
MINERVA

CARDIOANGIOLOGICA

VOL. 64 · SUPPL.2 · No.4 · AGOSTO 2016

LINEE GUIDA FLEBO-LINFOLOGICHE

SIF-SICVE 2016 •• DELLA SOCIETÀ

ITALIANA DI FLEBOLOGIA E DELLA SOCIETÀ

ITALIANA

DI CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE



Trattamenti endovascolari termoablativi

Le tecniche termoablativie sono mirate all'occlusione del tronco safenico. Il trattamento delle branche varicose e di eventuali perforanti incompetenti può essere eseguito,

utilizzando le flebectomie, la scleroterapia, od anche la medesima tecnica termoablativa laser, nella stessa seduta in cui viene trattato il tronco safenico o successivamente in una seduta dedicata. Il meccanismo fisico con cui viene prodotto il danno termico⁹ della parete venosa è differente per il laser e la radiofrequenza, ma nelle due procedure sono molti gli elementi in comune: 1) sono procedure endovascolari; 2) agiscono determinando un danno termico della parete venosa, che innesca il processo di flogosi parietale e quindi di sclerosi della vena trattata; 3) sono procedure eco-guidate; 4) sono procedure mini-invasive e non necessitano dell'esecuzione della crosssectomia, nella maggior parte dei casi; 5) possono essere eseguite in anestesia locale con/senza tumescenza, praticata dallo stesso operatore che esegue la termoablazione, risultando molto adatte ad un trattamento realmente ambulatoriale; 6) il tasso di complicanze maggiori è modesto; 7) i risultati a distanza sono ottimali, con un tasso di occlusione del tronco safenico a 6 anni di follow-up molto alto, compreso tra il 90% e il 100%; 8) il decorso postoperatorio è poco doloroso e pertanto consente una efficace e rapida ripresa delle attività personali, sociali e lavorative; 9) determinano un miglioramento sia dei sintomi causati dalle varici, che della qualità della vita del paziente.

Trattamento con radiofrequenza

Attualmente sono disponibili due cateteri per radiofrequenza, il *closure fast* (radiofrequency-powered segmental thermal obliteration) e il RFiTT (radiofrequency-induced therapy).

Trattamento con laser

Il materiale utilizzato per il laser endovenoso (*endovenous laser ablation*, EVLA) si è evoluto negli anni, passando da quello originario, un laser a diodi da 810 nm e fibra ottica di 600 micron a punta piatta ¹⁰ ai laser a lunghezza d'onda progressivamente maggiore (940, 980, 1320, 1470, 1550 nm) e fibre ottiche con punta protetta (*jacket fiber*) per evitare il contatto con la parete venosa, o ad emissione radiale (*radial fiber*) per ottimizzare circolarmente il contatto tra luce laser e parete venosa. La disponibilità di fibre ottiche di vario calibro permette di trattare qualsiasi vena varicosa; il costo del materiale monouso è inferiore a quello della radiofrequenza ¹¹.

Dal confronto tra scleroterapia, chirurgia e tecniche termoablative, in uno studio randomizzato ¹² la scleroterapia è stata gravata da un tasso di ricanalizzazioni significativamente maggiore rispetto alle tecniche termoablative (a 1 anno, 16,3% di ricanalizzazioni versus 5,8% dell'EVLA e 4,8% della radiofrequenza), anche se è stata associata a un recupero post-procedurale più rapido e a minor dolore post-trattamento. Le tecniche termoablative hanno dimostrato tassi di fallimento a un anno simili a quelli della chirurgia tradizionale aperta (5,8% per il laser, 4,8% per la radiofrequenza e 4,8% per la chirurgia). Viceversa, **la ripresa delle normali attività e del lavoro è stata più rapida con le tecniche termoablative rispetto alla chirurgia, con valori statisticamente significativi.**

Entrambe le procedure termoablative endovascolari sono validate dalla letteratura scientifica internazionale e sono attualmente considerate tecniche alternative valide a un intervento tradizionale di crossectomia e safenectomia per stripping ¹³.