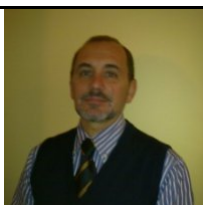


## Come vi comportate per la profilassi pre-operatoria e/o pre-scleroterapia con schiuma?

Questa discussione, iniziata da Domenico Maurano all'interno del Gruppo Associazione Flebologica Italiana, è presente in originale nel sito web di LinkedIn, dove è stato costituito il Gruppo suddetto. Essendo molto interessante il tema discusso, è stato deciso dal Consiglio Direttivo della SIFL di riportare il contenuto della discussione anche tra le pagine del "FORUM" presenti in questo sito web.



[Domenico Maurano](#)

Un medico chirurgo è stato chiamato a rispondere del reato di lesioni personali colpose in quanto, dopo aver eseguito un intervento per la rimozione di varici agli arti inferiori, per colpa consistita in imprudenza, imperizia e negligenza e, specificamente, per non aver effettuato una profilassi tromboembolica prima e dopo l'intervento in una paziente a rischio moderato e per non aver effettuato un ecodoppler venoso agli arti inferiori prima del trattamento, si ritiene che avesse cagionato lesioni personali consistite in "ictus ischemico" con ipostenia motoria all'emilato destro, riduzione dell'acuità visiva, stato sub confusionale, stato vertiginoso e ridotta resa intellettiva, con l'aggravante che dal fatto derivava una malattia probabilmente insanabile.

La Suprema Corte ha annullato la sentenza assolutoria rinviando il giudizio nuovamente in Appello per una ulteriore valutazione della vicenda, anche sul presupposto che la stretta contestualità dei due eventi, operazione alle vene ed ictus, è altamente indicativa di un nesso di causalità non riconosciuto nei precedenti gradi.

I giudici di primo grado e d'appello, secondo la Cassazione, si sarebbero limitati ad escludere la riconducibilità sul piano causale dell'ictus all'intervento chirurgico non accompagnato dalla doverosa profilassi tromboembolica, sulla base della rilevata assenza di elementi clinici idonei ad accertare l'insorgenza di trombosi venosa profonda in conseguenza dell'operazione alle vene (essendo mancato un accertamento strumentale nell'immediatezza dell'attacco ischemico) ed individuando come ipotesi alternativa la malformazione cardiaca della paziente che in realtà ha solo inciso sulla direzione impressa al trombo, verso il distretto encefalico anziché verso quello polmonare, e non sulla sua formazione.



[Alessandro Frullini](#)

Vedi Domenico come l'EBM si scontra con la realtà di tutti i giorni!

Io ormai faccio sempre una profilassi a tutti i pazienti, se si tratta di una sclerosi di un tronco safenico o c'è qualche fattore di rischio Eparina basso peso molecolare, Capillarema (come antiendotelina nella profilassi dei disturbi neurologici o visivi) e antistaminico. Se si tratta di una sclerosi minore, solo Capillarema e antistaminico.

L'evidenza nei termini di EBM non c'è, ma c'è quella del buon senso di chi non vuole troppi guai.



Mario Forzanini

La profilassi con eparina è come il tradimento nel matrimonio; le linee guida specificano quando non farlo, tutti dicono di seguire le linee guida e poi tutti lo fanno di nascosto.

Personalmente e per scuola la eseguo SEMPRE in chirurgia venosa (Kakkar, 1974), SEMPRE nella scleroterapia dei tronchi safenici, QUALCHE VOLTA anche nella scleroterapia delle varici extrasafeniche, se c'è una storia personale o familiare positiva per TVP..... mascoli e fimmine, senza 'cizzazioni (Camilleri, 2013).

Insomma mi comporto come per il tradimento,.....ma tanto io sono separato.....!

Se poi c'entrano gli Avvocati, in ogni caso le separazioni sono sempre per colpa di uno dei due, generalmente del medico.

Ma ricordate che negli Stati Uniti pare che alcune Associazioni di Chirurghi si stiano RIFIUTANDO di operare gli Avvocati. E auspico che arrivi anche in "Italia" il giorno in cui Avvocati, Giudici e Giornalisti si opereranno fra di loro fino alla....."Cassazione" (camillerianamente detta "Tabbutazione").

Buona serata a tutti.



Edy Pablo

Mi rifiuto e resisto ad una applicazione così integralista della medicina difensiva. Il tutto fa il gioco degli avvocati avvoltoi e delle ditte farmaceutiche che sulla paura dei medici fanno affari d'oro. Vorrei prima di tutto capire quale erano le indicazioni ad un intervento di varici in una paziente a rischio: sovrappeso? Trombofilia? Ipomobilità per patologia ortopedica? Non avrei mai operato una paziente del genere. Aveva fatto uno studio ecodoppler pre-operatorio? Se vi era evidenza di TVP ancora meno da operare. Se poi decido di farlo ugualmente, beh allora mi tutelate..... Ma sinceramente avrei preferito inviare la paziente ad un collega in grado di fare una buona sclerosi. Al di fuori di queste condizioni e a meno di complicazioni alla scleroterapia, sinceramente utilizzare l'eparina è un over treatment inaccettabile che ingrassa le ditte farmaceutiche e non trova razionale. Se vogliamo fare medicina difensiva ad oltranza allora... Ma noi come società non dovremmo accettare o permettere che gli avvocati ci dicano che dovevamo fare l'eparina! Allora quante TVP avete avuto nella vostra pratica quotidiana? Quante embolie polmonari? Piuttosto la colpa è non avere documentato un ecodoppler preoperatorio? È forse avere sottoposto ad intervento chirurgico per patologia benigna pazienti a rischio? Perché no una scleroterapia? È poi la scleroterapia non è una trombosi, non ha convalescenza, non limita nei movimenti ed è utile per fissare una trombosi superficiale all'endotelio. Questo agli avvocati qualcuno glielo dovrà spiegare (e ancora di più ai giudici). Allora la società a cosa serve? Perciò ritengo che l'eparina dopo una sclerosi sia una ipocrisia o per lo meno vada fatta solo in casi particolari (magari dopo complicanze o paz. con ipomobilità per patologie ortopediche o forse trombosi nota).

Saluti.



[Stefano Ermini](#)

La scleroterapia innesca una reazione infiammatoria che ha come effetti collaterali la fibrosi e la trombosi, secondo me fare l'eparina riduce l'effetto della sclerosi e non limita l'estensione del processo infiammatorio, quindi non serve e se la si fa rema contro. Per dimostrare che serve bisogna fare un RCT. In chirurgia non sono gli avvocati che dicono quando si deve fare l'eparina, ma le linee guida fatte dai medici a cui si rifanno i nostri colleghi medici legali, che dicono agli avvocati dove ha sbagliato il medico.

Il problema è che quando c'è un contenzioso l'avvocato consiglia sempre la via penale. Oggi (ricordo un post di Alessandro) la colpa lieve è depenalizzata, per rientrare nella colpa lieve bisogna seguire le linee guida e rispettare il contratto con il paziente.

Circa il caso clinico è possibile che la paziente prendesse l'aspirinetta e che gliela abbiano fatta sospendere per operare le vene, e in questo caso senza fare l'eparina si sono create le condizioni per l'ictus, secondo me questa possibilità è statisticamente più probabile del trombo che sbaglia strada.



[Edy Pablo](#)

Mi rifiuto e resisto ad una applicazione così integralista della medicina difensiva. La terapia con eparina o anticoagulante orale non modifica il risultato della sclerosi. Qui parliamo di esperienze personali. La scleroterapia è una infiammazione cui segue una sclerosi. La trombosi è secondaria a sclerosi di vene drenanti e/o a stasi secondaria al blocco scleroterapico di vene di scarico.

Vorrei sapere se fa parte delle linee guida ufficiali? L'utilizzo di eparina dopo ogni sclerosi o intervento di stripping o laser o di chiva. Così mi adeguo. Quali sono le linee guida che dobbiamo guardare?

Ringrazio.



[Francesco Ferrara](#)

Bisognerebbe vedere meglio il dispositivo della sentenza. Non è chiaro il percorso giudiziario. La Cassazione non entra nel merito del giudizio di I e II grado, infatti a norma della Legge 30 gennaio 1941 n. 12 (art. 65) ha solo il compito di verificare "l'esatta osservanza e l'uniforme interpretazione della legge, l'unità del diritto oggettivo nazionale, il rispetto dei limiti delle diverse giurisdizioni". Comunque nel nuovo giudizio di merito la Difesa dell'imputato non mancherà di appellarsi alla sentenza della Cassazione a Sezioni riunite del Luglio 2002, che prevede la condanna solo in caso di sicuro nesso di causalità (e non possibile o probabile) tra il comportamento del medico e l'evento nefasto; cioè in questo caso l'accusa dovrebbe riuscire a dimostrare che la evocata profilassi sicuramente avrebbe evitato l'ictus...!



Edy, le mie esperienze di sclerosi in pazienti con TAO sono diverse dalle tue, la sclerosi si può fare, ma si incontra una notevole scleroresistenza. Ho fatto sclerosi in una paziente con carenza di fattore VIII° (dopo consulto con Francesco), con nessun risultato. Sull'eparina non ho esperienze dirette, ma per traslazione di quanto sopra mi verrebbe da pensare che rema contro. La trombosi dopo sclerosi si arresta dove si arresta il processo infiammatorio, i

<p><a href="#"><u>Stefano Ermini</u></a></p>	<p>lavaggi significativi arrestano tutti e due, flogosi e trombosi.  Le tue considerazioni emodinamiche sulla genesi della trombosi sono un pò confuse, ne parleremo a voce quando capiterà l'occasione.  In Toscana ci sono linee guida regionali per la prevenzione ospedaliera della TVP ed io mi adegua a quelle. Ne conosco i contenuti, ma non ne ho il testo.</p>
 <p><a href="#"><u>Giorgio Falaschi</u></a></p>	<p>Nel caso della SCLEROTERAPIA non vi sono, che io sappia, linee guida, nè RCT. Personalmente non uso profilassi eparinica (salvo rari pazienti obesi o ipomobili), e non ho MAI avuto complicanze emboliche (cliniche).  Inoltre, come Ermini, ritengo l'uso di eparina post sclerosi un controsenso: abbiamo bisogno di un buon solido trombo, DUREVOLE, il tempo che la fibrosi reattiva si inneschi e si sostituisca gradualmente al processo di lisi fisiologica del trombo.  E' anzi possibile che l'uso di eparina ostacoli la formazione di un buon trombo infiammatorio con possibile precoce ricanalizzazione.  Inoltre no antistaminici (inutili) no, da un po' di tempo, capillarema (nessuna differenza secondo le mie ultime statistiche).</p>
 <p><a href="#"><u>Alessandro Frullini</u></a></p>	<p>Complimenti Domenico, guarda che casino hai scatenato!  Eparina o anticoagulante orale a mio giudizio non modificano affatto la sclerosi. Non credo che esistano grossi studi a riguardo, ma in Francia (dove se ne fanno tante di sclerosi) tradizionalmente è un assunto ormai accettato da tempo.  Sul problema legale devo insistere: nessuno di noi penso faccia, per esempio, uno studio della trombofilia nelle pazienti che devono fare una sclerosi. Le linee guida dicono di non farlo (ricordo che sono appena uscite su Phlebology quelle europee), ma se ti capita un problema gli avvocati sicuramente punteranno su questo fatto. Non mi venite a dire comunque che 6 fiale di eparina sono un vero problema per i pazienti, con quella durata non c'è nemmeno il rischio di una trombocitopenia.</p>
 <p><a href="#"><u>Domenico Carbone</u></a></p>	<p>Quasi mai eseguo profilassi del TEV a seguito di asportazione chirurgica di varici.  Ancor meno in caso di scleroterapia (schiuma o meno), sia per varici che per teleangectasie.  Quasi sempre eseguo però un buon bendaggio compressivo, di una o due settimane in caso di chirurgia, di più o anche di meno in caso di scleroterapia.  Nel corso di 30 anni di esperienza non ho mai rilevato TVP o TEV sintomatici nei casi chirurgici; ho avuto un caso di emiparesi risoltasi spontaneamente in 3 - 4 minuti a seguito di scleromousse (avevo forse esagerato nella quantità di schiuma, dato che la paziente già fatto sclero negli anni precedenti ). In questo caso è stato poi cercato e trovato il PFO.</p>



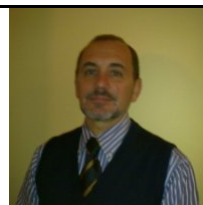
[Alessandro Frullini](#)

È vero che l'incidenza di propagazioni dello sclero o di vere e proprie TVP è molto bassa dopo scleroterapia, ma comunque esistono: quelle gemellari per esempio sono possibili, non pericolose, ma abbastanza dolorose. Il punto è cercarle di routine con l'eco e non solo nei sintomatici. Comunque questo non sposta il problema, nel singolo paziente che ha avuto l'episodio trombotico il problema legale esiste. Per quello che riguarda l'evento neurologico che riferisci la mia spiegazione non è tanto nel forme ovale, ma nella liberazione di endotelina per la quale le premesse teoriche della profilassi con anti-endotelina come l'aminaftone mi sembrano interessanti.





[Mario Forzanini](#)




Le mie affermazioni erano chiaramente provocatorie. In ogni caso in profilassi preferisco "abundare quam deficere". E' anche vero che l'eparina e ancor più l'anticoagulante orale rallentano la sclerosi (impressione, visto che non ho trovato studi in merito). Ma preferisco ripetere una sclerosi che rischiare una tvp. E nonostante l'uso intensivo di eparina profilattica, ricordo, in 25 anni di chirurgia flebologica almeno 2 EP sintomatiche non fatali, 2 tvp femoro-iliache e altrettante tvp poplitee, tutte insorte, almeno clinicamente, tardivamente (a trenta-quaranta gg dalla chirurgia con eparina sospesa). Non metto nel conto le TEV che non ho diagnosticato, i casi asintomatici e tutte le tvp surali che sono state diagnosticate solo se sintomatiche nei controlli post-operatori. E anche in scleroterapia la tvp, generalmente surale, è un evento sicuramente sottostimato.



[Domenico Maurano](#)

Saluti a tutti.  
Non credo che il problema della profilassi vada affrontato come problema di coscienza; le TVP post sclero sono rare, se non sbaglio più rare che in chirurgia e sono appannaggio più spesso di vene surali e/o gemellari, che difficilmente danno propagazione ed embolia. Il problema è che se al pz dopo la sclerosi viene un accidente di qualsiasi natura (può essere la crisi ipertensiva o casi come quello riferito da Forzanini qualche tempo fa), qualsiasi avvocato, come dimostrato dalla sentenza, può crocifiggerti. Non è solo colpa degli avvocati, ovviamente, anche noialtri non ci siamo dati né linee guida, nè studi RCT dignitosi. Se fosse un problema di coscienza, credo che eviterei la profilassi pre-sclero, ma dato che NON è un problema di coscienza e NON ho intenzione di farmi crocifiggere, dopo lunga e meditata riflessione, credo che effettuerò la profilassi pre-sclero che finora non ho praticato (oltre quella con Capillarema, che proseguirò dato che qualche riduzione di incidenti me l'ha data; l'antistaminico può essere un'idea). Non mi pare che così facendo si faccia medicina difensiva ad oltranza. Ricordo che la profilassi NON esclude la comparsa di TVP, né riduce l'incidenza ed a maggior ragione quindi è solo un problema medico legale, come il

	<p>consenso informato; inoltre la stessa profilassi può causare accidenti emorragici.</p> <p>Andrebbe poi verificato se in effetti la profilassi possa ridurre l'efficacia della sclero, ma giustamente, meglio un insuccesso che un processo.</p> <p>Non parliamo poi delle linee guida nazionali, che non esistono, mentre spesso ci sono quelle regionali, che dovremmo seguire ma che spesso sono discutibili e poco aggiornate.</p>
 <p><a href="#"><u>Stefano Ermini</u></a></p>	<p>Ciao Domenico, io penso che se qualcosa va storto e il paziente va dall'avvocato, il processo è inevitabile, eparina o no ... poi una volta che ci sei dentro aver seguito le linee guida, là dove esistono, un pò ti protegge.</p> <p>Io non credo che sia giusto fare solo medicina difensiva fregandosene dei risultati. Eparina, aminaftone ed antistaminici riducono l'efficacia della sclerosi e non credo sia giusto usarli in tutti i pazienti.</p>
 <p><a href="#"><u>Alessandro Frullini</u></a></p>	<p>Parole sante Domenico. La diatriba mi ricorda una mia vecchia battaglia sul doppler pre operatorio o pre sclero. In un congresso a Napoli me ne dissero di tutti i colori perchè sostenevo che non si doveva fare nulla senza una diagnostica. Oggi sfido chiunque a fare una terapia senza un esame (e senza farsi crocifiggere dall'avvocato di turno).</p>
 <p><a href="#"><u>Norma Poli</u></a></p>	<p>Ci sono cose che non mi tornano:</p> <p>1. quello descritto è un ictus ischemico probabilmente del territorio posteriore (diminuizione dell'acuità visiva e stato confusionale sono troppo aspecifici per inserirli in diagnosi differenziale) che se si deve associare ad una TVP implica necessariamente un evento di embolia paradossa. In altre parole un'ipertensione polmonare con associato, e non solo questo, un difetto a livello interatriale (POF o DIA) che consenta il passaggio di emboli da destra a sinistra QUINDI ANAMNESI ACCURATA più che sufficiente</p> <p>2. come si può pensare di fare un trattamento venoso senza eseguire un ecodoppler del distretto su cui si vuole intervenire?</p> <p>Quindi solo sulla base di quanto esposto CICHETTONE al COLLEGA, ma assoluzione per il reato contestato per mancanza di nesso di casualità.</p>
 <p><a href="#"><u>Edy Pablo</u></a></p>	<p>Mi scuso del ritardo, volevo rispondere a Stefano a proposito della sclerosi e la TAO. La formazione del trombo venoso dopo scleroterapia somiglia più a quello che si forma nel sistema arterioso, cioè è povero di fibrina e ricco di piastrine e vi è una partecipazione ridotta dei meccanismi emocoagulativi. Era già stata rilevata una non diminuzione del potere sclerosante del polidocanolo in corso di TAO da alcuni studi risalenti al 1981. Secondo uno studio di Wuppermann (1991) studiando l'andamento dei fattori coagulativi in corso di</p>

	<p>scleroterapia, egli rilevava, nell'immediato dopo la sclerosi, acidosi locale per liberazione di metaboliti acidi dall'endotelio e dai globuli rossi con denaturazione proteica e ciò significa che a livello della vena non vi è nulla da coagulare, almeno durante le prime ore. Poi vi penetra plasma e i fattori coagulativi che attivano per chemiotassi (liberazione di peptidi del fibrinogeno) l'infiltrazione di cellule a partire dal tessuto perivenoso.</p> <p>Io personalmente non ho mai estratto coaguli/trombi da una vena sclerosata. Viceversa, ho estratto molti trombi da una varicotrombosi spontanea.</p> <p>Riguardo alla trombosi post-sclerosi, credo che sia conseguenza di stasi venosa secondaria e obliterazione scleroterapica di vasi non drenanti. Come succede in chirurgia venosa quando si lascia un segmento di vena che non comunica, stasi quindi trombosi.</p> <p>Concordo, bisogna parlarne di persona appena avremo occasione. Un saluto.</p>
 <p><b><u>Francesco Ferrara</u></b></p>	<p>Il fatto che nella costituzione dello sclerus partecipino alcuni componenti della cascata emocoagulativa (via intrinseca) non significa che sclerus e trombo siano la stessa cosa e seguano la stessa evoluzione. Gli effetti patologici della trombofilia riguardano l'inappropriato innesco del percorso del trombo, e non lo smodato utilizzo dei fattori della coagulazione, in diverso contesto; le loro conseguenze pertanto sono estranee a quelle dello sclerus (che segue un percorso flogistico).</p> <p>Ricordo che nel 1957 Savonuzzi e Cavallini proposero la iniezione di sclerosante (m-etanolamina) in associazione all'eparina allo scopo di ridurre la componente trombotica, nella loro casistica non rilevarono una diminuzione dell'effetto sclerosante.</p> <p>Nella scleroterapia la trombofilia non pone alcun problema, se le linee guida pongono delle condizioni, si sbagliano essendo basate su numerosi lavori, che, come ho constatato, sono del tutto privi di adeguata indagine statistica, e quindi, per quanto pregevoli, non servono a niente.</p>
 <p><b><u>Norma Poli</u></b></p>	<p>Condivido appieno: il trombo non è lo sclero! Il primo può migrare, il secondo no!</p>
 <p><b><u>Giorgio Falaschi</u></b></p>	<p>Vorrei sapere su quali basi o documenti la Dott.ssa Poli può convalidare quanto afferma (salvo "l'evidenza").</p> <p>Se così fosse documentato, allora, sarebbe del tutto inutile la profilassi eparinica.</p> <p>La flebologia è ancora una scienza giovane e troppo approssimativa (in certi aspetti). Che io sappia ancora non abbiamo una seria analisi istochimica che documenti esattamente la differenza tra trombo spontaneo ("flebite ex novo")</p>

	<p>e trombo chimico post sclero.</p> <p>Sappiamo tuttavia che lo sclerosante causa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alterazione endoteliale (avvio coagulazione estrinseca)</li> <li>- lisi/alterazione cellule ematiche (avvio coagulazione intrinseca)</li> <li>- l'intensità della reazione flogistica è proporzionale alla concentrazione locale dello sclerosante (di qui la maggior pericolosità di sclerosanti deboli in grossi vasi).</li> </ul> <p>Infine, se vogliamo proteggerci dal punto di vista legale, allora dovremmo procedere alla analisi dei D Dimeri e continuare la profilassi sino alla loro normalizzazione.</p> <p>Che senso ha una profilassi cieca di 5 o 6 fiale?</p>
 <p><u><a href="#">Domenico Maurano</a></u></p>	<p>Carissimi tutti,</p> <p>secondo voi, è più importante la qualità del materiale che permane nella vena sclerosata, lo sclero, che può essere modificato dalla profilassi con EBPM, oppure è più importante il danno parietale che si ottiene nell'immediato con la schiuma (lunghezza del tratto sclerosato, approfondimento nella parete a partire dall'endotelio ecc.)?</p> <p>Interessante il lavoro citato da Ferrara, di quelli che non se ne fanno più così; leggo ora il commento di Falaschi, che pone alcuni problemi sui quali concordo. Non sono d'accordo sul fatto che la flebologia sia una scienza giovane, siamo noi che siamo sclerotici.</p>
 <p><u><a href="#">Alessandro Frullini</a></u></p>	<p>Io non vorrei che focalizzassimo le nostre attenzioni sull'eparina (mi sembra un falso problema) e nessuno prendesse in considerazione il sangue in lisi che può rimanere nel tratto sclerosato. Quello ha alta attività fibrinolitica e quello si può essere causa di cattiva sclerosi o ricanalizzazione.</p>
 <p><u><a href="#">Francesco Ferrara</a></u></p>	<p>E' importante il danno parietale ed ancor più importante accollare le pareti infiammate, altrimenti la sclerosi non chiuderà il vaso. La presenza di materiale nel suo lume è importante, in quanto mantiene le pareti scostate. Tuttavia, inoltre, il sangue trattenuto a lungo nelle ritenzioni post-sclero è dannoso, perché foriero di recidiva (mancato accostamento delle pareti e per il suo potenziale fibrinolitico) e per le macchie cutanee. La prevenzione con EBPM non ci mette al riparo da tali evoluzioni. Del resto la dott.ssa Norma Poli non ha nessun bisogno di validare le sue affermazioni, essendosi limitata a respingere quanto, pur diffuso nell'uso comune (influenzato dalla paura del magistrato), mai è stato validato da lavori seri (statisticamente convincenti). Dimostrarlo non spetta a Norma, né a norma di legge possiamo rivendicare una inversione dell'onere della prova....ma questo un magistrato lo sa.</p>





Pieri Alessandro

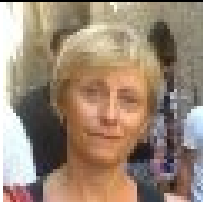
Qui si parla di Chirurgia, se si vuole impropria per la mancanza di una diagnosi pre-operatoria adeguata, lasciamo da parte al momento la scleroterapia. Il FOP o DIA persistente, in tutte le sue varianti, è una situazione di comune riscontro. Il non dimostrarlo NON VUOL dire che non ci sia (io non ho mai visto al tavolo anatomico un FO chiuso !!).

Si deve fare a tutti una ECO Cardio Trans-esofagea ??

La profilassi, in chirurgia, ci vuole sempre (a mio avviso), poiché i cosiddetti fattori di rischio esistono solo nelle menti contorte di chi vuole cercare scusanti attraverso pratiche (esami di coagulazione) inutili e che sono solo al servizio di chi li esegue.

Il Giudice non tollera l' omissione di una cautela dovuta.

Il vero fattore di rischio della chirurgia è secondario spesso solo alla risposta dolorosa del Paziente che si mette fermo senza camminare e questa NON è in alcun modo prevedibile.



Pavei Patrizia

Non voglio entrare nella discussione, trombosi e sclerotrombo.

Vi dico la mia esperienza: il fatto che in un numero limitato di pazienti anticoagulati trattati con scleroterapia non ho notato particolari differenze nel risultato, non ha ovviamente alcuna valenza statistica. A proposito non effettuo profilassi eparinica ai pazienti trattati con scleroterapia, ad eccezione dei pazienti con trombofilia nota, che comunque tratto malvolentieri con questa tecnica.

Per quanto riguarda il caso portato da Domenico, vi sono vari elementi da considerare:

il paziente è definito a rischio moderato e quindi solo per questo sarebbe indicata la profilassi

non ha eseguito un'accurata diagnosi preoperatoria, ormai inaccettabile da chiunque faccia flebologia seriamente

non viene descritto il tipo di anestesia utilizzata ed il regime di ricovero del paziente (ambulatoriale, Day surgery), elementi che potrebbero ulteriormente rinforzare la necessità di una profilassi eparinica

non è stata fatta una diagnostica preoperatoria e non vi è menzione di un monitoraggio ecodoppler post-operatorio, visto che non è stata effettuata profilassi

Vi sono quindi a mio avviso molti elementi che pongono il chirurgo in una posizione difficile.



[Francesco Ferrara](#)

Carissimi amici, vorrei chiedere a tutti voi se esiste un lavoro in letteratura che dimostri l'aumentata incidenza di trombosi venose profonde o anche superficiali (flebite estesa) nei pazienti trombofilici trattati con qualsiasi tipo di scleroterapia, ma.....provato con validazione statistica. Cioè voglio dire sia con verifica della significativa differenza tra gruppi trattati (trombofilici e non: così detto valore "p" ), ma anche e soprattutto con un intervallo fiduciale sulle medie delle due popolazioni utile ad un basso, o almeno accettabile, errore standard. Io ho letto bei lavori (forse quello utile mi sarà sfuggito) ma assolutamente privi di tali dati. Io non ho bisogno di riflessioni ipocondriache, ma di prove ...e questo pure un giudice lo sa.



[Alessandro Frullini](#)

Vedi Francesco, non è proprio che in letteratura non ci sia niente. Sto preparando la mia relazione per il congresso UIP e cercando sono venuti fuori diversi lavori che in certe condizioni riportano un aumento di eventi trombotici. Tanto per fare un esempio c'è uno studio di Ken Myers che riporta il triplo dell'incidenza di TVP se la safena trattata ha un diametro superiore ai 5 mm. Dal momento che ormai si trattano vene sempre più grandi (con la LAFOS ho risultato eccellenti anche nelle vene sopra i 2 cm di diametro), mi sembra il momento di iniziare a parlare di profilassi. In fin dei conti non stiamo parlando di fare cose incredibili se diamo sei fiale di eparina a un paziente!



[Francesco Ferrara](#)

No Alessandro, NO.... questa volta non ci siamo! "un certo numero o una certa incidenza di TVP" .... non mi dicono niente. Io devo sapere se la casistica, in almeno un lavoro, sostenuta dalla statistica (fatta per bene!), possa individuare nella scleroterapia un rischio di TVP nel trombofilico. Perché in tal caso io devo controindicare la scleroterapia nella trombofilia, e quindi devo necessariamente sottoporre ogni mio paziente a screening per trombofilia prima di sottoporlo a scleroterapia. Almeno fino a quando un secondo lavoro, con gli attributi dovuti (caso trattato/controllo), mi dirà che una prevenzione con eparina, a quella certa dose e per quella certa durata, si sarà dimostrata efficace nel garantire la prevenzione.

Ma mi volete spiegare io cosa devo prevenire in questo trombofilico, che sto sclerosando ???, se lui mai prima di adesso aveva camminato tanto, se mai come ora si era bendato le gambe ,...ma forse prima doveva farsi l'eparina, quando aveva le varici, questa sì è una vera condizione di rischio trombotico, e non ora che le sto eliminando.

Evitiamo di mettere pulci nelle orecchie, senza dati certi, altrimenti ci troveremo ad incriminare la scleroterapia per un tumore o una calcolosi, che c'entrano con la sclero quanto le TVP ....e questo... QUESTO il magistrato NON lo sa.



[Alessandro Frullini](#)

Caro Francesco, io non stavo parlando dei trombofiici, il lavoro di cui ti dicevo parla di una popolazione non selezionata. Comunque insisto che il punto non è questo: la maggior parte di noi lavora in ambito non "protetto" come un ospedale (anche chi è ospedaliero la sclerosi la fa privatamente) e le indicazioni alla sclerosi safenica stanno aumentando fino a trattare praticamente tutti i diametri safenici. Questo richiede che noi flebologi apriamo almeno una discussione su questo tema. Io sono convinto da molto tempo che una profilassi sia forse poco "evidence based", ma sicuramente molto "tranquillity based", su tutti i fronti. Se poi mi sbaglio..... poco male, almeno non avrò rimpianti.



[Francesco Ferrara](#)

Va bene, ora OK.  
Il "tranquillity based" viene prima di ogni cosa.  
Buona scleroterapia a tutti!



[Gallucci Massimo](#)

Se è vero che non è indicato chiedere gli esami per trombofilia prima di eseguire una sclero con schiuma, segnalo una contraddizione importante. Nel consenso informato dell'AFI viene dichiarato espressamente che stati trombofilici acquisiti o ereditari sono una controindicazione all'uso della scleroterapia e se poi il paziente fa una TEV e risulta trombofilico e noi non lo sapevamo.....il magistrato dice ma perché non gli hai fatto fare gli esami di screening ? per cui bisogna decidere o si toglie dal consenso o si decide di far fare gli esami a tutti.



[Alessandro Frullini](#)

In realtà la trombofilia nota è controindicazione alla sclerosi (questo ricalca il bugiardino dell'Atossisclerol). Se questa non era nota (e questo vale anche per chi non ha avuto antecedenti trombotici) la scheda tecnica del prodotto non richiede che vengano fatti questi esami. Il magistrato si attiene alle schede tecniche del prodotto.



Francesco Ferrara

Bravo Massimo è così esattamente come dici tu.  
Insomma la trombofilia è sempre la stessa malattia, sia quando è nota che quando non lo è: ha sempre le stesse condizioni di rischio.

Allora è o non è una contrindicazione ?.

SE SI allora è solo un problema tuo il non averla accertata; qualora si verifichi una TVP fa bene il magistrato a condannarti.

Il bugiardino dell'Atossisclerol non è il bugiardino della scleroterapia, e va preso in considerazione per ciò che riguarda l'uso del solo Atossisclerol, che per quanto ci riguarda può anche essere controindicato in caso di trombofilia.

Affettuosamente



Pieri Alessandro

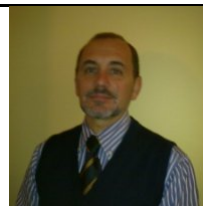
Vi siete mai chiesti se i presupposti teorici della trombofilia siano seri ?

Anche chi li spinge sconsiglia di ricercarli anche per l'uso degli anticoncezionali...

E voi vi preoccupate della sclerosi ?

Adesso si parla di associazioni dei fattori di rischio teorici poiché uno solo non sembra sufficiente.

Nella mia personale esperienza c'è da temere l' AT3, gli anticorpi antifosfolipidi ed i deficit delle altre antitrombine (Proteina C e Proteina S) già note come AT4 e AT6, prima che gli americani cambiassero loro il nome solo per confondere di più le idee.



Domenico Maurano

Finalmente!...Tralasciando quello che era l'incipit, si sta delineando quello che secondo me è uno dei problemi, più medico legali che altro, di tutte le metodiche flebologiche invasive.

Sono d'accordo con Pieri, il "nuovo" filone delle malattie genetiche che inducono trombofilia ha lasciato delle incrostazioni nel modo di pensare dei medici e dei medici legali (due categorie distinte).



Oltre che creare un business indotto niente male: ho visto prescrivere controlli completi per la trombofilia con cadenza semestrale, e non solo al soggetto potenzialmente affetto, ma allargati a tutto il nucleo familiare.

Quindi se un Flebologo mi dicesse che non effettua controlli per la trombofilia e non effettua profilassi prima di una scleroterapia mi troverei d'accordo da un punto di vista medico-scientifico ed etico, ma gli segnalerei la forte probabilità che un Magistrato, in caso di infortunio, indotto in errore da un medico-legale, lo possa condannare. Magari per poi risolvere tutto nei successivi gradi di giudizio, ma una vicenda giudiziaria ti toglie la tranquillità per diversi anni.

Vi segnalo che questo atteggiamento apparentemente prudente e di tutela del paziente in realtà mi pare solo un sistema per evitare al Flebologo rogne,

	<p>eticamente non brillantissimo; ma questi sono i tempi, e se vuoi stare tranquillo devi operare pensando anche al Giudice ed al medico legale.</p> <p>Del resto è ancora in itinere una legge sulla responsabilità medica, mentre è ormai obbligatoria l'assicurazione personale (altro business). Sulla classe medica ci mangiano in molti, forse troppi...e noi medici lasciamo fare...</p> <p>Saluti</p>
 <p><a href="#"><u>Alessandro Frullini</u></a></p>	<p>Caro Domenico,</p> <p>lo vedi quindi che la logica conclusione di ciò che scrivi è quella di fare una profilassi!</p> <p>Io voglio lavorare tranquillo, l'EBM se la tengano gli altri.</p>
 <p><a href="#"><u>Giuseppe Botta</u></a></p>	<p>Cari colleghi,</p> <p>ho letto tutto di un fiato il vostro dialogo piuttosto interessante sulla profilassi eparinica nell'utilizzo della scleroterapia o meglio della scleromousse.</p> <p>Mi permetto di inserirmi nella discussione da chirurgo vascolare, riportando la nostra esperienza ed il nostro comportamento nella chirurgia delle varici degli arti inferiori.</p> <p>La nostra "Scuola Senese" non ha mai praticato e non pratica di routine la profilassi eparinica negli interventi di chirurgia venosa di qualsiasi tipo o strategia, a meno che non si tratti di malati particolarmente a rischio (obesità con BMI superiore a 25, trombofilia nota, pregressa TVP dell'asse femoropopliteo, durata dell'intervento superiore ai 60 minuti, ecc.).</p> <p>Il nostro massimo sforzo, se vogliamo evitare la medicina cosiddetta difensiva e tenere lontano l'avvocato o meglio il fiato del giudice sul collo, in perfetto accordo con quanto ha già scritto Alessandro Pieri: &lt;&lt; Il vero fattore di rischio della chirurgia è secondario spesso solo alla risposta dolorosa del Paziente che si mette fermo senza camminare e questa NON è in alcun modo prevedibile &gt;&gt;, è quello di imporre al paziente operato di camminare, ripeto di camminare fin da subito, in maniera da attivare le pompe muscolari e quindi velocizzare la corrente ematica.</p> <p>Ricordo dapprima a me stesso e poi a tutti Voi che già nell'ormai lontano 1845 un certo signor...Rudolf Virchow poneva l'accento nella patogenesi della trombosi sulla ipercoagulabilità del sangue, sulle alterazioni della parete vasale e sulla stasi, cioè la riduzione del flusso ematico.</p> <p>A maggior ragione nella pratica della scleroterapia evitiamo la profilassi eparinica. Vogliamo con l'utilizzo dell'agente chimico ottenere la flogosi della parete venosa, che porterà poi alla sclerosi e se tutto va bene alla scomparsa della vena varicosa.</p>

	<p>Dare in questa fase l'anticoagulante a tutti, anche se solo per qualche giorno, ci sembra veramente eccessivo, a meno che..... a meno che non si tratti di soggetti trombofilici ad alto rischio, ma allora il trattamento scleroterapico, come già ha scritto qualcuno di Voi, è controindicato. Meglio ricorrere in questi pazienti ad altre armi terapeutiche.....per fortuna non c'è solo la mousse nel bagaglio terapeutico del flebologo!!</p> <p>Saluti.</p>
 <p><a href="#"><u>Domenico Maurano</u></a></p>	<p>Caro Giuseppe,</p> <p>ho apprezzato il fatto che a Siena si tenti di razionalizzare l'utilizzo della profilassi nelle procedure venose; forse dovremmo rivedere/riverificare continuamente il nostro modo di operare un po' di più tutti.</p> <p>Però, appunto, il protocollo che Voi utilizzate è un VOSTRO protocollo, che un Giudice/CTU di un'altra regione o città potrebbe anche non considerare come riferimento assoluto.</p> <p>Questo proprio manca a noi Flebologi, dei riferimenti unitari e condivisi che ci proteggano tutti.</p> <p>Mi trovo meno d'accordo quando dici che la chirurgia potrebbe essere un'alternativa più sicura alla schiuma nei casi con trombofilia accertata; il mio intervento è nato proprio da una sentenza su un atto chirurgico, e la schiuma ha molti lavori in letteratura che affermano la sua bassissima incidenza di incidenti trombo embolici.</p> <p>Però di tutto questo i Giudici/CTU ne sanno poco o nulla, si potrebbero seguire le linee guida scrupolosamente ma essere poi rinviati a giudizio lo stesso.</p> <p>Stiamo parlando certo anche di medicina difensiva, ma in questo momento storico forse bisogna essere molto prudenti, sia per una certa facilità (non voglio certo dire prevenzione) da parte dei Giudici nel condannare i medici, o meglio magari nell'assolverli dopo qualche anno di "graticola" giudiziaria, sia perché siamo di fronte ad una materia in continuo divenire.</p> <p>L'introduzione dei Nuovi Anticoagulanti Orali, per la facilità di somministrazione e la mancanza dei controlli necessari, potrebbe già essere un motivo che rende la profilassi più facilmente praticabile ed accettabile (anche qui sono indispensabili studi sulla loro interferenza sull'effetto scleroterapico).</p> <p>L'autorizzazione della schiuma da parte della FDA americana renderà disponibili, credo a breve, una massa notevole di dati ed indicazioni da Oltreoceano, oltre quelle già postulate da noi europei.</p> <p>Quindi bisogna mantenere alta l'attenzione, secondo me, sui problemi della nostra attività di flebologi e soprattutto adesso essere forse un po' più prudenti: un incidente giudiziario oggi, quando ci sono grosse novità in corso, potrebbe essere come un autogol al novantesimo.</p>

	<p>N.B. – Sto partendo per Siracusa, dove Il Responsabile Regionale, Gaetano Angelino, ha organizzato, con la collaborazione di Michele Rendace, responsabile calabrese, il primo AFI-DAY calabro-siculo; le prime due iniziative singole regionali sono andate molto bene, quindi so già che la giornata sarà interessante.</p> <p>Ci aggiorniamo domenica...</p>
 <p><a href="#"><u>Giuseppe Botta</u></a></p>	<p>Caro Domenico,</p> <p>se ci vogliamo difendere in questo particolare momento storico, in cui le denunce ai medici da parte dei pazienti istigati dai loro avvocati mi ricordano molto la famosa frase “...dagli all’untore...” di manzoniana memoria, (nei Promessi Sposi Renzo Tramaglino è sospettato di essere l’untore e quindi il responsabile della diffusione della peste tra le persone con cui entrava in contatto), allora per stare tranquilli, come scrive Alessandro Frullini, facciamo pure dopo la scleroterapia degli assi safenici la profilassi eparinica, che sarà pure poco "evidence based", ma sicuramente molto più "tranquillity based".</p> <p>Facciamo “buon viso a cattiva sorte” o meglio come dicevano i nostri padri latini “facciamo di necessità virtù”.</p> <p>Adeguiamoci ai tempi, sperando che qualcuno (chi? I politici? I magistrati?) metta mano al codice civile e penale e depennino la colpa professionale ed il risarcimento del danno biologico o meglio diano ai medici la possibilità di controdenunciare, richiedendo a coloro che non riescono a dimostrare di avere ragione e ai loro avvocati il risarcimento per danno di immagine. Vedrai come a quel punto il numero delle denunce si ridurrà, quando si sarà diffuso nei nostri malati il concetto che bisognerà tirar fuori di tasca propria i quattrini per rimborsare il medico ingiustamente citato in giudizio.</p> <p>Stammi bene.</p>
 <p><a href="#"><u>Francesco Ferrara</u></a></p>	<p>Carissimi Amici</p> <p>non dimentichiamo che l'analisi statistica delle casistiche di TVP presenti in letteratura (su Vasculab ho dato i riferimenti) sancisce che l'incidenza di TVP a seguito di scleroterapia non è superiore (anzi inferiore) a quella della popolazione normale. Quindi secondo la EBM (unico riferimento in contenziosi) la TVP non è da considerare una complicanza della scleroterapia.</p> <p>MA...ma se il paziente è a rischio, giusta la precauzione di Giuseppe, va messo in profilassi (medica o fisica a seconda della patologia), semplicemente perché ha le varici, somministrazione di fattori di rischio, e non perché deve essere sclerosato e non operato.</p> <p>Viceversa in assenza di tali fattori, ma a fronte di atto scleroterapeutico, ma anche chirurgico, condotti in condizioni di rischio (scarsa mobilità o</p>

compressione incerta) il paziente va profilassato egualmente...o meglio va evitato il trattamento (anche chirurgico), è ovvio.

Affettuosissimamente vostro.