

DOMANDE & RISPOSTE SULLA SCLEROTERAPIA DELLE VENE VARICOSE E DEI CAPILLARI



Sui trattamenti sclerosanti per le varici ed i capillari delle gambe si è scritto molto: ritengo pertanto utile approfondire l'argomento in modo divulgativo, evidenziando quelli che sono i benefici del trattamento e quali possono essere le ragioni della sua non completa efficacia, usando come traccia proprio le domande che mi sono state poste direttamente dai pazienti nel corso di numerosi anni di pratica scleroterapica.

D: Che cosa è esattamente la scleroterapia?

R: La scleroterapia è una tecnica angiologica che comporta la chiusura di un tratto venoso sede di varice oppure di un gruppo di capillari (teleangectasie) mediante l'iniezione nei vasi stessi, in punti ben determinati, di una soluzione sclerosante che causa istantaneamente una reazione infiammatoria locale (flebite chimica); questa reazione provoca in seguito la chiusura ed il successivo riassorbimento del tratto varicoso oppure la cancellazione dei capillari.

D: Ma se elimino le vene superficiali, cosa succede alla circolazione venosa?

R: Nulla. Il circolo venoso superficiale è "sacrificabile", poiché la maggioranza del sangue venoso che ritorna al cuore passa attraverso il circolo venoso profondo. E' lo stesso motivo per cui ci si può operare di varici.

D: Che cosa contengono le soluzioni sclerosanti?

R: Nelle soluzioni usate per la scleroterapia sono presenti diversi composti; poiché esistono più di dieci tipi di soluzioni sclerosanti, diventa lungo e noioso elencare qui tutti la loro composizione chimica. Nelle soluzioni sclerosanti d'uso più frequente i componenti principali sono l'alcool polidocanolico, la glicerina cromata, il sodio salicilato ed il sodio tetradecilsolfato usati a varie concentrazioni. Sono ormai del tutto abbandonate le soluzioni contenenti iodio.

D: Ci sono state reazioni allergiche a queste soluzioni sclerosanti?

R: Sono parecchi anni che non si registrano reazioni allergiche importanti. Ovviamente ciò non significa che non possano esistere pazienti sensibilizzati a qualcuno dei composti sclerosanti.

D: Iniettando la soluzione sclerosante in vena e provocando perciò una flebite chimica, ci sono rischi di provocare emboli o di avere una flebite di grosse dimensioni?

R: No. L'azione lesiva della soluzione sclerosante è limitata alla parete venosa nel punto d'iniezione; già a breve distanza dal punto sottoposto a sclerosi il composto è così diluito da essere inoffensivo.

D: La scleroterapia è una tecnica recente?

R: No. La scleroterapia delle varici è una tecnica antica; nel 1853 in Francia già si eseguivano sclerosi di varici. L'introduzione della scleroterapia su vasta scala risale alla metà degli anni '70.

D: Quali sono i distretti venosi cui è applicabile la scleroterapia?

R: La scleroterapia è particolarmente indicata per la rimozione di capillari (teleangectasie), di varici di piccolo-medio calibro e degli angiomi cutanei; tuttavia anche vene varicose di maggiori dimensioni sono rimosse con successo. La possibilità di adottare composti sclerosanti sotto forma di schiuma (sclero-mousse) consente, nei casi selezionati, di rimuovere varici anche safeniche.

D: Quale percentuale di riuscita possiede la scleroterapia?

R: Basandosi sui dati disponibili nella Letteratura Scientifica, circa l'80% delle teleangectasie e il 75% delle microvarici trovano soluzione definitiva con la scleroterapia. Come esperienza personale, nella mia casistica dal 1984 ad oggi ho ottenuto percentuali sovrapponibili.

D: Quali sono le controindicazioni a questa tecnica?

R: Le controindicazioni alla scleroterapia, comuni peraltro alla maggior parte degli interventi terapeutici invasivi, sono divise in assolute e relative:

Controindicazioni assolute sono **la gravidanza, le lungodegenze** che obbligano il paziente a letto, **episodi recenti** (meno di dodici mesi) **di tromboflebite superficiale o di trombosi venosa profonda**, **il diabete mellito scompensato**, la presenza di **tumori maligni**, le **malattie del surrene**, **la tubercolosi**, alcune malattie renali (**glomerulonefriti e nefrosi**).

Controindicazioni relative sono alcune malattie del fegato (**epatiti acute virali, tossiche o da farmaci; cirrosi epatica**), **gli stati febbrili**, **l'asma allergico e bronchiale**, alcune malattie del cuore (**miocarditi e endocarditi**), le **discrasie ematiche**. Il medico valuterà le controindicazioni relative e procederà o meno alla scleroterapia.

D: La scleroterapia è una tecnica dolorosa?

R: Poco o nulla; gli aghi ipodermici monouso usati per la scleroterapia sono di calibro ridottissimo. Nei soggetti particolarmente sensibili è possibile far precedere l'iniezione dall'applicazione di una pomata anestetica.

D: Esiste un periodo dell'anno specifico per eseguire la scleroterapia?

R: La scleroterapia viene eseguita di solito nel periodo freddo, ciò non tanto per l'assenza della venodilatazione dovuta al calore, quanto per evitare che i UV, colpendo direttamente la parte sclerosata, creino pigmentazioni della pelle difficili poi da rimuovere. E' buona norma comunque evitare di sottoporsi a scleroterapia nei mesi molto caldi (giugno-luglio-agosto).

D: Dopo la sclerosante come si presenta la pelle sovrastante la zona trattata?

R: La cute della zona sottoposta a sclerosi non è di norma interessata dal processo chimico, il quale avviene all'interno della parete dei vasi; nel caso dei capillari è normale che parte della soluzione sclerosante fuoriesca nei tessuti vicini (data la sottigliezza della loro parete); in tal caso il fenomeno più frequente consiste in un modesto arrossamento (eritema) della parte sottoposta a sclerosi, che viene trattato localmente mediante pomate contenenti estratti di hamamelis, centella asiatica ed altre sostanze emollienti.

D: Dopo la scleroterapia è necessario applicare un bendaggio o una compressione sulla parte trattata?

R: Sì. L'applicazione di una compressione (medicazione o fascia elastica) sulle vene sottoposte a scleroterapia è un passaggio fondamentale per la buona riuscita della sclerosi. In alternativa alle bende si possono usare calze elastiche terapeutiche di compressione 18mmHg o di classe1. Per i capillari può bastare una medicazione adesiva compressiva.

D: Per quanto tempo si deve tenere fasciata la zona sottoposta a scleroterapia?

R: Il bendaggio elastico o la medicazione vengono rimossi generalmente dopo tre-sette giorni; se non sono programmate altre sedute di sclerosi si continua la compressione, mediante calza elastica terapeutica di compressione 18mmHg o classe1 per altri quindici giorni.

D: La scleroterapia può provocare effetti indesiderati?

R: Anche se raramente, la terapia sclerosante può presentare complicanze; esse sono essenzialmente dovute 1). all'eccessiva aggressività della soluzione sclerosante nei confronti della parete venosa e dei tessuti circostanti. 2). al fenomeno conosciuto come "matting".

D: Qual'è l'effetto locale dovuto all'aggressività della soluzione sclerosante?

R: L'eccessiva aggressività del composto può provocare la comparsa d'ematomi nel punto dell'iniezione: in soggetti con marcata reattività personale verso il composto oppure con pelle delicata o molto chiara ciò può anche risultare in un livido di colore blu-verdastro (questo accade specialmente nei pazienti con i capelli rossi).

D: Come ridurre al minimo la possibilità di ematomi post-sclerosi?

R: Un controllo eseguito dopo sette giorni dall'iniezione solitamente elimina i microtrombi eventualmente formatisi all'interno della vena sclerosata, mentre

l'applicazione di un bendaggio elastico adesivo per i giorni seguenti la scleroterapia annulla in pratica la possibilità di comparsa di ematomi.

D: Quanto tempo rimane visibile un livido comparso dopo scleroterapia?

R: In genere il livido scompare dopo due/otto settimane (è importante **non esporre** la parte livida all'azione del sole o dei raggi UV, perché creano pigmentazioni difficili da rimuovere); la persistenza oltre i due mesi di un ematoma è raramente seguita dalla sua scomparsa completa.

D: E' possibile tentare di rimuovere un ematoma post-sclerosi di lunga data?

R: In presenza di un ematoma post-sclerosi di vecchia data si devono attentamente valutare le due possibili alternative per "schiarire la parte": preparati per uso topico a base di idrochinone e di acido cogico, l'uso del laser dermatologico, le tecniche di "microabrasione" oppure l'uso di un esfoliante cutaneo come l'acido tricloroacetico o da applicare localmente (è bene ricordare che quest'ultimo è un composto di non facile maneggevolezza).

D: Cosa è il fenomeno chiamato "matting"?

R: Il "matting" è un fenomeno per cui, dopo la rimozione di capillari e varici di piccolo calibro mediante la scleroterapia, si assiste alla formazione di nuovi vasi, che nascono nei pressi della zona sottoposta a sclerosi o addirittura nello stesso sito. Statisticamente il "matting" è osservabile nel 2% dei pazienti sottoposti a scleroterapia. Qualora il fenomeno si ripeta anche nelle sedute seguenti, la prima misura d'attuare è quella di cambiare il tipo di soluzione sclerosante o la sua concentrazione. Questo accorgimento tuttavia non sempre elimina il fenomeno.

D: Quali altri rimedi esistono allora per il "matting"?

R: Per fenomeni di "matting" ribelli il rimedio migliore oggi è l'uso del laser dermatologico.

D: Quante sedute di scleroterapia servono per eliminare i capillari o le varici?

R: Il numero delle sedute scleroterapiche dipende, ovviamente, dal quadro clinico e dall'estensione della zona da sottoporre a terapia. La media delle sedute è tre-quattro per gamba ma nei casi più complicati si arriva anche a dieci-dodici.

D: Con quale cadenza vengono eseguite le sedute di scleroterapia?

R: Di solito, in assenza di effetti indesiderati importanti, esse sono settimanali o quindicinali.

D: Dopo la scleroterapia devo assumere qualche farmaco?

R: No.

D: Dopo la scleroterapia posso avere un po' di febbre?

R: Sì. In soggetti molto reattivi è possibile osservare un lieve rialzo della temperatura, soprattutto serale, nelle 48 ore successive alla sclerosi . In tal caso si può assumere tranquillamente farmaci antipiretici a base di paracetamolo.

D: La scleroterapia per la rimozione degli angiomi cutanei è differente da quella esposta finora?

R: No. Gli angiomi cutanei ricevono lo stesso trattamento praticato a livello delle vene e dei capillari delle gambe. Anch'essi poi necessitano della appropriata compressione post-sclerosi. Nei casi in cui l'angioma da rimuovere fosse posto su una parte impossibile da bendare (palpebra, guancia) si usano speciali cerotti che comprimono a sufficienza la parte interessata.

Disclaimer

Il sito ha carattere scientifico-informativo; si declina pertanto ogni responsabilita' per un uso scorretto delle informazioni contenute. Ogni decisione diagnostico-terapeutica spetta ai Medici Curanti nei singoli e specifici casi. Scrivendo una e-mail per avere ulteriori informazioni, accettate implicitamente il trattamento dei vostri dati personali e sensibili in base alla Legge sulla Privacy, Legge 675/96 e D.Lgs196/2003



Angiologia : prevenzione e cura delle malattie vascolari a cura del [Prof. Edoardo Colombo](#) I contenuti di questo sito, salvo diversa indicazione, sono rilasciati sotto una licenza [Creative Commons](#)