

## TROMBOFLEBITI SUPERFICIALI (TFSup)

### Diagnosi

La diagnosi di tromboflebite delle vene superficiali (TFSup) è essenzialmente clinica: infiammazione, indurimento, eritema e dolenzia lungo il decorso anatomico delle vene superficiali rendono questa condizione facilmente riconoscibile.

Lo studio US (CUS) è indicato soprattutto per valutare l'estensione del processo trombotico (che può non coincidere con l'estensione del processo infiammatorio), ma soprattutto per escludere la sua propagazione alle vene del sistema profondo.

L'associazione di TFSup con TVP è stata stimata variare dal 17 al 40%. Per questo viene suggerito uno studio eco-Doppler per valutare bene l'estensione del processo trombotico di una flebite superficiale specialmente se si tratta di una tromboflebite della vena safena magna sopra il ginocchio. Da alcuni viene considerata essenziale la ripetizione dell'esame dopo 7 giorni per la possibile propagazione prossimale, ma non esiste un consenso generale, trattandosi di una valutazione che può essere affidata alla ispezione clinica.

### Terapia

La tromboflebite delle vene superficiali della gamba viene solitamente considerata come una patologia non grave. Sebbene ciò risulti generalmente vero per la trombosi acuta di rami minori, la storia naturale della TFSup coinvolgente il tronco principale della vena grande safena può non essere così benigna. In una percentuale di casi stimata pari al 8,6%, si può avere una propagazione al circolo venoso profondo, ciò che si associa a un significativo rischio di EP.

### TFSup aggettante in vena femorale comune

Una tromboflebite che aggetti anche per pochi mm in vena femorale comune va considerata una TVP e trattata come tale.

### TFSup della grande e piccola safena

In queste condizioni è indicato l'impiego di eparina calcica a dosi terapeutiche (25.000 U/die s.c. in 2 somministrazioni giornaliere, con controllo dell'aPTT dopo 4-6 ore dalla somministrazione, e regolando la dose al fine di mantenere un aPTT ratio tra 1,5 e 2,5 volte il valore di controllo) per 2-4 settimane, o la legatura chirurgica della giunzione safeno-femorale, quando il processo trombotico arriva a 3 cm dalla giunzione safeno-femorale o al terzo superiore di coscia.

Questo concetto può essere esteso anche quando il trombo arriva a 3 cm dalla giunzione safeno-poplitea ed anche alle vene superficiali dell'arto superiore, tutte le volte che il trombo arriva a 3 cm dallo sbocco nel sistema venoso profondo. In queste indicazioni l'eparina calcica può essere sostituita da un trattamento con EBPM a dosi terapeutiche per il trattamento della TVP.

### TFSup in altre sedi

In tutti i casi di interessamento meno esteso, è indicata l'eparina calcica a dosi profilattiche (10.000 U/die s.c. in 2 somministrazioni) per 2 settimane, associata a terapia anti-infiammatoria. Flebotomie e spremiture sono inoltre indicate quando la tromboflebite insorge su gavoccioli varicosi molto grandi e dolorosi (questo intervento può dare immediato sollievo al paziente e prevenire fleboliti dolorosi). Inoltre è molto importante il bendaggio elasto-compressivo. Una volta risolto l'episodio acuto di tromboflebite, si consiglia la flebochirurgia se questo è insorto su vena varicosa.

Di fronte a TFSup ricorrenti, quando non si riscontra una causa scatenante, bisogna escludere la presenza di una trombofilia se il paziente sono giovani (meno di 45 anni) e particolarmente se vi è familiarità per il tromboembolismo venoso, la presenza di neoplasie occulte nei soggetti più anziani.

## Raccomandazioni

- La diagnosi di TFSup è clinica.
- Gli US servono a escludere la propagazione della trombosi alle vene profonde, o l'estensione prossimale lungo la grande e piccola safena.
- La TFSup della grande safena aggettante anche per pochi mm nella femorale comune è da considerare e trattare come TVP.
- La terapia della TFSup si basa sulla eparina calcica s.c. e va modulata in base all'estensione: 10.000 U/die in due somministrazioni per 2 settimane nelle forme distali e poco estese; 25.000 U/die in due somministrazioni per 2-4 settimane, con monitoraggio dell'aPTT, nelle forme con interessamento dei tronchi principali della grande e piccola safena ed in generale quando il processo trombotico arriva a 3 cm dalla confluenza con il sistema venoso profondo. Si raccomanda il bendaggio elasto-compressivo.
- Nel caso di estensione prossimale lungo la grande e piccola safena fino a meno di 3 cm dalle giunzioni con la femorale comune e la poplitea rispettivamente, e nei casi di controindicazione della terapia eparinica trova indicazione la legatura chirurgica.
- In caso di TFSup recidivanti, ricercare trombofilia in soggetti con meno di 45 anni, neoplasia occulta in soggetti anziani.

[www.giancarlostazi.it](http://www.giancarlostazi.it)

Fattori di rischio	paraggio
Scomparse cardiaco/Diagnosi VS	
Iperensione arteriosa	
Età > 75 aa	
Diabete mellito	
Pregressi Ictus/TIA/ tromboembolie	
Patologie cardiovascolari	
Età tra 65-74 anni	
Sexo femminile	

Totale: 0 = basso rischio; 1 = rischio intermedio; 2-3 = alto rischio

### Fattori di rischio maggiori per stroke:

- pregresso Stroke, TIA o tromboembolie
- età > 75 anni
- valvulopatie con FA

### Fattori di rischio non maggiori ma chiaramente rilevanti:

- Scomparse cardiaco ( soprattutto se EF < 40%)
- Iperensione arteriosa
- Diabete mellito
- Sexo femminile
- Età tra 65-74 aa
- Patologie cardiovascolari