



Atti della Accademia Lancisiana

Anno Accademico 2023-2024

Vol. 68, n° 3, Luglio - Settembre 2024

Simposio: Il tromboembolismo venoso

19 marzo 2024

La trombosi venosa superficiale

G. Lucchi

Premessa

La trombosi venosa superficiale (TVS) è un processo associante una reazione infiammatoria ed un processo di trombosi, che si manifestano a livello di una vena superficiale. È considerata una complicanza naturale della malattia venosa cronica, può comparire anche su vena sana, rivelando patologie sottostanti. È indispensabile cercare la concomitanza di una trombosi venosa profonda (TVP) o di una embolia polmonare (EP). È una condizione clinica relativamente frequente, a lungo giudicata malattia benigna ed autolimitante, ma di fatto di potenziale gravità.

Epidemiologia

La prevalenza è poco conosciuta. L'incidenza è di 1/1000 pazienti.

Eziopatogenesi

Nella TVS avviene un processo infiammatorio parietale, che si accompagna ad una reazione tissutale perivenosa. L'eziopatogenesi varia a seconda che la TVS sia su vena varicosa o su vena non varicosa (sana). Nel primo caso essa deriva dalla stasi e dall'alterazione della parete venosa. Nel secondo caso è più frequentemente legata ad anomalie della coagulazione o ad altre patologie (infiammatorie, neoplastiche...).

Diagnosi

La diagnosi è clinica e strumentale:

- diagnosi clinica: la TVS si presenta come un segmento venoso indurito, rosso, caldo, infiammato, dolente alla palpazione;
- diagnosi strumentale: avviene principalmente attraverso l'esame EcoColorDoppler che precisa l'estensione del trombo e la distanza rispetto alla crosse, oltre che la presenza di una concomitante TVP o un'estensione al circolo venoso profondo.

Forme cliniche

Esistono diverse forme cliniche (Fig. 1):

- TVS centrifughe o stabili
- TVS centripete
- TVS su perforante
- TVS ascendenti
- TVS piccola safena¹



Fig. 1. Trombosi venosa ascendente su grande safena.



Fig. 2. Trombosi venosa di collaterale anteriore di coscia, estesa alla crosse safeno femorale.

Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale della TVS si pone, essenzialmente, con la dermo ipodermite, l'eritema nodoso, la linfoangite, l'epidermite, gli ematomi e la trombosi venosa profonda.

Fattori di rischio

I fattori di rischio della TVS sono gli stessi della trombosi venosa profonda:

- Età > di 75 anni
- Obesità
- Immobilizzazione prolungata
- Viaggio aereo superiore alle 4 ore
- Traumatismi
- Gravidanza
- Contraccezione orale
- Neoplasie
- Trombofilia
- Malattie infiammatorie

Complicanze

La TVS può avere o meno un'estensione prossimale o distale (progressione del trombo). Può complicarsi o meno con una TVP o con una EP per estensione al circolo venoso profondo. Può recidivare. Le TVS non possono più essere considerate patologie benigne ed autolimitantesi a causa del rischio di MTEV associato. In letteratura, nei pz con TVS confermata, una percentuale variabile tra il 3 e il 65% ha o avrà a corto termine una TVP associata, dal 2 al 13% una EP sintomatica, dal 20 al 33% una EP asintomatica². La TVP può essere concomitante alla TVS. Può essere ipsilaterale o controlaterale. La relazione tra TVS e TVP non si limita alla possibilità di estensione di una TVS safenica al circolo venoso profondo tramite la crosse, infatti la TVS può estendersi oltre che tramite la giunzione safeno femorale o safeno poplitea anche tramite una perforante (Fig. 2).

Fattori predittivi di rischio

Conoscere i fattori predittivi di rischio è utile per determinare il trattamento appropriato nei pazienti con TVS.

- TVS di recente insorgenza
- Severa insufficienza venosa cronica
- Sesso maschile
- Pregressa storia di tromboembolismo

Trombosi venosa superficiale su vena NON varicosa (vena sana)

L'eziopatogenesi e la prognosi sono differenti rispetto alle TVS su vena varicosa. Nel corso degli anni è emerso che nelle TVS su vena varicosa il fattore preponderante è la stasi, per cui non si ritiene necessaria una ricerca causale (tranne casi particolari), mentre le TVS su vena sana, seppur percentualmente inferiori, pongono problemi causali per una aumentata associazione con altre affezioni, fra le quali il ruolo maggiore è svolto dalla trombofilia.

In un nostro studio osservazionale³ condotto su 73 pazienti consecutivi (dal gennaio 2004 a dicembre 2014) con TVS su vena sana, sottoposti a *dépistage* per trombofilia ed anche ad uno screening di base per neoplasie occulte, il 75,6% dei pazienti presentava trombofilia.

Nel 51, 6% dei casi si trattava di mutazione del fattore V Leiden (mutazione della protrombina: 3,3%; mutazione MTHFR: 38,3%; Anticorpi antifosfolipidi: 8,3%; Deficit proteina S: 1,6%; Deficit proteina C: 1,6%; Deficit AT: 0%; Trombofilie associate: 30,4%).

Trattamento

L'obiettivo del trattamento è quello di bloccare l'estensione della TVS, ridurre la flogosi, prevenire le recidive. Esso si effettua principalmente tramite elastocompressione, mobilitazione precoce, terapia anticoagulante, FANS, trombectomia e chirurgia.

- Le linee guida SICVE-SIF 2016⁴ indicano, nei pz con TVS di estensione di almeno 5 cm, l'uso di dosi profilattiche di EBPM per almeno 30 gg o con fondaparinux 2,5 mg/die per 45 gg (CLASSE II a, livello B).
- Si è dimostrata la non inferiorità del RIVAROXABAN, rispetto al Fondaparinux, nel loro trattamento e nella prevenzione di complicanze tromboemboliche, senza associazione a sanguinamenti maggiori. Pertanto Rivaroxaban potrebbe offrire ai pz con TVS un'opzione di trattamento meno gravosa e meno costosa⁵.
- In una recente revisione sistematica della letteratura (17 studi controllati prospettici e randomizzati su trattamento della TVS degli arti inferiori), si è dimostrata la presenza di una variabilità significativa nella pratica quotidiana (FANS, EBPM, Fondaparinux, antiaggreganti, Chirurgia) e nel campo della ricerca clinica, sono necessari altri studi randomizzati per tentare una futura standardizzazione, fino ad allora sembra essere sicuro ed efficace:
 1. Trattamento farmacologico iniziale con fondaparinux o EBPM a dosi intermedie + regolare follow up clinico – strumentale (TRATTAMENTO FAVORITO).
 2. Trattamento chirurgico precoce in casi selezionati con un segmento trombotico breve e lontano dalla giunzione safeno femorale⁶.

Conclusioni

La TVS degli arti inferiori è stata per lungo tempo vista come una patologia benigna, autolimitantesi, che richiedeva solo un trattamento sintomatico. È necessaria la distinzione tra TVS su vena varicosa e vena sana al fine di determinarne l'esatta eziopatogenesi, la prognosi, oltre che per stabilire un approccio terapeutico mirato. Nonostante qualche parziale recente parere discordante, i dati a disposizione ci inducono a concludere che un *dépistage* trombofilico è utile nelle TVS su vena non varicosa per identificare i pazienti nei quali è raccomandabile la profilassi in situazioni a rischio, anche lieve. Le TVS su vena sana sono "a priori" delle TVS secondarie fino a prova contraria. Per il trattamento è bene attenersi alle linee guida, ma anche al buon senso clinico (trombi con estensione < 5 cm, ma in prossimità di perforanti, o trombi in prossimità di crosses). È necessario valutare ogni singolo paziente nella sua complessità e realtà e valutare il rischio/beneficio di uno o dell'altro trattamento. Nella pratica quotidiana bisognerà scegliere, alla luce delle considerazioni sopra elencate, anche le opzioni più facilmente eseguibili al momento della diagnosi, in base ai mezzi ed alle disponibilità.

BIBLIOGRAFIA

1. Bilancini S, Lucchi M. Les thromboses veineuses superficielles sont-elles polymorphes? *Phlebologie* 1999; 52: 41-3.
2. (SFMV) Société Française de Médecine Vasculaire, (CEMV) Collège des enseignants de médecine vasc, (CFPV) Collège Français de Pathologie Vasculaire. *Traité de médecine vasculaire*. Milano: Elsevier Masson, 2011.
3. Lucchi G, Bilancini S, Tucci S, Lucchi M. Superficial vein thrombosis in non-varicose veins of the lower limbs and thrombophilia. *Phlebology* 2018; 33: 278-81.

4. Stillo F, Ebner H, Lanza G, et al. Linee Guida SICVE-SIF. *It J Vasc Endovasc Surg* 2016; 23, Suppl 2: 3-45.
5. Beyer-Westendorf J, Schellong SM, et al. SURPRISE investigators. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. *Lancet Haematol* 2017; 4: e105-e113.
6. Papageorgopoulou C, Nikolakopoulos K, Papageorgopoulou A, Seretis C. Surgical and pharmaceutical treatment of superficial vein thrombosis of the lower limbs: what has changed over the last 5 years? *Pol Przegl Chir* 2022; 95: 1-5.

Dott.ssa Gabriella Lucchi, Centro Studi Malattie Vascolari J. F. Merlen, Frosinone

Per la corrispondenza: gabriella.lucchi@libero.it