

## Concluzii

- Algoritmul de diagnostic al tumorilor pancreatice, ampulare și ale PDM va include obligatoriu testul biochimic al bilirubinei, enzimelor, citolizei hepatice, protrombinei, teste speciale-markerii tumorali, ecografia ca metodă screening, ulterior determină indicațiile metodelor miniinvazive (ERCP, CPTH), iar pentru verificarea rezecabilității tumorale se va include și TC, TC spiralat 3D, RMN în regim standard și dinamic, laparoscopie diagnostică;
- Metodele imagistice contemporane: USG, TC, TC 3D, RMN, permit diagnosticarea eficientă a tumorilor pancreatice, ampulare și ale PDM ceea ce în funcție de stadiu și particularitățile tumorii se va alege și realiza – într-o manieră standardizată procedeul de rezecție sau de tratament paliativ pentru a reduce maximal mortalitatea și morbiditatea;
- Datorită adresării tardive și evoluției rapide a maladiei majoritatea pacienților au tumori nerezecabile în momentul diagnosticării ceea ce conduce la necesitatea aplicării unui tratament paliativ.
- Este necesar obligatoriu tratamentul complementar (chimio-, radio-terapie) care crește supraviețuirea pacienților cu pancreatectomie.

## Bibliografie

1. Angelescu N., „Tratat de chirurgie”, București, 2000;
2. Buligescu L. Tratat de hepatogastrenterologie. Editura AMALTEA, București, 1999;
3. Hotineanu V., Hotineanu A., Cazac A, Bogdan V. et all. Oportunități chirurgicale în tumorile zonei hepatobiliopancreatice. Chirurgia, supl. I, Rezumate, Editura Celsius, 2008;
4. Howard J, Idezukiy, Ihse I., Pprin R. , - *Surgical Diseases of the Pancreas*; eds. Williams & Wilkins 1998:1-668.
5. Miculiț Florin, Vărcuș Flore. Boli chirurgicale ale pancreasului. Patologie și tehnici operatorii. Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2005;
6. Schwatz S., Shiers G.T., Spencer F., Principles of Surgery, New York, 1994;
7. Turlatu Dumitru, „Endoscopie biliopancreatică”, Editura Tehnică, București, 1997;
8. Губергриц Н. Б., «Клиническая панкреатология». ООО «Лебедь», Донецк-2000;
9. Данилов М.И., Федоров В.Д., «Хирургия поджелудочной железы», Москва, Медицина, 1995;
10. Шалимов А.А., «Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение», Москва, Медицина, 2000.

## VALOAREA EXPLORĂRILOR CLINICO-IMAGISTICE ÎN STABILIREA INDICAȚIEI ȘI A VOLUMULUI INTERVENȚIEI CHIRURGICALE LA PACIENȚII CU VARICE A MEMBRELOR INFERIOARE

Eugen Guțu<sup>1</sup>, Dumitru Casian<sup>1</sup>, Vasile Culiuc<sup>1</sup>, Vladimir Ivanov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - Catedra Chirurgie Generală și Semiologie, USMF “Nicolae Testemițanu”

<sup>2</sup> - IMSP CNȘPMU, Chișinău

## Summary

### Value of clinical-imagistic explorations in establishing of indication and volume of surgical intervention in patients with varicose veins of lower limbs

Several noninvasive clinical tests are available for the preoperative evaluation of the patients with varicose veins. Current study analyzes the interobserver variability in interpretation of functional clinical tests as well as their value by comparison with results of duplex scanning.

## Rezumat

Multiple probe clinice noninvazive sunt disponibile pentru evaluarea preoperatorie a pacienților cu varice. Studiul curent analizează variabilitatea interobservatorie a interpretării probelor clinice funcționale, precum și valoarea acestora comparativ cu rezultatele duplex scanării.

### **Actualitatea temei**

Varicele membrelor inferioare reprezintă o veritabilă problemă, îndeosebi pentru populația țărilor vestice [15], fiind identificate actualmente la 20-25% din femeile adulte și 10-15% din bărbați [27]. Deși cunoscută încă din epoca antică, boala varicoasă mai reprezintă și astăzi o patologie cu multiple lacune în explicarea patogenezei, formularea diagnosticului exact și, mai ales, în stabilirea indicației către și aprecierea volumului intervenției chirurgicale. Totuși, odată cu acumularea noilor cunoștințe referitoare la fiziopatologia bolii, numeroase probe clinice funcționale (PCF) au fost propuse în literatura de specialitate cu scop de a facilita diagnosticul și, respectiv, tratamentul pacienților cu această patologie [28]. Ultimul a evoluat esențial recent, la momentul actual tratamentul chirurgical căpătînd viză patogenetică, ceea ce presupune nu afit efectuarea flebectomiilor extinse cu înlăturarea tuturor venelor varicos dilatate, cît lichidarea tuturor punctelor de reflux venos patologic, acestea urmînd a fi identificate preoperator, apelîndu-se la PCF și metodele imagistice moderne de examinare.

Deși bine cunoscute de către medicii specialiști și utilizate, încă pe larg, în practica cotidiană, PCF relevă doar o informație indirectă despre starea funcțională a sistemului venos a extremităților pelviene [13], iar în condițiile apariției noilor explorări paraclinice neinvazive precum ultrasonografia Doppler și duplex scanarea (DS), primele au pierdut din importanță [1], rolul și locul acestora printre metodele de evaluare preoperatorie a bolnavilor cu varice fiind incerte.

### **Obiectivele lucrării**

Studiul curent a fost realizat cu scop de apreciere a valorii PCF în stabilirea indicației și a amplitudinii intervenției chirurgicale la bolnavii cu varice a membrelor inferioare. Un alt obiectiv a fost determinarea variabilității interobservatorii a interpretării rezultatelor PCF și, respectiv, a utilității acestora în cadrul evaluării preoperatorii a pacienților.

### **Material și metode**

Pe parcursul a patru luni (februarie - mai, 2008) în Clinica Chirurgie Generală - Semiologie, la baza IMSP SCM nr.1, a fost desfășurată o cercetare prospectivă, ce a presupus compararea rezultatelor examenului clinic obiectiv al bolnavilor cu varice a membrelor inferioare obținute în urma utilizării PCF cu cele căpătate la DS.

Criteriile de includere în lotul de studiu au fost: (1) prezența venelor superficiale varicos dilatate, ușor decelabile la simpla inspecție, la cel puțin unul din membrele inferioare; (2) lipsa în antecedente a intervențiilor chirurgicale asupra membrului inferior examinat efectuate pentru maladii venoase. Din lotul cercetat au fost excluși: (1) bolnavii cu traumatisme osteoarticulare în antecedente la nivelul extremității purtătoare de varice, ce fuseseră operați sau au suportat imobilizări îndelungate; (2) pacienții după scleroterapia varicelor în antecedente.

Evaluarea clinică a bolnavilor a fost realizată independent de către doi examinatori, aceasta fiind anticipată de un acord de consens între cei doi medici, referitor la metodica similară de efectuare și interpretare a PCF.

Surprinzător, metodica descrisă în diverse manuale sau ghiduri pentru instruirea studenților variază dramatic pentru unele PCF, uneori una și aceeași probă fiind denumită diferit în diverse surse literare, ceea ce, previzibil, conduce spre o confuzie, făcând dificilă atât însușirea corectă a PCF, cît și utilizarea unui limbaj unic de către specialiști. Din acest motiv, înaintea inițierii studiului, am efectuat revista literaturii de specialitate, inclusiv a manuscriselor și publicațiilor cu caracter didactic, autohtone și de peste hotare, relevând tehnica efectuării PCF. Au fost selectate pentru evaluare cele mai frecvent descrise și utilizate în practică PCF, metodica exercitării lor fiind redată în consecutivitatea în care acestea au fost efectuate.

**Proba Hachenbruch** (denumită și proba “de tuse” [4]): Tehnica. Mîna examinatorului se aplică pe locul de revărsare a venei *saphena magna* (VSM) în cea femurală (în regiunea proiecției crosei safeniene), iar bolnavul, aflat în ortostatism, este rugat să tușească [10]. Interpretare. În momentul tusei degetele examinatorului vor percepe un impuls distinct (probă pozitivă), considerat drept indice al insuficienței valvulei ostiale [10]. Mecanismul. În timpul efortului tusic diafragma se contractă, îngustînd lumenul venei cave inferioare și crește subit

presiunea intraabdominală. Valul de reflux venos ce rezultă se transmite prin vena iliacă comună și cea externă spre cea femurală, iar de aici, datorită incompetenței valvulei ostiale, spre trunchiul magistral al VSM [8, 10, 14].

**Proba Schwartz:** *Tehnica.* Examinatorul se plasează de partea membrului inferior cu varice, bolnavul fiind în ortostatism [3]. Palma stângă se așează transversal pe fața antero-internă a coapsei, sub vârful triunghiului femural Scarpa, exercitând o compresiune moderată [3, 5, 11]. Cu degetele mâinii drepte, se percută brusc trunchiul VSM imediat sub crosă [11]. *Interpretare.* O undă pulsatilă retrogradă este simțită de palma stângă (probă pozitivă) dacă există incompetența trunchiului safenian [11, 12, 16]. *Mecanismul.* Unda de percuție se transmite proximal și permite reperarea prin palparea a traiectelor venoase subcutanate invizibile la inspecție; în insuficiența valvulară a venelor superficiale, însă, unda fiind transmisă și în sens distal [1].

**Proba Sicard** (denumită și proba “de tuse” [8]): *Tehnica.* Inspecția sau palparea zonei anatomice de proiecție a crosii VSM în momentul în care bolnavul tușește [3]. Deosebirea de proba Hachenbruch constă doar în faptul că bolnavul se află în decubit dorsal [5, 8, 11]. *Interpretare.* Se observă o bombare sau se percepe fremismul de regurgitare la nivelul crosii în momentul tusei (probă pozitivă) [1, 3, 5, 11, 12, 16]. *Mecanismul.* Umflarea pachetelor venoase, se datorează creșterii presiunii prin efort, unda sangvină propagându-se distal pe traiectul venei în prezența insuficienței ostiale [7, 11].

**Proba Trendelenburg** (denumită și proba Brodie-Trendelenburg-Troianov [5, 6, 7, 8, 11, 14]; proba Troianov-Trendelenburg [9, 10]; proba Brodie-Trendelenburg [16, 28]): *Tehnica.* Pacientul aflat în decubit dorsal ridică membrul inferior examinat la verticală (aproximativ la 45°[5]) și se așteaptă (eventual masând ușor prin mișcări de netezire dinspre plantă spre regiunea inghinală [6]) golirea și colabarea venelor superficiale [1]. Se aplică un garou elastic în treimea superioară a coapsei suficient pentru a comprima VSM nu însă și vena femurală [6, 28], sau examinatorul comprimă cu degetele crosa VSM (în ultimul caz proba mai e denumită și micro-Trendelenburg [3]) [1]. Menținând compresiunea, bolnavul este trecut în ortostatism și se apreciază oportun (timp de 20-30 sec [10]), prin inspecție atentă, caracterul umplerii cu sânge a venelor subcutanate [1, 5, 6, 8]. *Interpretare.* Cu garoul pe loc venele superficiale rămân pentru o perioadă de timp colabate [9, 10, 12]. Suprimarea compresiunii digitale sau ridicarea bruscă a garoului poate evidenția umplerea rapidă descendentă a varicelor (probă pozitivă) [1, 3, 7, 16]. *Mecanismul.* Din cauza insuficienței ostiale și axiale a safenei ridicarea garoului va conduce la umplerea bruscă, de sus în jos, a venelor subcutanate, ceea ce dovedește existența refluxului patologic din vena femurală în VSM [5, 11, 12]. Proba se va efectua rapid, deoarece peste 30 sec venele superficiale distale se vor umplea chiar și în prezența compresiunii valvulei ostiale [9] sau incompetenței acesteia [1, 10].

Descrisă original de către autori doar pentru testarea incompetenței joncțiunii safeno-femorale (JSF), pe parcurs numeroase modificări au fost introduse în executarea și interpretarea probei [28]. Astfel, unii autori recomandă ca evaluarea rezultatelor să se efectueze după Bernsten [5, 6], pe lângă rezultatul pozitiv mai existând încă trei posibile [2]. Proba este **negativă** dacă în poziția verticală a bolnavului cu garoul la baza coapsei venele superficiale se umplu rapid (timp de 10-12 sec) cu sânge de jos în sus, iar ridicarea garoului va aduce o umplere suplimentară lentă ne semnificativă [2, 5, 8, 28]. Aceasta sugerează incompetența valvulelor venelor perforante (VP) în prezența unei funcții satisfăcătoare a aparatului valvular al trunchiului VSM [5, 6, 8], deși proba nu permite aprecierea numărului și localizarea VP incompetente [28]. Proba se consideră **dublu pozitivă** atunci când venele superficiale se umplu rapid pînă la ridicarea garoului, iar după lichidarea compresiunii turgescența varicelor continuă să crească, dilatîndu-se și alte vene subcutanate [5, 8, 28]. În acest caz are loc îmbinarea insuficienței valvulelor VP cu cea a VSM [5, 6]. În cazul probei considerată **nulă** venele superficiale se umplu lent (timp de 30 sec) de jos în sus în prezența garoului, gradul și rapiditatea umplerii nefiind influențate de ridicarea acestuia [5, 8, 28]. Acest tablou se observă în cazul unui aparat valvular intact atît al venelor subcutanate cît și al VP [8].

Deoarece noi am apelat la alte PCF pentru identificarea incompetenței sistemului perforant, proba Trendelenburg a fost utilizată în studiul curent numai pentru decelarea incompetenței sistemului superficial, rezultatul fiind interpretat doar ca pozitiv sau negativ, ultimul indicând absența depistării incompetenței trunchiului safenian.

Pentru aprecierea stării funcționale a valvulelor venei *saphena parva* (VSP), pe lângă garoul de la baza coapsei, lăsat pe loc pe întreaga durată a probei (pentru a exclude eventualul reflux prin VSM), a fost aplicat încă unul în treimea superioară a gambei, metoda și evaluarea rezultatelor probei efectuându-se după aceleași principii, descrise mai sus [8].

**Proba celor trei garouri** (denumită și proba Barrow-Cooper [5], Șeinis [10], Barrow-Cooper-Șeinis [9], Ochsner-Mahorner [2, 28]): *Tehnica*. Pacientul aflat în decubit dorsal ridică membrul examinat la verticală, pentru al goli de sânge [3, 7]. Se aplică ulterior trei garouri: primul - la baza coapsei (sub confluența safeno-femurală), al doilea - deasupra genunchiului, iar al treilea - sub genunchi (sub confluența safeno-popliteală) [1, 3, 5, 7, 9, 11, 12]. Garourile nu trebuie să jeneze circulația venoasă profundă [3]. Bolnavul trece în ortostatism, observându-se umplerea varicelor în ariile delimitate de garouri pînă la, iar ulterior și după ridicarea succesivă a acestora, începînd cu cel distal [1]. *Interpretare*. Apariția venelor turgescențe între garouri (într-un interval de timp mai scurt de 30 sec) indică asupra existenței în acest sector a VP incompetente (probă pozitivă) [5, 9, 10, 11, 16]. *Mecanismul*. Datorită existenței VP incompetente într-una din ariile delimitate de garouri, prin aplicarea cărora se exclude eventuala cale de drenaj venos, fluxul sangvin este direcționat dinspre venele profunde spre cele superficiale, ceea ce duce la umplerea varicelor. Pentru executarea probei este nevoie de doar 30 sec, peste acest interval varicele se pot umple cu sânge de la periferie, rezultatul devenind inconcludent [7, 11].

Pentru descoperirea unor eventuale VP incompetente și în alte zone, precum și pentru o localizare mai exactă a acestora garourile pot fi mutate, prin repetarea probelor de cîte ori este nevoie [7, 11].

Ridicarea garoului de sub genunchi permite refluxul prin joncțiunea safenopoplitee (JSP) cînd există insuficiența acesteia, ce e urmat de umplerea retrogradă (de sus în jos) a venelor superficiale din bazinul VSP [7, 16]. Umplerea retrogradă a venelor varicoase, după ridicarea garoului de deasupra genunchiului, semnifică o insuficiență a VP localizate la nivelul coapsei [16]; umplerea retrogradă a varicelor, la ridicarea garoului fixat la baza coapsei, indică o incompetență a valvulei crosei VSM, interpretarea devenind similară cu cea a probei Trendelenburg [2, 3, 11, 12].

**Proba „de marș”** (denumită și proba Delbet [7, 16]; Perthes [1, 2, 3, 28]; Delbet-Mocquot [11]; Delbet-Perthes [6, 8, 9, 10, 14]): *Tehnica*. Pacientului aflat în ortostatism i se aplică un garou sub genunchi [8, 11] sau imediat deasupra genunchiului [1, 5, 6, 7, 12, 16, 28] fără a se jena circulația venoasă profundă, apoi acesta este rugat să meargă [11] sau să fugă pe loc [8] timp de 5-10 min [14]. *Interpretare*. Dacă după marș varicele se golesc și colabează (probă pozitivă) atunci axul venos profund se consideră permeabil [14]; umplerea excesivă și tensionarea venelor superficiale, cu apariția sau intensificarea durerilor în timpul mersului (probă negativă) sugerînd o permeabilitate redusă sau obstrucția venelor profunde [11]. *Mecanismul*. Punerea în funcție a pompei musculare gambiere în timpul mersului va accelera golirea venelor subcutanate în cazul cînd VP sunt permeabile și competente, iar axul profund - liber, varicele datorîndu-se refluxului pe traiectul VSM [6, 11]. Persistența varicelor, fără ca acestea să-și modifice volumul indică existența insuficienței venoasă superficiale în asocieră cu VP incompetente [5, 11, 12]. Obstacolul la nivelul sistemului venos profund va face dificil drenajul venelor subcutanate de sub nivelul aplicării garoului cu accentuarea turgescenței varicelor în timpul mersului.

**Proba compresională** (denumită și proba Pratt-1 [10]; Mayo-Pratt [6, 14]; Perthes [7, 11]): *Tehnica*. Bolnavul aflat în decubit dorsal elevează membrul inferior pentru al goli de sânge, ulterior la baza coapsei se aplică un garou care să nu stingherească însă circulația venoasă profundă. Examinatorul aplică un bandaj elastic compresiv de la nivelul degetelor piciorului pînă

în 1/3 medie a coapsei și bolnavul e rugat să meargă timp de 10-30 min [5, 6, 11, 12, 28], urmărindu-se acuzele acestuia [7]. Interpretare. Dacă bandajul elastic este bine tolerat în timpul mersului (probă pozitivă) venele profunde se consideră permeabile [7]. Mecanismul. Dacă axul venos profund este liber și VP - permeabile, bandajul elastic favorizează circulația de întoarcere, bolnavul tolerând marșul fără a prezenta acuze deosebite [7]. Când este o tromboză profundă și dilatațiile venoase superficiale sunt secundare, bolnavul cere după 10-15 min să i se ridice bandajul [7].

**Proba Pratt-2** (denumită și proba Pratt [3, 6, 8, 14]): Tehnica. Bolnavului în decubit dorsal cu venele varicoase golite i se aplică un bandaj elastic compresiv de la nivelul degetelor piciorului pînă în 1/3 medie a coapsei [3]. La acest nivel se aplică un garou care să nu comprime circulația venoasă profundă, bolnavul fiind invitat să se ridice în ortostatism [1, 3, 10]. Se desfășoară bandajul elastic compresiv de sus în jos, aplicîndu-se un al doilea bandaj în sens opus, lăsînd între acestea un spațiu de 5-6 cm [6, 8, 14]. Se vor inspecta cu atenție venele superficiale. Interpretare. Apariția de vene varicoase pline în spațiul delimitat de bandaje (probă pozitivă) indică existența VP incompetente la acest nivel [3]. Mecanismul. VP incompetente permit un flux retrograd dinspre sistemul profund spre cel superficial, astfel observîndu-se turgescența venelor superficiale ce comunică cu VP incompetente din sectorul desgolit.

**Proba Taliman:** Tehnica. După elevarea membrului inferior examinat, bolnavului aflat în poziție orizontală i se aplică un garou venos la baza coapsei pentru a suprima doar circuitul superficial. Ulterior un tub moale de cauciuc cu o lungime de aproximativ 2-3 m, se aplică pe membrul inferior de jos în sus (de la nivelul plantei pînă în treimea superioară a coapsei), în formă de spirală cu o distanță între spire de 5-6 cm [10], după ce pacientul trece în ortostatism, observîndu-se venele superficiale în spațiile dintre spire. Interpretare. Turgescența varicelor pe unul din sectoare (probă pozitivă) indică prezența VP incompetente în acea zonă delimitată de spirele tubului de cauciuc. Mecanismul este similar cu cel din proba Pratt-2.

Probele de identificare a VP incompetente prevăd marcarea presupusei localizări a perforanțelor, pentru eventuala lor abordare chirurgicală ulterioară. Satisfăcînd condițiile unui studiu orb, cei doi examinatori, nu au marcat, însă, pe piele proiecția VP incompetente, localizarea acestora fiind recunoscută ulterior și comparată cu cea determinată la DS, avînd drept reper distanța VP incompetentă - sol, fiind notată, deasemenea, și pe ce suprafață a coapsei sau a gambei și în care treime a acestora se află presupusa VP incompetentă identificată clinic.

Evaluarea paraclinică a constat în efectuarea DS de către un ecografist experimentat în examinarea imagistică a sistemului venos profund, perforant și superficial al membrului inferior, neinformată în prealabil despre concluziile examenului clinic. DS a fost realizată cu ajutorul ecografului Aloka SSD 680EX, utilizînd sonda de 5 Mh. Examenul s-a efectuat în poziția ortostatică a bolnavului, sprijinit pe un suport special, cu membrul inferior examinat ușor flectat în articulația genunchiului. Refluxul venos a fost provocat prin proba Valsalva și cea de compresie la nivelul gambei, realizată distal de locul amplasării sondei. Drept patologic a fost considerat refluxul venos ce depășea 0.5 sec. Toate VP incompetente depistate ecografic au fost marcate pe piele cu un marker. Protocolul DS a inclus, de asemenea, și datele referitoare la extinderea refluxului și prezența venelor comunicante incompetente.

Rezultatele PCF și cele obținute la DS au fost comparate, determinîndu-se sensibilitatea ( $S_n$ ), specificitatea ( $S_p$ ) și acuratețea ( $A_c$ ) fiecărei din PCF, pentru calcularea acestor indici fiind analizate doar cazurile în care a fost observată concordanța ( $C_n$ ) rezultatelor clinice între cei doi examinatori. Variabilitatea interindividuală a interpretării PCF a fost exprimată prin coeficientul de corelație Kappa ( $\kappa$ ), reproductibilitatea probelor fiind evaluată după Landis și Koch ca absentă ( $\kappa < 0$ ); joasă ( $0 \leq \kappa < 0.19$ ); mediocră ( $0.2 \leq \kappa < 0.39$ ); medie ( $0.4 \leq \kappa < 0.59$ ); bună ( $0.6 \leq \kappa < 0.79$ ) sau excelentă ( $\kappa \geq 0.8$ ) [29]. Toate rezultatele au fost rotunjite pînă la sutimi.

### **Rezultate și Discuții**

Lotul examinat a fost compus din 40 de pacienți (65 membre inferioare), cu o vîrstă medie de 48.55 (limite extreme, 20 - 73) ani. Raportul femei/bărbați a constituit 28/12. Schimbări trofice a tegumentelor și ale țesuturilor moi a extremităților examinate caracteristice insuficienței

venoase cronice severe (lipodermatoscleroză, ulcer trofic vindecat sau activ) au fost identificate la 18% din bolnavi. Masa corpului a variat de la 58 kg la 160 kg, constituind în medie  $79.58 \pm 2.91$  kg. Valoarea medie a indicelui masei corporale (IMC) a constituit  $28.31 \pm 1.09$  (limite extreme, 20.98 - 59.48)  $\text{kg/m}^2$ .

Acuratețea PCF în raport cu DS, precum și reproductibilitatea inter-examinatorie a interpretării acestora este reflectată în Tabelul 1 (Tab.1).

**Tab.1. Valoarea PCF în cadrul examenului preoperator la pacienții cu varice a membrelor inferioare**

<i>Proba clinică</i>	<i>Cn</i>	$\kappa$	<i>Sn</i>	<i>Sp</i>	<i>Ac</i>
tusei (Hachenbruch)	0.63	0.27	0.72	0.67	0.71
Schwartz	0.63	0.21	0.41	0.93	0.59
Sicard	0.71	0.38	0.69	0.29	0.57
Trendelenburg (VSM <sup>a</sup> )	0.75	0.45	0.88	0.67	0.82
Trendelenburg (VSP <sup>b</sup> )	0.95	0.74	0.29	0.94	0.86
cu trei garouri (C)	0.98	0.95	0.38	0.82	0.76
cu trei garouri (G)	0.92	0.81	0.72	0.56	0.69
de marș (Delbet)	0.77	0.32	0.91	1	0.91
compresională (Perthes)	0.95	0.79	0.89	0	0.87
Pratt-2 (C)	1	1	0.5	0.75	0.72
Pratt-2 (G)	0.97	0.92	0.78	0.56	0.74
Taliman (C)	0.98	0.96	0.63	0.76	0.75
Taliman (G)	0.95	0.87	0.81	0.56	0.77

*Cn* - concordanța rezultatelor între cei doi examinatori;  $\kappa$  - coeficientul Kappa; *Sn* - sensibilitatea; *Sp* - specificitatea; *Ac* - acuratețea; VSM<sup>a</sup> - probă efectuată pentru evaluarea venei *saphena magna*; VSP<sup>b</sup> - probă efectuată pentru evaluarea venei *saphena parva*; C - evaluare la nivelul coapsei; G - evaluare la nivelul gambei.

Tradițional, efectuarea PCF este considerată obligatorie în timpul examinării bolnavilor cu dilatări varicoase a membrelor inferioare [8]. Însă acestea nu oferă în toate cazurile o informație suficient de clară despre starea sistemului venos profund și nu permit luarea unei decizii referitor la posibilitatea tratamentului chirurgical [8]. Franzeck *et al.* semnaleză că *Ac* examinării clinice în diagnosticarea incompetenței venoase este foarte redusă [15]. Din cauza variațiilor anatomice a sistemului venos multiple investigații pot fi necesare pentru a localiza sursa de reflux [15].

Există situații când PCF nu sunt practicabile sau nu sunt concludente, ca în cazul marilor obezi, când varicele sunt abia vizibile [12]. IMC excesiv poate explica reproductibilitatea mediocră a PCF ce testează competența JSF și a trunchiului safenian (proba tusei, proba Schwartz) obținută în cercetarea curentă.

Astfel, în studiul nostru cea mai înaltă *Ac* (0.91) a prezentat-o proba de marș. Însă, în opinia unor autori [28], această PCF relevă doar obstrucția sistemului venos profund de la nivelul garoului. Dacă nivelul obstrucției venoase este proximal sau distal de nivelul aplicării garoului, poate fi obținut un rezultat fals [28], datorită fluxului de ocolire a obstacolului prin intermediul VP localizate superior și inferior de nivelul obstrucției. Deși are o *Sn* și *Sp* înaltă, proba de marș posedă o *Cn* mediocră, ceea ce se poate explica prin dependența rezultatului de gradul de compresie la nivelul garoului, existând posibilitatea comprimării inadecvate a sistemului venos superficial sau, invers, compresia și a sistemului profund cu provocarea discomfortului sau durerii în timpul mersului. În același timp, rezultatul negativ nu întotdeauna indică impermeabilitatea sistemului profund și poate depinde de executarea inexactă a probei, de prezența sub garou a VP incompetente, de sclerozarea manifestă a venelor superficiale care împiedică colabarea peretelui vascular [10]. În plus, nu este posibilă diferențierea certă dintre ocluzia completă și cea parțială a sistemului profund doar pe baza probei de marș.

Proba compresională este recomandată ca o metodă adițională pentru a determina competența sistemului venos profund [28], aceasta, spre deosebire de proba de marș, detectând obstrucția la orice nivel al sistemului profund, dar nu pare practicabilă pentru că: (1) necesită un timp îndelungat de efectuare și (2) este dificilă aplicarea unui bandaj compresiv de un anumit grad al compresiei propriu pentru fiecare bolnav [28], existând mereu riscul comprimării excesive a sistemului profund cu obținerea unui rezultat fals negativ.

Proba Trendelenburg are o *Ac* notabilă în diagnosticarea varicelor primare, însă rezultatul negativ nu exclude existența refluxului superficial, îndeosebi în bazinul VSP [13], *Sn* identificării incompetenței la acest nivel fiind redusă (doar 0.29 în studiul curent). Hoffmann *et al.* raportează că valoarea medie a variabilității inter-observatorii a probei Trendelenburg în determinarea incompetenței VSM și VSP exprimată în Kappa, determinată independent de trei examinatori a fost 0.39 și 0.42, respectiv [15]. Deși reproductibilitatea probei în situațiile menționate în studiul nostru a fost mai bună (0.45 și 0.74, respectiv) *Sn* acesteia la nivelul VSP s-a dovedit a fi joasă.

Rezultatele nesatisfăcătoare oferite de către PCF utilizate izolat, au stimulat asocierea la evaluarea clinică a Doppler-ului "de buzunar" (*hand-held Doppler*, HHD) [17]. Astfel, Kim *et al.* într-un studiu prospectiv comparativ orb, determinând *Ac* PCF comparativ cu DS, utilizată ca *gold standard* [19], concluzionează că PCF are o *Ac* scăzută față de HHD, recomandând revizuirea cursurilor și manuscriselor clinice pentru a substitui PCF cu instrucțiunea cum trebuie utilizat HHD în examinarea clinică a bolnavilor cu varice [17]. Totuși, Mercer *et al.* a examinat bolnavii cu varice primare utilizând HHD, având drept scop identificarea refluxului venos patologic la nivelul JSF, JSP și a VP de pe coapsă [20]. Rezultatele au fost comparate ulterior cu cele obținute la DS [20]. *Sn* tehnicii HHD a fost 0.73 la nivelul JSF, 0.77 la nivelul JSP și 0.51 la nivelul VP de pe coapsă [20]. Astfel, autorii concluzionează că la pacienții cu varice primare programarea volumului intervenției chirurgicale utilizând doar HHD ar fi omis în 24% cazuri punctele de reflux, HHD nefiind suficient de precis pentru a programa intervenția chirurgicală pentru varice, DS fiind recomandată înaintea tuturor operațiilor pentru varice [20].

PCF ce urmăresc identificarea VP incompetente, deși au arătat o reproductibilitate excelentă (între 0.81 și 0.96), totuși nu indică decât aproximativ localizarea perforanțelor. Mai mult ca atât, deseori drept VP incompetente au fost considerate unele ramuri comunicante. Însă identificarea incompetenței VP e importantă, după cum remarcă și Labropoulos *et al.* [15], altfel persistă riscul unei operații incomplete și, implicit, al recurenței. PCF nu permit stabilirea exactă a localizării și numărului de VP incompetente, în acest sens DS fiind metoda preferabilă de localizare a acestora, cu marcajul proiecției lor la piele, ceea ce permite reperarea ulterioară exactă în timpul operației.

Blomgren *et al.* au efectuat un studiu randomizat, comparând rezultatele la distanță la pacienții operați pentru varice primare care au fost examinați preoperator cu ajutorul DS și la cei neexaminați preoperator [25]. Interesant, că în 26.5% cazuri DS a sugerat un program operator diferit față de cel stabilit după examinarea clinică [25]. La termenul de doi ani postoperator reintervenția a fost necesară în 1.4% cazuri la cei operați primar după duplex evaluare și în 9.5% - la cei operați primar fără evaluare duplex preoperatorie ( $p=0.002$ ) [25].

Rezultatele obținute în cadrul studiului curent, precum și datele literaturii de specialitate sugerează faptul că PCF, utilizate în complexitate, rămân utile în majoritatea cazurilor pentru evaluarea competenței sistemului superficial și excluderea prezumtivă a obstrucției la nivelul axului venos profund. În același timp, conform rezultatelor DS au fost înregistrate o serie de situații particulare, omise la examenul clinic. Astfel, refluxul patologic prin trunchiul VSM limitat doar la nivelul coapsei a fost constatat în 36/65 cazuri, limitele extinderii nefiind apreciate prin PCF.

Astfel, PCF oferă o informație incertă asupra stării sistemului venos al extremităților distale, având mai degrabă o valoare diagnostică orientativă. DS preoperatorie de rutină este necesară în fiecare caz, chiar și în evoluția aparent necomplicată a maladei varicoase, dacă se

intenționează stabilirea volumul adecvat al intervenției chirurgicale și reducerea recurenței la distanță.

### **Bibliografie**

1. Jecu A. *Bolile venoase în Tratat de patologie chirurgicală* sub redacția N.Angelescu, București 2003, Editura Medicală, vol.2, p.2224-36.
2. Green RM, Ouriel K. *Varicele venoase în Schwartz Sh. Principiile chirurgiei*. București 2007, Editura Teora, vol. 1, p.1025-7.
3. Ivan V, Ivan C. *Varicele membrelor inferioare – terapie chirurgicală*. Timișoara 2004, Editura Brumar, p.66-8.
4. Bhasin N, Scott DJA. How should a candidate assess varicose veins in the MRCS clinical examination? A vascular viewpoint. *Ann R Coll Surg Engl* 2006; 88: 309-312.
5. Mucuță S. *Boala varicoasă în Chirurgie* sub redacția Spânu A, “Tipografia Centrală”, Chișinău 2001, p.293-300.
6. Новиков Ю.В., Вилянсий М.П., Проценко Н.В., Миначенко В.К. Неотложная ангиохирургическая помощь, БПВ, Москва, Издательство «Медицина» 1984, стр.31.
7. Constantinescu M. *Chirurgie*. Editura Didactică și Pedagogică R.A.- București, p.128-130.
8. Кохан Е.П., Заварина И.К. Избранные лекции по ангиологии. Москва, «Наука» 2000, стр.295-7.
9. Напалков П.Н., Смирнов А.В., Шрайбер М.Г. Хирургические болезни. Издание третье, дополненное и переработанное. Ленинград, «Медицина», Ленинградское отделение 1976, стр.207-8.
10. Хирургические болезни. Москва, «Медицина» 1986, под редакцией М.И.Кузина, стр.233-236.
11. Palade R. *Boala varicoasă în Chirurgie generală* sub redacția Angelescu N, Andronescu PD. București 2000, Editura Medicală, p.132-141.
12. Proca E. *Tratat de patologie chirurgicală*, Vol. V, partea a II-a, București, Editura Medicală, 1994, p.363-6.
13. Ghidirim Gh, Guțu E, Rojnoveanu Gh. *Surgical pathology*, Chisinau 2006, *Medicina*, p.212-4.
14. Cicală E. *Semiologie chirurgicală*. Chișinău 1999, p.207-11.
15. Hoffmann WH, Toonder IM, Wittens CHA. Value of the Trendelenburg tourniquet test in the assessment of primary varicose veins. *Phlebology* 2004; 19: 77-80.
16. Nemeș R, Rotaru A. *Boala varicoasă în Ghelase F, Georgescu I, Nemeș R. Chirurgie generală*. București 1999, Editura Didactică și Pedagogică R.A., p.727-8.
17. Kim J, Richards S, Kent PJ. Clinical examination of varicose veins - a validation study. *Ann R Coll Surg Engl* 2000; 82(3): 171-5.
18. Vrouenraets BC, Keeman JN. Physical examination - tourniquet tests for varicose veins. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144(26): 1267-72.
19. Posnett H, Derodra J. Diagnostic devices in the undergraduate curriculum. *JRSM* 2004; 97: 310.
20. Mercer KG, Scott DJ, Berridge DC. Preoperative duplex imaging is required before all operations for primary varicose veins. *Br J Surg* 1998; 85(11): 1495-7.
21. McIrvine AJ, Corbett CR, Aston NO *et al*. The demonstration of saphenofemoral incompetence; doppler ultrasound compared with standard clinical tests. *Br J Surg* 1984; 71(7): 509-10.
22. Campbell WB, Niblett PG, Ridler BM, Peters AS, Thompson JF. Hand-held Doppler as a screening test in primary varicose veins. *Br J Surg* 1997; 84(11): 1541-3.
23. Campbell WB, Halim AS, Aertssen A, Ridler BM, Thompson JF, Niblett PG. The place of duplex scanning for varicose veins and common venous problems. *Ann R Coll Surg Engl* 1996; 78 (6): 490-3.
24. Georgiev M. The preoperative duplex examination. *Dermatol Surg* 1998; 24(4): 433-40.



25. Blomgren L, Johansson G, Bergqvist D. Randomized clinical trial of routine preoperative duplex imaging before varicose vein surgery. *Br J Surg* 2005; 92(6): 688-94.
26. Rautio T, Perälä J, Biancari F, Wiik H, Ohtonen P, Haukipuro K, Juvonen T. Accuracy of hand-held Doppler in planning the operation for primary varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002; 24: 450-5.
27. Wolf B, Brittenden J. Surgical treatment of varicose veins. *J R Coll Surg Edinb* 2001; 46: 154-8.
28. Steiner CA, Palmer LH. A simplification of the diagnosis of varicose veins. *Ann Surg* 1948; 127(2): 362-71.
29. Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-174.

## FEOCROMOCITOM EXTRA-ADRENAL – PREZENTAREA CAZULUI CLINIC ȘI REVISTA LITERATURII

Eugen Guțu<sup>1</sup>, Valentin Friptu<sup>2</sup>, Vladimir Vatamanu<sup>3</sup>, Ala Cerbadji<sup>4</sup>

Catedra chirurgie generală-semiologie<sup>1</sup>

Catedra obstetrică și ginecologie<sup>2</sup>

Catedra anatomie patologică<sup>3</sup>

IMSP SCM nr.1<sup>4</sup>

### Summary

#### Extra-adrenal pheochromocytoma – report of a case and review of the literature

In the paper is presented an extremely rare case of giant extra-adrenal pheochromocytoma, located into the small bowel mesentery, complete asymptomatic, diagnosed rather incidental, and benign by its histological structure. The current case was resolved by a potential curative surgical intervention, with subsequent favorable and uneventful postoperative course. A brief review of the literature, concerning to incidence, diagnosis, as well as physiological, clinical, and histopathological features of pheochromocytoma is presented also.

### Rezumat

În articol este prezentată o observație clinică extrem de rară de feocromocitom extra-adrenal gigant, situat în mezoul intestinului subțire, complet asimptomatic, diagnosticat mai mult incidental, benign după structura histologică. Cazul a fost rezolvat prin intervenție chirurgicală potențial curativă, urmată de o evoluție postoperatorie favorabilă și necomplicată. În lucrare, de asemenea, se prezintă o scurtă revistă a literaturii, referitor la incidența, particularitățile patofiziologice, clinice, diagnostice și histopatologice a feocromocitomului.

### Introducere

Feocromocitomul reprezintă o tumoare rară, secretoare de catecolamine, derivată din celulele cromafine. Tumorile, situate în afara glandei adrenale, sunt denumite feocromocitom extra-adrenal sau paragangliom. În general, feocromocitomul poate determina hipertensiune severă și aritmie, ce prezintă pericol pentru viață, din cauza secreției excesive a catecolaminelor. În practica cotidiană epidemiologia feocromocitomului este apreciată de către clinicieni, ca “regula 10” [8]. Această regulă indică, că 10% din feocromocitoame sunt extra-adrenale (din care încă 10% - extra-abdominale), 10% - sunt maligne, 10% - bilaterale, 10% - sunt diagnosticate la pacienții fără hipertensiune arterială și 10% - sunt familiale. Feocromocitomul poate fi întâlnit la pacienți de orice vârstă cu o incidență egală la femei și bărbați. Se consideră, că aproximativ 1-8 (0,0001%-0,0008%) cazuri de feocromocitom sunt diagnosticate la un milion de populație anual [10]. Așadar, feocromocitomul, situat în afara suprarenalelor și care nu este însoțit de semne clinice caracteristice evidente, prezintă un caz extrem de rar și neobișnuit.