Il trattamento ambulatoriale della patologia varicosa: esperienza personale

Ann. Ital. Chir., 2005; 76: 261-264

Angelo Bellia, Oreste Cormaci*, Antonino Virzì, Rosario Calì

*Unità Operativa Chirurgia d'Urgenza e *Unità Operativa Chirurgia Vascolare, Azienda Ospedaliera "Garibaldi", Catania.*

The ambulatory treatment of varicose veins pathology. Personal experience

OBJECTIVE: *In time of Surgery Cost Planning, progress is every step to ward an efficient and complete ambulatory treatment of pathology. In the field of venous surgery, a large share of patients take profit from a complete treatment in a single hospitalisation day.*
MATERIALS: *The Authors carried out 21 strippings of great saphenous vein in 21 patients with local and regional anaesthesia.*
RESULTS: *The results were the same as those of the traditional operation carried out with the help of spinal anaesthesia for a greater safety and comfort of the surgeon's action. Moreover the authors obtained an immediate take off of the patient and his discharging after a few hours under observation.*
COMMENTS: *The particular surgery technique perfectly copes with the anaesthetic method and fully profits from it because it limits local complication and unacceptable aesthetic defects. The chosen anaesthetic technique and the early take off haven't brought to any complications; moreover subcutaneous bleeding has been reduced, due to the absence of vasoparalysis typical of spinal anaesthesia.*

KEY WORDS: Ambulatory surgery, Leg varices, Venous surgery.

Introduzione

L'orientamento attuale nell'approccio chirurgico di qualsiasi affezione, è quello di limitare la degenza e cercare di effettuare, quando possibile, il trattamento in day hospital, rivalutando il ruolo sia dell'anestesia locale per infiltrazione che dei blocchi somatici.
Conosciamo la diffusione della patologia varicosa degli arti inferiori e possiamo immaginare quanto sia importante l'affermarsi di metodiche che rendano possibile l'attuazione delle correzioni chirurgiche interamente in regime di day hospital, con le medesime garanzie di radicalità ed efficacia e, nello stesso tempo, senza rinunziare al comfort per il paziente stesso.
Negli ultimi decenni si è assistito ad un fiorire di metodiche chirurgiche alternative per il trattamento delle varici degli arti inferiori, tutte orientate alla soppressione dei punti di fuga tra sistema venoso profondo e superficiale. L'intervento non è più il classico stripping safenico ma è personalizzato per ciascun paziente in base al dato emodinamico del mappaggio preoperatorio.
La ricerca di nuove metodiche di trattamento è stata stimolata anche dalla necessità di ridurre al minimo le complicanze neurologiche, linfatiche, cicatriziali, nonché dagli inestetismi conseguenti ai vari tipi di trattamento e dal costo socio-economico che ne deriva.
Così sono stati messi a punto interventi di correzione emodinamica ed interventi di valvuloplastica.
L'intervento di stripping della vena grande safena, con tutte le sue varianti (corto, lungo, per invaginazione), ormai codificato secondo standards generalmente accettati, è sempre tra i più usati e sicuri, quando eseguito da professionisti esperti, e non espone, se non assai raramente, a complicanze intra e post-operatorie.
Lo stripping safenico, pur essendo metodica ormai consolidata è stata oggetto di miglioramento metodologico da parte di diversi operatori ed anche dal nostro gruppo di lavoro con lo sviluppo della tecnica per semiinvaginazione che consente di ridurre le complicanze cutanee e neurologiche con migliori risultati in

Pervenuto in Redazione Luglio 2002. Accettato per la pubblicazione Novembre 2004.
Per la corrispondenza: Dr. Oreste Cormaci, Via Cervignano 27, 95129 Catania.

termini di comfort post-operatorio e di buon risultato estetico.
L'anestesia locale per infiltrazione ed il blocco regionale del nervo femorale consentono di eseguire la tecnica chirurgica agevolmente aggiungendo il vantaggio della possibilità di trattamento interamente in regime ambulatoriale con tutto quello che consegue: minori costi, più agevole mobilizzazione del paziente, azzeramento delle sequele dell'anestesia spinale (se pur selettiva), minore rischio di complicazioni trombotiche [1,3].

Materiali e Metodi

L'esperienza riguarda 21 pazienti trattati per varici tronculari essenziali agli arti inferiori con stripping della safena interna con la tecnica della semiinvaginazione e flebectomia complementare.
I pazienti sono stati selezionati in base a criteri psicologici ed in base allo stato locale della patologia. Erano infatti tutti soggetti motivati alla conduzione dell'intervento in anestesia strettamente locale con accettazione dell'eventuale discomfort che questa comportava; inoltre avevano una patologia non estesa come numero e lunghezza delle varicosità accessorie per potere rientrare nelle quantità massime di anestetico iniettabile in sicurezza.
L'anestesia è stata effettuata mediante il blocco somatico del nervo femorale in sede inguinale con carbocaina all'1% (6-8 cc), infiltrazione della regione della crosse safenica, infiltrazione del decorso di gamba della vena grande safena e del decorso delle varicosità tronculari isolate con carbocaina allo 0,5% (15-20 cc).
La lidacaina è stato ritenuto essere il farmaco di scelta per efficacia, latenza, capacità di diffusione, durata d'azione e tossicità.
La tecnica chirurgica prevede l'apertura in sede di crosse safeno-femorale mediante incisione più breve possibile parallela alla piega inguinale, crossectomia standard, prelievo dell'origine della safena al malleolo mediante incisione verticale di 4-5 mm [4]. Le estremità del vaso sono saldamente legate con doppia legatura sul capo prossimale e distale dello stripper. La legatura in sede inguinale viene lasciata lunga per consentire di poter ritirare lo stripper dall'alto. La manovra per semiinvaginazione consiste nell'effettuare lo stripping dall'alto verso il basso per il segmento di coscia e viceversa, senza ausilio di testina sullo stripper, per il tratto di gamba (invaginazione sullo stripper).
Si effettua sutura intradermica in sede inguinale e si appongono cerotti sulle altre ferite, si medica e si benda l'arto con due o tre fasce elastiche forti.
Meno della metà dei pazienti non è stato ospedalizzato (9 pazienti), i rimanenti hanno subito un giorno di ricovero con dimissioni l'indomani mattina. Questa distinzione è stata attuata a scopo prudenziale per i soggetti non residenti nello stesso ambito cittadino.

Risultati

La tollerabilità di questo approccio è stata buona in tutti i soggetti e nessuno ha giudicato negativamente la procedura subita. Tutti i soggetti hanno valutato buono o sufficiente il grado di comfort. Le uniche sensazioni fastidiose avvertite dai soggetti sono state le trazioni su collaterali safeniche che andavano verso regioni non infiltrate con la carbocaina durante le manovre di stripping. Nessuna complicanza legata alla tossicità dell'anestetico locale si è presentata durante e dopo la procedura.
Il paragone con le metodiche di intervento classico di stripping mette in evidenza diversi vantaggi:
1. La testina dello stripper non passa in sede di gamba (insieme alla safena di coscia accartocciata sullo stesso) evitando estesi scollamenti del sottocute sede di accumulo di vasti ematomi visibili mediante controllo ecografico post-operatorio) e consentendo l'efficacia della sola infiltrazione di anestetico locale.
2. Lo stripping della safena di gamba avviene in senso caudo-craniale minimizzando il rischio di lesione definitiva del nervo safeno. Le complicanze neurologiche per il nervo safeno si distinguono in deficitarie (da denervazione) ed irritative (da lesione reversibile). Nei pazienti trattati con questa tecnica in anestesia locale abbiamo avuto solo sette casi di neuropatia irritativa con parestesie facilmente autolimitantesi nel tempo (tre soggetti con bruciore, due con formicolio e due con iperestesia).
3. Lo stripping con testina del tratto di coscia, sino al ginocchio, e l'invaginazione su stripper (e non su filo) consentono di evitare quella che è sempre stata una grossa limitazione dell'invaginazione: la rottura dell'asse principale per mancato strappamento di qualche robusta collaterale: le safene così trattate sono sempre state estratte per l'intera loro lunghezza [5].
4. La ferita antero-malleolare è minima poiché non è fatta per il passaggio dell'intero stripper con testina, ma solo per l'isolamento della safena. Essendo sede frequente di inestetismo il vantaggio è evidente.

Conclusioni

Uno dei temi di maggiore attualità in tutti i campi della chirurgia è la miniinvasività e la riduzione dei costi ottenuta principalmente con la riduzione dei tempi di ospedalizzazione. In particolare nel campo della chirurgia venosa sono importanti parametri anche l'efficacia del gesto chirurgico (che non esponga a recidive a breve-medio termine) ed una validità estetica migliore possibile.
L'associazione della tecnica chirurgica ed anestesiologica descritte permette il raggiungimento di validi traguardi in tutti questi campi senza incrementare il discomfort del paziente che, se opportunamente motivato si è dimostrato anzi ben lieto di poter evitare il ricovero pluri-giornaliero.

Se fossimo in periodo pre-eparinico potremmo anche notare come questa metodica potrebbe limitare il rischio di episodi trombo-embolici quali sequele post-operatorie. Oggi la profilassi eparinica azzera quasi del tutto questa complicanza anche nei soggetti ospedalizzati.

Riassunto

OBIETTIVO: In tempi di pianificazione delle spese sanitarie ogni passo effettuato verso un effettivo e completo trattamento ambulatoriale della patologia, ove possibile, è sicuramente un progresso.
In particolare, nell'ambito della chirurgia venosa, è possibile selezionare una buona parte dei pazienti che si giovano di un trattamento completo in un'unica giornata di ricovero.
MATERIALE DELLO STUDIO E RISULTATI: Gli AA. hanno praticato 21 interventi di stripping della vena safena interna in altrettanti pazienti in anestesia locoregionale ottenendo gli stessi risultati dell'intervento classico eseguito con l'ausilio dell'anestesia spinale in termini di sicurezza e comfort del gesto chirurgico, con il vantaggio di poter iniziare pressoché immediatamente la mobilizzazione del paziente e di poterlo dimettere dopo poche ore di osservazione.
COMMENTI: La tecnica chirurgica consente il perfetto accoppiamento della metodica anestesiologica e consente di fruttarne appieno i vantaggi riducendo di contempo complicanze di ordine locale ed in estetismi indesiderati. Non si sono registrate complicanze relative alla scelta anestesiologica, né alla precoce mobilizzazione: anzi il sanguinamento nel sottocutaneo è stato limitato per la mancanza della vasoparalisi ridotta dello spinale.

Bibliografia

1) Costanzo C, Grasso CA, Cormaci OF, Romeo S: *La validità dell'anestesia locale nella chirurgia della varici.* Minerva Angiol, 1995; 20(4);335-38.

2) Cormaci O, Grasso A, Costanzo C, Germiglio C, Romeo S: *La neuropatia safenica dopo stripping della vena grande safena*. Minerva Angiol, 1997; 22(6):117-21.

3) Cormaci OF, Grasso A, Costanzo C, Germiglio C, Romeo S: *Lo stripping safenico e le sue complicanze: studio retrospettivo su 326 interventi*. Minerva Angiol, 1993; 18.

4) Muller R: *La saphenectomie ambulatoire*. Phlébologie, 1978; 31(3):273-78.

5) Van Der Stricht J: *Saphenectomie par invagination sur fil*. Extract de "Crossectomie et Stripping" Colloque organisè par la Societé Francaise de Plébologie, 1962. I Vol. Paris: Expansion Scientifique Francais, 1962.

Commento **Commentary**

Prof. ALBERTO LIBONI, Dr. PAOLO ZAMBONI
Sezione di Chirurgia Generale
Dipartimento di Scienze Chirurgica,
Anestesiologiche e Radiologiche dell'Università di Ferrara

Lo stripper per invaginazione rappresenta una metodica mini-invasiva, soprattutto per quello che attiene le possibili lesioni del nervo safeno e dei vasi linfatici dello stripping convenzionale, che fu modernamente rivisitato e reintrodotto nella pratica clinica da Van der Stricht, come giustamente segnalato nella bibliografia di questo lavoro. In realtà, l'idea e la tecnica furono introdotte in chirurgia da Keller, un chirurgo militare che operava nell'Ospedale del Presidio di San Francisco agli inizi del '900. Egli iniziò ad eseguire stripping parziali della safena mediante la tecnica di invaginazione su filo che egli stesso disegnò e descrisse sulla rivista della Società Medica di New York nel 1903. Si pensi che questo articolo fu il primo articolo che descrivesse uno stripping, quindi – contrariamente a quanto si crede – lo stripping per invaginazione venne utilizzato e descritto prima delle tecniche più note di Mayo e Babcock [1].
Attualmente la metodica si è anche impreziosita tecnologicamente con una sonda che permette di eseguire l'invaginazione con il cosiddetto PIN-STRIPPER che, a detta degli Autori di scuola svizzera, permette di estendere l'invaginazione ad un numero maggiore di casi poiché si verificano meno frequentemente rotture del filo od altri impedimenti tecnici.
Per eseguire il Day Surgery lo stripping ormai la maggior parte degli Autori concorda nel preferire allo stripping lungo, descritto dagli Autori, lo stripping corto, portato dalla giunzione safeno-femorale fino al III superiore di gamba, a livello della perforante di Boyd. Questo intervento è ulteriormente meno invasivo ed assicura nel follow-up gli stessi risultati ottenibili con lo stripping lungo. Lo stripping corto, magari per invaginazione, è certamente la metodica meno invasiva per chi decide di trattare la patologia varicosa senza l'ausilio del marcaggio preoperatorio con ecocolorDoppler.
I moderni apparecchi ultrasonori permettono, infatti, di essere ancora più miniinvasivi e precisi nell'atto chirurgico e per

chi ha la fortuna di possedere entrambe le competenze, chirurgia ed emodinamica, consentono di affrontare questa patologia mediante gli ancora meno invasivi interventi di correzione emodinamica tipo CHIVA [2,3].

The stripping "par invagination" represents a minimally invasive technique able to significantly reduce lesions to the saphenous veins as well as to the lymphatic collectors as compared to the conventional stripping technique. The former, as correctly pointed out by the Authors, has been recently introduced in the clinical practice by Van der Stricht.
Despite this, Keller, a military surgeon of the Presidio Hospital of San Francisco introduced the original idea and technique in surgery, at the beginning of '900. He was the first to describe such method in the journal of the medical society of New York in 1903. He performed partial stripping of the greater saphenous vein, before, on the contrary of what is currently believed, of Mayo and Babcock, considered the fathers of the stripping procedure [1].
Nowadays, Keller technique is technologically improved by the means of the introduction in clinical practice of the so-called PIN-STRIPPER: a recent survey from Switzerland indicates that such device allows performing the operation with less technical difficulties.
Short-stripping procedure is nowadays word wide preferred to long stripping when the operation is planned in Day Surgery, since the long term clinical results are not significantly different. Short-stripping procedure consists of high ligation complemented by avultion of the saphenous vein segment from the groin to the superior third of the leg, at the level of the outlet of the Boyd perforator.
This procedure represents the best treatment when the operation is planned without preoperative ecocolor Doppler mapping.
Modern vascular ultrasonography allows a really miniinvasive procedure when the hemodynamist and the surgeon are the same subject. In such a case hemodynamic correction technique (CHIVA) can be successfully chosen for treatment of chronic venous insufficiency [2,3].

Bibliografia

1) Zini F: *La flebochirurgia in Day Surgery*. Parma: Silva editore, 2001.

2) Zamboni P, Marcellino MG, Pisano L, Cappelli M, Bresaola V, Vasquez G, Liboni A: *Saphenous vein sparing surgery: Indications, techniques, and results*. J Cardiovasc Surg, 1998; 39:151-62.

3) Zamboni P, Ciisno C, Marchetti F, Quaglio D, Mazza P, Liboni A: *Reflux elimination without any ablation or disconnection of the saphenous vein*. Europ J Vasc Endosc Surg, 2001; 21(4):367-69.