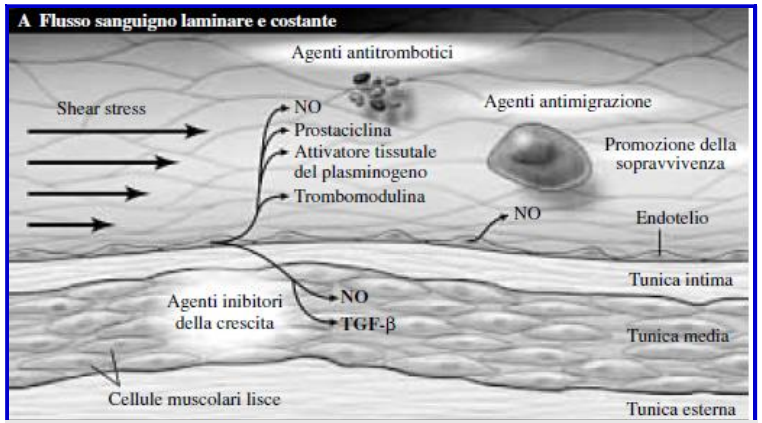
Farmaci, movimento e compressione nella malattia venosa cronica: cosa prescrivere, a chi e per quanto tempo

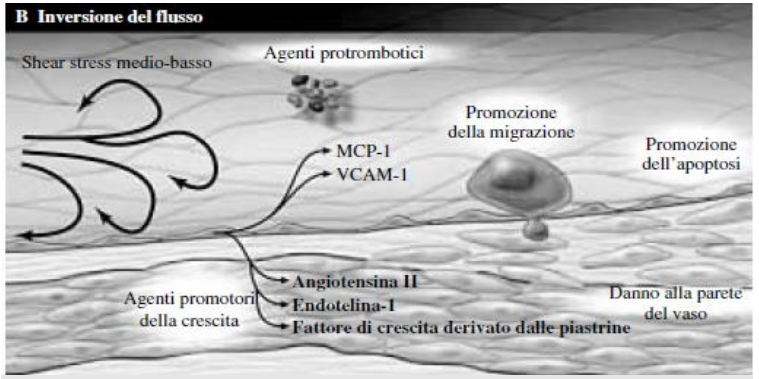
Dott. Vittorio Gallo
Reparto di Chirurgia - Servizio di Flebologia
Casa di Cura Eretenia - Vicenza

L'ipertensione venosa quale causa primitiva delle manifestazioni cliniche della MVC e ruolo centrale dell'infiammazione

Elaborato da Bergan et al Minerva Cardioangiologica 2007 -Vol.55



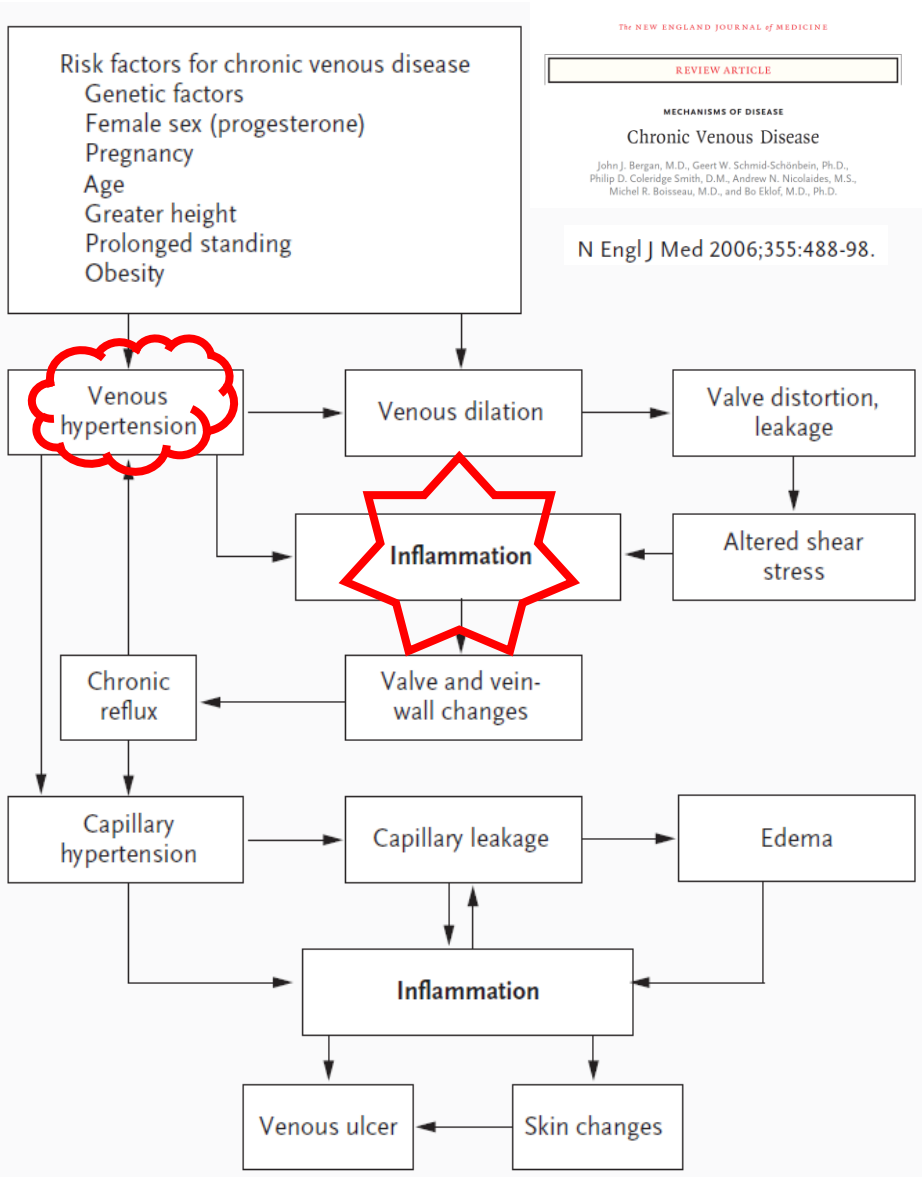
«… lo shear stress pulsatile e laminare può promuovere il rilascio di fattori che riducono l'infiammazione (TIMP) e la formazione di radicali liberi reattivi.»



«uno shear stress basso o assente, un flusso disturbato o addirittura turbolento e soprattutto l'inversione della direzione del flusso promuovono un fenotipo infiammatorio e trombotico."

… Attivazione dei leucociti, adesione e migrazione attraverso l'endotelio come conseguenza di un alterato shear stress, contribuiscono alla infiammazione e successivo rimodellamento della parete venosa e valvole".

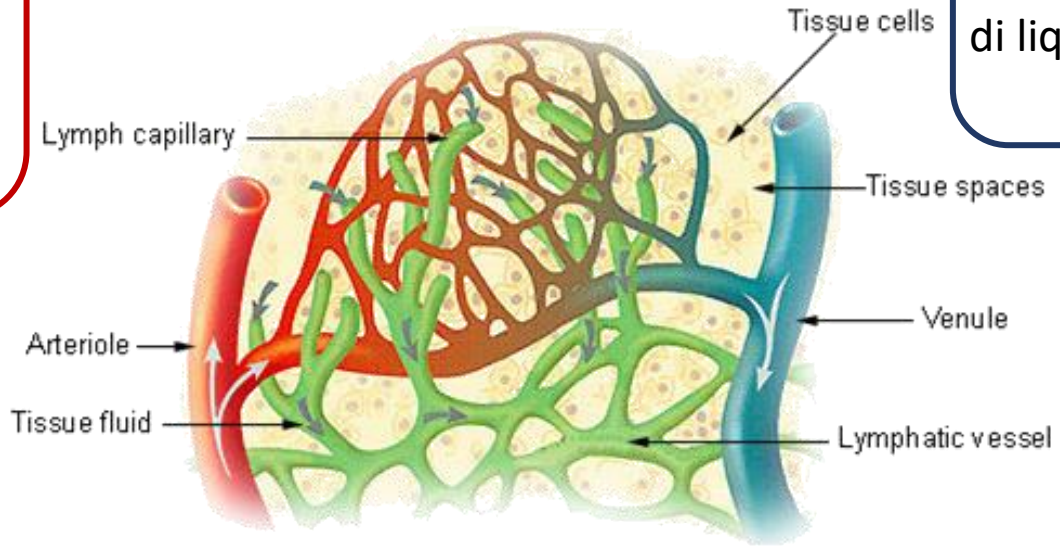
Nicolaides et al. Intern. Angiology Vol.33 – N°. 2 – April 2014



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE
REVIEW ARTICLE
MECHANISMS OF DISEASE
Chronic Venous Disease
John J. Bergan, M.D., Geert W. Schmid-Schönbein, Ph.D., Philip D. Coleridge Smith, D.M., Andrew N. Nicolaides, M.S., Michel R. Boisseau, M.D., and Bo Eklof, M.D., Ph.D.
N Engl J Med 2006;355:488-98.

Il sistema linfatico è strettamente connesso a quello venoso

Nella patogenesi dell'insufficienza venosa la microangiopatia coinvolge anche i linfatici



L'aumentata permeabilità capillare determina un aumento di liquidi interstiziali da drenare

Se la capacità di trasporto linfatico è inferiore alla quota di linfa da drenare si ha l'edema

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE DOCUMENT

Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs☆

Recommendation 14			Unchanged
For patients with symptomatic chronic venous disease, who are not undergoing interventional treatment, are awaiting intervention, or have persisting symptoms and/or oedema after intervention, medical treatment with venoactive drugs should be considered to reduce venous symptoms and oedema, based on the available evidence for each individual drug.			
Class	**Level**	**References**	**ToE**
IIa	A	Ciapponi *et al.* (2004),[109] Kalus *et al.* (2004),[117] Flota-Cervera *et al.* (2008),[110] Martinez-Zapata *et al.* (2008),[111] Rabe et al (2011),[113] Rabe *et al.* (2011),[118] Pittler *et al.* (2012),[114] Aziz et al. (2015),[115] Rabe *et al.* (2016),[112] Kakkos *et al.* (2017),[107] Kakkos *et al.* (2018),[108] Bignamini *et al.* (2020)[119]	

Recommendation 82			Unchanged
For patients with active venous leg ulceration, micronised purified flavonoid fraction, hydroxyethylrutosides, pentoxifylline, or sulodexide should be considered, as an adjunct to compression and local wound care to improve ulcer healing.			
Class	**Level**	**References**	**ToE**
IIa	A	Coleridge-Smith *et al.* (2005),[461] Jull *et al.* (2012),[464] Scallon *et al.* (2013),[462] Wu *et al.* (2016)[463]	

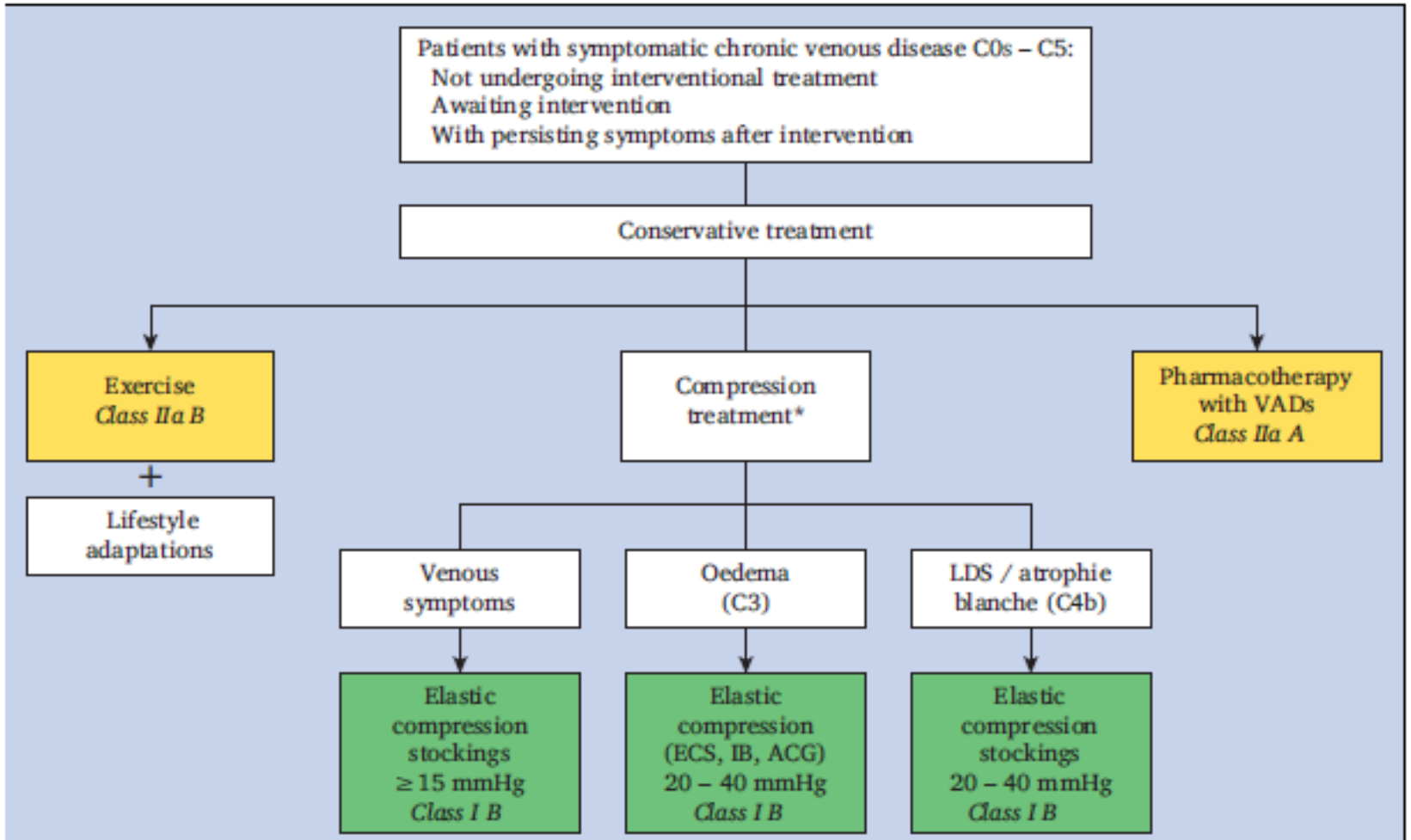


Figure 6. Conservative management of patients with chronic venous disease of the lower limbs. *Compression treatment requires ankle pressure >60 mmHg and ankle brachial index >0.6. LDS = lipodermatosclerosis; ECS = elastic compression stockings; IB = inelastic bandages; ACG = adjustable compression garments; VADs = venoactive drugs.

Uno stile di vita amico delle vene

Indicazioni generali per il paziente flebopatico



1

CAMMINA

Muoviti

Cammina ogni giorno e muovi spesso caviglie e polpacci.

2

GAMBE SU

Solleva le gambe

Durante il riposo, tieni le gambe leggermente sollevate.

3

ACQUA

Bevi e mangia bene

Scegli acqua, verdura e fibre. Mantieni un peso adeguato.

4

NO CALDO

Evita il calore

Limita bagni molto caldi, sauna e calore diretto sulle gambe.

5

TERAPIA

Segui la terapia

Usa calze elastiche e farmaci come indicato dal medico.

ATTENZIONE **Contatta il medico in caso di gonfiore improvviso a una gamba, dolore, arrossamento o difficolta respiratoria.**

Uno stile di vita amico delle vene

Indicazioni generali per



1

CAMMINA

Muoviti

Cammina ogni giorno e muovi spesso caviglie e polpacci.

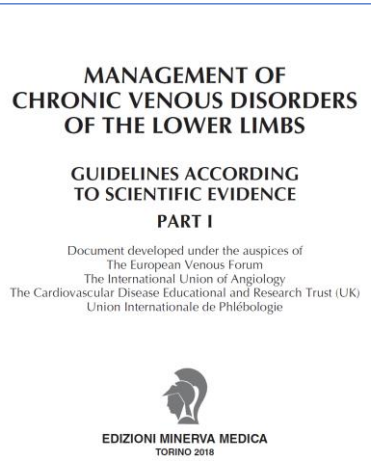
5

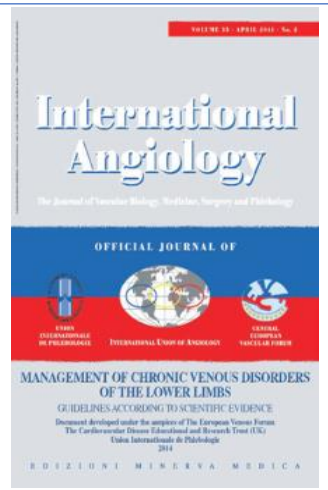
TERAPIA

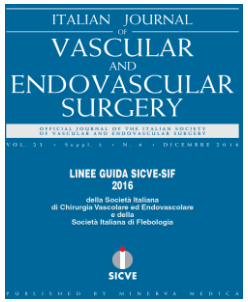
Segui la terapia

Usa calze elastiche e farmaci come indicato dal medico.

ATTENZIONE **Contatt** **iratoria.**







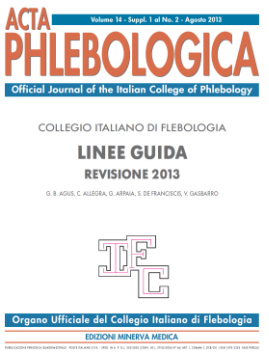
La terapia farmacologica deve essere considerata in tutti gli stadi della malattia, e non deve essere considerata come alternativa ad altri trattamenti (chirurgici, endovascolari, compressivi), ma deve piuttosto essere considerata fin dai primi stadi della malattia (già nella classe C0), utilizzando sostanze di provata efficacia clinica che vadano ad agire sui diversi target d'azione responsabili delle alterazioni venose, dei sintomi e dell'evoluzione clinica della MVC:

TABLE VI.—*Summary of the 2014 guideline recommendations for the use of venoactive drugs, according to the GRADE system.*

Indication	Veno-active drug	Recommendation for use	Quality of evidence	Code
Relief of symptoms associated with CVD in patients in CEAP classes C0s to C6s and those with venous edema (CEAP class C_3)	Micronized purified flavonoid fraction	Strong	Moderate	1B
	Nonmicronized diosmins or synthetic diosmins	Weak	Poor	2C
	Rutosides (O-betahydroxyethyl)	Weak	Moderate	2B
	Red-vine-leaf extracts (*Vitis vinifera*)	Weak	Moderate	2B
	Calcium dobesilate	Weak	Moderate	2B
	Horse chestnut seed extract	Weak	Moderate	2B
	Ruscus extracts	Weak	Moderate	2B
	Gingko biloba	Weak	Poor	2C
	Other *VADs*	Weak	Poor	2C
Healing of primary venous ulcer (CEAP class C_6), as an adjunct to compressive and local therapy	Micronized purified flavonoid fraction	Strong	Moderate	1B

CEAP: clinical, etiological, anatomical, and pathophysiological classification; CVDs: chronic venous disorders; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; VADs: venoactive drugs.

I farmaci venoattivi rivestono, quindi, un ruolo fondamentale nella gestione dei pazienti sintomatici fin dalle primissime fasi della MVC, anche in considerazione della scarsa *compliance* alla terapia compressiva di alcuni di essi. L'importanza di un trattamento efficace anche nei pazienti in classe CEAP C_0 è stato evidenziato da uno studio che ha mostrato come circa il 20% di tutti i pazienti che afferiscono all'ambulatorio del medico di medicina generale, potrebbero essere classificati come classe CEAP C_0 [69]. Nelle fasi più avanzate



I glucosaminoglicani (GAGs) sono sostanze eparinoidi derivanti dalla parete vascolare con effetti antitrombotici e fibrinolitici. Il sulodexide e i mesoglicani, hanno un ruolo centrale nell'interruzione con la cascata infiammatoria in corso di MVC.

RIEPILOGO RACCOMANDAZIONI

Sintomatologia ed edema:
Si consiglia l'uso di farmaci flebotropi (FFPM, oxerutina, sulodexide, escina) per i pazienti con dolore e gonfiore a causa di malattia venosa cronica.
— Grado B Ib

Ulcera venosa:
Suggeriamo l'uso di FFPM, pentossifillina, mesoglicano e sulodexide, in combinazione con la compressione, per accelerare la guarigione delle ulcere venose.
— Grado B Ib

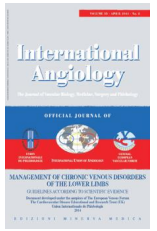
Table 8. Global summary of the effects of the main venoactive drugs on venous symptoms and oedema

Symptom or sign	Ruscus extracts[107]	MPFF[108]	Calcium dobesilate[109–113]	Horse chestnut extract[114]	Hydroxyethyl-rutosides[115]	Red vine leaf extract[116–118]	Sulodexide[119]
Pain	+	+	+	+	+	+	+
Heaviness	+	+	+		+		+
Fatigue	+		+				
Feeling of swelling	+	+					+
Cramps	+	+	+		+		+
Paresthesia	+	+	+				
Pruritus			+	+			
Oedema	+	+	+	+		+	

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE DOCUMENT

Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs☆

Eur J Vasc Endovasc Surg (2022) 63, 184–267



MANAGEMENT OF CHRONIC VENOUS DISORDERS OF THE LOWER LIMBS

GUIDELINES ACCORDING TO SCIENTIFIC EVIDENCE

PART I

EDIZIONI MINERVA MEDICA
TORINO 2010

TABLE II.—*Evidence-based modes of action of the main venoactive drugs.*

Category	Drug	Effect on: Venous tone	Venous wall and valve	Capillary leakage	Lymphatic drainage	Hemorheological disorders	Free radical scavengers
Flavonoids (gamma-benzopyrones)	Micronized purified flavonoid fraction	+	+	+	+	+	+
	Nonmicronized or synthetic diosmins*						
	Rutin and rutosides, O-(β-hydroxyethyl)-rutosides (troxerutin, HR)	+		+	+	+	+
	Anthocyans (*Vitis vinifera*)						+
	Proanthocyanidins (*Vitis vinifera*)			+			+
Alpha-benzopyrones	Coumarin			+	+		
Saponins	Horse chestnut seed extract; escin	+		+			+
	Ruscus extract	+	+	+	+	+	
Other plant extracts	*Gingko* extracts*						
Synthetic products	Calcium dobesilate	+		+	+	+	+
	Benzarone*						
	Naftazon*						

*No data available.

S. Michelini et al. Linee guida italiane sul linfedema. Eur. Med Phys 2007; 43 (Suppl. 1 N.3).

Linee guida italiane sul linfedema

S. MICHELINI, C. CAMPISI, M. RICCI, V. GASBARRO, M. CESTARI, R. MATTASSI, A. MOLISSO, L. ZANETTI, C. ALLEGRA, A. CAVEZZI, A. AIELLO, M. CONTE, M. PALUMBO, R. GHILARDINI, V. ROCCO, D. FAILLA

Documento finale della Commissione Ministero della Salute sulle linee guida sul linfedema (Novembre 2006)

Il Linfedema, sia nelle sue forme primarie che secondarie, rappresenta una patologia disabilitante cronica in costante crescita nella popolazione italiana. Un precedente studio epidemiologico, risalente al 1997, stimava circa 40.000 nuovi casi annui [1-7].

L'elevata incidenza della patologia impone la definizione di alcune regole fondamentali che consentano di assicurare una assistenza adeguata sul territorio (attualmente frammentaria, insufficiente e disergonomica), qualificata e svolta in maniera capillare così da evitare il fenomeno della 'migrazione sanitaria', ancor più nocivo dal punto di vista economico sia per il paziente che per la collettività.

Oggi accade infatti che (a prescindere da trattamenti ultraspecialistici eseguiti in pochi centri a livello nazionale) per semplici trattamenti fisici il paziente si rivolga al di fuori della sua regione, se non addirittura all'estero, con costi e disagi assolutamente evitabili nella maggior parte dei casi.

Regole da definire

– Inquadramento nosologico
Il linfedema deve essere considerato come una patologia vascolare e non dermatologica come è attualmente inquadrata, con le relative ripercussioni a cascata anche sulla significatività dei corrispondenti codici del nomenclatore (457.0, 457.1 e 457.2) sui D.R.G. corrispondenti, scarsamente remunerativi in rapporto alle necessità assistenziali richieste nei singoli casi.
– Definizione della diagnosi di linfedema
Il linfedema primario o secondario presenta delle caratteristiche anamnestiche, cliniche ed obiettive ben specifiche, difficilmente confondibili; tuttavia esistono alcuni casi (frequenti) in cui è possibile incorrere nell'errore diagnostico; si tratta delle forme miste di flebolinfedema (in cui la linfostasi si associa ad importante patologia venosa), delle forme associate a Lipedema (in cui l'aumento volumetrico dell'arto, come noto, è determinato dall'incremento di acqua presente all'interno delle cellule adipose disposte localmente, e quindi non 'drenabile' dalle comuni tecniche decongestive e non correggibile dal punto di vista farmacologico o chirurgico (se non con la liposuzione); esistono poi anche forme di edema iatrogeno (da farmaci, da incongruo uso di protesi od ortesi, etc).
In questo contesto per evitare un possibile abuso di riconoscimento di casi della malattia di cui si occupa la commissione (che porterebbe, tra l'altro, ad una gestione economica probabilmente incontrollabile del problema) si ritiene opportuno che sia le forme primarie che secondarie di Linfedema vengano riconosciute, oltre che con l'indicazione degli aspetti clinici, anche mediante l'esecuzione da parte del soggetto di un esame linfoscintigrafico (gold-standard diagnostico secondo le linee guida internazionali) *[13] che comprovi il difetto di progressione e della capacità di trasporto del sistema linfatico della regione anatomica interessata.
Nelle forme primarie è auspicabile che lo stesso esame venga eseguito dal consanguineo del paziente interessato per realizzare una vera 'prevenzione primaria'. L'esecuzione dell'esame, a scopo preventivo, deve essere certificata dallo specialista di riconosciuta esperienza.
Nelle forme secondarie sub-cliniche (linfadenectomia alla radice dell'arto con possibilità di sviluppo della malattia) è ugualmente raccomandata l'esecuzione dell'esame a scopo preventivo.
– Requisiti per il riconoscimento e figure addette allo stesso
Per poter essere riconosciuto affetto dalla patologia in esame il paziente deve rispondere ai due requisiti su esposti : criterio clinico ed esame linfoscintigrafico.
Le figure autorizzate al riconoscimento ufficiale che porterà il soggetto ad usufruire dei benefici conseguenti sono : Angiologo, Fisiatra, Chirurgo generale, Chirurgo vascolare, Oncologo o altri specialisti di comprovata esperienza.
A queste figure è opportuno che il medico di famiglia indirizzi il paziente con una relazione clinico-anamnestica del caso.
– Registro dei pazienti
Una volta certificato il riconoscimento (sia per le forme primarie che secondarie) il paziente viene invitato ad iscriversi in un apposito Registro Regionale.
Da questo momento in poi il paziente ha il diritto di usufruire dei benefici conseguenti come descritto nei singoli casi clinici nei paragrafi successivi.
– Stadi clinici e livelli assistenziali
La Classificazione dei Linfedemi è auspicabile che segua, anche ai fini dell'ulteriore raccolta di dati epidemiologici sulla malattia e del monitoraggio della stessa la CIAP-I., proposta da Gasbarro [15].
Per l'individuazione dei livelli assistenziali sarà utile seguire la stadiazione in 5 stadi proposta da Campisi-Michelini [14].
Premesso che la letteratura internazionale, le linee guida mondiali e le linee guida nazionali, riconoscono 'non valide' dal punto di vista terapeutico le monoterapie (solo drenaggio linfatico manua-

- ✓ ''Tra i principi farmacologici, naturali o di sintesi, è auspicabile l'impiego di **benzopironi** (**alfa e gamma**) per gli effetti di **riduzione** della **permeabilità capillare**, **attivazione macrofagica** e **prolinfocinetica**''.
- ✓ ''Utili anche i principi attivi ad **attività proteolitica**.''

Circulation
JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

American Heart Association

Sulodexide for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism: The Sulodexide in Secondary Prevention of Recurrent Deep Vein Thrombosis (SURVET) Study: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial

Giuseppe M. Andreozzi, Angelo A. Bignamini, Giovanni Davì, Gualtiero Palareti, Jirí Matuska, Martin Holý, Katarzyna Pawlaczyk-Gabriel, Andrej Dzupina, German Y. Sokurenko, Yury P. Didenko, Laurentia D. Andrei, Gianfranco Lessiani and Adriana Visonà
on behalf of the SURVET Study Investigators*

Circulation. 2015;132:1891-1897; originally published online September 25, 2015;
doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.016930
Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75231
Copyright © 2015 American Heart Association, Inc. All rights reserved.
Print ISSN: 0009-7322. Online ISSN: 1524-4539

51% di riduzione del rischio di TEV ricorrente vs. placebo[1]

Le recidive di TEV sono state registrate in
15 (4.9%) pazienti trattati con sulodexide
rispetto ai
30 (9.7%) del placebo

(HR: 0,49; 95% CI: 0,27–0,92; p=0,02)

Mesoglycan for long-term secondary prevention in patients with superficial vein thrombosis (METRO): a multicentre randomised clinical trial in Italy

Giuseppe Camporese,Enrico Bernardi,Cristiano Bortoluzzi, et al.

•. 2026 Jul 11:97:104010. doi: 10.1016/j.eclinm.2026.104010. eCollection 2026 Jul.

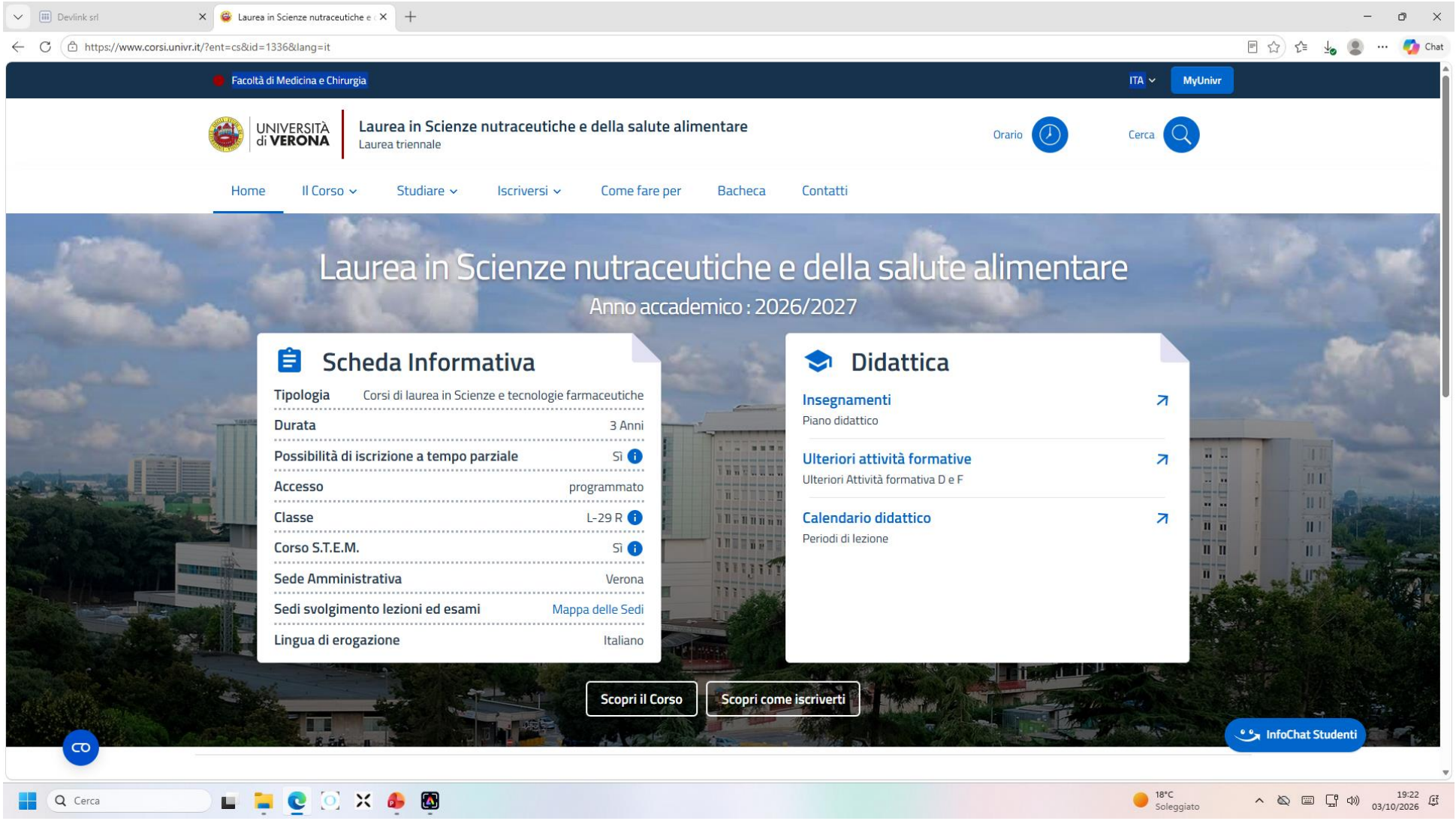


Interpretation: No significant differences were observed between MGY and placebo in terms of recurrent or extending SVT, at the end of the 12-month treatment course. However, **we recorded a significant difference in favour of MGY at 24 months.** These findings should be interpreted cautiously, given that the incidence of recurrent or extending SVT in the placebo group was higher than previously reported and the planned sample size was not reached due to slow recruitment. **Our findings need to be confirmed in future, larger studies.**

… e la NUTRACEUTICA?

NEW!!!

AA 2024/2025
50 posti a disposizione a fronte di
350 domande di iscrizione



Ingredienti	per 2 compresse	%VNR*
	500 mg	
Meliloto (Melilotus officinalis Pallas)		
di cui Cumarina	85 mg	
Frassino (Fraxinus excelsior L.)	200 mg	
Rutina	100 mg	
Vitamina C	180 mg	225
Vitamina B3 (Niacina)	27 mg	168,6
Ferro (pirofosfato)	9,8 mg	70
Rame (gluconato)	0,36 mg	36

Una compressa contiene:
Rutina 300 mg
Bromelina 100 mg
Meliloto 100 mg

Componenti nutrizionali	Contenuto per 100g	Per dose massima giornaliera (1 compressa)	%VNR
Diosmina	30g	300mg	
Troxerutina	25g	250mg	
Esperidina	12,5g	125mg	
Vitamina C	4g	40mg	50

	per 1 compressa
Diosmina	200 mg
Meliloto estratto secco titolato 17 % cumarina	180 mg 30,6 mg
Uva Ursina estratto secco titolato 10 % Arbutina	17 mg 3,7 mg

Componenti nutrizionali	Contenuto per 100g	Per dose massima giornaliera (2 compresse)	%VNR
Centella asiatica e.s. tit. 40% asiaticoside	18,75g	300mg (estratto) 120mg (asiaticoside)	
Rusco e.s. tit. 5% ruscogenina	12,50g	200mg (estratto) 10mg (ruscogenina)	
Vite rossa e.s. tit. 5% polifenoli	12,50g	200mg (estratto) 10mg (polifenoli)	
Vitamina C	5g	80mg	100
Vitamina E	3g	24mg	200

Componenti nutrizionali	Contenuto per 100g	Per dose massima giornaliera (1 compressa)
Diosmina micronizzata	30g	1000mg

Componenti nutrizionali	Contenuto per 100g	Per dose massima giornaliera (1 compressa)
Bromelina 2500 GDU	40g	100mg
Meliloto e.s. tit. 20% cumarina	10g	150mg (estratto) 30mg (cumarina)



GDU (unità di digestione della gelatina) = esprime la "potenza" di un enzima

RDA = dosaggio giornaliero raccomandato

ODA (optimal dietary/daily allowance) = *quota* standard per godere di una salute efficiente

Nutraceutici

PERIODICO DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E PROFESSIONALE DEDICATO ALL'INTEGRAZIONE ALIMENTARE

NUTRACEUTICO: LA DEFINIZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

La legislazione italiana inquadra i **nutraceutici** nella categoria degli **integratori alimentari**, che però a differenza dei primi non dovrebbero avere funzione preventiva o curativa ma solo di **"ottimizzazione" delle funzioni fisiologiche**. Inoltre in Italia i nutraceutici possono essere commercializzati dopo una semplice segnalazione agli uffici ministeriali secondo la procedura del **silenzio assenso**.

In mancanza di precise **linee guida ministeriali**, tutto ciò ha portato all'esplosione di un **mercato** di prodotti proposti come **"modulatori fisiologici" di diverse funzioni** che tuttavia contengono spesso sostanze la cui attività non è dimostrata, sottodosate o addirittura inattive. Non solo: la loro **sicurezza a lungo termine** e le loro possibili **interazioni con farmaci** non sono in genere adeguatamente vagliate.

Per questo grande importanza è rivestita dalla qualità produttiva.

DEFINIZIONI DI NUTRACEUTICO, INTEGRATORE ALIMENTARE E ALIMENTO FUNZIONALE

Categoria	Definizione	Esempi
Nutraceutico	Sostanze di estrazione naturale (perlopiù vegetale) con azioni farmacologiche dimostrate nel modulare in senso fisiologico/salutistico specifiche funzioni dell'organismo	Catechine, flavonoidi, polifenoli, monacoline, policosanoli, berberina, γ-orizanolo, tocotrienoli, silimarina, dell'organismo carotenoidi
Integratore alimentare	Sostanze nutrienti normalmente incluse nella dieta la cui supplementazione rispetto agli Rda può avere ruolo di integrazione di carenze o di maggior necessità	Fibre vegetali, minerali/oligoelementi, antiossidanti, vitamine, acidi grassi essenziali
Alimento funzionale	Cibi naturalmente ricchi o artificialmente arricchiti di sostanze naturali (per lo più vegetali) con proprietà salutistiche dimostrate	Cibi arricchiti in fibre, fitosteroli, PUFA ω-3, polifenoli, antiossidanti, prodotti fermentati

IN COSA CONSISTE LA QUALITÀ PRODUTTIVA

Accanto al rispetto della normativa, le aziende più serie e affidabili producono direttamente le loro materie prime oppure si appoggiano a produttori che si attengono a **standard produttivi di qualità** in rispetto alle principali **certificazioni nutraceutiche** nazionali e internazionali. Fra queste ci sono:

- **Iso 13485**
- Hazard Analysis and Critical Control Point (**Haccp**)
- Good Manufacturing Practice (**Gmp**)

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE DOCUMENT

Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs☆

Recommendation 9 — Unchanged

For patients with symptomatic chronic venous disease, elastic compression stockings, exerting a pressure of at least 15 mmHg at the ankle, are recommended to reduce venous symptoms.

Class	Level	References	ToE
I	B	Benigni *et al.* (2003),[75] Kakkos *et al.* (2018)[76]	

Recommendation 10 — Unchanged

For patients with chronic venous disease and oedema (CEAP clinical class C3), compression treatment, using below knee elastic compression stockings, inelastic bandages or adjustable compression garments, exerting a pressure of 20 – 40 mmHg at the ankle, is recommended to reduce oedema.

Class	Level	References	ToE
I	B	Mosti *et al.* (2012),[77] Mosti *et al.* (2013),[82] Mosti *et al.* (2015)[79]	

Recommendation 11 — New

For patients with chronic venous disease and lipodermatosclerosis and/or atrophie blanche (CEAP clinical class C4b), using below knee elastic compression stockings, exerting a pressure of 20 – 40 mmHg at the ankle, is recommended to reduce skin induration.

Class	Level	References	ToE
I	B	Vandongen *et al.* (2000)[84]	

Recommendation 12 — New

For patients with post-thrombotic syndrome, below knee elastic compression stockings, exerting a pressure of 20 – 40 mmHg at the ankle, should be considered to reduce severity.

Class	Level	References	ToE
IIa	B	Azirar *et al.* (2019)[96]	

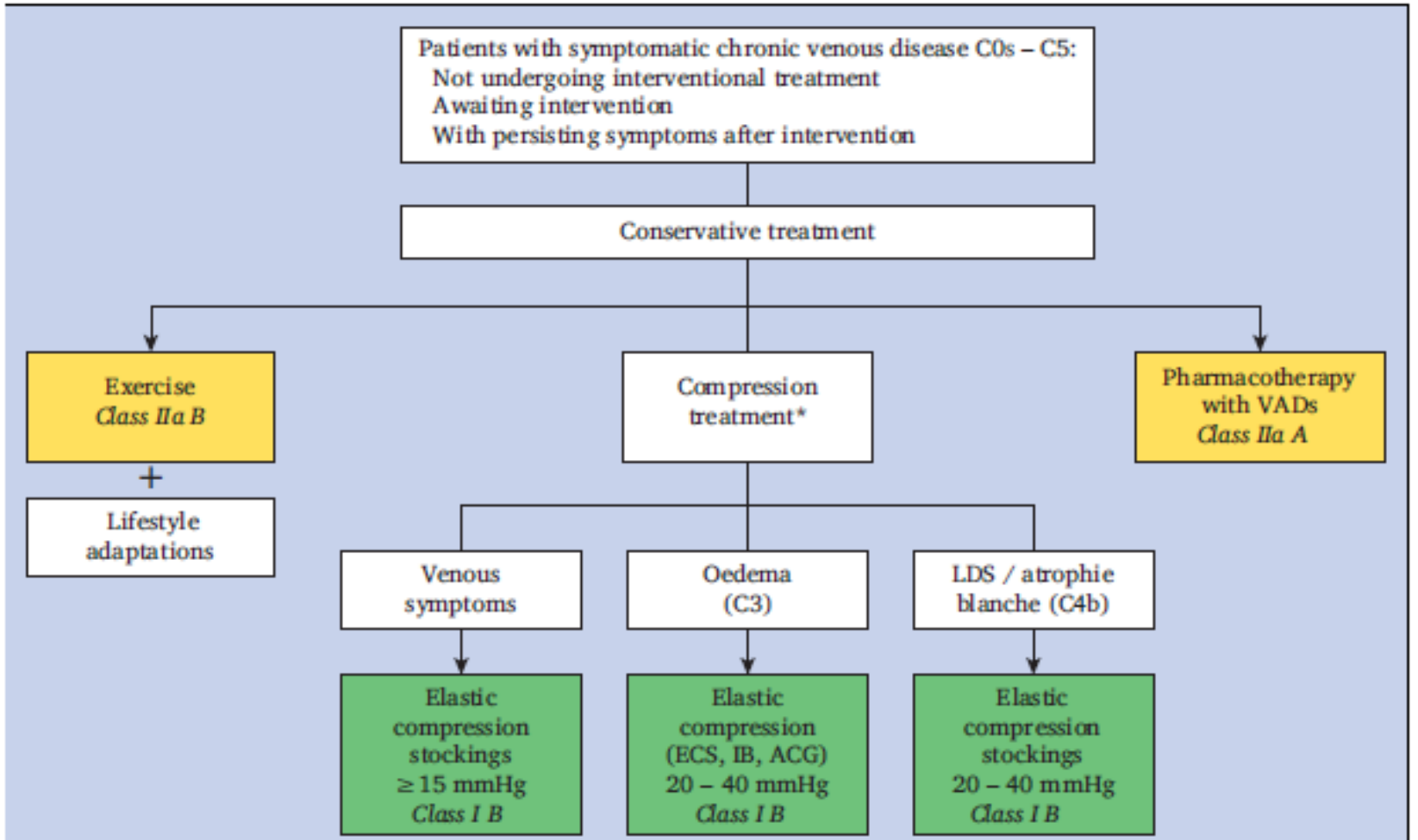
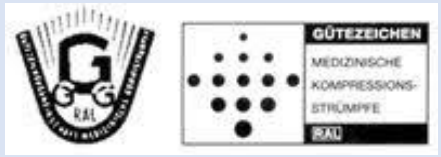


Figure 6. Conservative management of patients with chronic venous disease of the lower limbs. *Compression treatment requires ankle pressure >60 mmHg and ankle brachial index >0.6. LDS = lipodermatosclerosis; ECS = elastic compression stockings; IB = inelastic bandages; ACG = adjustable compression garments; VADs = venoactive drugs.

❑ CLASSE DI COMPRESSIONE



Comitato Europeo di Normazione

Classe 1: 18-21 mmHg 15-21 mmHg

Classe 2: 23-32 mmHg

Classe 3: 34-46 mmHg

Classe 4: > 49 mm.Hg.

Classificazione francese	NFG 30-102B (IFTH)
1 classe	10 – 15 mm.Hg
2 classe	15 – 20 mm.Hg
3 classe	20 – 36 mm.Hg
4 classe	> 36 mm.Hg

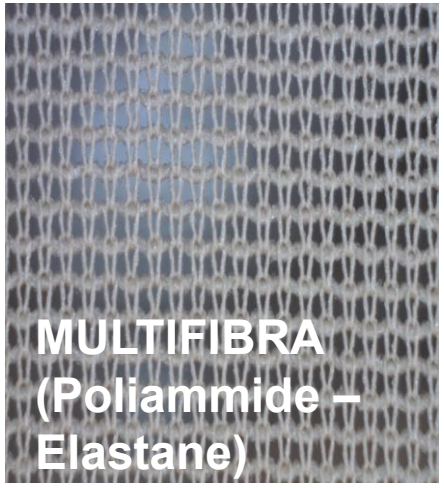
British Class (BS6612:1985)	Compression at the ankle
Class 1* (Light (Mild) Support)	14-17 mmHg
Class 2 Medium (Moderate) Support	18-24 mmHg
Class 3 Strong support	25-35 mmHg

Classificazione USA	Standard
1 classe	15 – 20 mm.Hg
2 classe	20 – 30 mm.Hg
3 classe	30 – 40 mm.Hg

❑ TIPOLOGIA DI MATERIALE













Diverse **tipologie di filati** e diversa **tramatura** dei tessuti, conferiscono a calze elastiche della stessa classe terapeutica, caratteristiche dinamiche di estensibilità ed elasticità profondamente diverse tra loro e con diverso impatto sul paziente.

Con la lavorazione in *microfibra* si ottengono calze terapeutiche dotate di ottima vestibilità e buon livello estetico.

L'utilizzo di fibre di cotone, nelle diverse percentuali, permette di risolvere problematiche di intolleranza ed una maggiore traspirabilità.

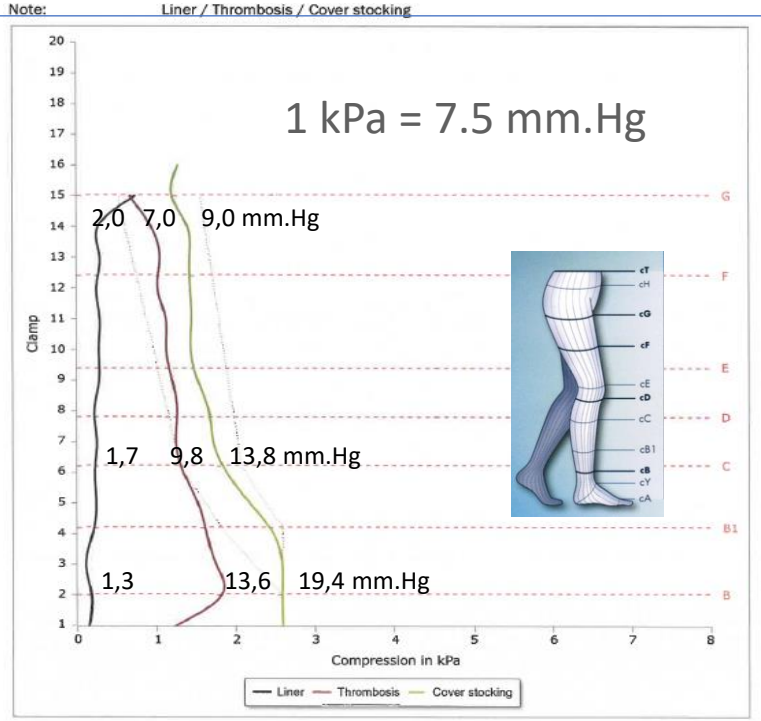
ATTENZIONE

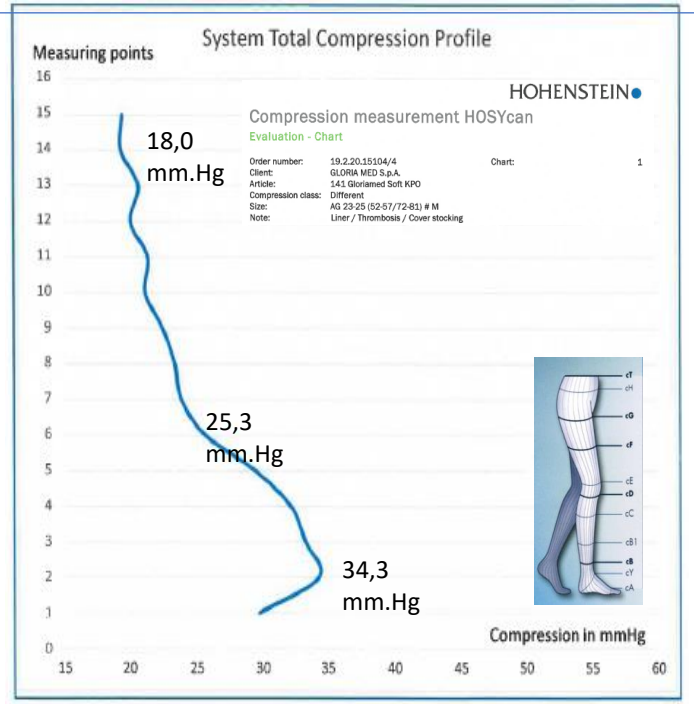


… bisogna evitare questo!

- ❑ TAGLIA corretta
- ❑ INFORMAZIONE al paziente
- ❑ CONTROLLO nel tempo

Recommendation 70			Changed
For patients with active venous leg ulceration, multilayer or inelastic bandages or adjustable compression garments, exerting a target pressure of at least 40 mmHg at the ankle, are recommended to improve ulcer healing.			
Class	**Level**	**References**	**ToE**
I	A	O'Meara *et al.* (2012),[432] Dolibog *et al.* (2014),[439] Mosti *et al.* (2020)[442]	

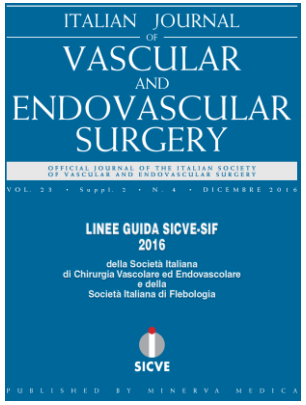




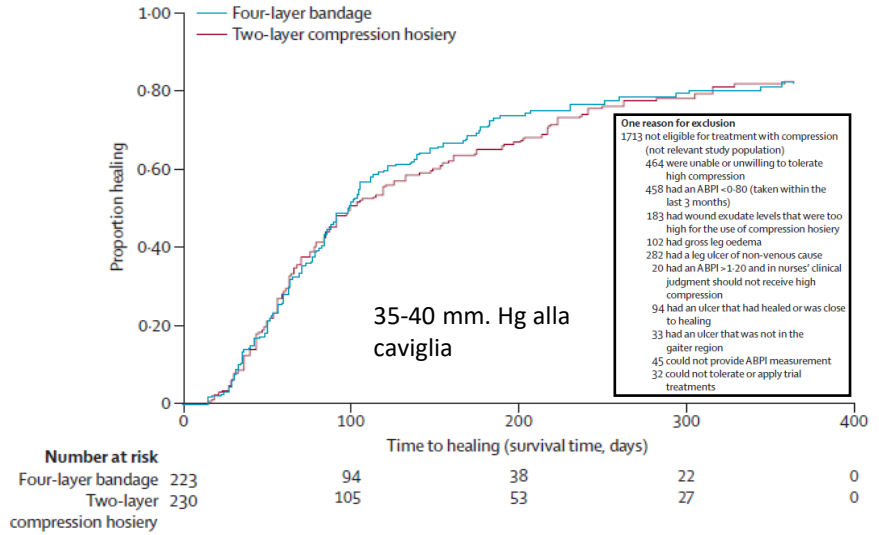
CLINICAL PRACTICE GUIDELINE DOCUMENT

Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs☆
Eur J Vasc Endovasc Surg (2022) 63, 184–267

Recommendation 71			New
For patients with active venous leg ulceration, superimposed elastic compression stockings exerting a target pressure up to 40 mmHg at the ankle should be considered for small and recent onset ulcers.			
Class	**Level**	**References**	**ToE**
IIa	B	Jünger *et al.* (2004),[450] Ashby *et al.* (2014)[440]	



- I risultati migliori si hanno con i sistemi che prevedono di indossare due calze elastiche sovrapposte



Randomised controlled trial comparing European standard class 1 to class 2 compression stockings for ulcer recurrence and patient compliance

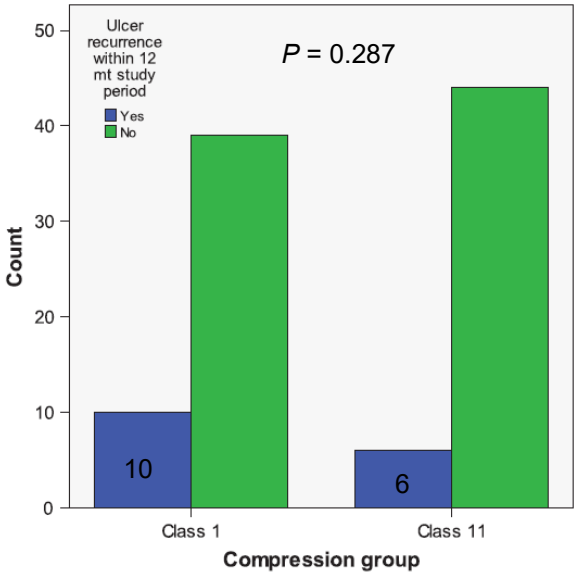
Clarke-Moloney M, Keane N, et al. - Int Wound J 2014;11:404-408.

The difference in compression levels

	British standard	European hosiery
Class 1	14–17 mmHg	18–21 mmHg
Class 2	18–24 mmHg	23–32 mmHg
Class 3	25–35 mmHg	34–46 mmHg

- The ability of the patient to wear the stocking themselves was reported as 67% at 3 months and 73% at 12 months; there was no statistical difference between groups.
- The activities of daily living were not limited in either group by wearing compression hosiery.
- Overall, VAS mean score of patients' experience wearing compression stockings was reported as 7 · 47 at 3 months and 7 · 30 at 12 months; there was no significant difference between groups at each time interval.

In total, 11 (11 · 1%) study patients did not adhere to wearing the prescribed compression hosiery; 7 of these developed a new ulcer within the 12-month period.



The greater percentage of recurrences was among those inlighter compression.

Patients should be offered the highest level of compression hosiery they can comply

Key Messages

- the higher the level of compression the less likely an ulcer recurrence
- patients with both superficial and deep incompetence require the greatest level of compression
- patients wearing compression stockings are significantly less likely to develop a new ulcer than those who do not wear any form of compression ($P = 0.0001$)

The old adage of 'something is better than nothing' is true when it comes to compression hosiery to prevent ulcer recurrence.



Grazie per l'attenzione

Dott. Vittorio Gallo
cell.: 345.9078567 - email: info@vittoriogallo.it