

Forum sulla Chirurgia Flebologica

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

Post n. 1



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 8 Gennaio 2009 alle 7.47

Cosa ne pensate del risparmio della vena epigastrica nel corso della crossectomia interna? E' veramente utile, vantaggiosa, efficace, priva di eventuali rischi o future complicanze trombotiche?

Post n. 2



[Maurizio Marchetti](#)

ha scritto il 27 Gennaio 2009 alle 12.08

In primis: Giuseppe sei un grande, hai avuto una idea eccezionale.

Utile e vantaggiosa probabilmente si, dal momento che almeno il 90% delle recidive proviene proprio dalla epigastrica. Priva di rischi pure, stando almeno a quanto avviene nella ablazione endovasale laser o RF; sulla efficacia penso che potremo rispondere fra qualche anno, se avremo a disposizione casistica sufficiente e sufficientemente controllata (cosa come sai particolarmente difficile). Un abbraccio.

Post n. 3



[Giampiero Peruzzi](#)

ha scritto il 28 Gennaio 2009 alle 12.58

Non ho mai condiviso l'idea di conservare la vena epigastrica superficiale nella crossectomia. Quando questa è indicata! E credo che questo sia il punto! A leggere la bibliografia, anche la più recente, si rileva che proprio una crossectomia incompleta è la prima causa di recidiva varicosa dopo stripping. La casistica esiste già, sui risultati a distanza di una conservazione dell'epigastrica concordo sulla difficoltà di avere casistiche veramente controllate nel futuro. Un caro saluto.

Post n. 4



[Giuseppe Botta](#)

ha scritto il 28 Gennaio 2009 alle 12.59

Caro Maurizio,

io e il mio gruppo di lavoro a Siena stiamo proprio comportandoci nel senso da Te auspicato, cioè stiamo operando molti pazienti di crossectomia con o senza stripping della safena, ovviamente risparmiando la vena epigastrica, e poi li stiamo controllando con l'ecocolordoppler a scadenze prefissate. Per ora i primi risultati clinici e strumentali a 2 anni sono ottimi, nel senso che non abbiamo ancora incontrato nel follow up pazienti con recidiva varicosa a partenza dall'epigastrica. E' sottinteso che non abbiamo avuto alcun episodio di trombosi profonda a carico della giunzione SF e/o della vena femorale, ma questo, come ben sai ed hai già scritto, era già a nostra conoscenza dopo le esperienze con le procedure endovasali di oblitterazione del tronco safenico.

Post n. 5



[Giuseppe Botta](#)

ha scritto il 28 Gennaio 2009 alle 13.11

Caro Giampiero,

concordo pienamente con Te nel fatto che la crossectomia incompleta è la prima causa di recidiva varicosa all'inguine. Ma in letteratura, quando si parla di crossectomia incompleta, ci si riferisce di solito al moncone safenico lasciato lungo, cioè non legato a raso della vena femorale. Ovviamente risparmiare la vena epigastrica nel corso della crossectomia significa ancora lasciare un monconcino di giunzione SF o meglio di tronco safenico più o meno lungo. Ma non dimentichiamoci che l'epigastrica porta sangue in favore di gravità, sangue che serve a lavare quel monconcino, evitando così la trombosi, in un instancabile movimento di va e vieni e forse forse evita quella superdilatazione dei vasellini giunzionali (leggi cavernoma), che riescono tranquillamente a drenare nella femorale attraverso l'ostio parzialmente aperto. Ciao.

Post n. 6



[Giuseppe Botta](#)

ha scritto il 28 Gennaio 2009 alle 13.24

Forza, giovani chirurghi flebologi, intervenite intervenite nel dibattito! Fate sentire a noi meno giovani l'entusiasmo delle vostre idee, la forza del vostro pensiero, che può anche essere in disaccordo con il nostro pensiero. La medicina, e quindi la "Flebologia", non è una scienza esatta, dove 2+2 fa 4 e 4+4 fa 8. Le vene o meglio il sistema venoso nel suo complesso è quanto mai variabile, difficilmente troviamo un paziente o una paziente uguale all'altra, chi opera in regione inguinocrurale sa bene quanto variabile è l'anatomia, quella fine o microanatomia, e quante opzioni terapeutiche possiamo pensare di mettere in atto. Dunque, non abbiate timore ad esprimere le vostre idee in proposito! Questo Forum vuole essere per tutti noi una palestra di discussione, di dibattito, di dialogo perché no anche acceso, purché sia entusiasmante e scientificamente corretto.

Aspetto con grande serenità che pubblichiate le Vostre risposte.

Post n. 7



[Giuseppe Botta](#)

ha scritto il 28 Gennaio 2009 alle 13.30

Per i più giovani la domanda è sempre la stessa: "se vi capiterà" un giorno di operare un vostro paziente di crossectomia interna, pensate di risparmiare la vena epigastrica o siete come Homans (1916) fautori della crossectomia radicale con legatura e sezione di tutte le collaterali di crosse?

Forza con le risposte!!

Post n. 8



[Maurizio Marchetti](#)

ha scritto il 30 Gennaio 2009 alle 10.40

Caro Giuseppe, mi permetti un pensierino della sera? Allora ho recentemente letto un appassionato dibattito su altra sede di incontro telematico sulla opportunità di riservare l'intervento endovascolare laser o rf solo ai casi in cui sia mantenuta la competenza della valvola ostiale perché questa proteggerebbe dal rischio di estensione del trombo in femorale. Due domandine facili facili: 1) perché mai una valvola ostiale, ancorché competente, che rimane beante per i 3/4 del tempo dovrebbe essere uno schermo avverso l'estensione del trombo? 2) perché mai dovremmo demolire un intero tronco safenico se l'ostio funziona, quando è ormai prassi emodinamicamente accettata che si può fare una chiva 2 (questo a proposito dell'eccesso di interventismo di cui spesso si parla)? credo che sia un argomento che merita una seria discussione.

Ti abbraccio.

Post n. 9



[Giuseppe Botta](#)

ha scritto il 30 Gennaio 2009 alle 1.08

Caro Maurizio, che io sappia, la competenza della valvola terminale con l'incompetenza della valvola preterminale sarebbe l'indicazione ideale alle procedure endovascolari, perché si correggerebbe il reflusso tronculare con l'ablazione termica della safena e nello stesso tempo si eviterebbe l'eventuale e possibile recidiva varicosa da reflusso ostiale..... perché questo manca, essendo la valvola competente. Al contrario l'evidenziazione ultrasonografica di una valvola terminale incompetente giustificherebbe la crossectomia, che può essere poi associata a qualsiasi altra procedura endovascolare (laser, RF, scleromousse, ecc.) in grado di eliminare il reflusso tronculare. Ma non tutti sono d'accordo sulla crossectomia, che rimane comunque un gesto chirurgico, che può essere ovviamente eseguito solo da flebochirurghi, e non certo dagli angiologi o dai dermatologi o dai radiologi interventisti. Come vedi, ciascuno in base alle proprie esperienze e competenze..... tira l'acqua al suo mulino. Ti ricambio a questa ora della sera ormai avanzata un pensiero di stima ed affetto.

Forum sulla Elastocompressione

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

Post n. 1



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 8 Gennaio 2009 alle 7.47

1) In una paziente operata di CHIVA 1, è indicata la compressione elastica dell'arto inferiore subito dopo l'intervento?

2) Se ritenete di sì, quale classe di compressione ritenete sia la più indicata per il tipo di intervento praticato?

Post n. 2



[Marcello Donati](#) ha scritto il 10 Gennaio 2009 alle 3.53

Professore io non comprimerei. Altrimenti il drenaggio invertito della Vena Safena Interna (effetto post CHIVA 1) verrebbe annullato e ciò impedirebbe la costituzione della perforante di rientro con spostamento della crosse (crosse su un piano funzionale si intende) ad un livello più basso e quindi in ultima analisi di costituire un sistema drenante.

Post n. 3



[Giuseppe Botta](#) ha scritto

il 10 Gennaio 2009 alle 4.09

Caro Marcello, quello che dici è vero. Ma, trattandosi di pazienti giovani o comunque deambulanti, (altrimenti la Chiva non ha senso), non pensi che una leggera elastocompressione, ad esempio con un gambaleto da 18 mm di Hg alla caviglia, possa migliorare la funzionalità della pompa muscolare del polpaccio e quindi favorire la direzionalità del sangue dalla superficie in profondità nelle vene perforanti di gamba, senza nuocere all'eventuale rientro del sangue in una perforante centrata sull'asse safenico?

Post n. 4



[Marcello Donati](#) ha scritto il 10 Gennaio 2009 alle 4.19

Non posso che essere d'accordo con Lei, se però, come Lei ha specificato, tale compressione è limitata al polpaccio, (e quindi come Lei ha specificato gambaleto). Volevo sottolineare comunque che bisogna mantenere il sistema venoso superficiale in attività e che quindi l'elastocompressione in questo caso ha significato diverso rispetto a quella poststripping. La Sua precisazione mi sembra opportuna, perché in effetti far usare un gambaleto fino a 18 mmHg alla caviglia, può certamente aiutare il deflusso ortodromico dell'asse safenico almeno nella porzione inferiore della safena e quindi favorire la tanto sospirata apertura della perforante di rientro.

Post n. 5



[Giuseppe Botta](#) ha scritto il 10 Gennaio 2009 alle 8.07

E' proprio così, caro Marcello.