

CONGRESSO NAZIONALE DEL TRENTENNALE

FERRARA 20-21-22 OTTOBRE 2016



LA SCELTA DELLA
CROSSECTOMIA :
QUANDO E COME

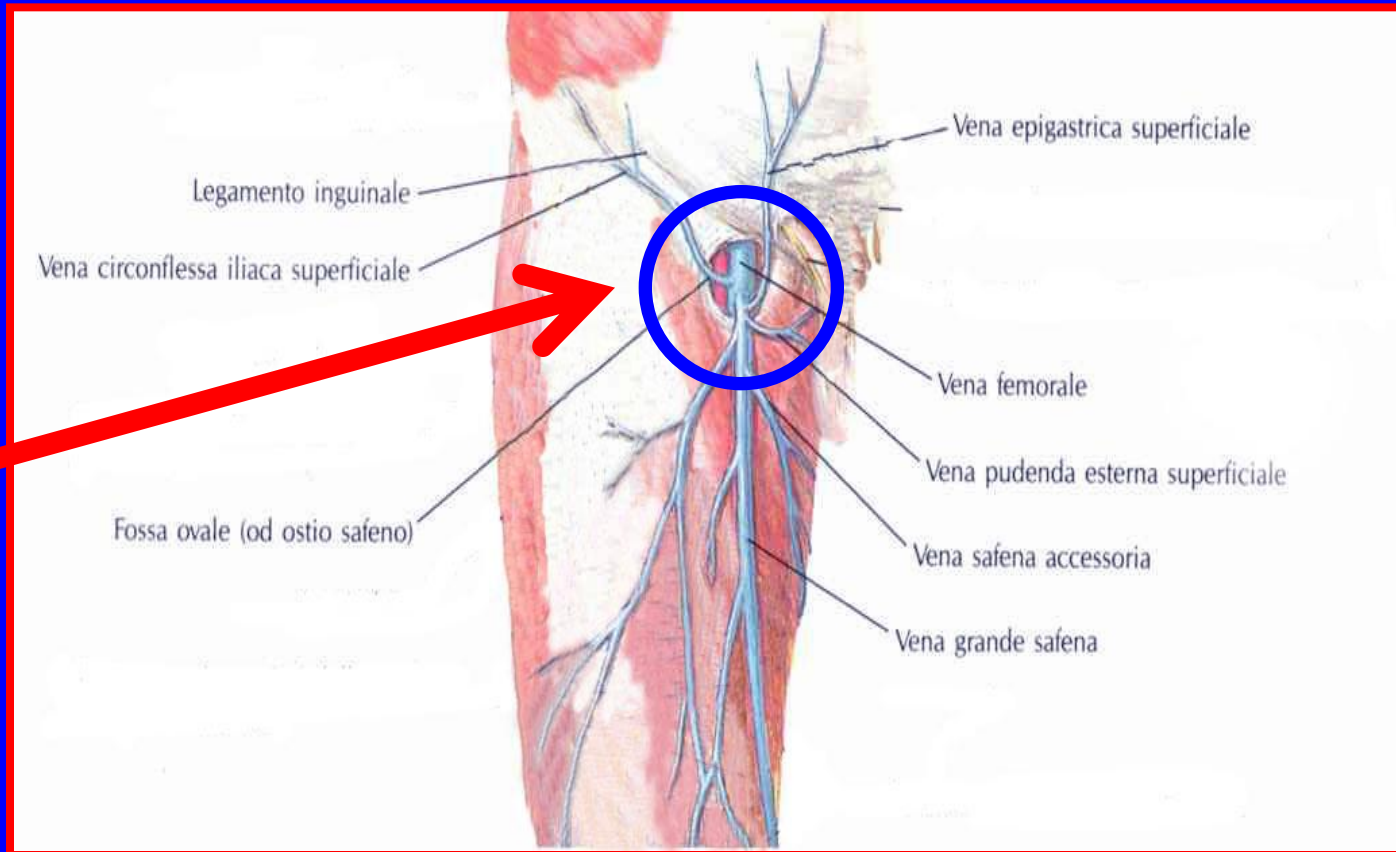
ELIO FRANCO



Società Italiana di FleboLinfoologia



CROSS SAFENOFEMORALE



TECNICHE CHIRURGICHE PER LE VARICI

Oggi, ogni intervento chirurgico per l'insufficienza venosa superficiale può essere definito a scopo emodinamico, a patto che venga preceduto da appropriata mappa emodinamica venosa mediante Eco-(Color)-Doppler .

LE TECNICHE CHIRURGICHE POSSONO ESSERE RAGGRUPPATE
IN TRE CATEGORIE PRINCIPALI:

Tecniche ablative

Tecniche conservative

Trattamenti endovascolari

CHIRURGIA ABLATIVA

- safenectomia per stripping
- **crossectomia**
- flebectomia

CROSSECTOMIA: EVOLUZIONE DELLA TECNICA

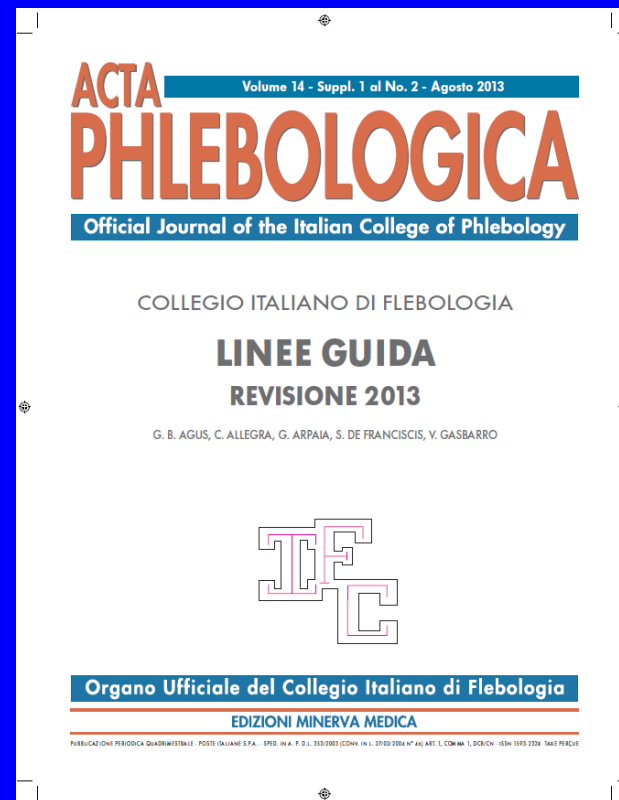
CROSSECTOMIA SEMPLICE O ASSOCIATA A FLEBECTOMIE

La crossectomia semplice consiste nella deconnessione safeno-femorale o safeno-poplitea, con legatura e sezione di tutte le collaterali della crosse. Essa realizza documentati risultati funzionali, ma è stata in passato considerata inferiore rispetto allo stripping nel trattamento delle varici.

La crossectomia associata a flebectomia, nella visione chirurgica definita CHIVA, è comparabile nei risultati alle tecniche di stripping, solo quando è preceduta da un accurato studio emodinamico preoperatorio. Altri autori, al di fuori dell'ambito CHIVA, erano giunti alle stesse conclusioni (L-G CIF, 2005).

Pittaluga ha proposto, al posto della crossectomia radicale, l'esecuzione di una legatura alta che comporta la legatura delle tributarie a decorso caudale ed il rispetto di quelle a decorso craniale, con conservazione della vena safena (Pittaluga, 2009-2010).

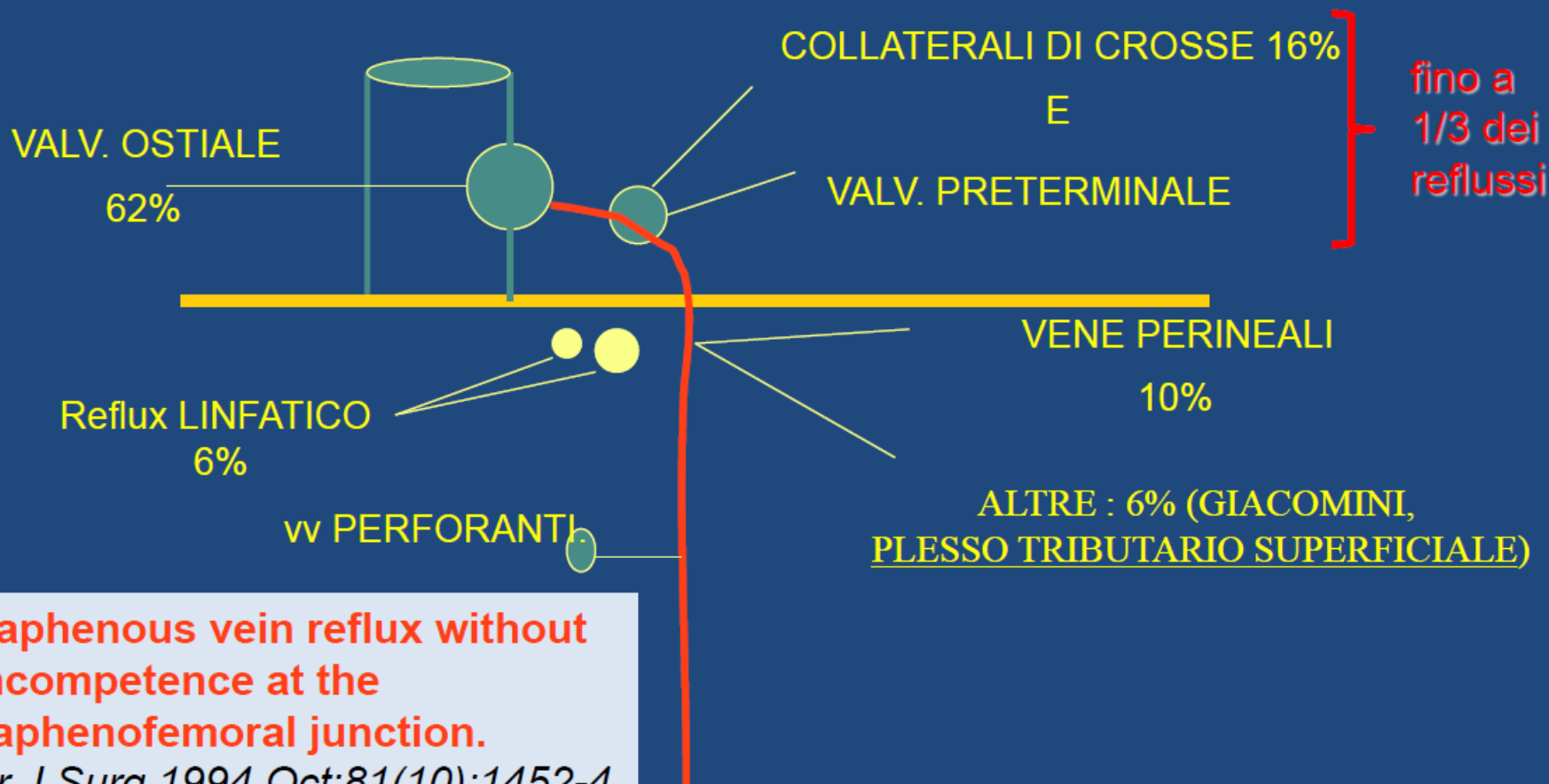
Recenti esperienze tendono a far preservare le collaterali superiori come la circonflessa iliaca superficiale e, soprattutto, l'epigastrica superficiale sotto la definizione di crossectomia selettiva emodinamica [Genovese] (Mariani, 2008); o, al contrario, a preservare l'intera crosse pur asportando la safena sottostante [Casoni]. Non sono peraltro disponibili dati pubblicati in letteratura di forte evidenza scientifica.



CROSSECTOMIA: QUANDO

- L' ecocolordoppler ha soppiantato tutte le altre indagini
- Il successo del trattamento si basa sulla corretta esecuzione del mappaggio US preoperatorio che consente un provvedimento terapeutico mirato
- Oltre a valutare lo stato degli assi venosi profondi, l'ecocolordoppler deve identificare i “punti di fuga” (REFLUSSI) dal circolo venoso profondo al superficiale
- Reflussi ostiali (safenofemorale e/o safenopopliteo)
- Reflussi a livello di perforanti incontinenti

SORGENTI DI REFLUSSO IN VENA SAFENA INTERNA



Saphenous vein reflux without incompetence at the saphenofemoral junction.

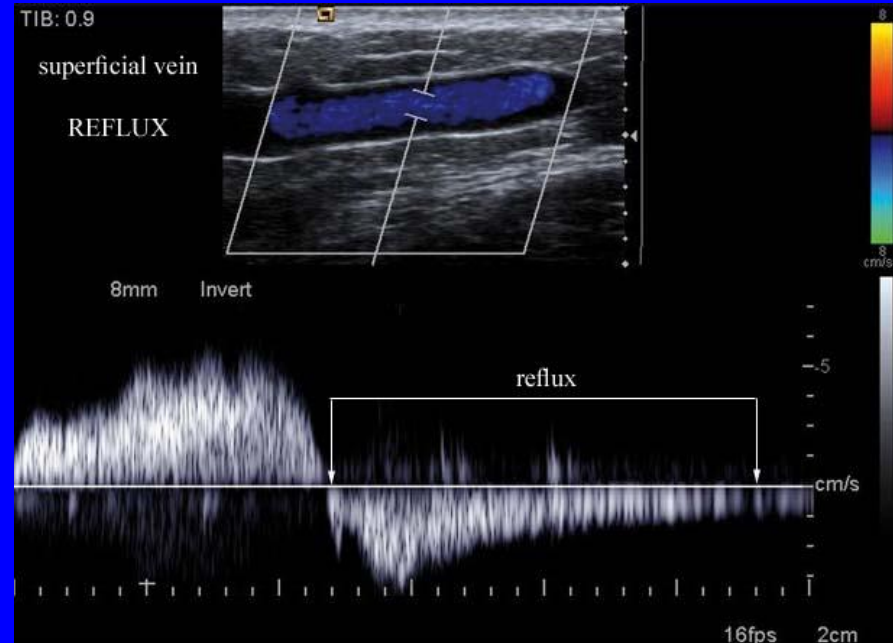
Br J Surg 1994 Oct;81(10):1452-4

Levebvre-Vilardebo M. et Al. Phlebologia 1-55 - 1993.

ECO COLOR DOPPLER

- valutazione della competenza delle valvole: terminale, preterminale, valvole femorali, sopra e sottosafenica
- valutazione ecd diametro vgs
- valutazione velocità del reflusso e portata
- valutazione varianti anatomiche
- valutazione del decorso delle tributarie inferiori e superiori

1. Incontinenza valvola terminale
2. Reflusso safenico: durata e velocità
 - . Durata onda di reflusso: $> 0,5$ secondi
 - . Picco massimo onda di reflusso: 30 cm/s



ESTENSIONE DEL REFLUSSO

CLASSIFICAZIONE DI HACH IN BASE ALL'ESTENSIONE DEL REFLUSSO:

GRADO 1: ALLA GIUNZIONE SAFENO-FEMORALE

GRADO 2: SOPRA IL GINOCCHIO

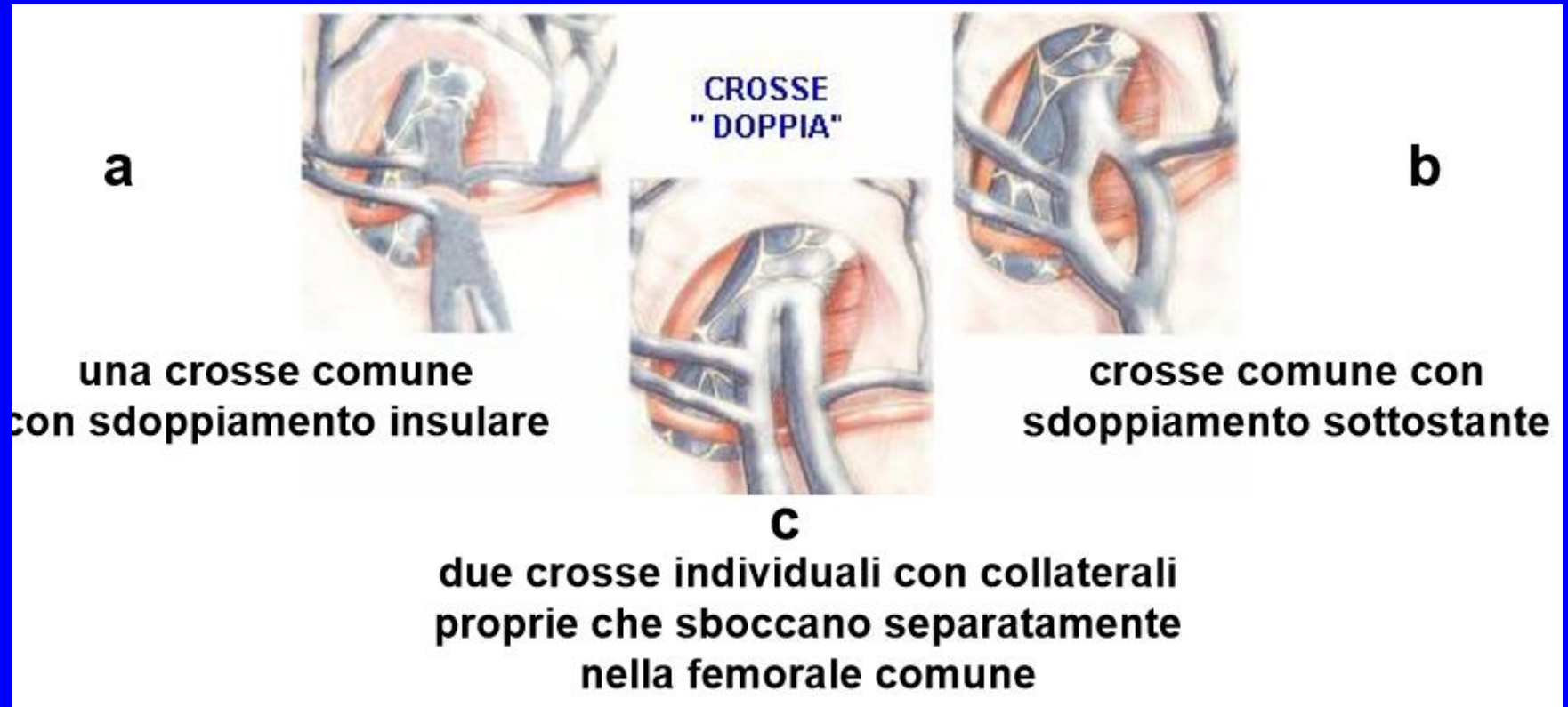
GRADO 3: SOTTO IL GINOCCHIO

GRADO 4: FINO AL MALLEOLO

QUANTO MAGGIORE SARA' LA COMPRENSIONE DEL MODELLO EMODINAMICO DI BASE, TANTO MAGGIORE SARA' L'ATTENDIBILITA' DELLA STRATEGIA CHE ANDREMO A PIANIFICARE.

ACCURATO MAPPAGGIO PREOPERATORIO

Crosse Doppia

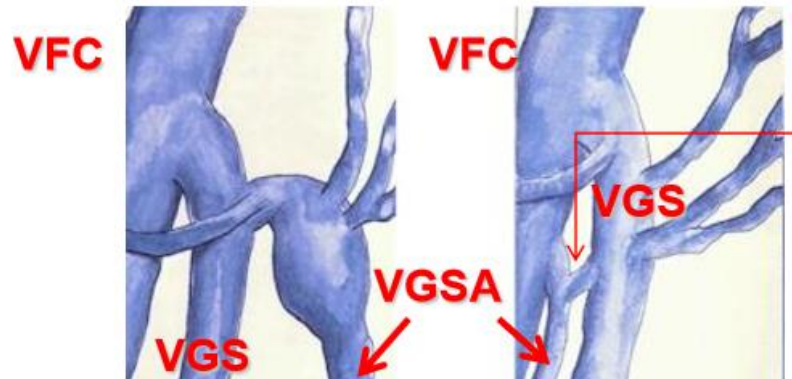


ACCURATO MAPPAGGIO PREOPERATORIO

GSF ad H (VGS e VGSA)

La crosse ad H e' potenziale fonte di problemi:

- di legatura corretta se sbocca in grossa safena sottostante confondibile con femorale comune
- se la safena accessoria confluisce nella femorale a distanza e sotto la grande safena comunicando con la grande safena attraverso un ponte venoso (PV)



ACCURATO MAPPAGGIO PREOPERATORIO

le accessorie e le collaterali possono essere causa di errore chirurgico quando sboccano:

- direttamente nella femorale a distanza da una crosse indipendente
- accessoria in collaterale o collaterale in accessoria



A) CONFLUENZA NELLA CROSSE SAFENO-FEMORALE



A) DIRETTA NELLA V. FEMORALE COMUNE SOPRA LA CROSSE

CROSSECTOMIA: QUANDO

Dalla correttezza della indicazione e dalla accuratezza del mappaggio ECD e del gesto chirurgico derivano i migliori risultati sul piano funzionale ed estetico

CROSSECTOMIA

In alcuni rari casi può rappresentare il gesto chirurgico esclusivo. Nella gran parte dei casi è il primo tempo dell' intervento di safenectomia.

Sul piano funzionale è la manovra chirurgica principale: sopprime il reflusso ostiale safenofemorale o safenopopliteo.

CROSSECTOMIA CLASSICA

- Incisione nella piega inguinale lunga 3-4 cm : ottimo risultato estetico.
- Dissezione delicata per evitare danni ai linfatici. Sezione tra legature delle collaterali che terminano nel tratto terminale della safena.
- Sezione tra legature della safena “a raso” (?) della vena femorale

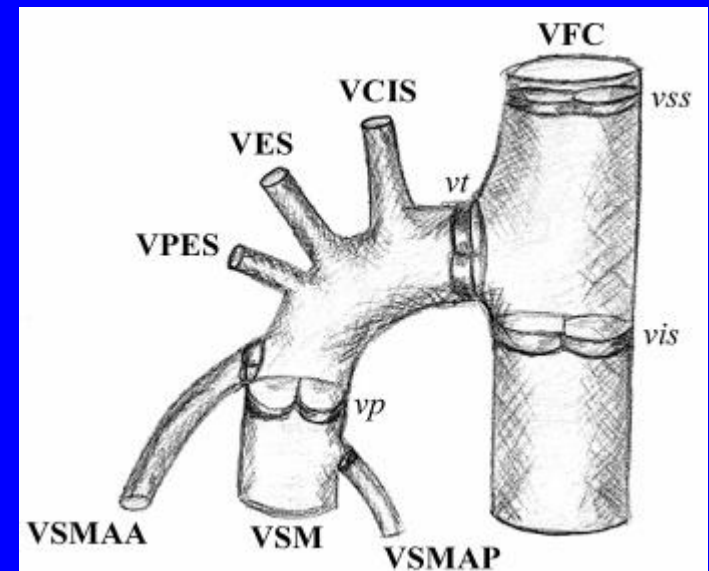
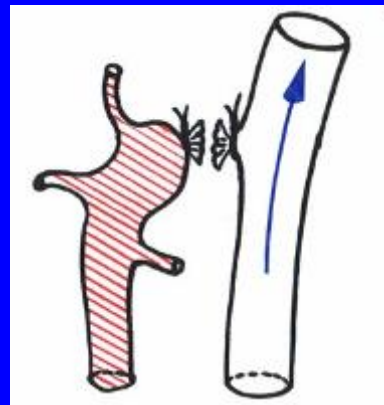
COLLATERALI CONFLUENTI ALLA CROSSE

Crosse : termine clinico

= porzione terminale fella VGS al confine con la valvola terminale e v. epigastrica superficialis

- **v. circumflexa ilium superficialis**
- **v. pudenda externa superficialis**
- **v. saphena magna accessoria anterior et posterior**

- ***crossectomia***



CROSSECTOMIA ISOLATA

- **Vantaggio teorico: evitare le complicanze specifiche dello stripping: dolore, ematoma...; salvare la safena per “usi futuri”...**
- **Esperienza positiva del gruppo inglese di Barandiaran JV (Ann Vasc Surg, 2011) 48 pazienti**
- **Dopo crossectomia isolata: Nel 91% dei casi immediato beneficio estetico e sintomatico le varici si riducono progressivamente di calibro fino al sesto mese**
- **l' A. suggerisce pertanto un secondo tempo chirurgico molto leggero di flebectomie alla Muller dopo 6 mesi**
- **A 3 anni: 6 varici recidive (13%) e solo 2 reinterventi maggiori (safenectomie)**
- **L' A. suggerisce la crossectomia isolata soprattutto nei casi C2-C3**

MA E' UNA POSIZIONE MINORITARIA

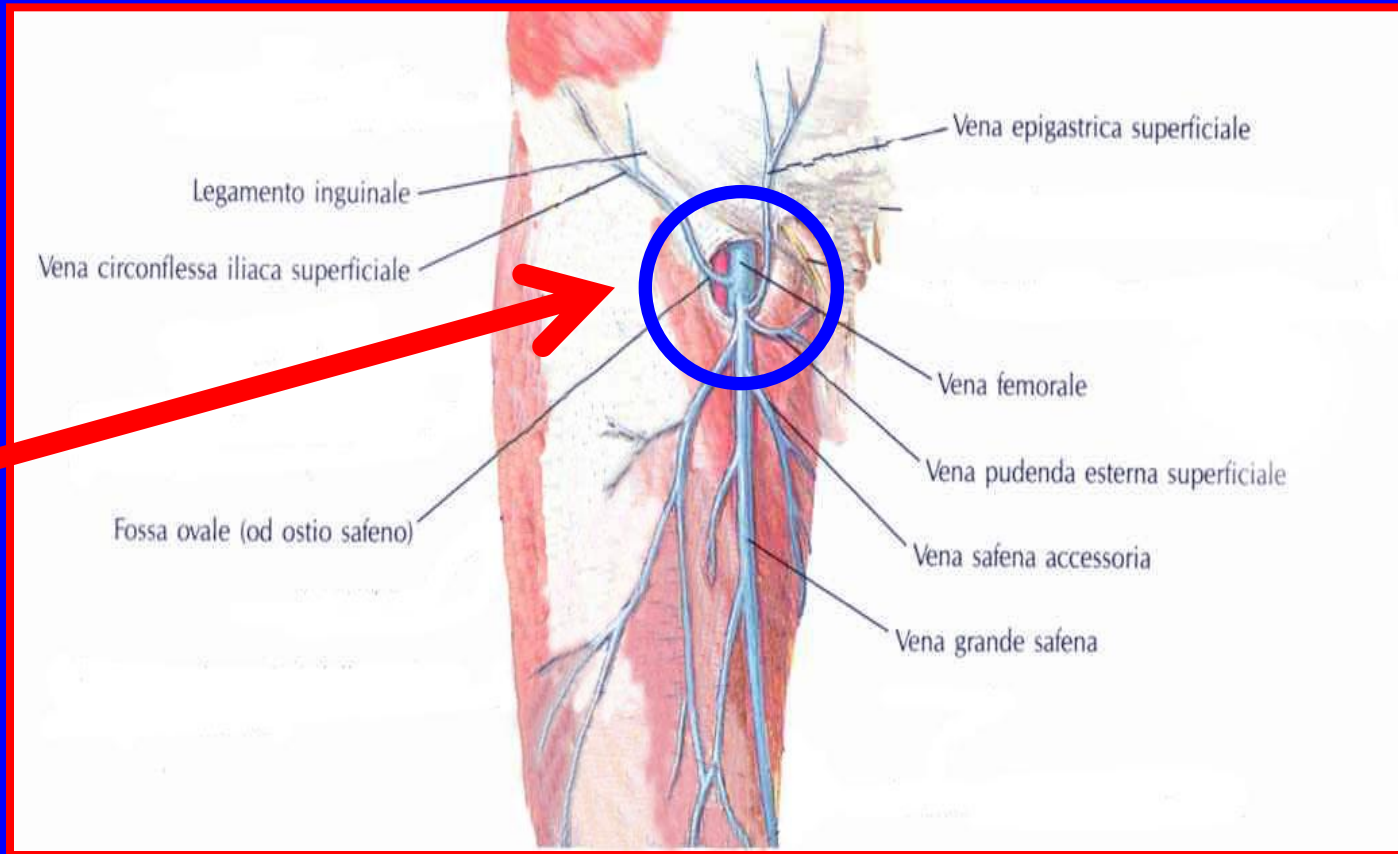
CROSSECTOMIA ISOLATA/ASSOCIATA A FLEBECTOMIA

- Il primo intervento realizza documentati risultati funzionali ma è risultato inferiore allo stripping nel trattamento delle varici (Abu-Own 1994, Mc Mullin 1991).
- Il secondo intervento è comparabile nei risultati allo stripping solo quando è preceduto da un accurato studio preoperatorio radiologico od ultrasonoro (Campanello 1996, Hammarsten 1990, Woddyer 1986).

CROSSECTOMIA vs CROSSECTOMIA + STRIPPING

- Per la maggior parte degli Aa. la crossectomia isolata determina molte recidive poiché non elimina del tutto il reflusso; la safena tende a rimanere pervia e patologica perché “nutrita” da perforanti di coscia
- Trial randomizzato britannico (Dwerryhouse S, J Vasc Surg, 1999) di confronto tra stripping corto e crossectomia isolata relativo a 133 arti operati per varici primitive della grande safena da reflusso ostiale
- Dopo 5 anni: lo stripping riduce il tasso di reintervento di due terzi: recidive 6% degli “strippati” vs 21% dei “non strippati” $P=.02$

CROSSE SAFENOFEMORALE



CROSSE SUPERIORE
CROSSE INFERIORE

CROSSE “*superiore e inferiore*”

COLLATERALI SUPERIORI

- 1) EPIGASTRICA
SUPERFICIALE**
- 2) CIRCONFLESSA
ILIACA SUPERFICIALE**

**Drenaggio
Gravitazionale**

COLLATERALI INFERIORI

- 1) SAFENA ACCESSORIA
MEDIALE**
- 2) SAFENA ACCESSORIA
LATERALE**

**Drenaggio anti-
gravitazionale**

VENE PUDENDE ESTERNE SUPERFICIALI

Pudenda Esterna Superficiale



Epigastrica Superficiale



CROSS SUPERIORE
CROSS INFERIORE

**Circonflessa
Iliaca
Esterna**



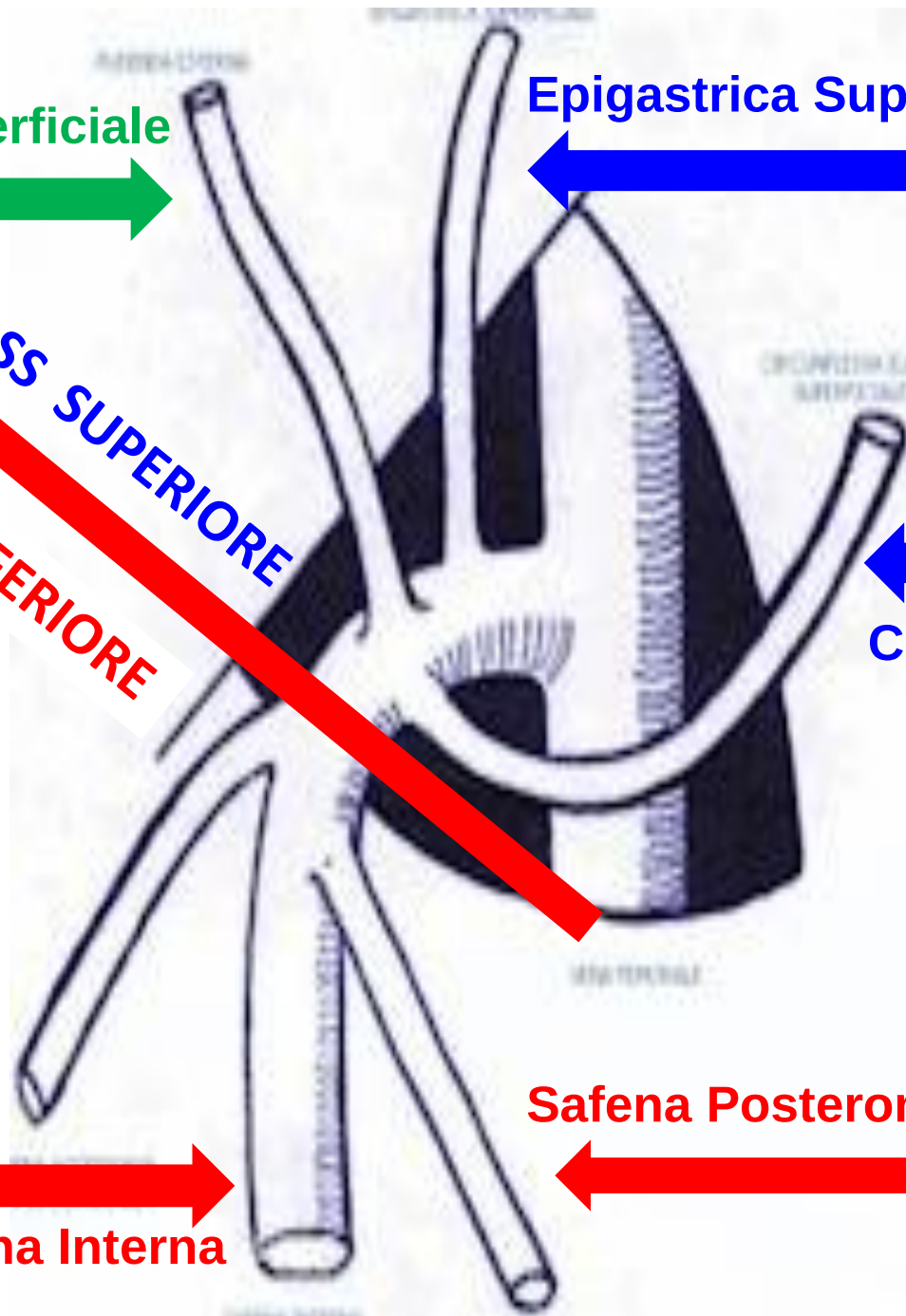
Safena Anterolaterale



Safena Posteromediale



Safena Interna



Le collaterali superiori non diventano varicose

- Le **COLLATERALI SUPERIORI** sono ricche di cellule muscolari ed elastiche.
- Se sottoposte a stress pressorio **non diventano varicose** ma vanno incontro ad un aumento del calibro e ad un ispessimento di parete per ipertrofia compensatoria delle cellule muscolari

.....a differenza delle collaterali inferiori

EPIGASTRICA SUPERFICIALE: *importante via di scarico*

- In caso di *ostruzione venosa ILIACO FEMORALE*, l'**EPIGASTRICA SUPERFICIALE** rappresenta una via di scarico importante controlaterale, essendo in comunicazione con la controlaterale mediante un ramo che decorre nel sottocute della regione pubica.

TROMBOSI VENOSA ILIACO FEMORALE

EPIGASTRICA SUPERFICIALE: *importante via di drenaggio*

- In caso di *IPERTENSIONE PORTALE* e di inversione di flusso **L'EPIGASTRICA SUPERFICIALE** riesce a drenare in femorale parte del sangue del fegato in quanto, attraverso la rete delle vene paraombelicali, è in comunicazione con il sistema della vena porta

IPERTENSIONE PORTALE

Pudenda Esterna Superficiale



Epigastrica Superficiale



**CROSSECTOMIA
SELETTIVA**

**Circonflessa
Iliaca
Esterna**



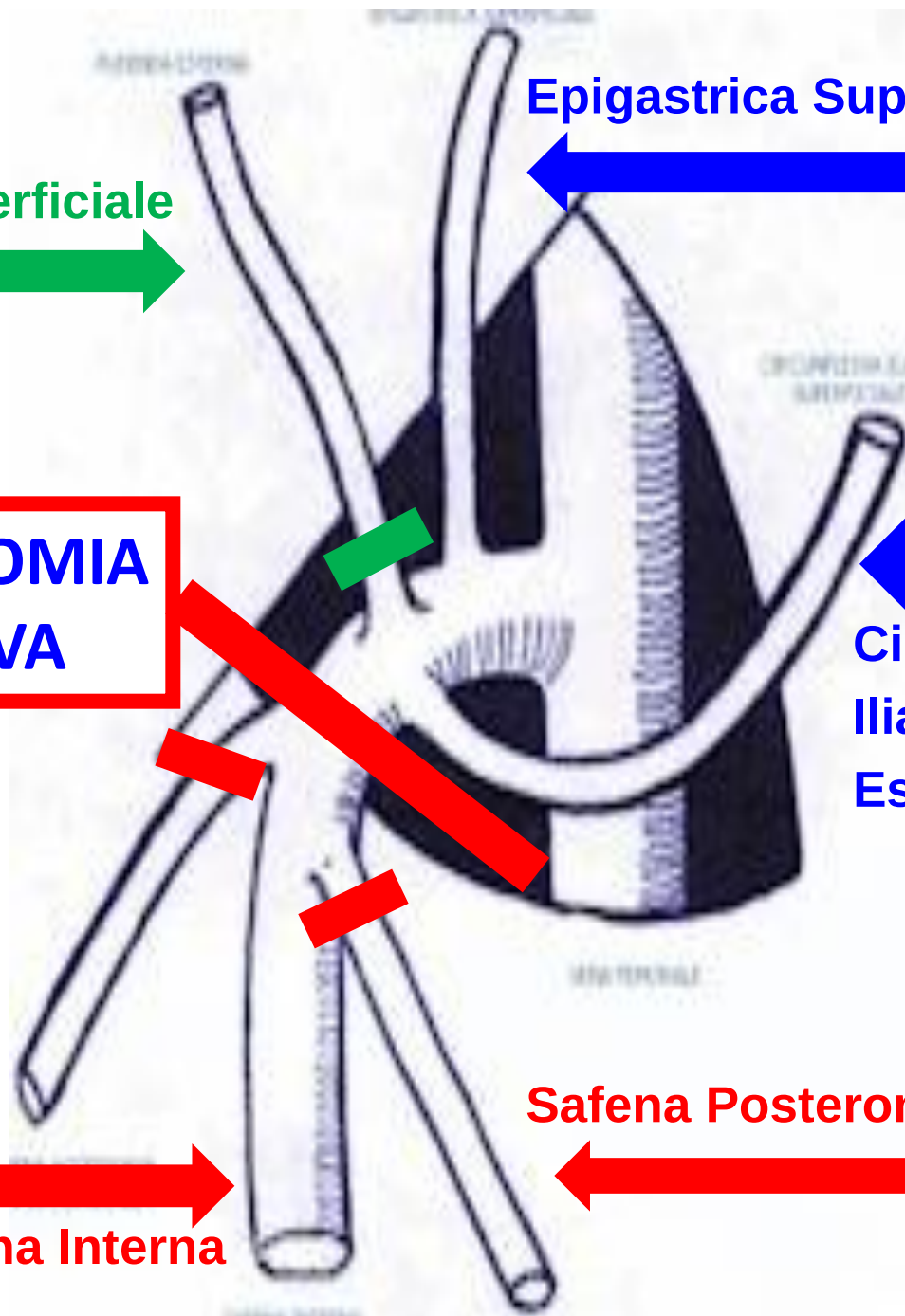
Safena Anterolaterale



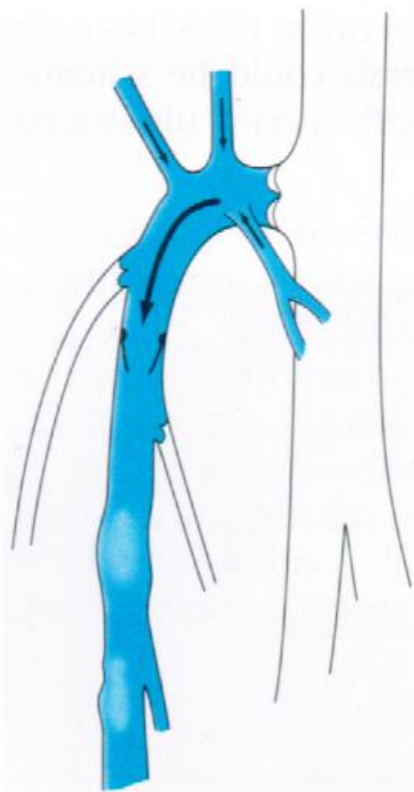
Safena Posteromediale



Safena Interna

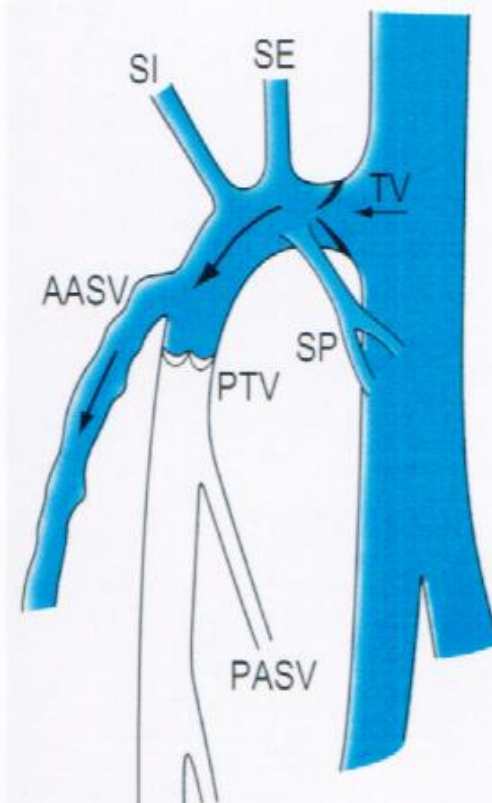


**Incompetenza valvola
preterminale**



***Da sempre la
valvola
terminale
incontinente
è stato un
limite***

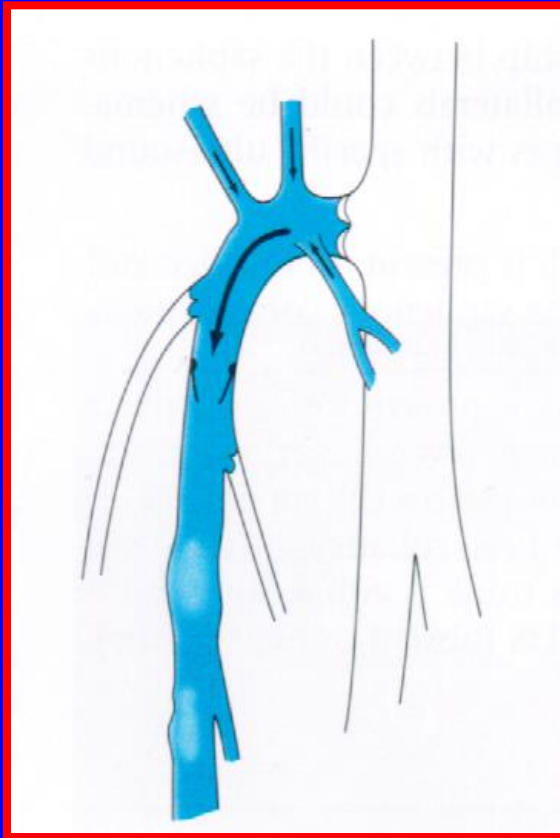
**Incompetenza valvola
terminale**



**CROSSECTOMIA
SELETTIVA**

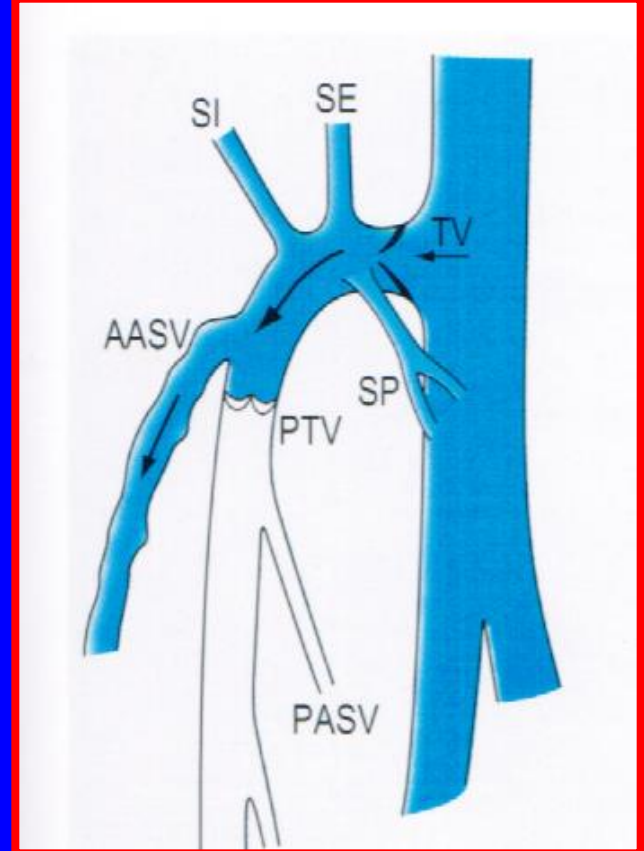
**CROSSECTOMIA
RADICALE**

Incompetenza valvola preterminale



*... oggi la
valvola
terminale
incontinente
non è più un
limite*

Incompetenza valvola terminale



CROSSECTOMIA SELETTIVA

CROSSECTOMIA SELETTIVA



- ***STUDIO CON ECODOPPLER PRIMA DELL'INTERVENTO ESEGUITO DALLO STESSO OPERATORE***

- ***INDIVIDUARE E STUDIARE LE COLLATERALI "INFERIORI"***

Eseguire la legatura della safena interna facendo in modo di lasciare un moncone residuo non più lungo di 1 cm e consentendo un deflusso regolare delle collaterali superiori

“RECIDIVE da OPERATORE”

- **34%** *se ad eseguire l'intervento è un chirurgo generale “non flebologo”.*
- **6,5%** *se ad eseguire l'intervento è un chirurgo vascolare*
- **Meno del 6%** *se ad eseguire l'intervento è un “flebologo chirurgo”*

Il riferimento dei flebologi è meno del 6%

RECIDIVE che non dovrebbe avere il flebologo

- **76%** *moncone safenico lungo con collaterale inferiore residua*
- **45%** *safena anterolaterale*
- **18%** *tronchi comuni con la circonflessa*
- **10,8%** *tronchi comuni con l'epigastrica*
- **4,2%** *tronchi comuni con la pudenda esterna superficiale*

Le **RECIDIVE** di TUTTI anche del flebologo

25% *recidive alla crosse da neoangiogenesi
con crossectomia radicale*

*La **neoangiogenesi** è un processo fisiologico che accompagna e segue il fenomeno dell'infiammazione ed è il prodotto di cicatrici, ematomi e trombosi. E' un meccanismo fisiologico dei tessuti in via di riparazione spontanea.*

RECIDIVE da "ostacolato deflusso": 2,7%

STUDI sulla CROSSECTOMIA SELETTIVA

1) GENOVESE: 1500 cs dal 1990 al 2006.

2) MANCINI – MARIANI: dal 2002 al 2006.

300 crossectomie: 150 cs 150 cr.

Recidive: 1 (0,6%) dopo cs, 14 (9,3%) dopo cr

3) ALLEGRA – MARIANI: dal 2001 al 2008

360 cs: neovascolarizzazioni-recidive 7 (1,9%)

4) PAGANO: dal 2008 al 2014 862 cs vti 220 cs fw

5 anni: neoangiogenesi 6 (2,7%)



GRAZIE

