

dott. Glauco Bassi

AL

Intervista del nostro Direttore Prof. Giancamillo Donadi al Dottor Glauco Bassi
Vicepresidente dell' Union Phlebologique Internationale. 1986

Dottor Bassi, noi sappiamo che lei, pur non essendo un esponente universitario, è il più impegnato divulgatore del sapere flebologico. Una ventina d'anni fa lei ha pubblicato il volume «Le varici degli arti inferiori» la cui versione francese è stata definita «la Bibbia della flebologia». In seguito lei ha scritto altri due libri sulle malattie delle vene, uno di «sciencefiction» ad impronta critica ed uno, con Stemmer di Strasburgo, sulla terapia compressiva ad indirizzo funzionale; e ci risulta che un altro libro lo sta preparando. In qualità di Vicepresidente dell'Union Phlebologique Internationale e di assiduo partecipante a congressi angiologici lei è diventato, a quanto si dice, il più autorevole conoscitore di quel «corpus doctrinae phlebologicae» che si è andato formando nel centro dell'Europa nell'ultimo quarantennio e che non sempre è in sintonia con quello di estrazione nordamericana oggi dominante in Italia. È proprio in considerazione di queste differenze che noi la interpelliamo chiedendole una panoramica sullo stato attuale della terapia delle varici e dell'insufficienza venosa cronica, sui suoi problemi e sulle prospettive future.

Innanzitutto le chiediamo: com'era la terapia flebologica ieri e com'è oggi? E oggi, quanto credito le si può darle?

Quarant'anni fa il termine «flebologia» neppure esisteva: esso fu inventato da Raymond Tournay che nel 1947 provvide anche a ufficializzarlo in quella

che in Francia corrisponde alla nostra «Gazzetta Ufficiale». Fino ad allora le malattie delle vene erano state caratterizzate da due elementi: un grande disinteresse da parte dell'insegnamento universitario e un'enorme lentezza nella diffusione dei progressi terapeutici. Di quest'ultima solo un esempio: l'operazione di stripping dovette fare 40 anni di anticamera prima di venir accettata ed almeno altri 10 prima di assurgere al ruolo

di intervento principe.

Quanto all' insegnamento universitario delle malattie venose, esso è stato sempre inadeguato e lo è tuttora, sia per quanto riguarda la formazione del medico sia per il suo aggiornamento post-universitario.

Questo stato di cose ha ingenerato una diffusa sfiducia nelle risorse terapeutiche disponibili in questo settore della medicina. Purtroppo non è una sfiducia ingiustificata: dalla Gran Bretagna, dalla Germania, dalla Svizzera non meno che da noi si leva la medesima lamentela: i malati di vene sono poco e male informati sulla loro infermità e le cure flebologiche vengono generalmente male eseguite. Si badi che sono denunce formulate da persone altamente qualificate.

Perciò alla domanda su come fosse la terapia flebologica ieri e com'è oggi, posso tranquillamente rispondere: ieri, cioè fino a 50 anni fa, era indiscutibilmente inadeguata; oggi invece è adeguata di per se stessa, ma non lo è né nelle sue strutture di esercizio né, in un grande numero di casi, nella sua messa in pratica.

Per di più, la terapia flebologica manca del tutto di uniformità di indirizzi, e questo è un motivo di sconcerto sia per i medici sia per i malati.

Posto che le cure delle affezioni varicose sono sostanzialmente tre, la chirurgia, la sclerosi e la compressione, vogliamo passarle brevemente in rassegna?

Partiamo dalla chirurgia :

La chirurgia è assunta al ruolo di protagonista indiscussa della cura delle varici safeniche essenziali dopo l'avvento dell'operazione di crossectomia e stripping. Che essa rappresenti il mezzo più sicuro per l'eliminazione dei reflussi lunghi verticali ormai lo pensano tutti. Si ammette qualche eccezione solo per lo sbocco della safena esterna e per pochi casi di safene tortuose.

Non c'è accordo invece sull'opportunità delle varicectomie multiple, né sulla condotta da tenere nei confronti delle perforanti incontinenti della gamba. Ne deriva, in pratica, che oggi esistono due chirurgie flebologiche distinte. Vi è una chirurgia «radicale», che

esegue in anestesia generale incisioni assai numerose sia su varici che su punti di fuga

perché ritiene che «più si taglia meglio è»; e vi è una chirurgia «moderata» la quale muove dal principio opposto, cioè che «meno si taglia meglio è», e di conseguenza asporta il solo tratto prossimale della safena malata, per lo più in anestesia locale e semi-ambulatorialmente, e non procede oltre se non dopo aver constatato, in capo a qualche settimana, quante e quali vene varicose e vene perforanti si siano già normalizzate spontaneamente.

La divergenza riguarda dunque proprio l'obiettivo fondamentale della cura delle varici: prevenire le lesioni cutanee e impedirne le recidive. Si sa che le safenectomie non sempre sono sufficienti per raggiungere questo scopo, spesso bisogna fare i conti anche con le perforanti distali. Una trentina di anni fa si impose il precetto di interromperle tutte, si scatenò quasi una «guerra alle perforanti» dalla quale si dissociarono soltanto i flebologi francesi. Si contava di poter così liberare queste gambe dai loro punti di fuga una volta per sempre. Ma poi si constatò che è tutt'altro che raro ritrovare dopo qualche tempo una o più perforanti incontinenti al posto di quelle resecate, indipendentemente dalla tecnica impiegata e dalla bravura dell'operatore. Apparve inoltre evidente che si hanno recidive soprattutto (o forse unicamente) quando sono insufficienti vene profonde della gamba; ciò farebbe pensare che le perforanti resecate vengono rimpiazzate da perforanti di nuova formazione, destinate a loro volta a diventare incontinenti se soggette a turbe circolatorie profonde (quindi soprattutto nelle gambe con lesioni cutanee). Ed infine sopraggiunse, al seguito di studi flussometrici, una rivalorizzazione del vecchio concetto della «circolazione privata femoro-safenica», il quale afferma che queste perforanti sono dilatate onde poter portare in profondità la massa di sangue ricadente dall'alto, per cui dopo safenectomia sogliono normalizzarsi (il che mette in dubbio, ovviamente, molti dei successi attribuiti alla chirurgia).

Se tutto ciò è vero, e io lo sostengo da tempo, i termini del problema delle perforanti si modificano sensibilmente. Non è che si debba rinunciare a priori ad interromperle se alterate, tutt'altro. Appare ovvio però che va fatta una scelta preliminare dei vasi da attaccare,

basandosi non tanto sul loro calibro quanto su criteri funzionali. Tra di essi occupa un posto di rilievo lo stato della pompa veno-muscolare del polpaccio. Se la pompa funziona male, come nelle gambe con ulcera, la speranza di normalizzare stabilmente la circolazione venosa va accantonata; ma anche se l'intervento sarà seguito da una recidiva, esso avrà lasciato alla pelle il tempo di recuperare, almeno in parte, le sue capacità difensive, il che per mia esperienza è molto importante. L'assunto secondo il quale «l'intervento migliore è quello minimo» si ispira a questa filosofia.

Sarà poi bene precisare che questo discorso vale soltanto per le perforanti della gamba. Quelle della coscia, che hanno una tutt'altra fisiopatologia, rispondono di regola alla chirurgia in modo eccellente. Col mio uncino io ne ottengo, di norma, la scomparsa definitiva.

Veniamo ora alla terapia sclerosante delle varici

La scleroterapia è un metodo di cura estremamente valido, uno strumento di lavoro insuperabile per chi voglia praticare una terapia flebologica ottimale. Ma generalmente viene male utilizzato e perciò non gode di una buona reputazione. È una diffidenza che si perpetua da decenni e dipende in massima parte dal mancato insegnamento universitario del metodo. Ma vi sono anche dei corresponsabili: alcune ditte farmaceutiche, che hanno applicato alla propaganda degli sclerosanti regole commerciali valide per prodotti assai meno impegnativi; i non pochi colleghi che discreditano il metodo con i loro risultati, avendo sperato di impararlo sui libri e di impraticarsene poi sui loro pazienti; ed i malati stessi, la maggior parte dei quali, per motivi che io non sono mai riuscito a capire, nutrono un mitico terrore della flebo-chirurgia mentre adorano la flebo-sclerosi e premono sul medico affinché li curi «con le punture». Non v'ha dubbio quindi che la terapia sclerosante venga a torto sottovalutata. Bisogna riconoscere tuttavia che essa ha un grosso difetto: se la si usa al di là delle sue capacità effettive, ed anche se la si usa entro queste capacità ma il paziente interrompe la cura anzitempo, non solo non si ottiene l'effetto desiderato, ma si ha anche una ricomparsa e

alle volte persino una moltiplicazione delle varici trattate, per non parlare poi delle pigmentazioni inestetiche residue, conseguenza frequente di forzature posologiche.

A lungo si era sperato di superare questo difetto trovando uno «sclerosante ideale»

oppure migliorando i procedimenti tecnici; ma si è rimasti poco lontani dal punto di partenza.

Esiste tuttavia il modo di risolvere questo problema: usare la flebo-sclerosi soltanto nell'ambito di determinate indicazioni. Si può catalogarle distinguendo una sclerosi «complementare», una sclerosi «sceverante» e una sclerosi «esclusiva».

La sclerosi «complementare» si basa sul già accennato principio di utilizzare la chirurgia unicamente per le crosses, per i tratti prossimali dei collettori safenici e per le perforanti incontinenti mal tollerate dalla pelle vicinore, affidando poi alle iniezioni tutte le altre vene da curare. I risultati di questo tipo di scleroterapia sono incomparabilmente migliori sia di quelli della sclerosi tradizionale sia di quelli della chirurgia esclusiva: più duraturi (le recidive sono singolarmente infrequenti), più completi (si può ripulire l'arto di ogni flebectasia) e più estetici (mancano le cicatrici delle varicectomie multiple).

Se la diagnosi, il piano di cura, l'operazione e le iniezioni sono fatte «dalla stessa persona», si raggiunge il massimo di quanto possa dare oggi la terapia «attiva» delle varici safeniche.

Sclerosi «sceverante» è una locuzione che io ho proposto per indicare quei casi di varici safeniche in cui si rinuncia al bisturi in favore della siringa per motivi ben ponderati. Si

tratta per lo più di pazienti d'età molto avanzata, in cui il rischio chirurgico è maggiore e minore è l'aspettativa di sopravvivenza; o di recidive improbabili giacché il collettore da

curare ha le pareti molto alterate o forma strette anse; o di safene esterne a sbocchi multipli, che richiederebbero un'operazione alquanto indaginosa. Questa forma

d'impiego della sclerosi impone però un preciso dovere: bisogna preavvisare i malati

della probabile «precarietà» del risultato finale e raccomandare loro di presentarsi diligentemente a periodici controlli per eventuali cure di consolidamento.

La sclerosi «esclusiva» si addice alle varici per le quali non esiste un'alternativa chirurgica. Il suo campo d'attività è molto vasto, esso spazia dalle varici sottocutanee dette reticolari (quelle non alimentate primariamente da reflussi safenici) alle varici isolate «a fondo cieco» (il cui trattamento va però sempre completato, secondo me, dallo strappamento della perforante responsabile), alle varici non safeniche della parte prossimale della coscia (che di solito fanno capo alla lontana iliaca interna), alle venette ricoperte da una pelle «a carta di sigarette» (talora ve n'è più d'una pronta a dare emorragie), alle vene periulcerose (la cui obliterazione dà un'energica spinta alla cicatrizzazione della piaga), fino alle microvarici inestetiche, isolate, a pennello o a corimbo. La cura di queste ultime è molto richiesta, ma poco praticata (nonostante gli eccellenti risultati ottenibili) perché è di difficile esecuzione, almeno per chi voglia rispettare la regola di iniziare dalle «vene nutrici» di ciascuna chiazza ed iniettare le microvarici per ultime.

Mi si consenta di ricordare che tutti questi concetti io li ripeto da quasi 25 anni. Ma mai come ora ho avuto l'impressione di essere la «vox clamans in deserto» -un deserto che vorrei veder ripopolato da uomini di buona volontà, disposti ad imparare una scleroterapia corretta non «per farsi quattro soldi», ma per giovare al prossimo.

Sul terzo metodo di cura delle insufficienze venose, quello compressivo, lei ha pubblicato or non è molto un'importante monografia. Vuol farcene una brevissima sintesi?

Se è vero che la terapia flebologica «divisa est in partes tres» come la Gallia di Cesare, è anche vero che la parte chiamata terapia compressiva è stata a lungo un territorio quasi del tutto inesplorato. Essa risponde chiaramente a leggi di fisica, ma appena 40 anni fa un piccolo medico di campagna olandese pensò di darle una «posologia» da esprimere in millimetri di mercurio di pressioni esercitate ai diversi livelli della gamba. Seguirono importanti studi sulle pressioni supplementari eccentriche, positive o negative,

imposte dalla formula di Laplace che regola questo tipo di terapia. Vennero studiate anche le differenze d'attività connesse alle proprietà dei vari tessuti elastici e non elastici, alle variazioni di forma del polpaccio al cammino e al riposo, allo spessore dello strato adiposo sottocutaneo, come pure i limiti entro i quali la compressione esterna lascia immutata la circolazione arteriosa e quelli entro cui facilita il ritorno linfatico. Si è così giunti a compilare delle tabelle delle pressioni più indicate nei principali quadri morbosi dell'arto flebopatico.

Oggi la terapia compressiva delle flebo e linfopatie è diventata una scienza che poggia su basi solide, certo più solide di quelle di molte cure flebologiche di impiego quotidiano. Ma molto rimane ancora da fare. La cosa più urgente è il diffondere i principi della terapia compressiva presso i molti medici che non li hanno ancora assimilati: in genere si stenta a concepire che una posologia sia espressa in mmHg anziché in mgr o ml, ci si stupisce quando i flebologi accennano alle grosse difficoltà pratiche che spesso incontrano in questo tipo di terapia e soprattutto si fa fatica a capire come mai si prescriba ai flebopazienti di camminare molto quando da millenni vige per loro la regola di fare molto riposo.

Il fatto è che il metodo compressivo è «singolare» già nei suoi propositi. Esso non opera, come la sclerosi e la chirurgia, per eliminare delle strutture irrimediabilmente alterate, si propone invece di ridar loro «una parte» della funzionalità perduta. Riducendo il calibro delle vene esso ripristina, almeno in parte, il gioco valvolare e accelera il flusso; schiacciando le singole varici impedisce la trasmissione verso la periferia delle ipertensioni venose gravitazionali e ortodinamiche; e ostacolando l'edema facilita l'attività vicariante dei linfatici. Nello stesso tempo, mediante l'abbinamento al «molto moto» (che è assolutamente obbligatorio) si attivano le principali pompe ematocinetiche di cui) a natura ha munito l' homo erectus: la pompa venosa piantare, quella aponeurotica della caviglia, quella muscolare del polpaccio fino alla pompa diaframmatica. È insomma una terapia ad impronta eminentemente funzionale e ad azioni multiple.

Si usa dire che quando ad una terapia vengono attribuite attività assai numerose essa non ne abbia alcuna. Sia ben chiaro che questo non è il caso della terapia compressiva, la capacità di ricupero anatomico-funzionale della pelle sottratta alla stasi e alle ipertensioni venose è anzi sorprendente, è quasi uno «show» della vis medicatrix naturae. Se ben ideato e ben realizzato, il binomio bendaggio compressivo della gamba e mobilizzazione attiva del malato guarisce le ipodermi, le ulcere e le varicoflebiti nella quasi totalità dei casi. La qualifica di *therapia magna* dell'insufficienza venosa cronica grave che gli è stata attribuita è indiscutibilmente ben meritata.

Rimane da parlare delle calze elastiche. Quali sono le loro indicazioni?

Delle calze elastiche è stato detto che sono «la prima e l'ultima cura» delle varici essenziali. La prima perché le si porta all'inizio della malattia, quando la soppressione delle varici non è ancora necessaria. E l'ultima perché le si adopera quando per mantenere la guarigione di lesioni cutanee gravi la soppressione delle varici non basta più.

Vi sono però altri due campi d'azione delle calze elastiche. Uno, molto vasto, è costituito dall'insufficienza venosa puramente «funzionale» delle molte donne che dopo aver lavorato tutto il giorno all'impiedi o sedute, e magari aver passato delle ore su mezzi di trasporto o davanti al televisore, alla sera si ritrovano le caviglie gonfie e le gambe stanche. Si usa dir loro che hanno una «prevaricosi», ma la maggior parte di esse non presenterà mai delle varici. Il disturbo dipende semplicemente da una troppo scarsa utilizzazione dei meccanismi dell'ematocinetica venosa fisiologica.

Questi arti traggono un grande beneficio dalle calze dette «riposanti», la cui caratteristica è di esercitare pressioni inferiori ai 20 mmHg. Essendo sottili, trasparenti, leggere e gradevoli alla vista vengono portate assai volentieri, specie nella versione «collant». Una versione «a calzino» comincia ad essere usata dagli uomini. L'altro grande campo d'azione delle calze elastiche è rappresentato dalle sequele di tromboflebiti

profonde. Questa malattia che non è ancora cinquantenne (i fondamentali lavori di Homans del 1916 e 1917 rimasero a lungo nell'oblio) richiese una sperimentazione terapeutica la quale dovette partire quasi da zero. Si provarono le cure più svariate, dalle legature della vena poplitea o della femorale alle safenectomie, alle varicectomie multiple, ai grandi interventi di resezioni segmentarie di vene perforanti, alle operazioni di rastrellamento venoso sopra o sottofasciale, ai trapianti di vene od tendini, agli interventi sui linfatici, alla scleroterapia delle varici secondarie, alle simpatectomie, alle iniezioni endoarteriose di caine, all'idroterapia termale, non senza passare per tentativi di cure farmacologiche generali.

Da questa vasta esperienza è emerso in sostanza che certe cure sono dannose (in ispecie i vasodilatatori), altre (alcuni farmaci) hanno un'efficacia costante ma assai modesta, altre ancora si rendono utili in determinati casi o su determinate sintomatologie; ma soltanto due terapie sono sempre e totalmente affidabili se usate insieme. Sono il rispetto di un genere di vita confacente alla ridotta capacità funzionale delle vene dell'arto colpito, con l'adozione di una «new way of life» che oltre al «molto moto» deve comprendere anche l'eventuale lotta al sovraccarico adiposo dell'arto; e l'uso costante (anche d'estate!) di una calza elastica «terapeutica», atta ad esercitare pressioni da 20 a 50 e più mmHg a seconda dei casi, da scegliere possibilmente nella serie dei 4 K con cui le ditte più qualificate contraddistinguono i loro prodotti. Non c'è posto quindi per le calze «riposanti» e in linea di massima vanno proscritte anche le fasce, la cui applicazione resta affidata all'inesperienza e ai limiti fisici del malato.

Mettendo in atto rigorosamente queste due linee terapeutiche non si guarisce la sindrome post-flebitica, che è una malattia inguaribile, ma la si mantiene del tutto inoffensiva per un tempo indeterminato, di solito per tutta la vita.

Ancora una domanda per terminare. Negli ultimi decenni sono entrati in uso numerosi nuovi mezzi di diagnostica flebologica strumentale. Lei ritiene che essi diano un contributo importante alla terapia delle malattie venose croniche?

Senza alcun dubbio. Di grande importanza è stato soprattutto l'avvento di mezzi d'indagine funzionale, i Doppler, che permettono di studiare la pervietà dei collettori profondi ed i reflussi venosi superficiali, nonché le pletismografie che misurano la capacità venosa e lo svuotamento del sangue della gamba. Ora poi si è presentata alla ribalta la reografia a luce riflessa, che pare destinata a sostituirsi alle misurazioni flebodinamometriche cruenta.

In netta decadenza appare invece la flebografia, che è una metodica di natura anatomica. Già il suo più accanito assertore il compianto prof. May, si era sentito onestamente in dovere di innestare la retromarcia; e chi faceva in passato cento flebografie all'anno ora scrive che non ne fa più di 4 o 5 e si chiede se non siano troppe.

I maggiori esperti di malattie venose sono oggi quasi unanimi nel ritenere che l'esame flebografico vada riservato a casi particolari e che anche in questi conviene limitarlo al minimo indispensabile, magari ad una piccola varicografia locale con iniezione di soli 2-3 ml di liquido opaco. Il veder riprodotte una ad una le vene alterate appare insomma meno importante che il sapere come funzionino la pompa veno-muscolare dell'arto e come la gamba reagisca alla perturbazione circolatoria. È questo lo spirito informatore del detto «per curare meglio bisogna misurare di più» un detto che sintetizza assai bene gli odierni orientamenti curativi, più funzionali che anatomici, dei flebologi d'oltralpe, ed anche di una parte dei flebologi italiani.

La semeiotica venosa funzionale ha però un nemico: l'abuso.

Sono già numerosi gli scritti di angiologi eminenti, da F. Martorell a Bollinger a Lemaire per non citarne che alcuni, i quali si sono sentiti in dovere di far presente che il laboratorio vascolare va concepito, e usato, come un «prolungamento dell'esame clinico dell'arto».

In effetti, solo gli esami tradizionali permettono di inquadrare ciascun caso clinico in tre dimensioni temporali, passato, presente e futuro; dove lo studio del primo non può prescindere dall'anamnesi, quello del secondo non può prescindere dall'esame palpatorio delle singole varici ed il terzo, quello prognostico, non può prescindere dall'ispezione della gamba, unica fonte di informazioni attendibili sulle residue capacità di difesa delle strutture vascolari e tessutali

interessate dal disordine circolatorio.

Una diagnostica flebologica che non segua tali direttive porta fatalmente alle tanto deprecate standardizzazioni terapeutiche. Inoltre essa dà esca a chi già oggi parla di «delirio investigativo» ed afferma che l'attuale «apoteosi del laboratorio» è ingiustificata. La semeiotica strumentale è sicuramente utile, anzi preziosa se è in mano a flebologi preparati. In altre mani invece, essa va spesso a confermare quello che sembra essere il destino della flebologia, una disciplina medica nella quale metodiche eccellenti come la compressione, la sclerosi e la stessa flebografia si portano dietro una cattiva fama solo perché sono spesso «mal utilizzate».

Grazie, maestro e amico Bassi, per questa intervista che «aggiorna» e «rincuora».

Grazie per la «chiarezza» che ci viene imposta a norma di vita per una Flebologia migliore.