

VENE VARICOSE (parte prima)

Il termine “vene varicose” viene utilizzato per identificare la dilatazione delle vene superficiali degli arti inferiori, condizione che andrebbe più opportunamente definita “insufficienza venosa cronica”. Per un’assenza congenita o una incompetenza acquisita delle valvole unidirezionali, le vene superficiali della gamba presentano una inversione di flusso: il conseguente ristagno di sangue ne provoca lo sfiancamento e lo sviluppo delle caratteristiche varicosità.

La patologia varicosa interessa il 20% circa della popolazione (rapporto uomo/donna 1 a 5) e nei paesi occidentali manifesta una incidenza crescente attribuibile a particolari abitudini alimentari e alla sedentarietà.

Sotto il profilo clinico le *varici primarie* rappresentano una patologia cronica, spesso ereditaria, con dilatazione venosa che interessa indistintamente tutto il circolo venoso superficiale. E' presente un'atrofia primaria della parete venosa che coinvolge le valvole e ne compromette la funzionalità. Le *varici secondarie* sono invece la conseguenza di una ostruzione acquisita del circolo profondo causata da una trombosi venosa profonda. Il trombo va incontro a ricanalizzazione ed il flusso viene gradualmente ripristinato, ma il processo fibrotico danneggia le valvole che perdono la loro efficienza emodinamica. Il sangue refluisce nelle vene profonde aumentando il carico pressorio e riducendo la competenza delle valvole nelle vene superficiali e perforanti. Più raramente le varici secondarie derivano da traumi o da fistole artero-venose.

Fisiologia

A livello degli arti inferiori il sangue passa dai capillari dei tessuti superficiali alla vena safena lunga e corta (*sistema venoso superficiale*) che sono tributarie rispettivamente della femorale e della poplitea. Le vene superficiali e profonde sono collegate tra loro dalle *vene perforanti* che convogliano il sangue verso il sistema venoso profondo che si trova all'interno della massa muscolare della gamba. Le *vene comunicanti* creano connessioni superficiali tra il sistema della grande e della piccola safena attraversando la guaina fibrosa muscolare. Il flusso unidirezionale del sangue viene reso possibile dall'attività di pompa dei muscoli (soprattutto del polpaccio) che comprimono le vene profonde spingendo il sangue venoso verso il cuore, dalla presenza di valvole bicuspidi disposte ad intervalli lungo tutte le vene, dalla minore pressione intratoracica che esercita un parziale effetto di "aspirazione" e infine dai movimenti respiratori diaframmatici che facilitano lo svuotamento del sangue venoso dai visceri addominali.

Fattori predisponenti

Ormoni. Estrogeni e progestinici esercitano un effetto di rilasciamento sulla muscolatura liscia la quale è presente in modo consistente nelle pareti della vena safena.

Gravidanza. Le varici si sviluppano frequentemente all'inizio della gravidanza per le modificazioni ormonali che provocano il rilasciamento della muscolatura liscia delle pareti delle vene superficiali e nelle fasi tardive per la compressione sulla vena pelvica esercitata dall'aumentata pressione intraaddominale. Dopo il parto la maggior parte delle varici scompare spontaneamente, ma rimane la propensione a sviluppare la patologia in età più avanzata.

Postura. Le occupazioni che richiedono una prolungata stazione eretta, soprattutto in condizioni di staticità, possono accelerare lo sviluppo di varici. La mancanza di movimento in posizione eretta produce una pressione costante e prolungata da parte dei muscoli delle gambe sulle vene profonde che aumenta la resistenza al ritorno venoso ed esercita una maggiore pressione sulle valvole delle vene superficiali e perforanti.

Stitichezza. La permanenza di una massa fecale voluminosa nell'intestino per lunghi periodi di tempo e le ripetute manovre di Valsalva (espirazione bloccata con bocca e naso chiusi) eseguite durante una defecazione difficoltosa possono causare variazioni pressorie all'interno del sistema venoso, simili a quelle che avvengono in gravidanza. Una grave forma di stitichezza cronica può agire da fattore precipitante, soprattutto se associata ad altre condizioni predisponenti.

Obesità. Un aumento troppo elevato del peso corporeo determina un eccessivo carico pressorio sulle gambe e sul loro sistema venoso, aumentando le probabilità di sviluppo di vene varicose in individui predisposti. Il sovrappeso può inoltre spingere il paziente ad una inattività fisica a sua volta responsabile della ridotta efficienza della pompa del muscolo del polpaccio.

Sintomi e segni

Le varici sono in genere associate a senso di pesantezza della gamba, dolore, faticabilità, ipertermia e a occasionali crampi notturni. I sintomi non sono necessariamente collegati col grado di varicosità: forme apparentemente molto gravi possono risultare asintomatiche, mentre varici piccole e localizzate possono essere dolorose. I sintomi possono accentuarsi dopo una lunga permanenza nella posizione eretta, nei mesi più caldi, durante il ciclo mestruale e nelle prime fasi della gravidanza sotto l'influenza ormonale.

Le teleangiectasie (o venule a forma di ragno) sono piccole angiectasie intracutanee risultanti dall'azione ormonale e di scarso significato clinico. In genere sono asintomatiche e possono essere eliminate con iniezioni intracapillari di sostanze sclerosanti. La comparsa di sottili linee blu che delineano le vene sotto la cute può essere invece un primo segno dello sviluppo delle varici.

Nelle loro forme più conclamate le varici venose appaiono come raggruppamenti di vasi visibilmente dilatati e tortuosi, di consistenza molle, bluastri, ricoperti da una cute atrofica. L'edema, in genere sequela di una trombosi venosa profonda, risulta usualmente circoscritto alla caviglia e al piede. Tende spesso ad aggravarsi nel corso della giornata, ma può diminuire durante la notte, quando il ritorno venoso è facilitato dalla posizione supina del corpo.

I TRATTAMENTI

Farmaci

I farmaci proposti per il trattamento dell'insufficienza venosa, spesso chiamati "vasoprotettori", sono numerosi (es. oxerutina, diosmina, rutoside, escina), ma non hanno una efficacia clinica chiaramente documentata. Il presupposto teorico sul quale si basa il loro impiego consiste nella capacità di ridurre l'accessiva permeabilità capillare e aumentare la ridotta tensione dell'ossigeno a livello cutaneo, con conseguente miglioramento dell'ipossia tissutale responsabile delle ulcerazioni venose che sovente complicano la patologia varicosa. Gli studi accettabili sotto il profilo della correttezza metodologica sono però pochi. Malgrado numerosi studi anche in doppio-cieco, alcuni dei quali di notevoli dimensioni, le prove a favore dell'utilità di questi farmaci rimangono poco convincenti. L'unica condizione che potrebbe beneficiare del loro impiego è l'edema, limitatamente ai pazienti che non tollerano l'uso delle calze a compressione graduale.

Terapia sclerosante con compressione

La terapia sclerosante consiste nel produrre una endoflebite chimica e perciò nell'occludere completamente una vena, dopo averla svuotata, mediante l'iniezione locale di sostanze irritanti. Gli sclerosanti (es. polidocanolo, sodio tetradecilsolfato) danneggiano l'intima del vaso producendo una fibrosi. Dopo l'iniezione, l'arto viene posto in elevazione e viene applicato un bendaggio compressivo per stringere saldamente tra loro le pareti vasali e favorirne il collabimento. Il bendaggio parte dalla base delle dita sino sopra al più prossimale punto d'iniezione e viene mantenuto sino a completo oblitteramento del lume (in genere 3 settimane). Successivamente, vengono adottate calze elastiche a compressione graduale sino a scomparsa della dolorabilità al tatto e della pigmentazione bruna della cute. Per attivare la pompa muscolare e promuovere il drenaggio venoso dell'arto inferiore viene raccomandata la massima deambulazione possibile. La terapia sclerosante, data la relativa facilità, viene eseguita in regime ambulatoriale ed è complementare alla chirurgia. Le complicanze sono molto modeste; rare le reazioni allergiche, ma molto frequenti (nell'ordine del 30%) le recidive.