IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
DI NUOVA GENERAZIONE

Evento organizzato in occasione della Giornata Mondiale della Trombosi

Quando inviare al chirurgo i pazienti con malattia venosa cronica

Sintomi, reflusso, recidive e complicanze: una guida pratica

per il medico di medicina generale



Gian Maria Rossi
U.O.C. Chirurgia Generale
Aulss 8 Berica Vicenza

Epidemiologia della malattia venosa cronica

25-33%

Prevalenza

della popolazione adulta presenta malattia venosa cronica in qualche forma

10-15%

Insufficienza venosa

dei pazienti con MVC sviluppa insufficienza venosa cronica clinicamente rilevante

57%

Non trattati

dei pazienti con MVC non riceveva alcun trattamento prima della visita specialistica (VeinHeart Survey, Italia 2025)

Un problema di salute pubblica sottostimato: solo **1 paziente su 5** con MVC consulta un medico (Rabe et al., 2020), e il **57% arriva dallo specialista senza alcun trattamento in corso**. Il riconoscimento precoce da parte del MMG è determinante per ridurre la progressione verso complicanze, contrastare l'eccessiva richiesta di visite specialistice e migliorare la qualità di vita del paziente.



Fattori di Rischio e Progressione della Malattia Venosa Cronica

Fattori Non Modificabili

- Età avanzata
- Sesso femminile (prevalenza 2:1)
- Familiarità (rischio x3 se entrambi i genitori affetti)
- Gravidanze multiple

Fattori Modificabili

- Obesità (**BMI >30** aumenta il rischio del 33%)
- Stazione eretta prolungata (professioni a rischio: chirurghi, insegnanti, commessi)
- Sedentarietà

Il **20-30%** dei pazienti C2-C3 non trattati progredisce verso C4-C6 entro 10 anni (**Labropoulos N et al., J Vasc Surg 2005**).

Identificare i fattori modificabili è il **primo atto preventivo del MMG**: riduce il rischio di progressione e posticipa o evita l'intervento chirurgico.

Consigli utili sulla prevenzione della malattia venosa cronica

1.  Non usare tacchi alti, salvo particolari ma non frequenti situazioni.

2.  Dormire in una posizione di scarico con le gambe più alte del cuore (NB alzare il materasso o la rete, non mettere il piede sopra il cuscino).

3.  Il sovrappeso è un fattore di rischio e va evitato.

4.  Nei limiti del possibile non stare tanto in piedi. Ogni tanto sedersi e distendersi.

5.  È consigliabile fare una passeggiata di almeno mezz'ora al giorno senza mai fermarsi con adeguata elastocompressione.

6.  Nell'arco della settimana svolgere, in due o tre occasioni, un'attività sportiva. Vanno bene nuoto e bicicletta.

7.  Una particolare attenzione va prestata all'arrivo della stagione calda, in particolare quando si registra un'escursione termica.

8.  Per ridurre i rischi della pillola anticoncezionale sulla circolazione venosa, è opportuno associare farmaci flebotropi come i flavonoidi micronizzati ed eseguire esami per trombofilia familiare.

9.  Indossare calze elastiche preventive soprattutto quando si staziona a lungo seduti o in piedi.

10.  Assumere farmaci flebotropi di provata efficacia clinica nei tempi e modi prescritti dallo specialista (anche di inverno e da iniziare prima dell'arrivo del caldo).

Fonte: www.collegioitalianodiflebologia.it

Classificazione CEAP: il linguaggio comune

La classificazione CEAP è lo strumento condiviso tra MMG e chirurgo. Permette di comunicare in modo preciso lo stadio di malattia e orientare la decisione di invio. **La classificazione è stata aggiornata nel 2020 (Lurie et al.) con l'introduzione della sottoclasse C4c.**

Usare sempre la classe C nella lettera di invio: facilita l'identificazione corretta per identificare la priorità della visita.

⚠ **C4c (corona phlebectatica)** è il nuovo marcatore introdotto nel 2020: la sua presenza richiede invio prioritario anche in assenza di ulcera.



C0 – C1

Nessun segno visibile o teleangectasie. Gestione in medicina generale, no invio.

C2 – C3

Varici evidenti, edema. **Candidati a valutazione chirurgica programmata.**

C4a

Iperpigmentazione o eczema varicoso. **Invio programmato.**

C4b

Lipodermatosclerosi o atrofia bianca. **Invio in tempi brevi** (rischio ulcera elevato).

C4c

Corona phlebectatica (venule plantari dilatate). **Invio in tempi brevi** — marcatore ad alto rischio di progressione verso ulcera (Lurie et al. 2020).

Corona phlebectatica: venule dilatate alla caviglia (C4c, CEAP 2020)

C5 – C6

Ulcere cicatrizzate (C5) o aperte (C6). **Invio in tempi brevi.**

(ambulatorio angiologia)

Sintomi da non sottovalutare e inquadrare



Dolore e pesantezza persistenti

Crampi notturni ricorrenti, senso di peso agli arti inferiori che non migliora con il riposo o le misure posturali.



Edema progressivo

Edema non responsivo alla compressione elastica dopo 4-6 settimane di uso corretto. Segno di progressione di malattia.



Impatto funzionale

Sintomi che limitano le attività quotidiane, la capacità lavorativa o il sonno.

Diagnosi Differenziale: Non tutto l'edema è venoso

Prima di un invio flebologico, il Medico di Medicina Generale deve escludere altre cause comuni di edema e pesantezza agli arti inferiori. Una diagnosi accurata è cruciale per indirizzare il paziente allo specialista corretto.

Linfedema

Edema duro, non improntabile, distribuzione distale (dorso del piede). Segno di Stemmer positivo (impossibilità di sollevare la plica cutanea al II dito del piede) — assente nella MVC pura. Assenza di reflusso venoso all'eco-Doppler.

Insufficienza Cardiaca

Edema bilaterale, declive, spesso associato a dispnea, ortopnea e storia cardiologica.

Insufficienza Renale

Edema bilaterale molle, accompagnato da proteinuria o ipoalbuminemia, indicativo di patologia renale.

Ipotiroidismo

Si manifesta con mixedema, cute secca e astenia. Conferma tramite livelli elevati di TSH.

Farmaci

Comuni responsabili: calcio-antagonisti (amlodipina), corticosteroidi e FANS. Causa frequente e reversibile.

Lipedema

Distribuzione simmetrica bilaterale con risparmio del piede (segno di Stemmer negativo — distingue dal linfedema). Dolore sproporzionato alla palpazione. Prevalente nel sesso femminile. Non risponde alla compressione standard.

La diagnosi differenziale orienta l'invio corretto (flebologico, cardiologico o linfologico), ottimizzando il percorso del paziente.

Il reflusso venoso: quando è patologico?



L’ecocolodoppler è l'esame di riferimento per documentare il reflusso venoso. La soglia diagnostica internazionalmente accettata è **reflusso > 0,5 secondi** alla manovra di compressione-decompressione.

Sedi da valutare

Safena interna (GSV), safena esterna (SSV), vene perforanti incompetenti: ciascuna può essere fonte indipendente di reflusso sintomatico.

Reflusso isolato ≠ chirurgia

Il reflusso documentato senza sintomi clinici significativi non costituisce da solo indicazione all'intervento: la decisione è sempre clinico-strumentale integrata.

Il Ruolo Cruciale dell’Ecocolodoppler nell'Invio Chirurgico

L'Eco-Doppler venoso degli arti inferiori è un esame **obbligatorio e propedeutico** a qualsiasi decisione di invio chirurgico, come raccomandato dalle linee guida ESVS 2022.

Cosa documenta:

- Sede ed estensione del reflusso (safena interna/esterna, vene perforanti).
- Diametro della vena safena: un diametro **> 6mm** alla coscia è un indicatore di insuff. venosa.
- Presenza di trombosi venosa profonda concomitante, essenziale per la sicurezza e la strategia terapeutica.

Il **Medico di Medicina Generale** (MMG) ha la facoltà di prescrivere direttamente questo esame, snellendo il percorso del paziente e evitando passaggi intermedi dallo specialista.

Come compilare la richiesta:

Per un'indagine diagnostica mirata, è fondamentale specificare nella richiesta i dettagli clinici rilevanti. Questo aiuta l'ecografista a focalizzare l'esame.

Testo per la richiesta Eco-Doppler:

"Eco-Doppler venoso arti inferiori per studio reflusso superficiale e profondo, in paziente con varici sintomatiche / edema progressivo / sospetta insufficienza venosa cronica."



Criteri di invio per reflusso venoso

1

Reflusso + sintomi

Reflusso documentato associato a sintomi clinici significativi: indicazione principale all'invio chirurgico programmato.

2

Varici sintomatiche C2-C3

Varici evidenti con reflusso confermato all'ecocolordoppler: candidati alla valutazione per trattamento ablativo.

3

Giovani con progressione

Pazienti under 50 con sintomi progressivi: prevenire il deterioramento verso C4-C6 giustifica l'invio precoce.

4

Fallimento conservativo

Persistenza dei sintomi dopo 3-6 mesi di compressione elastica corretta: il mancato miglioramento è un’indicazione di invio.



Terapia conservativa: primo step obbligatorio

Indicata nei pazienti **C1-C2 sino C3 sintomatici senza reflusso documentato**.

1 Compressione elastica

Calze a compressione di classe I-II (23-32 mmHg) indossate quotidianamente in modo adeguato. Elemento cardine della terapia conservativa. *(ESVS Clinical Practice Guidelines 2022, Eur J Vasc Endovasc Surg 2022;63:184–267, Raccomandazione Grado 1B)*

2 Misure igienico-comportamentali

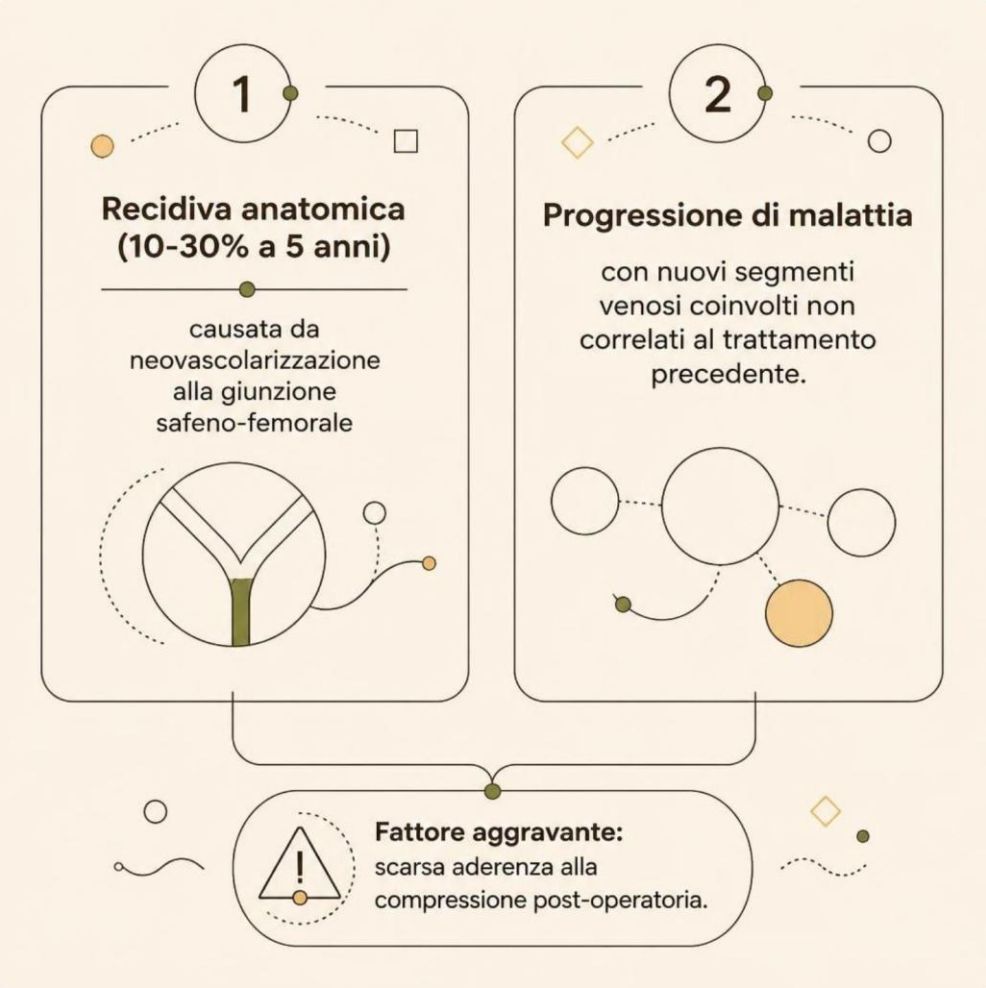
Elevazione degli arti la sera, attività fisica regolare (camminata, nuoto), perdita di peso, evitare posizioni di stasi prolungata, utilizzo di flebotropi secondo corretta posologia.



3 Rivalutazione e decisione

In presenza di **reflusso documentato + varici sintomatiche**: l'invio non richiede attesa del fallimento conservativo *(ESVS 2022, Grado 1B)*.

Recidive post-trattamento: cause e gestione



Come distinguere le due cause

La rivalutazione ecocolordoppler post-trattamento è indispensabile: consente di distinguere la **neovascolarizzazione alla giunzione** (recidiva vera, 10-30% a 5 anni) *(Perrin M et al., Eur J Vasc Endovasc Surg 2006;32:230–6; van Rij AM et al., J Vasc Surg 2003;38:935–43)* dalla **progressione su altri segmenti** non trattati.

La scarsa aderenza alla compressione elastica nel periodo post-operatorio è il fattore modificabile più rilevante nella prevenzione delle recidive precoci *(Raju S, Neglén P. N Engl J Med 2009;360:2319–27)*. Il MMG ha un ruolo chiave nel monitoraggio dell'aderenza.

Chiedere sempre al paziente post-operato se indossa le calze: è la domanda più utile nella gestione del follow-up.

Complicanze acute: quando inviare tempestivamente

Trombosi venosa superficiale

Invio urgente se il trombo supera i **5 cm di lunghezza** o è localizzato entro 3 cm dalla giunzione safeno-femorale: rischio di propagazione al sistema profondo.

Emorragia varicosa

Compressione immediata e posizione supina con arto elevato. Invio urgente al Pronto Soccorso o al chirurgo se rischio di perdita ematica significative (utilizzo di anticoagulanti, scarsa risposta alla compressione).

Complicanze cutanee infettive

Cellulite, dermatite da stasi con sovrainfezione, ulcere venose infette: richiedono valutazione dermatologica/infettivologica/vulnologica per determinare diagnosi e terapia corretta integrata con la gestione della ferita (ambulatorio angiologico).

Nelle complicanze acute non attendere il fallimento della terapia conservativa: l'invio tempestivo previene la morbilità e riduce i costi di gestione.

Complicanze Croniche: quando inviare il paziente

Le complicanze croniche della malattia venosa cronica (CVC) richiedono un approccio diagnostico e terapeutico specifico. Il Medico di Medicina Generale (MMG) ha un ruolo chiave nel riconoscere i segni e nel programmare l'invio al chirurgo.
(L'invio prioritario corrispone ad una priorità D. Se fallite le prime indicazoni allora B).

Dermatite da stasi / Eczema varicoso (C4a)

Prurito, eritema e essudazione perioculleolare. **Invio programmato** se non risponde a trattamento (elastocompressione, flebotropi e crème per uso topico) entro 4 settimane.

Lipodermatosclerosi (C4b)

Indurimento sottocutaneo progressivo, con aspetto a "bottiglia di champagne" e dolore. **Invio prioritario**, data l'alta probabilità di evoluzione ulcerosa.

Atrofia bianca (C4b)

Placche avascolari biancastre, con fragilità cutanea estrema. **Invio prioritario** per prevenire lo sviluppo di ulcere.

Corona Phlebectatica (C4c)

Venule dilatate alla caviglia o sul dorso del piede, nuovo marcatore CEAP 2020. **Invio prioritario** anche in assenza di ulcera attiva.

Ulcera venosa cicatrizzata (C5)

Alto rischio di recidiva (70%) se il reflusso sottostante non viene trattato (Gohel MS et al., NEJM 2018 - EVRA trial). **Invio prioritario** per prevenzione.

Ulcera venosa aperta (C6)

Lesione cutanea con perdita di sostanza. **Invio prioritario** per gestione multidisciplinare e trattamento del reflusso.



Algoritmo decisionale per il MMG: Quando inviare al chirurgo flebologo

Questo algoritmo guida il Medico di Medicina Generale nella decisione sull'invio del paziente allo specialista, basandosi sulla gravità e sulla tipologia delle complicanze della malattia venosa cronica (MVC).

MONITORAGGIO IN MMG

- C0-C1, asintomatici
- Reflusso isolato senza sintomi
- Buona risposta alla compressione
- Rivalutazione annuale

INVIO PROGRAMMATO (P)

- C2-C3 sintomatici con reflusso documentato
- Pazienti giovani con progressione
- C4a (eczema) non responsivo

INVIO PRIORITARIO (D)

limitare il più possible richeste B e U grazie
ad un f.u. del paziente limitando la progression MVC

- C4b (lipodermatosclerosi, atrofia bianca)
- C4c (corona phlebectatica)
- C5 (ulcera cicatrizzata)
- C6 (ulcera aperta>Amb vulnologico)
- TVS prossimale (entro 3cm dalla giunzione, in progression e > di 5cm)>CMET
- Emorragie varicose (non è necessariamente un'urgenza)
- Cellulite/infezione su varice> dermatologo / infettivologo

La corretta applicazione di questo algoritmo decisionale è fondamentale per ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici e prevenire l'aggravamento della patologia venosa (NB: valido principalmente nel setting ambulatoriale di Vicenza).

Opzioni di Trattamento: Cosa Aspettarsi Dopo l'Invio

Dopo l'invio al chirurgo vascolare, i pazienti possono affrontare diverse opzioni terapeutiche. Conoscere le principali procedure ti aiuterà a rispondere alle loro domande e a contestualizzare il percorso.

01

Safenectomia (Stripping)

Il trattamento storico, oggi riservato a casi selezionati. Richiede anestesia spinale.

02

EVLA (Laser) / Radiofrequenza (RFA)

Il trattamento mini-invasivo di prima scelta per le vene safene. Procedura ambulatoriale con anestesia locale e ripresa immediata. Efficacia a 5 anni superiore al 90%.

03

Scleroterapia con schiuma

Ideale per varici residue, teleangectasie e recidive. È una procedura ambulatoriale che può richiedere multiple sedute.

04

Colla di cianoacrilato / Sistema MOCA ...

Tecniche emergenti che si distinguono per l'assenza di necessità di anestesia tumescente. Offrono nuove prospettive in casi specifici.

Con le moderne tecniche mini-invasive, il paziente può tornare alle sue normali attività lavorative in soli **1-3 giorni**. Menzionare questo aspetto può ridurre significativamente la sua resistenza all'invio specialistico.

Comunicazione MMG → Chirurgo: "Lettera di Invio Efficace"

Una lettera di invio chiara e completa da parte del Medico di Medicina Generale è fondamentale per ottimizzare la triage chirurgica e garantire una gestione efficace del paziente con patologia venosa cronica.

1. **Classe CEAP**
   Indicare la classificazione completa (es. "C3, Ep, As, Pr") se disponibile.

2. **Risultato Eco-Doppler**
   Sede del reflusso, diametro della safena e durata del reflusso (in secondi).

3. **Durata e progressione dei sintomi**
   Specificare da quanti mesi o anni sono presenti i sintomi e la loro evoluzione.

4. **Terapie già tentate e risposta**
   Dettagliare la classe di compressione, la durata d'uso e l'aderenza del paziente.

5. **Comorbidità rilevanti**
   Obesità, mobilità ridotta, uso di anticoagulanti, allergie.

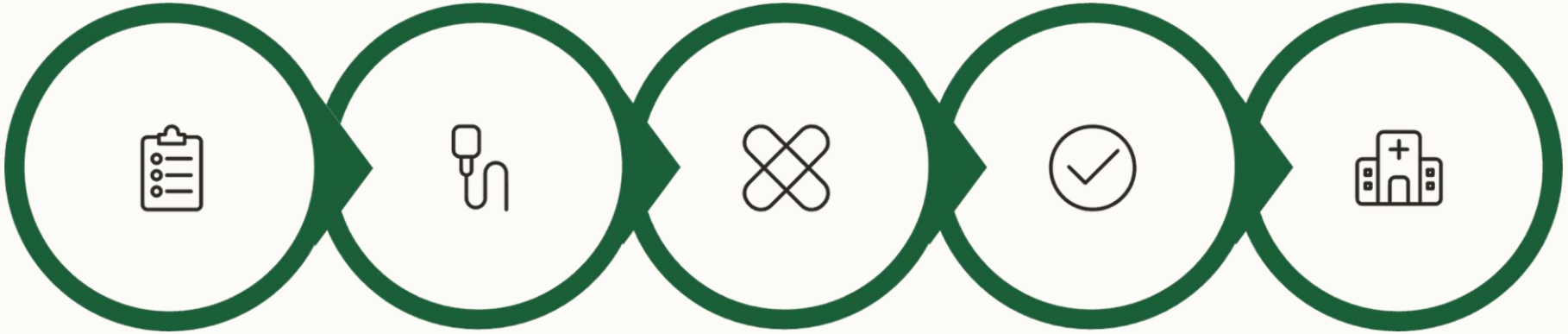
6. **Urgenza suggerita**
   Eventuali aspetti ambientali che rendono il paziente più fragile o non aderente ad alcuna terapia .

Esempio di Lettera Tipo:

«Pz. Rossi, C.E.A.P. C4b. Eco-Doppler: Reflusso GVS prossimale, D. 8mm, durata 2.5s. Sintomi da 2 anni, progressione lipodermatosclerosi. Compressione 2a classe per 6 mesi, scarsa aderenza. Paziente obeso, in TAO»

Cosa NON scrivere: Descrizioni generiche come "varici agli arti inferiori" senza ulteriori dettagli

Messaggi chiave per la pratica quotidiana



Monitoraggio del MMG

C0-C1, asintomatici, reflusso isolato senza impatto funzionale

Invio programmato (P)

C2-C3-C4a sintomatici, fallimento conservativo dopo 3-6 mesi, giovani con progressione

Invio prioritario (D)

C4-C6, TVS prossimale, episodio di emorragia varicosa, ulcere infette, complicanze acute