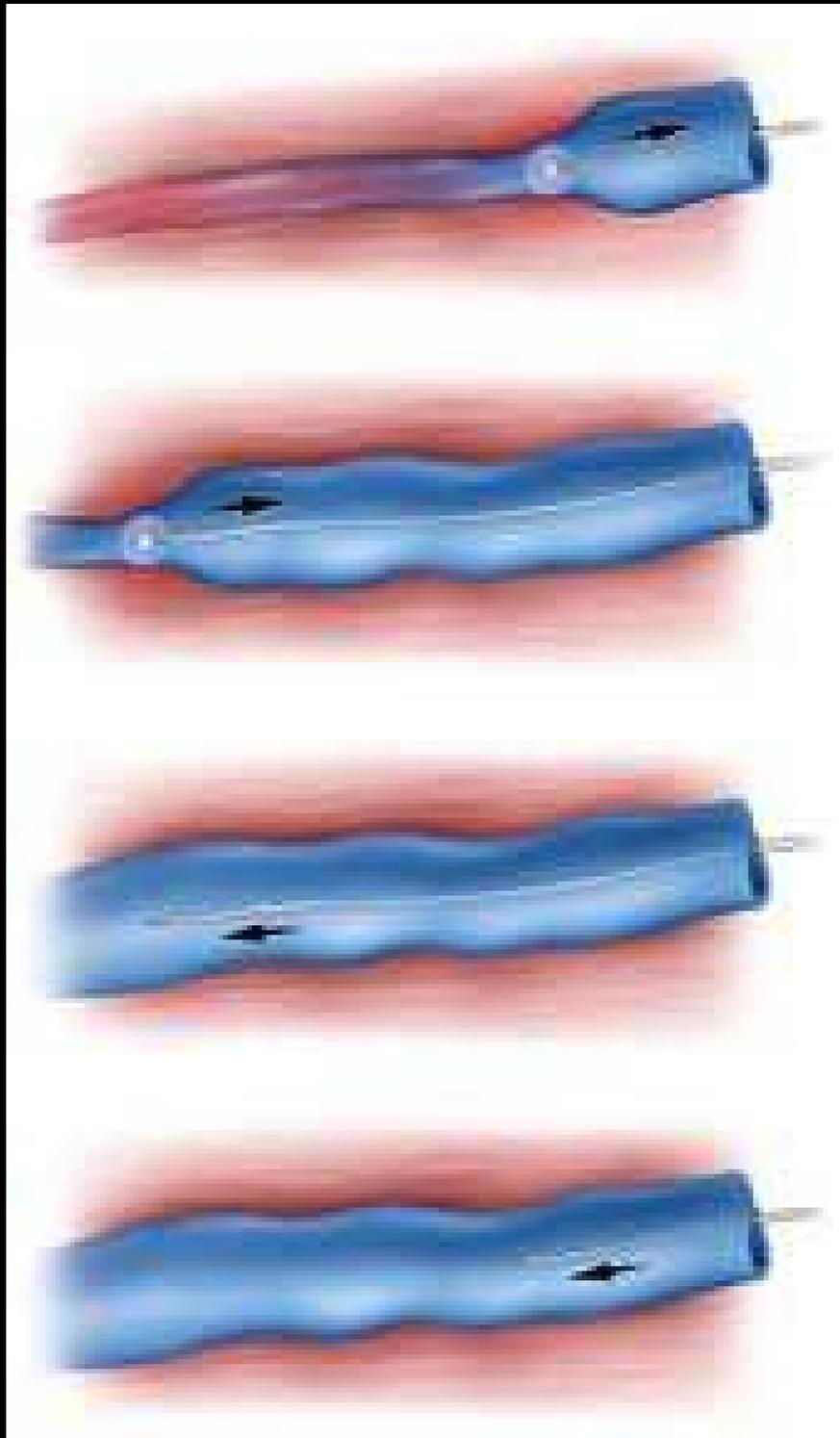
Alternative alla chirurgia classica: RADIOFREQUENZA

- La RF fornisce **energia termica** controllata >> aumenta la temperatura a livello della parete del vaso >> distruzione dell' intima su tutta la superficie esposta ma anche contrazione e ispessimento del collagene della media (e dell' avventizia) >>> netta riduzione del diametro
- >>> in un secondo tempo evoluzione fibrosa ed occlusione

Alternative alla chirurgia classica: LASER

- Il laser agisce per effetto termico in 3 tappe:
 - A) conversione della luce in calore;
 - B) trasferimento del calore per conduzione nei tessuti vicini, cioè nella parete venosa;
 - C) effetto termochimico che determina la distruzione tissutale
- Progressiva evoluzione fibrotica della vena







Risultati laser / RF

- Occlusione ECD immediata post-RF 97% dei casi

Merchant RF, J Vasc Surg , 2005

- Occlusione ECD ad 1 mese post RF e Laser 94%

Puggioni A, J Vasc Surg, 2005

Complicanze laser / RF

- Complicanze minori nel 3-35% dei casi (ecchimosi nella sede della venopuntura di accesso; parestesie e disestesie da nervo safeno; flebiti supf; ustioni cutanee; pigmentazioni).
- La complicanza + severa è la TVP la cui incidenza :
- Dopo RF: 0,5% (Merchant RF, Dermatol Surg, 2005);
- 16% (Hingorani AP, J Vasc Surg, 2004), ma associati gesti chirurgici minori – legatura perforanti e flebectomie;
- Dopo laser : tassi variabili di TVP nelle casistiche dallo 0,1% al 7,7%
- Si segnalano anche casi di protrusione del trombo dalla safena nella femorale (3/77 nella esperienza di Puggioni/Gloviczki,2005; senza EP, trattati con anticoagulazione)
-

Laser vs chirurgia

- Riguardo al dolore:
- A 7 gg liberi da dolore o con dolore modesto:
 - 85% dei trattati con laser
 - 80% dei chirurgici

• Medeiros J Vasc Bras 2006

- Studio tedesco 2012 (risultati preliminari) di confronto tra laser; laser + legatura alta dello sbocco safenofemorale; chirurgia classica. 449 pazienti

Flessenkamper I, Phlebology, 2012

- Nell' immediato postoperatorio:
- Ecchimosi nel 69% degli open vs 50% di entrambi i gruppi laser
- Dolore nel 32% degli open vs Disconfort nel 37% dei laser "puri" e nel 50% dei laser + legatura
- Neuropatia del safeno : open 0,6%; laser 3,7%; laser + legatura 6%
- Dopo 2 mesi:
- Reflusso inguinale ECD: laser 8,5%; laser + legatura 2%; open in nessun caso.

Alternative alla chirurgia classica

- Per le varie metodiche di trattamento ev (RF; laser; ecosclerosi) rischio potenziale di **ricanalizzazione della vena trattata** :
- modesto a breve e medio termine
- non ben definito a lungo termine l'efficacia in tempi lunghi premia tuttora la chirurgia ...?

Risultati a distanza laser / RF

- Valutazione ECD: reperto di normalità : completa scomparsa della vena o minimo cordone fibroso privo di flusso
- **Recidiva** : può verificarsi la **ricanalizzazione** e cioè il ripristino spontaneo del lume della safena

- 330 arti trattati con **RF**:

- A 3 anni:

- Occlusione completa 75%
- Occlusione parziale (< 5 cm di safena pervia) 18%
- Occlusione insufficiente (>5 cm) 7%



Nicolini P Eur J Vasc Endovasc Surg 2005

Alternative alla chirurgia classica: CHIVA

- Cure conservatrice et **Hemodinamique de l' Insuffisance Veineuse en Ambulatoire** (*Franceschi*)
- Fondamentale il mappaggio US
- Si tratta di un trattamento “minichirurgico” ambulatoriale il cui obiettivo è preservare i tronchi safenici (*per eventuali impieghi futuri ... mancano studi che dicano la reale qualità della safena “salvata” ai fini di un futuro bypass...*)
- E' una chirurgia “funzionale” : mira a ripristinare la normale funzione emodinamica del sistema venoso supf

Alternative alla chirurgia classica: CHIVA

- **PRINCIPI DELLA METODICA**
- La Metodica CHIVA si basa sull'applicazione dei seguenti principi:
 - A) interruzione degli shunts veno-venosi;
 - B) frazionamento della colonna idrostatica;
 - C) rispetto delle perforanti di rientro con legature al di sotto di esse.
- Tali regole secondo la metodica originale andrebbero applicate solo in presenza di una normale pervietà e continenza del circolo venoso profondo.

**Chirurgia classica della malattia
della safena grande e della safena
piccola**

SAFENECTOMIA MEDIANTE **STRIPPING LUNGO**

SAFENECTOMIA MEDIANTE **STRIPPING CORTO**

CROSSECTOMIA ISOLATA

- La SAFENECTOMIA (crossectomia radicale + stripping) è il *gold standard* nel trattamento delle varici troncolari da reflusso lungo
- Rima ... Trendelenburg (1890) ... legatura alta della safena
- 1905 . Keller utilizza uno stripper rigido
- 1906 . Charles Mayo ... stripper esterno
- 1907 . Babcock .. stripper interno semirigido
- 1954 . Myers introduce lo stripper flessibile endoluminale

- La SANECTOMIA MEDIANTE STRIPPING fino a non molti anni orsono comportava :
- Anestesia generale
- Gesto chirurgico “pesante” (molte incisioni talora non piccole; risultato estetico discutibile)
- Degenza postchirurgica di ... giorni

- La concorrenza delle “alternative terapeutiche” (RF; LASER; ECOSCLEROSI; CHIVA) ha spinto ad “alleggerire” anche la chirurgia venosa tradizionale in termini di
- ANESTESIA
- GESTO CHIRURGICO
- GESTIONE COMPLESSIVA DEL PAZIENTE
- DAY SURGERY !!!!!

Safenectomia in day surgery

- Esigenze di economia sanitaria
- Confort per il paziente
- Trend generale verso le “outpatient procedures” nella chirurgia idonea
- **RUOLO FONDAMENTALE DELLE TECNICHE ANESTESIOLOGICHE**
- Piena consapevolezza della importanza della precoce “uscita dal letto” e ripresa della deambulazione ...
riduzione delle complicanze

- Chirurgia obbligata (e non trattamenti ev):
- Varici estremamente dilatate e tortuose a sede molto superficiale
- Precedenti tromboflebiti safeniche



Chirurgia classica

- Dalla correttezza della indicazione e dalla accuratezza del mappaggio ECD e del gesto chirurgico derivano i migliori risultati sul piano funzionale ed estetico

La CROSSECTOMIA

In alcuni rari casi può rappresentare il **gesto chirurgico esclusivo**.

Nella gran parte dei casi è il **primo tempo dell' intervento di safenectomia**.

Sul piano funzionale è la manovra chirurgica principale: **sopprime il reflusso** ostiale safenofemorale o safenopopliteo.

La CROSSECTOMIA

Per la GRANDE SAFENA: incisione nella piega inguinale
lunga 3-4 cm > ottimo risultato estetico.

Dissezione delicata per evitare danni ai linfatici.

Sezione tra legature delle collaterali che terminano nel tratto
terminale della safena.

Sezione tra legature della safena “a raso” della vena
femorale

Crossectomia : gesto esclusivo?

- *Vantaggio teorico: evitare le complicanze specifiche dello stripping: dolore, ematoma...; salvare la safena per “usi futuri” ...*
- Esperienza positiva del gruppo inglese di **Barandiaran JV (Ann Vasc Surg, 2011) 48 pazienti**
- Dopo crossectomia isolata:
- Nel 91% dei casi immediato beneficio estetico e sintomatico
- le varici si riducono progressivamente di calibro fino al sesto mese; l' A. suggerisce pertanto un secondo tempo chirurgico molto leggero di flebectomie alla Muller dopo 6 mesi
- A 3 anni: 6 varici recidive (13%) e solo 2 reinterventi maggiori (safenectomie)
- L' A. suggerisce la crossectomia isolata soprattutto nei casi C2-C3
MA E' UNA POSIZIONE MINORITARIA

Crossectomia : gesto esclusivo?

- *Per la maggior parte degli Aa. la crossectomia isolata determina molte recidive poiché non elimina del tutto il reflusso; la safena tende a rimanere pervia e patologica perché “nutrita” da perforanti di coscia*
- Trial randomizzato britannico (Dwerryhouse S, J Vasc Surg, 1999) di confronto tra stripping corto e crossectomia isolata relativo a 133 arti operati per varici primitive della grande safena da reflusso ostiale
- Dopo 5 anni: lo stripping riduce il tasso di reintervento di due terzi: 6% degli “strippati” vs 21% dei “non strippati” P=.02
- All’ ECD nel 71% dei casi safena “non strippata” >> incontinente

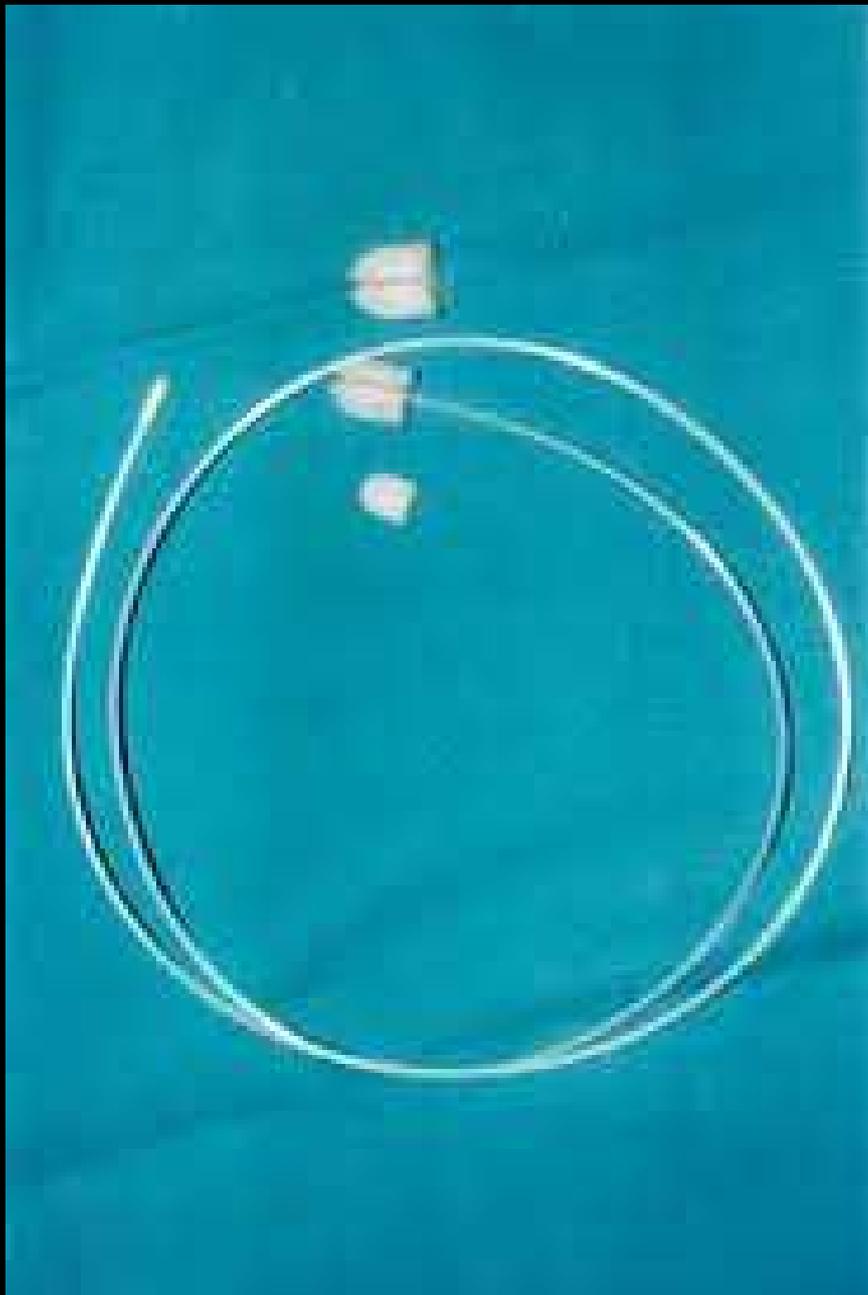
STRIPPING LUNGO

- **Isolamento** della safena al malleolo mediale con estrema attenzione al nervo safeno che a questo livello è adeso alla vena.
- **Incannulamento** della safena **con lo stripper** dal malleolo verso l'alto
- **Stripping** dall'alto verso il basso
- Evacuazione dei coaguli formatisi lungo il tunnel per la avulsione delle collaterali
- Sutura delle incisioni
- Elastocompressione









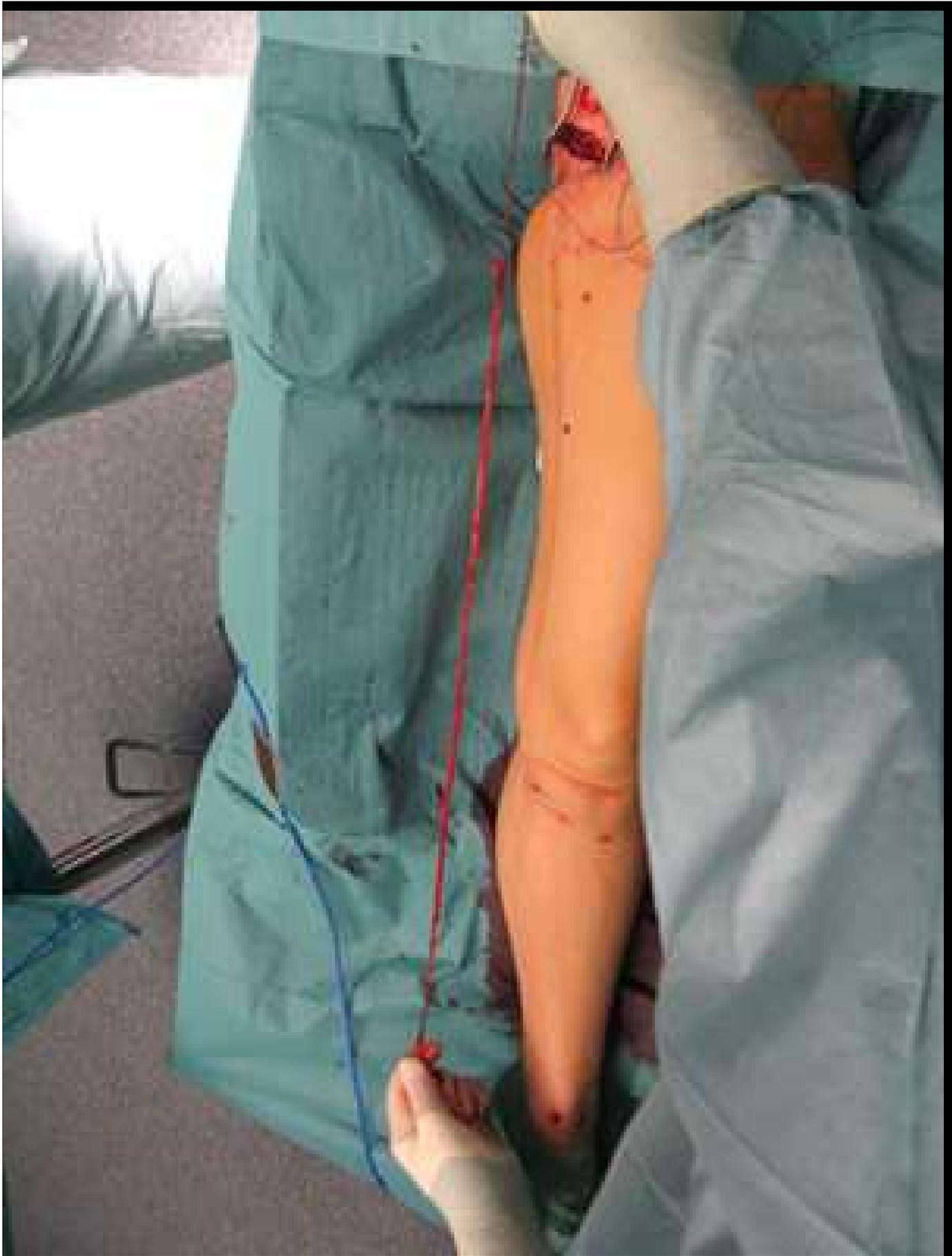






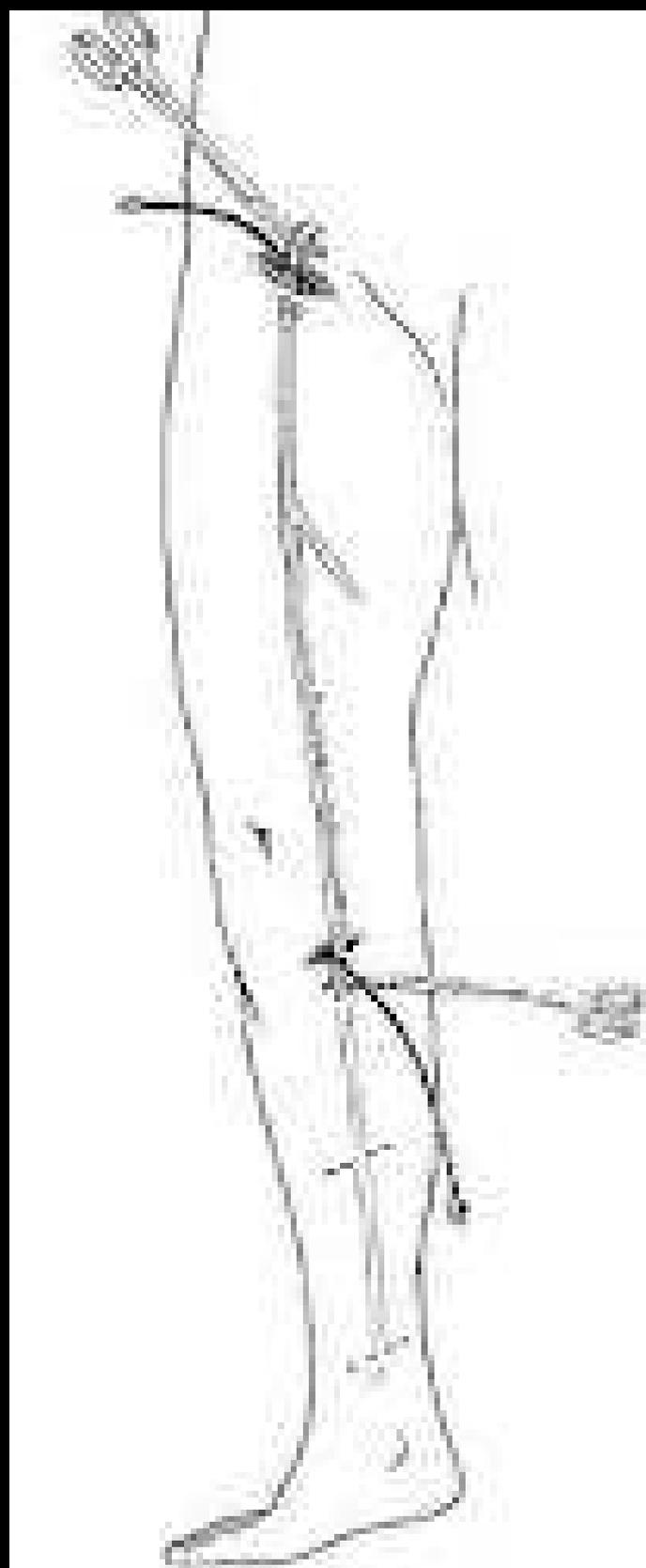


ASPIRAZIONE SAFENA PER STIPING



STRIPPING CORTO

- La **incisione distale** viene eseguita **al terzo superiore della gamba**.
- **Scopo**: evitare incisioni perimalleolari in casi con aree di dermoipodermite o con lesioni ulcerative in atto o pregresse; **ridurre le complicanze a carico del nervo safeno**.



- La safenectomia viene completata con:
- **Legatura mirata delle perforanti** incontinenti identificate con mappaggio ECD
- Exeresi delle collaterali mediante miniincisioni (**flebectomie** sec. Muller)

Flebectomie sec. Muller

- Raramente intervento ambulatoriale esclusivo; più frequentemente tempo chirurgico integrativo della safenectomia.
- Collaterali patologiche mappate US e marcate in preop.
- Serie di miniincisioni (2 mm); varice catturata con uncini ; delicata trazione; manovra di torsione e progressivo isolamento per tratto + o – lungo fino alla ... miniincisione successiva; exeresi ...
- Steristreap.
- In alternativa, le varicosità residue post-safenectomia possono essere trattate con scleroterapia *di finissage*.



Grande Safena: Stripping lungo o corto?

- Rationale dello stripping corto: ridurre la incidenza di lesioni del nervo safeno
- Il rapporto tra nervo safeno e vena grande safena si fa stretto sotto il ginocchio
- Rationale dello stripping lungo: ridurre la incidenza di varici residue e recidive

Stripping lungo o corto?

- *Van Veer P, J Vasc Surg, 2006*
- Presupposto: a 2-5 anni dopo lo stripping circa 20% di recidiva varicosa
- Stripping corto. Casistica di 59 pazienti.
- Controllo clinico (varici visibili) ed ECD (reflusso) del tratto di safena residuo (safena sotto il ginocchio) dopo 6 mesi dall'intervento
- ECD: nella gran parte dei casi presenza di reflusso ma diametri venosi ridotti
- Clinica: varici visibili sotto il ginocchio nel preop. nel 70% dei casi; a 6 mesi nel 16%
- *L' A. conclude a favore dello stripping corto eventualmente integrato in secondo tempo con scleroterapia*

Stripping lungo o corto?

- Morrison C., J Vasc Surg, 2003
- L' A. esegue lo stripping lungo in presenza di varici clinicamente evidenti e reflusso fino alla caviglia > 1 sec
- 45 arti operati
- Valutazione per deficit del nervo safeno nel postoperatorio e a distanza (in media 4,5 anni)
- Nel postoperatorio sintomi neurologici in 18 arti (40%), peraltro lievi in 15
- A distanza sintomatologia persistente in 1 caso (caratterizzato da concomitante alterazione venosa profonda)

La piccola safena

- Problemi peculiari:
- Varianti anatomiche della sede dello sbocco safenopopliteo (50-70% a livello della fossa poplitea; 10% al di sotto; 30-40% al di sopra) >> necessità di accurato mapping US preoperatorio
- Stretto rapporto con il nervo surale : crossectomia isolata vs stripping

La piccola safena

- Tecnica:
- Paziente prono
- Incisione cutanea trasversa nel cavo popliteo
- Incisione della aponeurosi
- Isolamento della piccola safena
- Sezione tra legature delle collaterali
- Sezione tra legature dello sbocco safenopopliteo ;
attenzione alle lesioni neurovascolari
- Crossectomia isolata vs stripping corto a metà polpaccio
vs stripping lungo (incisione retromalleolare esterna)

Complicanze della safenectomia

-infezione delle ferite

- -linforrea / linfocele/linfedema (soprattutto per chirurgia iterativa inguinale)
- -ematoma/ecchimosi (se di modesta entità... da considerarsi normale)

Complicanze della safenectomia

- **COMPLICANZE NEUROLOGICHE:**
- nervo safeno; altri rami sensitivi: parestesie; anestesia; disestesie. Risoluzione in qualche settimana (raramente disturbi definitivi).
- dal Medical Services Advisory Committee, MSAC, Canberra, 2003: revisione di 10 casistiche per 517 interventi: incidenza da 4 a 30% (mediana 11,7%)

Complicanze della safenectomia

- **COMPLICANZE TROMBOEMBOLICHE**
- *Lemasle P, Phlebologie, 2004*

4062 interventi (78% safenectomie; 22% flebectomie) in anestesia locale o locoregionale con profilassi antitrombotica **selettiva**

TVP sintomatica 0,4% ;

EP sintomatica 0,02% (1 caso).

L' A. conclude che la profilassi antitrombotica sistematica non è giustificata.

Complicanze della safenectomia

- **COMPLICANZE TROMBOEMBOLICHE**
- *Van RiJ AM, Br J Surg, 2004*

494 safenectomie in narcosi; nel 65% dei casi profilassi eparinica.

Controllo ECD tra 2 e 4 settimane:

TVP in 20 casi (4%), oltre la metà asintomatici;
18/20 TVP sottopoplitee.

Nessuna EP

TRATTAMENTO PERI- E POST-OPERATORIO

- ***PROFILASSI ANTITROMBOTICA***
- La misura preventiva più efficace consiste nell' **alzare precocemente il paziente operato dal letto** (compatibilmente con i tempi di smaltimento della anestesia) e nel convincerlo a **camminare “senza pigrizia”** nei giorni successivi
- **Elastocompressione per circa 1 mese**
- Profilassi farmacologica (**EBPM**) **in casi selezionati:** familiarità; trombofilia ; pregressa TVP; obesità; classe CEAP avanzata; anestesia generale ...

TRATTAMENTO PERI- E POST-OPERATORIO

PROFILASSI ANTIBIOTICA

Incidenza di infezione delle ferite variabile in letteratura fino al 10%

Short-time antibioticoprofilassi: efficace ?

La risposta viene da un RCT relativo a 443 pazienti: il rischio di infezione o di altre complicanze delle ferite viene ridotto in modo statisticamente significativo con una **singola dose perioperatoria di antibiotico** (co-amoxiclav 1.2g)

Mekako AI, Br J Surg, 2010

Risultati della chirurgia

- Beale RJ, J Vasc Endovasc Surg, 2005
- Review di 118 articoli
- Premesso che : gli studi RCT sono pochi; le informazioni cliniche spesso frammentarie; la classificazione CEAP non è pienamente esaustiva; le descrizioni chirurgiche non sempre precise; i criteri di valutazione dei risultati sono variabili nei vari studi (criteri soggettivi vs oggettivi vs ECD)
- Conclusioni:
- La safenectomia migliora la sintomatologia e la qualità di vita ; determina la prevenzione secondaria dell' ulcera venosa ; migliora l' estetica
- Ma provoca un certo numero di complicanze per lo più minori e... resta gravato da recidive

Risultati della chirurgia

- **RISULTATI PRECOCI**
- Lurie F, EVOLVeS Study, J Vasc Surg, 2003
- A 3 settimane dall' intervento:
 - 2.8% infezione della ferita;
 - 50% residue ecchimosi ed ematomi;
 - 5,6% parestesie;
- 47% dei pazienti ritornano alle normali attività in 24 ore;
- Media del ritorno alle normali attività : 4 giorni;
- Media di giorni di astensione dal lavoro: 12 .

Risultati della chirurgia

- **RISULTATI A DISTANZA**
- Varie casistiche riportano 70-90% di miglioramento clinico (anche di QDV) ed emodinamico dopo safenectomia ad un followup medio di 3-5 anni

Risultati della chirurgia

- **RISULTATI A DISTANZA**
- *Michaels JA, REACTIV trial, Br J Surg, 2006*
- RCT tra chirurgia + elastocompressione vs sola el.compress.
- 246 pazienti
- A 2 anni: la chirurgia determina superiore sollievo sintomatico, migliori risultati estetici e migliore QDV

Risultati della chirurgia

- Ulcere da stasi e chirurgia delle varici
- *Gohel MS, ESCHAR RCT, BMJ, 2007*
- 500 casi con ulcera e reflusso randomizzati o per la sola compressione o per compressione + chirurgia classica
- A 6 mesi : tasso di guarigione dell' ulcera sovrapponibile (65%)
- A 1 anno : tasso di recidiva dell' ulcera 12% negli operati vs 28% nei non operati ($P < .0001$) ; la differenza si conferma significativa nei controlli a 4 anni.

Risultati della chirurgia

- **RISULTATI A DISTANZA: LE RECIDIVE** (Perrin MR, Recurrent varices after surgery, REVAS, a consensus document, Cardiovasc Surg, 2000)
- Dalla letteratura: incidenza di recidiva a 2 anni: dal 6 al 37%;

fino al 40% a 5 anni . 20% richiedono un reintervento (Darke SG, J Vasc Endovasc Surg, 1992)

Cause di recidiva

“neovascularizzazione” alla crosse: vera e propria “fioritura” di piccole vene alla “ex” giunzione safeno/femorale o saf/pop (neoangiogenesi come parte del processo di guarigione nei tessuti da cui è stata rimossa la parte terminale della safena ?);

Errori di tattica o tecnica operatoria:

- Legatura “bassa” della safena (non “a raso” della femorale) e crossectomia incompleta
- Safena doppia non trattata
- Mancata interruzione di perforanti incontinenti

Kield T, 2003: Revisione della letteratura: Causa principale della recidiva è il mapping US incompleto o il gesto chirurgico imperfetto: recidiva 40% nei paz trattati da chirurghi non specialisti; 14% operati da ch vascolari

Da non escludere anche la **progressione della malattia**

Recidive postchirurgia

- La CHIRURGIA ITERATIVA (revisione) DELLA CROSSE comporta difficoltà tecniche specifiche:
- La dissezione viene condotta dall' esterno all' interno (evitando di “cadere sul cavernoma”); dopo aver identificato la arteria femorale, si libera la vena femorale sulla cui faccia anteromediale si ricerca lo sbocco del moncone safenico. Sezione “ a raso” tra legature.
- Qualche rischio in più rispetto al primo intervento!

CASISTICA VARICI DAY SURGERY AZ. OSP.-UNIV. PARMA

- ANNO 2010: 251 interventi (16% della attività chirurgica complessiva del DS)
- 92 eseguiti dalla UOC
Chirurgia Vascolare (96% dimessi in giornata; 3 ricoverati per 1 notte)
- ANNO 2011: 237 interventi (14% del totale)
- 89 eseguiti dalla UOC
Chirurgia Vascolare (100% dimessi in giornata). Nessun rientro in Ospedale.