

Forum sulla Diagnostica Vascolare

discusso dal "Gruppo della Flebologia Italiana" presente in www.facebook.com

Post n. 1



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 10 Gennaio 2009 alle 8.20

Il Chirurgo Flebologo deve saper utilizzare in prima persona l'EcoColorDoppler o è sufficiente interpretare i quadri clinici corredati di diagnostica ultrasonografica eseguita da altri colleghi più esperti nel settore?

Post n. 2



[Giampiero Peruzzi](#) ha scritto l'11 Gennaio 2009 alle 1.11

Caro Peppino

mi fa molto piacere che tu abbia iniziato questa nuova forma di comunicazione che ci permette di essere meno formali, anche se aderenti alle nostre convinzioni e basi professionali e che credo ci possa aiutare al di là di schemi precostituiti e rigidi protocolli che costituiscono talvolta dei limiti quando ci si trova in ambienti ufficiali. Detto ciò, tornando all'argomento di questo post, ti confesso che tu apri una porta che per me è aperta da sempre. Fino da quando da chirurgo flebologo ho cominciato ad interessarmi di diagnostica con US. Erano gli albori della metodica e, per farla molto breve senza stare a ricordare i passi iniziali e gli sviluppi rapidi delle tecnologie, sono sempre stato un convinto sostenitore della necessità che il chirurgo flebologo debba non solo saper utilizzare la metodica US ma che ne sia sempre l'esecutore su ogni singolo paziente in procinto di essere da lui operato. Certamente comprendo che questa mia opinione si debba confrontare con le diverse situazioni 'ambientali' nelle quali il chirurgo flebologo svolga la sua professione. Non sempre è possibile che ogni chirurgo operi pazienti che ha esaminato personalmente con EcoColorDoppler e/o con altre metodiche (flebotensiometria, pletismo etc...).

Allora, pur ribadendo la necessità che ogni flebopatico da operare debba giungere al tavolo operatorio con indagini diagnostiche 'complete' (potremo definirle di secondo livello, eseguite anche da altri operatori), credo che la possibilità di disporre di un ecografo portatile in sala operatoria possa essere la soluzione alle varie difficoltà logistiche e possa consentire il raggiungimento di quel terzo livello diagnostico che molto spesso è necessario per il raggiungimento delle finalità terapeutiche e che nessuna cartografia può essere in grado di fornire, anche la più sofisticata!

Ancora complimenti per l'iniziativa e spero che questo punto d'incontro si arricchisca di tanti contributi

Un saluto a tutti.

Post n. 3



[Giuseppe Botta](#) ha scritto l'11 Gennaio 2009 alle 14.02

Caro Giampiero

la tua risposta è molto articolata e non posso essere che d'accordo.

Comunque il disporre di un ecografo portatile in Sala operatoria significa che il chirurgo operatore o comunque uno dell'equipe operatoria lo sappia utilizzare e sappia interpretare i dati ecografici e velocimetrici nel preciso momento in cui ciò si renda necessario.

Entrando più apertamente nel discorso, è mia ferma convinzione che sia sbagliato oggi da parte del chirurgo operare un flebopatico su esclusiva indicazione di un ecografista, anche se espertissimo di problematiche venose. Il flebologo moderno, ma già Bassi nel secolo scorso lo scriveva, deve saper trattare le malattie venose con la terapia farmacologica, la terapia chirurgica, la scleroterapia e la elastocompressione, ma nello stesso tempo deve saper diagnosticare le flebopatie e non solo clinicamente, ma anche utilizzando a 360° gradi i mezzi diagnostici che la tecnologia moderna ci mette a disposizione.

Un caro saluto e...grazie delle belle parole che hai avuto nei confronti di questa mia iniziativa.

Post n. 4



[Giampiero Peruzzi](#) ha scritto il 12 Gennaio 2009 alle 13.20

sono pienamente d'accordo con te! e...

A presto

Post n. 5



[Paolo Santoro](#) ha scritto il 19 Gennaio 2009 alle 14.38

ho circa 7 lustri di esperienza di chirurgia venosa e prima degli us operavo senza il loro ausilio . dopo il loro avvento ho accettato di buon grado la loro utilizzazione ma sempre dopo un esame clinico. gli esami sono utili e devono comunque confortare una diagnosi clinica se questa c'è ed è certa. se esiste qualche dubbio ben vengano gli us

Post n. 6



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 21 Gennaio 2009 alle 21.44

E' proprio così, Paolo. Gli ultrasuoni ci hanno dato dapprima l'"udito" con l'introduzione nella pratica clinica del doppler c.w., e poi anche la "vista" con l'introduzione dell'ecografia, nel caso nostro l'ecografia venosa.

Perfettamente d'accordo con Te, quando dici che, se la diagnosi clinica c'è ed è certa, gli esami strumentali sono solo di conforto.

Ma vedi: anche un sordo o un cieco si muovono nell'ambiente che li circonda più o meno a loro agio, ma è certo che, avendo l'"udito" o la "vista", i movimenti nell'ambiente circostante avvengono con più semplicità e non si rischia di essere travolti, es. da un treno o da un'automobile, solo perché non si è sentito il fischio o il clacson del mezzo che stava per sopraggiungere. Così si evita di cadere, es. dalle scale o da un sentiero di montagna, se si vedono per tempo i gradini o il dirupo sottostante. Più semplicemente l'immagine ultrasonografica ci aiuta molto, anche quando la diagnosi di varici è "certa", nel decidere quella che riteniamo in quel momento la migliore strategia di cura per il o la paziente che abbiamo davanti. Ti ringrazio per esserTi inserito in questa discussione sulla diagnostica vascolare, portando il contributo della tua decennale esperienza in campo flebologico. Saluti.

Post n. 7



[Vittoria Cassioli](#) ha scritto il 25 Gennaio 2009 alle 3.22

Io credo che oggi l'eco-color-doppler sia indispensabile non tanto per la diagnosi di IVC..che è vero è primariamente clinica, ma bensì per la corretta indicazione chirurgica...

Post n. 8



[Maurizio Marchetti](#) ha scritto il 27 Gennaio 2009 alle 12.03

ok, a pensarci bene tutti hanno almeno una parte di ragione e come al solito volendo si può sempre arrivare ad un accordo. Però senza eco una chirurgia mirata ad es. su una recidiva post-stripping chi si sentirebbe di farla oggi? e poi quanti interventi inutili, se non dannosi, su reflussi tronculari safenici(vedasi ostii continenti che oggi riconosciamo benissimo)sono stati fatti in passato? per il resto penso che un buon chir flebologo debba essere anche un buon diagnosta, ma ciò non è un assioma, basta la capacità di collaborare tra persone che sanno parlarsi

Post n. 9



[Marcello Donati](#) ha scritto il 1 febbraio alle 14.37

Mi meraviglia molto che si possa ancora discutere sulla necessità che il chirurgo operatore sia anche colui che deve eseguire l'ecodoppler preoperatorio: la ritengo una "conditio sine qua non" per essere flebologo. Il punto è che anche l'operatore più esperto, di maggiore esperienza, che non sappia eseguire uno studio ecocolordoppler accurato, non ha, a mio modesto parere, il minimo diritto di eseguire un atto terapeutico (chirurgia, sclerosi, mousse etc...) su un paziente flebopatico. Pienamente d'accordo poi con il collega Peruzzi che il gold standard sarebbe l'aver a disposizione un ecocolordoppler anche in sala operatoria, cosa non sempre possibile.

Post n. 10



[Enrico Oliva](#) ha scritto il 7 febbraio 2009 alle 19.30

La clinica- l'ecodoppler - la chirurgia costituiscono il percorso virtuoso.... e l'eco lo può anche fare un collaboratore ma la cartografia è la base della strategia e bisogna farsela da soli.

Post n. 11



[Maria Amitrano](#) ha scritto il 11 febbraio 2009 alle 17.34

Sembra che i pareri siano piuttosto omogenei l'ecodoppler è il completamento indispensabile della clinica. Esso ci fornisce dati accurati e completi di anatomia ecografica indispensabili per una corretta procedura. Sicuramente è preferibile che l'operatore sia in grado di studiare personalmente il distretto venoso se ciò non è possibile credo sia necessario che sia presente all'esame o comunque in perfetta sintonia con chi esegue la diagnostica. A questo proposito ritengo inoltre anche utile l'inverso. Vale a dire che chi fa diagnostica dovrebbe essere molto più presente in sala operatoria e questo vale un po' per tutti i distretti, per validare i nostri esami.

Post n. 12



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 27 febbraio 2009 alle 21.24

Come Responsabile del Gruppo, constato che il Forum sulla Diagnostica Vascolare trova Noi Tutti d'accordo nella risposta affermativa alla mia domanda iniziale: "Il Chirurgo Flebologo deve saper utilizzare in prima persona l'EcoColorDoppler?". Ovviamente sì o, comunque, come sostiene Maria, se ciò non è possibile,

credo anch'io che sia assolutamente necessario che Egli debba essere presente nel momento di esecuzione dell'esame.

Post n. 13



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 27 febbraio 2009 alle 21.49

Altro argomento di discussione per gli amici Flebologi del Forum:

<< Ritenete che l'Ecocolordoppler sia attualmente il gold standard della diagnostica vascolare in grado di porre da solo l'indicazione all'intervento di chirurgia flebologica? >>

Post n. 14



[Fausto Passariello](#) ha scritto il 9 marzo 2009 alle 23.39

Ciao Giuseppe,

ritengo che l'Ecocolordoppler (ECD) sia in grado da solo di chiarire gli elementi a base dell'indicazione chirurgica, ma a parte i casi molto frequenti in cui diagnosta e chirurgo coincidono, non è corretto che il diagnosta esprima l'indicazione chirurgica, che è sempre compito esclusivo del chirurgo. Un po' come diagnosticare un versamento pleurico alla Rx Torace. L'indicazione alla toracentesi è posta dal medico dopo la lettura del referto radiografico e non dal radiologo.

Tornando al problema del gold standard, sì ritengo che l'ECD sia attualmente il Gold Standard nella diagnostica venosa.

Complimenti per l'iniziativa.

Post n. 15



[Giampiero Peruzzi](#) ha scritto il 10 marzo 2009 alle 21.32

Non c'è dubbio! Concordo in pieno con Fausto. L'indicazione terapeutica è del chirurgo o del flebologo, se preferisci. Se poi le figure del diagnosta e del terapeuta coincidono abbiamo realizzato il golden standard!!

Post n. 16



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 12 marzo 2009 alle 16.18

Dalle risposte di Fausto e di Giampiero mi accorgo che la mia domanda è stata formulata forse in maniera non troppo chiara. Il mio obiettivo nell'aver la risposta degli amici Flebologi, iscritti al Gruppo, è quello di sapere se oggi in tutti i pazienti che giungono alla nostra osservazione la diagnostica con l'ECD è sufficiente da sola per porre l'indicazione alla chirurgia flebologica oppure ritenete che un qualche ruolo possa ancora averlo la radiologia o meglio la scienza eidologica. In altre parole in quanti dei vostri potenziali o reali 100 pazienti avete fatto ricorso negli ultimi 12 mesi alla flebografia tradizionale, ascendente o discendente o per puntura diretta della varice, oppure alla angioTc o angioRMN? E' gradita la percentuale o anche il numero assoluto dei casi, rapportati ovviamente a 100. Ringrazio anticipatamente coloro che vorranno fornire i loro dati, portando alla discussione il contributo della loro esperienza.

Post n. 17



[Fausto Passariello](#) ha scritto il 13 marzo 2009 alle 16.12

Caro Giuseppe,

credo che salvo casi molto rari, che in questo momento non riesco neanche a precisare, la flebografia nelle sue varie forme sia tramontata e validamente sostituita dall'ECD. Forse le forme angiodisplastiche potrebbero costituire ancora un campo di applicazione, per mettere in evidenza arborizzazioni difficilmente visibili. Quanto alla mia esperienza: 0% flebografie.

Quanto all'angioTC, io la uso solo per la valutazione delle complicanze trombotiche, cioè uso l'esame AngioTC polmonare nel sospetto di Embolia polmonare nell'urgenza e qui è insostituibile. Però non va richiesto a tutti, ma solo sulla guida clinica, ECD e laboratoristica (D-dimero). Quanto all' Angio-TC sul circolo venoso periferico, non ne vedo l'utilità.

Post n. 18



[Giampiero Peruzzi](#) ha scritto il 15 marzo 2009 alle 18.59

Perfettamente d'accordo con Fausto. Nella mia esperienza: 0% flebografie, Angio-TC nelle angiodisplasie e nelle complicanze flebotrombotiche

Post n. 19



[Sandro Michelini](#) ha scritto il 29 novembre 2009 alle 11.28

Ritengo assolutamente importante lo studio ECD preoperatorio eseguito personalmente o presenziando all'esecuzione dello stesso da parte di altro operatore. In caso contrario è come dover atterrare su una pista con luci fioche e senza strumenti di bordo. oltre al "mappaggio", grazie alla memoria visiva lo stesso atto operatorio risulta essere più sicuro e spedito (almeno nella mia esperienza).

Sandro