

BIBLIOGRAFIA -> NEWS SIF IV° 2024

(a cura di Augusto Farina e Riccardo Piccioli)

- J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2024 Nov; 27: doi:
<https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2024.102009> Online ahead of print

[Intracardiopulmonary Migration of Inferior Vena Cava Filters: An Updated Systematic Review](#)
Yifei Bai, Kai Wang, Tongqing Xue, Zhongzhi Jia.

La migrazione intracardiopolmonare di un filtro della vena cava inferiore (IVC) è una complicanza rara ma potenzialmente pericolosa per la vita. Una precedente revisione sistematica che includeva dati fino al 2008 ha rilevato che la causa più comune di migrazione era l'errore dell'operatore e che la toracotomia aperta era la migliore opzione per la gestione di tale complicanza. Gli autori hanno valutato la presentazione clinica e le cause della migrazione del filtro intracardiopolmonare, nonché le strategie di gestione di tale complicanza più comunemente utilizzate negli ultimi 15 anni. È stata condotta una ricerca sistematica della letteratura per identificare gli studi relativi alla migrazione del filtro IVC intracardiopolmonare pubblicati tra novembre 2008 e giugno 2024 e sono stati raccolti dati riguardanti la presentazione clinica, le complicanze, il tipo e la posizione della migrazione del filtro e le strategie di gestione. In 88 pubblicazioni sono stati identificati un totale di 156 casi di migrazione intracardiopolmonare dei filtri IVC. Dei 66 pazienti il cui stato dei sintomi era evidenziato, 50 pazienti presentavano sintomi e 16 pazienti erano asintomatici. Il sintomo più frequentemente riportato è stato il dolore toracico (68,0%, 34/50). Dei 156 pazienti, 34 (22,8%) hanno manifestato migrazione intracardiopolmonare dell'intero corpo del filtro e i restanti 122 (78,2%) hanno riportato una frattura del filtro con migrazione dei montanti fratturati. Sono state riportate complicazioni nel 30,1% dei pazienti (47/156); queste complicanze includevano danno miocardico (n = 37), danno della valvola tricuspide (n = 12) ed emopericardio (n = 21). Il recupero endovascolare (16 filtri e 56 strutture) o chirurgico (13 filtri e 16 strutture) è stata la strategia di gestione primaria per la migrazione intracardiopolmonare del filtro o della struttura fratturata. **Conclusione:** La causa principale della migrazione intracardiopolmonare di un filtro IVC è la frattura del filtro. Il recupero endovascolare sta gradualmente diventando l'opzione di gestione preferita per la migrazione intracardiopolmonare dei filtri IVC.

- **Complicanza molto rara dei filtri cavali, ma interessante la review, attualmente il recupero del filtro o di parte dello stesso avviene per lo più con tecnica endovascolare con ottimi risultati.**

- [International Angiology 2024 October;43\(5\):476-84](#)

[Effects of light compression on chronic venous disease, edema and comfort in women during pregnancy and postpartum period: a prospective randomized study](#)

Aleksandra FRYDRYCH-SZYMONIK *, Katarzyna OCHAŁEK, Agnieszka JANKOWICZ-SZYMAŃSKA, Zbigniew SZYGUŁA

L'edema degli arti inferiori associato a disturbi venosi è un problema sempre più comune nelle donne incinte. Lo studio effettuato dagli autori mirava a valutare l'uso della classe di compressione (CG) 1 (ccl1=18-21 mmHg) nell'edema degli arti inferiori e nella prevenzione delle malattie cardiovascolari nelle donne incinte e nel post-partum. 51 donne incinte (del secondo trimestre) sono state reclutate in modo casuale in un gruppo di studio CG con compressione ccl1 o in un gruppo di controllo NCG, entrambi con raccomandazione di attività fisica (PA). La valutazione ha

riguardato le condizioni del sistema venoso, le dimensioni degli arti e il comfort della compressione. L'edema è stato diagnosticato come aumento della misurazione $\geq 10\%$. Il reflusso venoso (8/22 CG, 1/16 NCG) e l'insorgenza di malattie cardiovascolari (6/22 CG, 1/16 NCG) sono stati diagnosticati nella prima misurazione. Dopo il postpartum, è stata osservata una significativa riduzione del diametro della vena grande safena (GSV) nella parte prossimale dell'arto inferiore sinistro in CG ($P=0,014$) e un'espansione della vena piccola safena (SSV) nella parte prossimale dell'arto inferiore sinistro in NCG ($P=0,028$). Un'analisi delle dimensioni degli arti nella seconda misurazione ha rivelato un aumento significativo di tutte le circonferenze e dei volumi nell'NCG e dei volumi della parte inferiore della gamba nel CG. L'edema è stato diagnosticato in cinque donne nell'NCG nella seconda misurazione. Di conseguenza, è stata raccomandata la compressione per il nuovo gruppo (NCG+C) e si è verificata una significativa riduzione dell'edema ($P=0,026$) nella terza misurazione.

CONCLUSIONI: La compressione ccl1 riduce il rischio di edema, insufficienza venosa e migliora la qualità della vita delle donne durante la gravidanza e il postpartum.

➤ International Angiology 2024 October;43(5):485-96

Interventions for the treatment of recurrent varicose vein disease arising from the saphenofemoral junction or the great saphenous vein: a systematic review and meta-analysis

Alkis BONTINIS, Vangelis BONTINIS, Georgios KOUDOUNAS *, Argirios GIANNOPOULOS, Christos KARKOS, Dimitrios VIRVILIS, Angeliki CHORTI, Kiriakos KTENIDIS

Gli autori hanno valutato la sicurezza e la fattibilità degli interventi disponibili nel trattamento delle recidive della malattia venosa. È stata eseguita una ricerca sistematica su Medline, Scopus e Web of Science degli articoli pubblicati entro il mese di agosto 2024. Gli endpoint primari includevano: la recidiva identificata con ecografia duplex (DUS) e la recidiva clinica.

Sono stati inclusi ventotto studi, undici che descrivevano l'ablazione termica endovenosa (EVTA), quattro la scleroterapia con schiuma guidata da ultrasuoni (UGFS) e tredici interventi chirurgici (legatura alta con o senza stripping) che comprendevano 2228 arti. La stima complessiva della recidiva rilevata tramite DUS era dell'11,84% (95% CI: 7,15-17,40). L'EVTA ha mostrato la recidiva clinica più bassa del 4,27% (95% CI: 0,37-10,75), seguita dall'UGFS 11,19% (95% CI: 6,80-16,42) e dall'intervento chirurgico 23,27% (95% CI: 15,35-32,19). Sono state osservate differenze statisticamente significative tra l'intervento chirurgico e sia l'EVTA ($P<0,01$) che l'UGFS ($P=0,01$). La stima complessiva della recidiva clinica è stata del 24,91% (95% CI: 10,40-42,96) con l'EVTA che ha mostrato la recidiva clinica più bassa del 2,37% (95% CI: 0,00-16,81), seguita dall'intervento chirurgico 31,08% (95% CI: 14,43-50,63). L'analisi dei sottogruppi ha identificato differenze statisticamente significative tra EVTA e intervento chirurgico ($P=0,01$). Mentre sono state identificate differenze non statisticamente significative tra gli interventi valutati riguardanti parestesia e trombosi venosa profonda (TVP), l'intervento chirurgico ha mostrato stime di infezione della ferita più elevate rispetto a EVTA dello 0,00% (95% CI: 0,00-0,80) rispetto al 4,34% (95% CI: 2,21-7,02, $P<0,01$). Le stime aggregate di ematoma e complicanze linfatiche per l'intervento chirurgico erano rispettivamente del 5,04% (95% CI: 0,50-12,87) e del 5,71% (95% CI: 2,91-9,22).

CONCLUSIONI: Questa revisione ha dimostrato l'efficacia superiore di EVTA rispetto all'intervento chirurgico nel trattamento della malattia venosa varicosa rispetto le recidive sia cliniche che al controllo DUS. Sottolineandone il suo utilizzo come trattamento preferito, quando fattibile. Inoltre, UGFS ha mostrato risultati comparabili a EVTA. Le notevoli stime di recidiva associate

all'intervento chirurgico mettono in dubbio la sua idoneità in questo contesto.

- VASA 2023 Nov;52(6):355-365.

[A systematic review of endovenous ablation for the treatment of small saphenous varicose veins.](#)

Tan J, Chen Y, Huang J, Xu W.

L'insufficienza della piccola vena safena provoca il 15% delle vene varicose degli arti inferiori. L'ablazione endovenosa per il trattamento delle vene varicose della piccola safena è diventata una tendenza e un numero crescente di studi ha riportato gli effetti di diversi tipi di ablazione endovenosa in pazienti con vene varicose della piccola safena. Lo scopo di questa revisione sistematica è quello di riassumere i risultati degli studi esistenti sull'ablazione endovenosa per il trattamento delle vene varicose piccole safene, confrontare il suo ruolo e la sua efficacia e fornire approfondimenti sul futuro sviluppo dell'ablazione endovenosa per il trattamento delle vene varicose piccole safene. Una revisione sistematica della letteratura pubblicata dal 1 gennaio 2002 al 1 gennaio 2022 è stata condotta dai database full-text di PubMed, Embase e China Academic Journals. I criteri di inclusione predeterminati erano la letteratura clinica sull'ablazione endovenosa per il trattamento delle vene varicose piccole safene. Le parole chiave includevano "ablazione", "piccola vena safena", "vena piccola safena", "vena safena corta", "xiaoyinjingmai" e "xiaorong". Dei 506 articoli selezionati, 33 articoli sono stati inclusi in questa revisione: 19 articoli erano correlati all'ablazione laser endovenosa, cinque erano correlati all'ablazione mecanochimica, sette erano correlati all'ablazione con radiofrequenza e due erano correlati sia all'ablazione laser endovenosa che all'ablazione con radiofrequenza. Il tasso di successo anatomico dell'ablazione laser endovenosa, dell'ablazione con radiofrequenza e dell'ablazione mecanochimica era rispettivamente del 94,3%, 96,0% e 88,1% e le eterogeneità erano tutte moderate. La maggior parte degli studi attuali presentano un livello di ricerca di bassa qualità. Pertanto, per ottenere prove di alta qualità sono necessari studi di follow-up a lungo termine e studi randomizzati controllati su larga scala. Sebbene il gold standard per il trattamento dell'insufficienza della piccola vena safena rimanga poco chiaro, l'ablazione endovenosa è ancora il metodo raccomandato.

- **Revisione che non valuta e confronta i risultati ottenuti con la Scleroterapia, ma che “raccomanda” il trattamento endovascolare per la piccola safena**
- Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2024 Oct 9:101988. doi: 10.1016/j.jvsv.2024.101988. Online ahead of print.

[Protocol-based treatment of spontaneous hemorrhage from varicose veins prevents recurrence of bleeding](#)

Bock R, Fontenot D, Bock S, Eiler G, Worley-Fry K, Blebea J.J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.

L'emorragia spontanea dovuta all'erosione delle vene varicose attraverso la pelle è una complicanza grave e talvolta fatale della malattia delle vene varicose. Sono stati proposti vari trattamenti, sia acuti che in un secondo momento. Il protocollo clinico proposto dagli autori in due fasi è stato progettato per prevenire ulteriori emorragie e per evitare sanguinamenti ricorrenti. Tutti i pazienti del nostro studio per emorragia da vene varicose sono stati inseriti in un registro prospettico. Alla presentazione, tutti i pazienti sono stati sottoposti a ecografia duplex diagnostica per reflusso venoso. Il trattamento immediato consisteva nella scleroterapia

ecoguidata con polidocanolo/schiuma di CO2 delle varici sanguinanti e delle vene adiacenti. La successiva ablazione endovenosa delle vene assiali incompetenti sottostanti, con concomitante microflebectomia quando indicata, è stata programmata ed eseguita entro 8 settimane. Cinquantasei (95%) avevano una varice tributaria identificata mediante ultrasuoni sotto il punto di sanguinamento e tre avevano solo un'erosione della superficie cutanea e nessun vaso tributario sottostante identificato mediante ultrasuoni. Dei 59 pazienti dello studio, 52 sono stati sottoposti tempestivamente a scleroterapia con polidocanolo/schiuma di CO2, mirata al trattamento sia della vena tributaria sottostante (quando presente), sia della varicosità cutanea sanguinante. I restanti sette hanno rifiutato la scleroterapia. L'incompetenza sottostante delle vene assiali (grande, piccola o safena anteriore) è stata riscontrata in 54 pazienti (92%). Di questi pazienti con incompetenza delle vene del tronco, 48 sono stati sottoposti ad ablazione. Non si sono verificati sanguinamenti ricorrenti nell'intervallo tra la scleroterapia immediata e l'ablazione programmata. Durante un follow-up medio di 2,2 anni, 55 dei 59 pazienti (93%) non hanno avuto recidive di sanguinamento. Quattro pazienti (7%) hanno presentato un'emorragia tardiva e ricorrente: uno non si era presentato per l'ablazione programmata, due erano in terapia anticoagulante cronica e uno aveva una grave insufficienza cardiaca destra. Tutti e quattro furono ritrattati senza ulteriori recidive.

Conclusioni: Un protocollo in due fasi di scleroterapia immediata con schiuma ecoguidata, seguito entro 8 settimane dall'ablazione endovenosa delle vene assiali incompetenti e dalla concomitante microflebectomia, ha fornito un trattamento rapido ed efficiente con libertà duratura da successive emorragie.

- **Non sono molti gli articoli inerenti i sanguinamenti da rottura spontanea di varici o vene reticolari o teleangectasie che presentino un protocollo per il trattamento delle stesse.**

- E.J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2020 Jan;8(1):101-09_ Spontaneous hemorrhage from varicose veins: A single-center experience.

Hingorani A, Chait J, Kibrik P, Alsheekh A, Marks N, Rajae S, Hingorani A, Ascher

Mentre le manifestazioni comunemente descritte di insufficienza venosa comprendono teleangectasie, vene varicose (VV), edema, alterazioni cutanee e ulcere, gli autori hanno valutato dei pazienti che presentano emorragia spontanea da VV degli arti inferiori. Durante 29 mesi 32 pazienti si sono presentati con emorragia da VV degli arti inferiori. Erano 15 uomini e 17 donne con un'età media di 60,2 anni (intervallo 38-89 anni; deviazione standard [SD], $\pm 14,9$ anni). È interessante notare che 16 di questi pazienti si sono presentati dopo essere entrati in contatto con l'acqua calda; 28 pazienti presentavano un reflusso >500 millisecondi rispettivamente nelle vene grande, piccola e safena accessoria. 14 pazienti avevano un reflusso > 1 secondo rispettivamente nelle vene femorale e poplitea. Tutti i pazienti sono stati trattati con stivali Unna settimanali. Il tempo medio di guarigione dell'ulcera è stato di 2,12 settimane (intervallo: 1-8 settimane; DS: $\pm 2,15$ settimane). I pazienti con emorragia VV dopo il contatto con acqua calda hanno avuto un tempo medio di guarigione di 1,75 settimane, mentre quelli che hanno sanguinato senza tale esposizione hanno impiegato in media 3,5 settimane ($P = 0,0426$). Venti pazienti sono stati sottoposti ad almeno una procedura di termoablazione endovenosa, con il paziente medio nella coorte che ha ricevuto 2,16 procedure (intervallo 0-9; DS, $\pm 2,37$). Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa tra lateralità, età o sesso tra i pazienti che sanguinavano dopo il contatto con l'acqua calda e quelli che sanguinavano spontaneamente. Le ulcere si sono ripresentate in tre

dei pazienti e il trattamento con lo stivale Unna è stato riapplicato fino a quando le ferite non sono guarite nuovamente. I pazienti hanno avuto un follow-up medio di 7,2 mesi (range: 26 mesi; DS: \pm 8,9 mesi) e non abbiamo notato episodi di sanguinamento ricorrenti.

Conclusioni: l'emorragia spontanea delle VV, sebbene relativamente sottostimata, non è un evento raro. I fattori di rischio non sono noti; tuttavia, metà del nostro gruppo di pazienti ha riportato emorragia VV durante o direttamente dopo essere entrato in contatto con l'acqua calda. Inoltre, questi pazienti hanno dimostrato un tempo di guarigione della ferita significativamente più breve rispetto al resto della coorte. A tutti i pazienti affetti da VV dovrebbe essere fornita una formazione di base sul pronto soccorso, sulla cura delle ferite e sul controllo dell'emostasi. Sono necessarie ulteriori indagini sui fattori di rischio associati all'emorragia da Varici Venose.

- **E' comunque una esperienza interessante questa proposta dal gruppo di New York . Per completezza segnalo un articolo italiano del 2018 di revisione della letteratura sull'argomento che riporta dati interessanti , anche da autopsie, e con riferimento soprattutto all'ambito medico legale .**
- **Int Wound J. 2018 Oct;15(5):829-833.**
Haemorrhage from varicose veins and varicose ulceration: A systematic review.
Serra R, Ielapi N, Bevacqua E, Rizzuto A, De Caridi G, Massara M, Casella F, Di Mizio G, de Franciscis S.

Le vene varicose (VV) e le ulcere varicose (VU) sono generalmente considerate condizioni non pericolose per la vita, ma in alcuni casi possono portare a complicazioni gravi come sanguinamenti fatali. Lo scopo di questa revisione sistematica è quello di evidenziare le informazioni più aggiornate sul sanguinamento da VV e VU. Come acquisizione delle prove, abbiamo previsto di includere tutti gli studi che trattano di "Emorragia/Sanguinamento" e "VV/VU". Abbiamo escluso tutti gli studi che non si adattavano adeguatamente alla nostra domanda di ricerca e con dati insufficienti. Come sintesi delle prove, dei 172 record trovati, dopo la rimozione dei duplicati e dopo l'esclusione dei record nel titolo e nell'abstract, 85 corrispondevano ai nostri criteri di inclusione. Dopo aver letto gli articoli integrali, abbiamo deciso di escludere 68 articoli per i seguenti motivi: (1) non rispondere adeguatamente alle nostre domande di ricerca; (2) dati insufficienti; il set finale comprendeva 17 articoli. Dalla ricerca della letteratura, individuiamo le seguenti principali questioni da discutere nella revisione: epidemiologia e fattori predisponenti, fisiopatologia e aspetti forensi, primo soccorso. È stato stimato che le morti per sanguinamento dovute a problemi venosi periferici rappresentano fino allo 0,01% dei casi autoptici. Da un punto di vista patologico, il sanguinamento venoso può derivare dalla perforazione acuta o cronica di un segmento venoso allargato attraverso la pelle indebolita. Dal punto di vista forense, nei casi di emorragia mortale la scena della morte può simulare anche eventi non naturali, dovuti a delitto o suicidio. Nella maggior parte dei casi, un primo soccorso errato ha portato a complicazioni fatali. Sono necessarie ulteriori indagini sull'epidemiologia e sulle misure di prevenzione