

Alcune considerazioni del dott. Marian Simka,
(Specialista in Angiologia presso il Dipartimento di Angiologia,
Private Healthcare Institution SANA, a Pszczyna, in Polonia)

Il dott. Simka al momento è il radiologo interventista che ha eseguito il maggior numero di trattamenti della CCSVI nel mondo

Il nostro scopo diagnostico è di trovare tutte le anomalie venose più significative. Di conseguenza, eseguiamo la Sonografia Doppler e la Risonanza Magnetica Venografica (MRV) come test diagnostici. Teoricamente, non sarebbe necessario eseguire entrambi gli esami, ma in alcuni pazienti sono molto utili (varianti anatomiche, patologie borderline, difetti inoperabili). La venografia doppler e la MRV sono solo test diagnostici, rivelano l'esistenza di una patologia e, nella maggioranza dei casi, dove l'anomalia è situata, però non sono accurati al 100%. La venografia intraoperatoria è più attendibile, ma anche questo test non è perfetto, così è meglio una combinazione di Doppler + MRV + venografia.

Attualmente, stiamo pensando di utilizzare anche la Ultrasonografia Intravenosa, ma questo aumenta i costi, così la usiamo solo in casi selezionati.

Riguardo al trattamento, noi scegliamo quello più efficace e privo di rischi, cosa che di solito non è possibile, dal momento che le due caratteristiche non si incontrano in ogni condizione. L'angioplastica con palloncino ha già dimostrato di essere molto sicura nel breve termine e ancor di più nel lungo termine, ma a volte non è efficace. In alcuni casi non funziona e in altri dà luogo a successive restenosi. L'efficacia a breve termine dello stenting è molto più elevata, ma la sua efficacia a lungo termine (rischio di occlusioni) non è nota. Uno stent occluso può essere aperto, ma non in tutti i casi. Inoltre si conosce una complicazione legata agli stent, chiamata 'migrazione', che esclude il loro utilizzo in alcune varianti anatomiche (almeno utilizzando gli stent attualmente disponibili). E' anche possibile riparare una vena aprendola, ma il rischio e l'efficacia di tali procedure non sono noti. Pertanto, tutte le modalità di trattamento devono essere considerate come sperimentali, con efficacia e sicurezza ancora sconosciute. Il medico cerca sempre di bilanciare rischi e benefici, ma la soluzione migliore non è sempre possibile e non sempre viene scelta. E' importante ricordare che non abbiamo dati sugli effetti a lungo termine né del ballooning, né dello stenting.

Circa l'impatto del trattamento per la CCSVI sul decorso clinico della sclerosi multipla, i nostri dati indicano che le cose sono molto più complicate di quanto si possa sospettare.

1. La CCSVI non è equivalente alla Sclerosi Multipla; molto probabilmente, MS = CCSVI + alcuni altri fattori (probabilmente più di uno).
2. Di conseguenza, trattare la CCSVI non significa eliminare la SM. Dopo il trattamento di angioplastica la maggior parte dei pazienti sperimenta giorni migliori e giorni peggiori (soprattutto in corso di infezioni, stress, ecc...). Inoltre i sintomi di sclerosi multipla si ripresentano anche in caso di restenosi.
3. Il trattamento di CCSVI non garantisce un miglioramento. Alcuni pazienti (non molti, ma ci sono) hanno sperimentato un peggioramento. La maggior parte di questi pazienti presentava vene gravemente stenotiche che non potevano essere sufficientemente trattate con palloncini o stenting; ma ci sono anche alcuni casi in cui l'intervento è stato perfetto. Quindi, qualcuno può migliorare dopo il trattamento (la maggioranza, soprattutto nelle forme recidivanti-remittenti), ma è anche possibile che non vi sia miglioramento o che addirittura vi sia un peggioramento. Un reintervento può migliorare i sintomi in questi ultimi due gruppi, ma non in tutti i casi.
4. Probabilmente il trattamento della CCSVI + la terapia farmacologica migliorerà gli esiti della sclerosi multipla. Cercate di continuare ad assumere i farmaci prescritti dal neurologo, se questi funzionavano prima del trattamento.
5. Molti pazienti che hanno sofferto di un peggioramento transitorio dei sintomi, sono migliorati adottando la 'inclined bed therapy' (n.d.r. dormire con la parte superiore del corpo leggermente inclinata). Potete provare, se non funzionasse almeno sarebbe sicura da rischi al 100%!
6. L'esame Doppler post-operatorio è a volte sconcertante. Nella maggior parte dei pazienti il flusso è ancora patologico appena dopo l'intervento. D'altra parte non eseguiamo l'esame Doppler dopo il trattamento, per non stressare i pazienti. Anche dopo alcuni giorni abbiamo riscontrato anomalie del flusso, soprattutto dopo ballooning. Per queste ragioni noi pensiamo che i pazienti dovrebbero, innanzitutto, valutare i propri sintomi personalmente.

La situazione attuale, in cui i pazienti percorrono centinaia di chilometri per fare il trattamento non è né normale, né sicura. In questo momento il sistema sanitario è poco adeguato e dovrebbe cambiare, specialmente per quanto riguarda la collaborazione con la comunità dei neurologi e con le grandi Università che accedono a fondi pubblici. Il trattamento di angioplastica non è l'unica soluzione, dovrebbe essere integrato da qualcos'altro.

Dr. Marian Simka