



Articolo speciale

Come lo faccio (Come lo faccio)

Strategia CHIVA

Strategia CHIVA

José María Escribano Ferrer

Servizio di Angiologia, Chirurgia Vascolare ed Endovascolare. Ospedale universitario Vall d'Hebron. Barcellona

Riepilogo

Nonostante esistano diversi manuali sulla procedura CHIVA per il trattamento ambulatoriale dell'insufficienza venosa, in questo articolo l'Autore non analizza in modo approfondito i fondamenti emodinamici delle diverse tipologie di shunt venovenosi, poiché è importante conoscerli per applicare al meglio strategia in ogni caso, ma si concentra su importanti dettagli tecnici che possono essere fondamentali per la sua utilità clinica pratica.

Parole chiave:

CHIVA. Marcatura.
Strategia.

Astratto

Nonostante esistano diversi manuali sulla procedura CHIVA per il trattamento ambulatoriale dell'insufficienza venosa, in questo articolo l'autore non analizza le basi emodinamiche delle diverse tipologie di shunt venovenosi, che è importante conoscere per applicare la migliore strategia in ogni caso, ma si concentra invece su importanti dettagli tecnici che potrebbero essere fondamentali per la sua utilità clinica pratica.

Parole chiave:

CHIVA. Marcatura.
Strategia.

Ricevuto: 20/01/2023 • Accettato: 20/01/2023

Conflitto di interessi: l'autore dichiara di non avere conflitti di interessi.

Intelligenza artificiale: l'autore dichiara di non aver utilizzato l'intelligenza artificiale (AI) o qualsiasi strumento che utilizzi l'AI per scrivere l'articolo.

Notaio Ferrer JM. Strategia CHIVA. Angiologia 2024;76(4):241-245

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00497>

Corrispondenza: José María

Escribano Ferrer. Servizio di Angiologia, Chirurgia Vascolare ed Endovascolare. Ospedale universitario Vall d'Hebron. Pag. della Valle d'Hebron, 119. Horta-Guinardo. 08035 Barcellona
e-mail: josemariaescribano.jme@gmail.com

INTRODUZIONE

Esistono diversi manuali che spiegano in dettaglio la procedura, la sua preparazione e il seguito. Uno degli ultimi, scritto dal Dr. Jorge Juan Samsó (1), è stato patrocinato dalla SEACV e distribuito gratuitamente durante il Congresso Nazionale della nostra specialità a Sitges (Barcellona) nel 2021. Successivamente, il Dr. Felipe Faccini (2) e il Dott. Claude Franceschi (3) hanno pubblicato nuovi manuali. Quella di Franceschi è scaricabile gratuitamente dalla sua pagina Facebook.

Non è quindi obiettivo di questo documento passare in rassegna le diverse strategie o tipologie di shunt venovenosi, ma è importante conoscerli per applicare la migliore strategia in ciascun caso. Lo stesso tipo di shunt venovenoso può essere trattato con strategie diverse, che possono avere rilevanza in termini di grado di miglioramento clinico e possibilità di recidiva futura attesa. Questo breve articolo si concentrerà su alcuni dettagli tecnici per scopi fondamentalmente pratici.

MARCATURA

Innanzitutto il paziente deve far etichettare l'arto che verrà operato (marcatatura CHIVA). Durante la marcatatura sarà il chirurgo stesso o un collaboratore dedicato all'ecografia, come nel mio caso, a determinare la strategia emodinamica che verrà attuata. L'estremità deve essere etichettata con precisione e deve essere realizzato un disegno su carta con le opportune spiegazioni. Questo disegno, debitamente archiviato, servirà da riferimento negli esami futuri e permetterà di comprendere meglio il motivo per cui è stata eseguita questa o quella strategia e di verificare se quanto indicato poteva essere eseguito durante l'intervento chirurgico. L'etichettatura o marcatatura deve essere precisa, affinché le incisioni chirurgiche siano il più "economiche possibile".

In generale, una strategia emodinamica, cioè che mantenga drenata la vena safena interna, funziona molto bene (4). Pertanto, una volta controllato il punto di perdita, è necessario impegnarsi per garantire un buon drenaggio della vena safena. Questo può essere complesso con lo shunt venovenoso di tipo 3, che è il più comune. Uno dei gesti che può essere

Il nostro obiettivo è devalvolare un segmento safenico competente distale all'emergenza del tributario insufficiente. In questo modo si ottiene un drenaggio misto della vena safena attraverso la perforante fino alla quale abbiamo devalvolato e l'affluente insufficiente. Avremo trasformato uno shunt venoso di tipo 3 in uno shunt venoso di tipo 1+2. Ora possiamo interrompere l'affluente varicoso senza preoccuparci del drenaggio della safena. La devalvolazione, come regola generale, non dovrebbe essere cieca "per quanto possibile". Se eseguita, è meglio che si tratti di un segmento safenico corto, fino ad una perforante "visibile" all'esame ecografico, e purché il segmento safenico da devalvolare abbia un diametro minimo di 2-2,5 mm, che consenta di introdurre nel suo lume lo strumento con cui devalvolarlo senza ferirlo, solitamente lo stesso uncinetto con cui poi eseguiamo la flebectomia.

La frammentazione della vena safena distale ad una perforante, pratica frequente all'inizio della CHIVA, non è più indicata se non in rarissime occasioni. Viene frequentemente ricanalizzata e, inoltre, una vena safena frammentata limita molto la possibilità di futuri ritocchi se necessari.

Per quanto riguarda le flebectomie complementari (che non rientrano propriamente nella strategia CHIVA, ma che vengono eseguite in associazione ad uno scopo estetico come in qualsiasi altro tipo di varicectomia), bisogna considerare, come regola generale, che meno è oltre. Quanto più estesa è la flebectomia, tanto maggiori saranno le teleangectasie future. Per calcolare il segmento minimo necessario da flebectomizzare utilizzeremo la manovra di Perthes. Va ricordato che la normalizzazione delle pressioni venose, come conseguenza dell'interruzione dello shunt venovenoso, porterà ad una riduzione del calibro sia della vena safena (5) che dei suoi tributari varicosi. Nel giro di 3-6 mesi avremo il risultato clinico definitivo e parte delle vene varicose visibili saranno scomparse senza bisogno di flebectomizzate.

Una delle questioni che solleva alcuni dubbi è l'associazione tra vene varicose e insufficienza venosa profonda. In questi casi è obbligatorio esplorare il paziente con manovre di pompa muscolare (6). Nel caso in cui la vena safena mantenga un flusso retrogrado in fase di rilasciamento muscolare, non vi sono controindicazioni al trattamento chirurgico. In caso di dubbi

Possiamo riprodurre lo stesso effetto posizionando un'ansa (smarch) e vedendo se le vene varicose si svuotano camminando (test di Perthes). Se le vene varicose si svuotano, vorrà dire che il sistema venoso profondo, seppure insufficiente, mantiene la sua funzionalità. Se non si osservasse reflusso durante la diastole muscolare con la manovra della pompa, ci troveremo di fronte ad un sistema venoso superficiale compensatorio, per cui il trattamento delle vene varicose sarebbe controindicato. Con le stesse manovre si valuta l'indicazione alla varicectomia nell'insufficienza venosa profonda primitiva o postflebitica. Ovviamente nei pazienti postflebitici occorre uno studio approfondito dei fattori procoagulanti, perché una nuova trombosi venosa profonda (TVP) che abbia alterato un sistema vicariante fondamentale, come la vena safena interna, può essere particolarmente grave. Nelle varicoectomie in cui viene asportata la vena safena non ci sarebbe più soluzione. Al CHIVA dovremmo comunque cercare di preservare, se possibile, la giunzione safeno-femorale.

Infine, va tenuto presente che la lipotimia dovuta alla prolungata permanenza immobile nei giovani durante la marcatura non è rara. In particolare, all'inizio della nostra pratica clinica in cui possiamo allungare un po' i tempi dell'esame, dobbiamo stare attenti a questa possibilità perché qualche paziente può "collassare" senza dire una parola.

STRATEGIA

È chiaro che la strategia drenata è la stessa strategia CHIVA. Tuttavia, in Spagna è consuetudine praticare la CHIVA 1 + 2. Il problema è che dobbiamo aspettarci circa il 40% delle trombosi iniziali della safena e, anche se tutte saranno ricanalizzate, circa il 50% dovrà drenare attraverso nuove trombosi insufficienti. collaterali, alcuni dei quali visibili. Per risolvere il drenaggio in CHIVA 1 +2 (non drenato) si deve ricorrere frequentemente alla devalvulazione di un segmento safenico competente, trasformandolo in uno insufficiente che diviene perforante.

Il possibile futuro utilizzo della vena safena per un bypass non è solitamente compromesso, poiché la ricanalizzazione è solitamente completa e ci si può aspettare una diminuzione media di 3 mm del diametro della vena safena insufficiente una volta interrotta la giunzione safeno-femorale. Naturalmente, il segmento competente della vena safena

non verrebbe influenzato, poiché la trombosi si verifica sempre nel segmento insufficiente.

Nel caso di vene safene con diametro superiore a 10 mm, la strategia iniziale si limiterà ad interrompere il punto di perdita, solitamente la giunzione safeno-femorale. Dopo 6 mesi rivaluteremo il paziente per eseguire flebectomie complementari se ritenute necessarie.

L'interruzione del punto di perdita è il passaggio fondamentale di qualsiasi tipo di varicectomia, sia essa della giunzione safeno-femorale o di una perforante safena o extrasafenica o di un punto di perdita di origine pelvica. La mancata chiusura corretta, cosa che talvolta accade con quelli di origine pelvica, richiede di informare il paziente di un rischio di recidiva notevolmente più elevato.

TECNICA CHIRURGICA

L'intervento, se possibile, dovrebbe essere eseguito lo stesso giorno della marcatura affinché in sala operatoria arrivi in buone condizioni il disegno sulla pelle e non solo la sua rappresentazione su carta. La procedura chirurgica verrà eseguita in anestesia locale e solitamente con sedazione. Il paziente uscirà dall'area chirurgica indossando la calza elastica. Ti verrà consigliato di camminare frequentemente e ti verrà prescritta l'eparina in dose profilattica per una settimana.

L'intervento deve essere praticato curando attentamente alcuni dettagli: le interruzioni strategiche devono essere praticate senza moncone; Ripeto, senza moncone. I monconi sono aree di ipertensione venosa locale che favoriscono l'angiogenesi; Sono la causa principale di recidive. Ebbene, per chiudere un tributario safeno senza moncone dobbiamo visualizzare l'arteria safena. Pertanto, nelle incisioni strategiche, non dovrebbe prevalere l'estetica della miniincisione quanto la precisione dell'interruzione effettuata. Inoltre la chiusura a livello della vena safena va eseguita con sutura non riassorbibile.

La chiusura della giunzione safeno-femorale costituisce un punto di discussione all'interno del gruppo CHIVA. Il gruppo italiano sostiene, e ha pubblicato, che la crosotomia è superiore alla crosectomia (7). In generale, in Spagna, la maggior parte dei chirurghi che praticano CHIVA eseguono la crociectomia. Infine, i gruppi qua e là cominciano a praticare con maggiore frequenza

crostomia a radiofrequenza. Fino a prova contraria, la letteratura è favorevole alla crostomia, anche se non vi è dubbio che sia più laboriosa e, a volte, renda difficile l'interpretazione ecografica del risultato. Teoricamente la crostomia, preservando i collaterali dell'arcata, riduce la percentuale di recidive, soprattutto se qualcuna di esse è legata ad un punto di perdita secondario di origine pelvica. Inoltre, consentirebbe di preservare l'integrità della vena safena interna e consentirebbe un certo grado di "avanti e indietro" nel flusso safenico che aiuterebbe a preservarne la permeabilità nei casi scarsamente drenati.

Curiosamente, la crostomia con radiofrequenza (8) preserverebbe anche i collaterali dell'arcata, ma li drenerebbe verso la giunzione safeno-femorale. Non è stata studiata la possibile evoluzione di un collaterale legato ad un punto di perdita di origine pelvica. Lo svantaggio di questa variante strategica è che, spesso, un segmento della vena safena più lungo del desiderato si trombizza.

ULTERIORI QUESTIONI DAI REDATTORI

L'insufficienza della safena extrafasciale o R4 longitudinale con malattia della safena interna atrofica o ipoplastica modifica la strategia?

La questione contiene diversi aspetti da considerare. Innanzitutto la vena safena extrafasciale non è una vena safena interna. In secondo luogo, ipoplasico non è la stessa cosa di atrofico. Se con manovre di pompa muscolare si ottiene un flusso anterogrado nella sistole muscolare, non è necessario modificare la strategia. Se con le manovre della pompa non si ottiene il flusso o se l'arteria safena è atrofica, possiamo provare ad utilizzare l'R4 longitudinale come se fosse l'asse safenico, tenendo conto che è più fragile nella manovrabilità e che, essendo più superficiale, un'eventuale trombosi dello stesso è solitamente molto sintomatica, quindi è necessario garantire un buon drenaggio.

Come riconoscere nella pratica se un perforatore di gamba è insufficiente?: per le sue dimensioni, con manovre come la dorsiflessione del piede, il Paraná o la compressione manuale distale?

Innanzitutto bisogna tenere presente che le perforanti della gamba sono solitamente le perforanti di drenaggio dello shunt venovenoso iniziato nella coscia e che la loro dimensione sarà in relazione allo sviluppo dello shunt venovenoso. Come per la vena safena, l'interruzione dello shunt venovenoso porterà ad una riduzione

il calibro delle vene varicose e dei perforatori di drenaggio. Se lo shunt venovenoso inizia nella gamba attraverso una perforante, di solito è associato ad insufficienza venosa profonda. Possiamo esplorare la perforante sia con manovre di pompa, in cui osserveremo il deflusso in sistole e diastole muscolare, sia con la manovra di Valsalva, osservando il deflusso durante essa. È più semplice di quanto sembri. Non è essenziale essere chiari riguardo alla codifica dei colori. Sarà sufficiente osservare lo stesso colore durante la sistole e la diastole nelle manovre della pompa. Non dovrebbe essere esplorato con manovre di compressione manuale. Ma wow, se teniamo presente la premessa che le vene varicose con un punto di fuga nella coscia hanno un perforatore d'ingresso nella gamba e che le vene varicose isolate nella gamba hanno un punto di fuga nella gamba, avremo ragione nella stragrande maggioranza del tempo.

Con una certa frequenza, l'insufficienza della safena esterna ha origine prossimale alla fossa poplitea. Qualche precauzione particolare per lasciare il moncone lungo? Eparina profilattica per più giorni?

Bisogna considerare, come in tutti i casi, che il moncone lungo è fonte di recidive. Lo stesso accade con i perforatori Hunter o con punti di perdita di origine pelvica. In questo caso le strategie possibili sarebbero due. Una volta chiusa e prima di rilasciare la vena, iniettare lo sclerosante nel moncone prossimale. L'altra soluzione possibile è non chiuderla e interrompere solo le collaterali insufficienti, costringendo la vena safena a mantenere un flusso anterogrado. Sarebbe come praticare un CHIVA 2 sulla vena safena interna. Se le vene varicose sono importanti, o lo shunt venovenoso è molto sviluppato, il rischio di recidiva previsto in questo secondo caso sarà elevato.

La sclerosi del moncone con vena interrotta (che consiglio di praticare anche nelle perforanti Hunter) è una buona soluzione e l'eparina

Non è necessario più che in altri casi. Lo sclerosante in un cul-de-sac dovrebbe funzionare correttamente ed essere lavato via una volta raggiunto il sistema venoso profondo.

Quando c'è una storia di TVP, l'esame per verificare la pervietà del sistema venoso profondo è limitato alle vene femorale e poplitea dell'ecografia Doppler standard? È possibile mettere in pratica la strategia CHIVA standard?

Delle manovre da effettuare ho già accennato in un paragrafo precedente. Quanto alla questione se l'esplorazione sia limitata a un settore particolare, sicuramente no. Un'altra questione è come si esegue abitualmente l'esame venoso ed in particolare quello del sistema venoso profondo o se un'ostruzione prossimale possa condizionare il trattamento alla gamba. Dipende dal caso. In un paziente con sintomi dovuti principalmente all'ostruzione iliaca, il trattamento dovrebbe concentrarsi innanzitutto su quel settore.

Che vantaggio vede nella pratica della radiofrequenza per il trattamento dell'arcata? E nel cianoacrilato?

Non vedo alcun vantaggio fondamentale. In pratica si perde un segmento safenico e l'evoluzione di eventuali collaterali insufficienti dell'arcata è incerta. Salviamo l'incisione inguinale, sì. Richiede inoltre l'utilizzo di materiale, che ha un costo non trascurabile. In ogni caso mi sembra che ogni caso vada personalizzato. In un paziente chiaramente in sovrappeso, anche se la prima cosa che consiglieremo è di perdere peso, se presenta gravi sintomi di insufficienza venosa e la semplice interruzione dell'arco produrrà un netto miglioramento, l'uso della radiofrequenza per l'arco mi sembra una buona soluzione. Cianoacrilato? Non ho esperienza per dire se la trombosi possa essere controllata fino a un certo punto.

La strategia CHIVA comporta talvolta notevoli incisioni. Cosa ne pensi se lo confrontiamo con altre opzioni?

La domanda è complementare alla precedente. Vogliamo preservare la vena safena perché è la

questione del drenaggio fisiologico della pelle e del tessuto cellulare sottocutaneo, e limitare in questo modo una possibile futura recidiva disordinata e difficile da trattare? Vogliamo preservare la vena safena per un possibile utilizzo futuro sotto forma di bypass? Stiamo trattando una malattia o un disturbo estetico? È vero che la strategia CHIVA richiede di effettuare incisioni più grandi di quelle praticate per la semplice flebectomia. Si tratta solitamente dell'incisione a livello dell'arcata e di 2-3 incisioni strategiche a livello dell'origine delle collaterali safeniche insufficienti. Incisioni lunghe 2-3 cm. Il paziente deve conoscere i vantaggi e gli svantaggi delle diverse opzioni per poter scegliere liberamente quella che ritiene migliore.

LETTERATURA

1. Juan Samsó J. La cura CHIVA nel trattamento delle vene varicose primarie degli arti inferiori. Madrid: Edizioni Arán; 2019.
2. Faccini F. Procedure di preservazione emodinamica della vena safena nella malattia venosa cronica: possiamo e dobbiamo preservare la vena safena? Amazonia; 2022.
3. Franceschi C. Insufficienza venosa pelvica e degli arti inferiori [download gratuito su Facebook].
4. Cappelli M, Lova RM, Ermini S, Turchi A, Bono G, Bahini A, Franceschi C. Ambulatorio conservativo emodinamico gestione delle vene varicose: analisi critica dei risultati a 3 anni. Ann Vasc Surg 2000 luglio;14(4):376-84. DOI: 10.1007/s100169910064
5. Tenezaca-Sari Int Angiol 2022 ago;41(4):332-7. DOI: 10.23736/S0392-9590.22.04831-3
6. Franceschi C. Mesures et interpretation des flux veineux lors des manoeuvres de stimulation. Compressions manuelles et manoeuvre de Paraná. Indice di reflusso dinamico (DRI) e indice di Psatakis. Misurazioni ed interpretazione del flusso venoso in prove da sforzo. Compressione manuale e manovra Paraná. Indice di reflusso dinamico e indice di Psatakis]. J Mal Vasc 1997;22(2):91-5.
7. Cappelli M, Molino-Lova R, Giangrandi I, Ermini S, Giane-sini S. Ligation of the safenofemoral Junction affluenti come fattore di rischio per la recidiva inguinale. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2018 Mar;6(2):224-9. DOI: 10.1016/j.jvs.2017.09.005
8. Passariello F, Ermini S, Cappelli M, Delfrate R, Franceschi C. Il CHIVA con sede in ufficio. J Vasc Diagn 2013;1:13-20. DOI: 10.2147/JVD.S49637