

11. Stanczyk, M., Martindale, R.G., & Deveney, C. (2007). 53 Bariatric Surgery Overview. In C.D. Berdanier, E.B. Feldman, J. Dwyer. Handbook of Nutrition and Food. Boca Raton, FL: CRC Press. pp. 915–926.
12. "Complications and Costs for Obesity Surgery Declining". Agency for Healthcare Research and Quality. 29 April 2009. Retrieved 24 August 2011.
13. Choban PS, Flancbaum L. The effect of Roux limb lengths on outcome after Roux-en-Y gastric bypass: a prospective, randomized clinical trial. *Obes Surg.* 2002 Aug;12(4):540-5.
14. Orci L, Chilcott M, Huber O. Short versus long Roux-limb length in Roux-en-Y gastric bypass surgery for the treatment of morbid and super obesity: a systematic review of the literature. *Obes Surg.* 2011 Jun;21(6):797-804. Review.
15. Mathus-Vliegen EM (2008). "Intragastric balloon treatment for obesity: what does it really offer?". *Dig Dis* 26 (1): 40–4.
16. Melissas J, Mouzas J, Filis D, Daskalakis M, Matrella E, Papadakis JA, Sevrisianos N, Charalambides D. The intragastric balloon - smoothing the path to bariatric surgery. *Obes Surg.* 2006 Jul;16(7):897-902.

TIMECTOMIA VIDEOTORACOSCOPICĂ - METODA CHIRURGICALA OPTIMA IN TRATAMENTUL COMPLEX AL MIASTENIEI GRAVIS

Igor Maxim

Catedra Chirurgie FEC MF, USMF „Nicolae Testemitanu”

Summary

Video-assisted thoracic surgery thymectomy – the best surgical method of treatment in myasthenia gravis

From 85 patients with non-tumoral myasthenia gravis 14 patients underwent operation during the first 6 months after the onset of the disease. At 3 years postoperative period estimated rate of complete stable remission was 45.1 % in patients with early intervention versus 21.2% in other patients ($p < 0.05$). The probability to obtain clinical remission is higher as well in patients with early intervention: 64 % versus 30.4 % at 3 follow-up period ($p < 0.05$).

Rezumat

Din 85 pacienți cu miastenia gravis non-tumorală 14 au fost operați în primele 6 luni de la debutul bolii. La 3 ani postoperator rata estimată de remisie completă stabilă a fost de 45,1 % la pacienți operați precoce versus 21,2 % la ceilalți ($p < 0,05$). Posibilitatea obținerii remisiei clinice este de asemenea mai mare la pacienții operați precoce 64 % versus 30,4 % la trei ani postoperator ($p < 0,05$).

Actualitatea

Descrisă pentru prima dată încă în 1672 de Thomas Willis miastenia gravis (MG) rămâne până în prezent o boala enigmatică. Disponând de un volum enorm de date acumulate în ultimul secol privind etiologia, patogenia, manifestările clinice și evoluția acestei patologii medicina contemporană însă nu a realizat un mijloc terapeutic eficace și sigur pentru toate categoriile de pacienți cu MG. Însăși tratamentul chirurgical prin timentomie, care a dovedit să fie cea mai valoroasă metodă de tratament al MG este în mare măsură empiric: mecanismul precis de acțiune a timentomiei este încă neclar și nu este posibil de prezis efectul timentomiei asupra evoluției MG la un pacient concret. Nu se știe la care pacient boala se va autolimita și la care va progresa rapid, când și de ce survin exacerbări și remisii, rămâne neclară patogeneză și posibilitățile de tratament în MG juvenilă. Nu sunt descoperiți markerii serologici sau imunologici care arată eficacitatea tratamentului aplicat, iar semnele clinice regresează încet pe parcursul anilor după

operație. În legătură cu aceste lacune în cunoaștere nu sunt aprobate indicațiile certe pentru tratamentul chirurgical al MG și nu este acceptată o tehnică optimală de operație, care ar combina efectul benefic maximal cu riscuri și complicații operatorii minimale.

Organizația Orhanet a inclus MG în grupul patologiilor rare (acele patologii care afectează mai puțin de 1 persoană la 2000) [1]. Astăzi prevalența ei este estimată la 20 persoane / 100.000 populație (ie 1 persoana la 5000) [2]. Incidența bolii este se raportează în intervalul 2-10 cazuri / milion populație / an în statul Virginia, SUA [3] până la 21 cazuri / milion populație / an la Barcelona, Spania [4]. Numărul cazurilor noi înregistrate anual în Republica Moldova conform datelor INN pe parcursul ultimului deceniu este 4-6 persoane la un milion populație matură. În pofida caracterului cronic MG este o patologie potențial letală, care afectează grav capacitatea de muncă și calitatea vieții pacienților. Treizeci de ani în urmă 30 % din pacienți cu MG decedau din cauza acestei patologii [5]. În prezent datorită implementării metodelor noi de tratament această rată este 3-4 %, factorii principali de risc fiind vârsta > 40 ani, prezența timomului și gradul înalt de severitate a bolii cu perioada scurtă de la debut [6]. Defectul imun care stă la baza bolii, simptomatologia neurologică și posibilitatea de tratament chirurgical au pus MG la hotarul specialităților medicale diferite: imunologia, neurologia și chirurgietoracică. Astfel pentru management corect al pacienților cu MG și rezolvarea problemelor existente în diagnostic și tratament acestor pacienți este necesară o cooperare interdisciplinară strânsă.

Chirurgia videotoracoscopică (VATS) a revoluționat tratamentul MG. Tehnica chirurgicală mini-invazivă utilizată în MG este caracterizată prin morbiditatea și mortalitatea joasă, rezultatele cosmetice bune, gradul mic de traumatism de acces operator și eficiența echivalentă tehnicilor deschise. Datorită acestor calități VATS timentomia a devine tot mai populară la medici specialiști în domeniu și este acceptată mai rapid de pacienți tineri (majoritatea fiind femei). În acest context în prezent se reconsideră indicațiile pentru tratamentul chirurgical al MG: se aplică mai frecvent în formele ușoare și de gravitate medie, la stadiile precoce ale bolii, în MG fără timom, în cazuri cu boli asociate severe, la pacienți pediatrici cu miastenia juvenilă [1, 2, 3].

La momentul actual timentomia este o singură opțiune terapeutică care oferă ameliorare stabilă sau vindecare completă la majoritatea pacienților supuși tratamentului [4]. În pofida lipsei studiilor controlate timentomia la pacienții cu MG cu și fără timom se practică pe larg. Îmbunătățire clinică postoperatorie apare treptat pe parcursul mai multor ani. În același timp efectul timentomiei este greu de deosebit de efectul medicației imunosupresive care în majoritatea cazurilor se utilizează paralel cu tratamentul chirurgical. Totuși într-un studiu controlat demonstrează că pacienții supuși timentomiei ating rata de remisie completă de 34 % și îmbunătățire clinică de 32 % față de respectiv 8 % și 16 % pacienți tratați conservator [4].

O metaanaliza efectuată în 2000 de specialiștii Academiei Americane de Neurologie care aprecia eficiența timentomiei în MG a demonstrat că pacienții cu MG non-timomatoasă care au fost supuși timentomiei au șanse mai mari de a obține remisia stabilă fără medicație, de a deveni asimptomatici sau a beneficia de o îmbunătățire clinică decât pacienții tratați conservativ [5].

Timentomie induce remisia MG nu la toți pacienții operați. Există evidența că eficacitatea timentomiei este mai mare cu cât mai precoce ea este aplicată în evoluția MG [6, 7]. Studiile clinice efectuate cu utilizarea variantelor transsternale de timentomie demonstrează rata mai mare de îmbunătățire clinică la pacienții cu durata scurtă a patologiei (mai puțin de 12-24 luni) [8]. Nu este clar dacă această tendință este caracteristică și pentru VATS timentomie standard. Pentru aprecierea efectului VATS timentomiei în primele luni de la debutul bolii în studiul prezent am insistat la efectuarea operației cât mai precoce a operației după stabilirea diagnosticului de MG. Din 85 cazuri cu MG non-timomatoasă operați în clinica noastră care pot fi supuși analizei statistice 14 (16,47 %) au fost operați în primele 6 luni după debutul bolii. Rezultatele tratamentului în acest lot de pacienți sunt comparate cu acele obținute la ceilalți pacienții cu MG (operați tardiv) și cu datele studiilor chirurgicale publicate de alți cercetători. Pentru realizarea acestor analize studiul este efectuat folosind clasificarea clinică și termenii

propuși de experții Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), care sunt acceptate universal prin convenție.

Obiectivele

1.Evaluarea eficienței clinice și siguranței terapeutice a VATS timectomiei „clasice” în tratamentul pacienților cu MG nontumorală prin analiza ratelor de RSC, RF, schimbării în statutul clinic, morbidității și mortalității. 2.Evaluarea eficienței clinice și siguranței terapeutice a VATS timectomiei „clasice” efectuate precoce în evoluția MG nontumorale(primele 6 luni de la debutul bolii) prin analiza ratelor de RSC, RF, schimbării în statutul clinic, morbidității și mortalității conform recomandărilor MGFA. 3.Compararea rezultatelor tratamentului chirurgical obținute la pacienții din studiu cu datele prezentate de alte centre cu utilizarea diverselor tehnici operatorii (aborudul toracosopic, transsternal sau transcervical).

Material și metode

În perioada octombrie 2003 – martie 2011 au fost realizate în clinică un număr de 121 timectomii toracosopice la pacienții cu MG.

Din acești 121 pacienții retrospectiv în studiul clinic au fost incluse numai cazurile de MG care au corespuns următoarelor criterii: 1.Absenta tumorii timice la examenul histopatologic ; 2.Varsta <70 ani; 3.Examinarea clinica completa efectuata de neurolog care confirma diagnosticul de MG; 4.Administrarea tratamentului medicamentos pre- si perioperator indicat de neurolog in conformitate cu algoritmul de diagnostic si tratament elaborat in comun; 5.Datele complete de observatie postoperatorie timp de cel puțin 12 luni dupa interventie.

În final am analizat datele obținute în urma tratamentului a 85 pacienți cu MG non-timomatoasă. Pentru optimizarea rezultatelor tratamentului chirurgical pacienții au fost îndreptați la intervenție chirurgicală cât mai precoce după debutul bolii. În clinica neurologică a fost stabilit diagnosticul de MG, efectuată evaluare clinică și inițiată terapie medicamentoasă pentru ameliorarea stării pacientului în perioada perioperatorie. Pacienții au fost evaluați după clasificarea MGFA în funcție de puseu de intensitate maximă, scopul terapiei medicamentoase preoperatorii a fost atingerea scorului cantitativ al MG (SCMG) de maxim 10 puncte.

Rezultatele tratamentului obținute în acest lot au fost exprimate în termenii propuși de MGFA: scorul cantitativ al MG și statutul postintervenție. SCMG, care variază în limitele 0-39 puncte, a fost înregistrat la prima adresare, preoperator și apoi reevaluat peste fiecare 6 luni în comun cu neurolog experimentat în examinarea pacienților cu patologii neuromusculare. Rezultatul principal al tratamentului a fost considerată remisia completă stabilă (RCS). Scăderea SCMG cu 3 puncte și mai mult a fost considerată relevantă. Înregistrarea scăderii SCMG cu ≥ 3 puncte la cel puțin două examinări postoperatorii permite a clasa statutul postintervenție a pacientului ca ameliorare

Majoritatea intervențiilor din studiul prezent au fost efectuate prin abord toracosopic stâng. Abordul toracosopic drept a fost aplicat numai la 9 (7,4 %) pacienți la începutul studiului în perioada de familiarizare cu tehnica intervenției.

Durata medie a intervenției în grupul de studiu a constituit 92 min (70-135 min).

Pentru analiza datelor a fost utilizate programele SPSS PASW Statistics ver. 18. Pentru diferite intervale de observație a fost calculată RCS aplicând metoda Kaplan-Meier. Curbele de supraviețuire Kaplan-Meier construite din datele studiului au fost comparate folosind testele log rank (Mantel-Cox), Breslow și Tarone-Ware.

Rezultate

Vârsta pacienților la momentul intervenției în grupul de studiu varia între 18 și 66 ani cu media de $39,41 \pm 13,14$ ani. Repartiția pe sexe a depistat prevalența femeilor cu raportul 1,93 : 1.

Conform clasificării clinice MGFA din totalul de 85 pacienți: 16 (18,82 %) pacienți se aflau în stadiul I, 14 (16,47 %) pacienți se aflau în stadiul IIa, 25 (29,41 %) pacienți se aflau în

stadiul IIb, 13 (15,29 %) pacienți se aflau în stadiul IIIa, 12 (14,12 %) pacienți se aflau în stadiul IIIb, 4 (4,70 %) pacienți se aflau în stadiul IVa, 1 (1,18 %) pacient se afla în stadiu IVb.

Astfel majoritatea pacienților din grupul de studiu se aflau în stadiul IIB – 25 (29,4%). În același timp spre deosebire de alte studii chirurgicale în lotul nostru a fost inclus un număr important de pacienți cu forma oculară de MG (st. I MGFA) – 16 (18,82%). Pacienți în stadiu clinic V, care la etapă preoperatorie necesită intubație și suport respirator nu au fost înregistrați în acest studiu.

Din 14 pacienți operați în primele 6 luni de la debutul bolii 5 (35,7 %) au realizat RCS până la sfârșitul studiului. Pentru a face comparație cu rezultatele postoperatorii la restul pacienților din studiu incluzând cazurile cenzurate (pacienții timentomizați care eventual vor atinge RCS după sfârșitul studiului) a fost construit graficul Kaplan-Meier cu două curbe de supraviețuire. Figura 1.

Durata maximă de supraveghere postoperatorie la grupul de pacienți operați precoce a fost 5 ani. La acest interval curbele de supraviețuire a grupelor se intersectează la valoarea RCS de 45,1 %. În primii ani postoperator conform diagramei obținute timentomia precoce oferă rezultatele superioare timentomiei efectuate mai târziu de 6 luni după debutul bolii. Astfel la 3 ani postoperator rata estimată de RCS este respectiv de 45,1 % versus 21,2 %. Distribuțiile obținute pentru fiecare grup au fost comparate între ele prin 3 metode: Mantel-Cox, Breslow și Tarone-Ware. Tabelul 1.

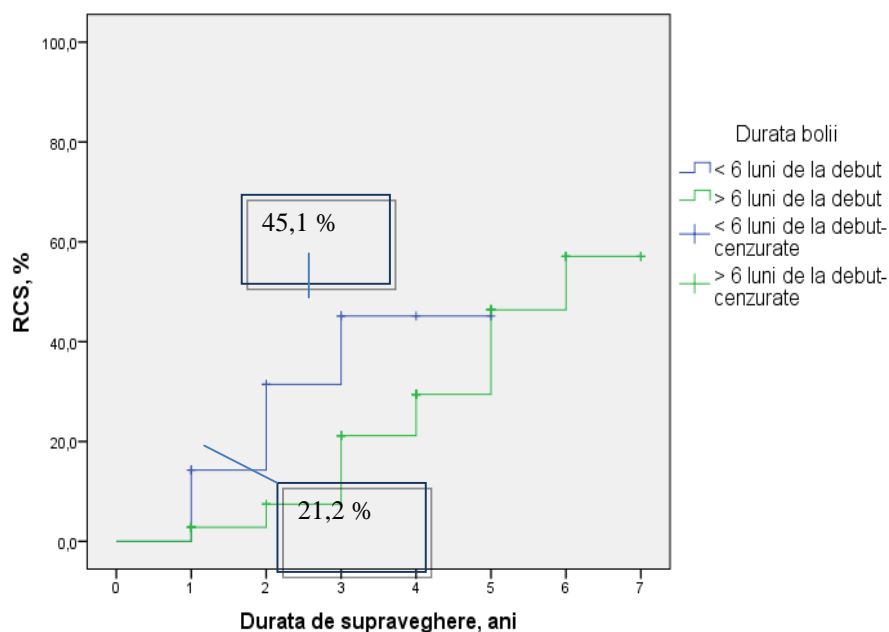


Figura 1. Graficul Kaplan-Meier unitate minus supraviețuire (obținerea RCS) pentru grupul de pacienți cu MG \leq 6 luni de la debutul bolii și grupul de pacienți $>$ 6 luni de la debutul bolii

Tabelul 1. Comparație statistică a distribuțiilor ratei de RCS la grupul de pacienți de pacienți cu MG \leq 6 luni de la debutul bolii și la grupul de pacienți $>$ 6 luni de la debutul bolii

Test	Chi-Square	Grade de libertate	Semnificație, p
Log Rank (Mantel-Cox)	2,968	1	0,085
Breslow	4,740	1	0,029
Tarone-Ware	3,971	1	0,046

Diferența semnificativă între două grupe privind rata obținerii RCS este confirmată prin două teste din trei: Breslow și Tarone-Ware, la care p este mai mic de 0,05. Astfel diferența între

două grupe privind obținerea statutului RCS având ca variabilă durata de la debutul bolii mai mult sau mai puțin de 6 luni a fost considerată semnificativă.

Rata de obținere a remisiei farmacologice (RF) la grupul cu VATS timectomie precoce la sfârșitul studiului a fost 14,3 % (2 pacienți) față de 22,5 % (16 pacienți) în grupul operați mai târziu de 6 luni de la debutul bolii. Testul Fisher nu a depistat diferența semnificativă între aceste date: $p=0,39$. Am realizat graficul Kaplan-Meier pentru rata cumulativă de RCS și RF pentru a evalua efectul VATS timectomiei precoce la obținerea remisiei clinice. Figura 2.

Comparația curbelor de supraviețuire prezentate în figura 2 demonstrează diferența semnificativă privind momentul de operație pentru obținerea remisiei clinice (RCS + RF). Pragul de semnificație mai mic de 0,05 a fost obținut prin 2 teste: Breslow și Tarone-Ware. Conform estimărilor noastre peste 3 ani după intervenție efectuată în perioada precoce a bolii remisia clinică (RCS + RF) poate fi obținută la 64 % pacienți și numai la 30,4 % din pacienți operați mai târziu. La pacienții operați în primele 6 luni de la debutul MG manifestările minimale (MM) au fost prezente la 3 pacienți (21,4 %) la sfârșitul studiului : MM-0 – 1 pacienți și MM-1 – 2 pacienți.

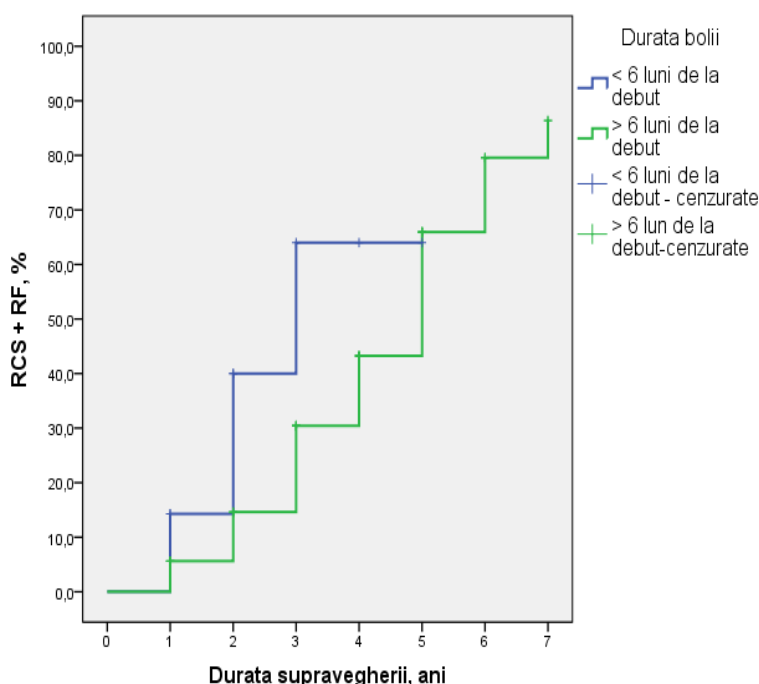


Figura 2. Obținerea remisiei clinice (RCS + RF) la pacienții timectomizați cu MG \leq 6 luni de la debutul bolii > 6 luni de la debutul bolii

În grupul pacienților operați precoce scăderea SCMG cu 3 unități în raport cu valoare inițială la cel puțin 2 examinări postoperatorii a fost înregistrată la 4 (28,6 %) pacienți spre finele studiului. Ameliorarea clinică, i.e. remisia clinică și scăderea semnificativă a valorii SCMG a fost obținută la 11 (78,6 %). La restul 3 pacienților din grupul operat precoce a fost stabilită starea FS (fără schimbări). Indicii morbidității postoperatorii la pacienții din acest grup nu diferă semnificativ în raport cu pacienții operați mai tardiv. Nici un pacient din acest grup nu a necesitat suport respirator prelungit sau plasmafereză perioperatorie datorită faptului că în primele luni de la debutul bolii se operau pacienții cu clasele clinice inițiale ale MG (I-IIB).

În grupul comun de 85 pacienți mortalitatea postoperatorie precoce și tardivă a fost nulă. Complicațiile intra/postoperatorii au fost înregistrate în 10 cazuri (11,7 %). Complicații severe cum sunt leziuni ai nervilor diafragmali sau laringieni, chilotorace la pacienții din grup de studiu nu au fost înregistrate.

Discuții și concluzii

În pofida faptului că MG se consideră o patologie rară, incidența MG în Republica Moldova conform înregistrărilor INN este de 4-6 persoane la 100.000 populație, ceea ce este de 5 ori mai mult decât în SUA sau de 2 ori mai mult decât în Spania. Acest nivel ridicat poate fi interpretat ca o creștere epidemiologică locală, dar mai probabil este o urmare a diagnosticării mai frecvente a MG în ultimul deceniu datorită sensibilizării populației și a specialiștilor neurologi cu privire la patologiile transmisei neuromusculare.

La momentul actual nu sunt stabilite indicațiile certe pentru timentomie în MG. Dacă în MG asociată cu timom tratamentul chirurgical are indicații absolute din cauza posibilității malignizării, atunci în caz de MG nontimomatoasă timentomie este considerată numai o opțiune care poate crește probabilitate de remisie sau de îmbunătățire la o categorie limitată de pacienți [5]. Controversele legate de timentomie la pacienții cu MG nontimomatoasă includ momentul ideal pentru intervenție în raport cu debutul, evoluția bolii, vârsta pacientului și tehnica operatorie.

Tehnicile minimal invazive nu sunt per se mai puțin eficiente decât tehnicile deschise. Rezultatele operațiilor minimal invazive raportate în publicații recente sunt practic echivalente cu procedurile transsternale largite [8,9]. Acest fapt a fost confirmat într-un studiu randomizat prospectiv organizat special pentru a compara VATET procedura cu operații deschise extensive [9], rata RCS nu a fost semnificativ diferită între două loturi de pacienți cu aceeași structura după clasele clinice MGFA.

În studiul nostru rata „crudă” de RCS a fost de 35,29 % cu mediană de supraveghere 42,6 luni. Această rată este mult mai mare decât în studiul Savcenko - 14% [7] sau cea raportată de Yim [8] - 22,2 %, ambele studii având durata de supraveghere mai mare. În studiul Savcenko din Cardiopulmonary Research Science and Technology Institute, Dallas au fost incluși relativ mai mulți pacienți vârstnici și cu clasele clinice MGFA mai avansate în comparație cu alte cercetări, astfel de pacienți mai rar obțin RCS după timentomie. Altă cauză de diferență între ratele prezentate de RCS poate fi includerea în studiul nostru a numărului mare de pacienți cu durată scurtă a patologiei (media fiind 28,24 luni), pentru care este caracteristică rata sporită de remisii după timentomie. Importanța timentomiei precoce pentru optimizarea rezultatelor tratamentului este demonstrată și în studiul Takanami din Tokio, care au utilizat abord transsternal și raportează că intervalul <24 luni de la debutul bolii corelează cu gradul de îmbunătățire clinică [8]. Tomulescu a prezentat corelație între rata de RCS și evoluție a afecțiunii de la debut până la intervenție redusă ca durată sub 12 luni. Însă există opinie că această afirmație este neîntemeiată din cauza caracterului non-linear de apariție a remisiei spontane, care mai frecvent apare în curând după diagnosticul bolii decât la un pacient cronic. În pofida faptului că observațiile prezentate nu au fost verificate într-o metaanaliză timentomia precoce este mai preferabilă și din punct de vedere patogenetic. În stadiile tardive ale bolii slăbiciune musculară devine „fixată”, ireversibilă, datorită atrofiei musculare și schimbărilor morfologice profunde la nivelul joncțiunii neuromusculare.

Mortalitatea postoperatorie nulă, lipsa complicațiilor severe și durata scurtă de spitalizare indică la siguranța VATS timentomiei și posibilitatea aplicării acestei metode la categorii de pacienți cu riscuri operatorii sporite.

VATS timentomie efectuată în perioada precoce a bolii (< 6 luni de la debutul MG) oferă rezultatele postoperatorii mai bune privind RCS și RCS + RF în comparație cu intervenții mai tardive.

Bibliografie

1. Tomulescu V, Ion V, Kosa A, Sgarbura O, Popescu I. Thoracoscopic thymectomy mid-term results. *Ann Thorac Surg.* Sep 2006;82(3):1003-7.
2. Shrager JB, Patel V. Mediastinal procedures. In: *ACS Surgery: Principles and Practice*, WebMD Inc., 2006.

3. Kumar A, Kumar S, Ghanta R et al. Thoracoscopic Thymectomy for Juvenile Myasthenia Gravis. Indian Pediatrics 2002; 39:1131-1137.
4. Buckingham JM, Howard FM Jr, Bernatz PE, et al. The value of thymectomy in myasthenia gravis: a computer-assisted matched study. Ann Surg 1976; 184: 453–458
5. Gronseth GS, Barohn RJ: Practice parameter: Thymectomy for autoimmune myasthenia gravis (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2000, 55:7-15.
6. Papatestas AE, Genkins G, Kornfeld P, et al. Effects of thymectomy in myasthenia gravis. Ann Surg 1987; 206: 79–88.
7. Huang CS, Hsu HS, Huang BS, et al. Factors influencing the outcome of transsternal thymectomy for myasthenia gravis. Acta Neurol Scand. 2005 Aug;112(2):108-14.
8. Takanami I, Abiko T, Koizumi S. Therapeutic outcomes in thymectomized patients with myasthenia gravis. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2009;15(6):373-7.

TRANSFERUL VALVULAR CA OPȚIUNE DE TRATAMENT CHIRURGICAL AL ULCERULUI TROFIC VENOS RECALCITRANT

Sergiu Cumpătă, Eugen Guțu, Vasile Culiuc, Dumitru Casian, Marcel Sochircă
Catedra Chirurgie Generală – Semiologie

Summary

Venous valve transplantation as surgical option for treating recalcitrant trophic leg ulcer

Postthrombotic syndrome is a late, often disabling complication of deep vein thrombosis of lower extremities. Pathological deep venous reflux represents one of the pathogenetic links, responsible for developing of trophic soft tissue lesions, including leg ulcers. In this paper we presents 3 cases of autologous valve transfer at the level of deep veins (contralateral saphenopopliteal transplantation), accomplished in order to reduce the deep reflux in patients with recalcitrant leg ulcers. Clinical and hemodynamic results are discussed along with a brief review of literature.

Rezumat

Sindromul posttrombotic reprezintă o complicație tardivă, deseori invalidizantă, a trombozei venelor profunde ale extremităților inferioare. Refluxul venos patologic profund reprezintă una din verigile patogenetice, responsabilă de dezvoltarea leziunilor trofice ale țesuturilor moi, inclusiv a ulcerului de gambă. În lucrare sunt prezentate 3 cazuri de transfer valvular autolog la nivelul venelor profunde (transplant safeno-popliteal contralateral), realizat cu scop de diminuare a refluxului profund la pacienții cu ulcere trofice recalcitrante. Rezultatele clinice și hemodinamice sunt discutate paralel cu o scurtă analiză a literaturii.

Actualitatea

Sindromul posttrombotic (SPT) afectează aproximativ 23-60% din pacienții care au suportat în antecedente un episod de tromboză venoasă profundă [1]. SPT este principalul determinant al calității vieții după tromboza venelor profunde, condiționând numai în SUA cheltuieli anuale de aproximativ 200 mln. de dolari [2]. Evoluția clinică în timp a SPT finalizează deseori cu dezvoltarea ulcerului trofic venos de gambă. Incidența ulcerelor venoase este de 3-5%, acestea caracterizându-se prin eficiența redusă a tratamentului conservator, recurența crescută și frecvența înaltă a necesității în reinternare în staționar, cât și printr-o invalidizare înaltă, inclusiv și în rândul bolnavilor tineri [3].

Din punct de vedere fiziopatologic SPT implică două procese-cheie: (1) obstrucția venoasă asociată cu recanalizarea parțială a lumenului și scăderea complianței peretelui venos și (2)