



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 24.02.2017

Prezidium: Acad. Gh.Ghidirim, Prof. E.Guțu

Raport: Tromboza venelor profunde ale extremităților inferioare: aspecte de diagnostic, tratament conservator și chirurgical deschis. Dr. M.Sochircă (USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra chirurgie generală – semiologie nr.3)

Rezumat. Tromboza venelor profunde (TVP) reprezintă formarea maselor trombotice în lumenul venelor atribuite sistemului profund al extremităților; ca termen alternativ utilizându-se uneori „flebotromboza”. Incidența trombembolismului venos constituie cca 117 cazuri la 100.000 populație (48 – TVP și 69 – trombembolia arterei pulmonare); cu predominarea ușoară a pacienților de gen masculin. Frecvența TVP crește marcat odată cu înaintarea în vârstă. Conform *Centers for Disease Control and Prevention* mortalitatea anuală prin trombembolism venos doar în SUA constituie aproximativ 60.000-100.000 cazuri, necesitatea diagnosticării oportune și inițierii precoce a tratamentului fiind astfel foarte importantă. Conceptul patogenetic clasic propus de către Virchow, ce atribuie un rol esențial în geneza TVP triadei constituite din leziunea peretelui vascular, hipercoagulabilitate și stază venoasă, oferă actualmente o semnificație mai sporită primelor două componente. Leziunea endoteliului poate surveni în caz de sepsis, dereglări metabolice, traumă, intervenții chirurgicale, vasculite sistemice sau hipertensiune. Hipercoagulabilitatea poate fi condiționată de cancer, sindromul antifosfolipidic, deficitul proteinei C sau S, terapia cu estrogeni, etc. În cele din urmă, staza venoasă rezultă în urma imobilizării sau parezei, compresiunii extrinseci, prezenței anevrismelor, etc. Un rol tot mai mare în trombogeneză pare a fi jucat de așa-numitele trombofilii. Ultima reprezintă o condiție clinică în care sângele are o tendință crescută de a se coagula în lumenul venos. Trombofiliiile pot fi divizate convențional în congenitale (moștenite), dobândite (achiziționate) sau combinate. Formarea trombilor venoși decurge în 4 etape: aglutinarea trombocitelor, transformarea fibrinogenului în fibrină, aglutinarea eritrocitelor și precipitarea proteinelor plasmaticice.

TVP poate fi clasificată în proximală și distală. Cea proximală prevede implicarea în procesul trombotic al segmentelor venoase ilio-femorale, iar la cea distală referindu-se, de fapt, tromboza venelor gambei. Ultima deseori se asociază cu intervențiile chirurgicale și imobilizarea îndelungată. Una dintre cele mai populare în ultimul timp clasificări ale TVP este așa-numita clasificare LET (*lower extremity thrombosis*), ce prevede existența a 4 clase: I (veneale gambei), II (vv. poplitea, femurală și femurală profundă), III (vena femurală comună și venele iliace) și IV (vena cavă inferioară infrarenală). În funcție de evoluție, TVP poate fi considerată acută, atunci când s-au scurs doar 14 zile de la debut, subacută (14-28 zile) și cronică (peste 28 zile). Tabloul clinic variază în funcție de nivelul și gradul de obstrucție al fluxului venos și inflamația peretelui vascular. Ca și manifestări clinice tipice, nu însă și specifice, pot fi considerate edemul, durerea locală, hipertermia locală,

subfebrilitatea și tahicardia. Însă, uneori TVP poate decurge complet asimptomatic. TVP asimptomatică este descoperită incidental în timpul examenului imagistic; mai frecvent la bolnavii cu neoplazii.

Chiar și în cazurile unui tratament corect și oportun evoluția TVP este una imprevizibilă. Către complicațiile evolutive ale TVP pot fi atribuite: trombembolia arterei pulmonare ce poate duce la deces sau dezvoltarea sindromului de hipertensiune pulmonară; „flegmazia albastră”; sindromul posttrombotic. Metodele diagnostice pot fi repartizate în 3 grupe: (1) anamneza, evaluarea clinică și utilizarea testelor de probabilitate; (2) aprecierea D-dimerilor și (3) metodele imagistice (ultrasonografia compresională, duplex scanarea, flebografia, tomografia computerizată sau rezonanța magnetică nucleară).

Este rațională completarea examenului clinic cu calcularea scorului de probabilitate pre-test Wells. În cazul disponibilității se va testa concentrația plasmatică a D-dimerilor, valoarea > 500 mkg/l considerându-se pragală. Însă, se va ține cont de faptul, că respectivul test se asociază cu o rată elevată de rezultate false. Ultrasonografia compresională (a venei femurale și venei poplitee) poate fi de real folos, în cazurile indisponibilității duplex scanării. Ultima reprezintă o metodă „gold standard”, permițând o evaluare anatomică cât și funcțională a sistemului venos. Examenul imagistic va diferenția trei forme de TVP: ocluzivă, parietală sau flotantă. Rezonanța magnetică nucleară sau tomografia computerizată sunt raționale în suspjecția trombozei iliace sau cavale ori în trimestrul II-III de sarcină, atunci când uterul mărit în dimensiuni reduce vizibilitatea segmentelor venoase proximale. Evaluarea stărilor trombofilice este recomandată cel puțin peste 2 săptămâni după sistarea terapiei anticoagulante.

Tratamentul TVP are următoarele obiective: prevenirea trombemboliei pulmonare fatale, ameliorarea simptomatologiei trombozei, prevenirea recurenței și a sindromului posttrombotic sever. Componentele de bază ale tratamentului sunt: administrarea remediilor anticoagulante directe, aplicarea cava-filtrului, tromboliza, terapia de durată cu anticoagulante indirecte, terapia compresională. Mai frecvent se utilizează heparinele: nefracționate, fracționate sau pentasaharidele sintetice. Heparina este recomandată în doza de 5.000 bolus + 400 U/kg/zi; administrare continuă în funcție de valorile timpului de tromboplastină parțial activată (valori estimate: 1,5-2,5 x valoarea normală, adică cca 60-85 sec.). Neutralizarea efectului Heparinei se va face cu Protamină. Uneori poate fi constatată trombocitopenia heparin-indusă. Aceasta reprezintă o scădere a numărului de plachete, asociată sau nu cu tromboze, care apare la scurt timp de la începerea tratamentului cu heparină (tip I – în primele 4 zile; tip II – la a 5-15-a zi). Pentru heparinele fracționate sunt recomandate următoarele doze: Enoxaparina (Clexan) 1 mg/kg x 2 ori sau 1,5 mg/kg o dată pe zi; Nadroparina (Fraxiparina) 0,01 ml/kg x 2 ori/zi; Fondaparinux (Arixtra) 7,5

mg/zi. Terapia anticoagulantă clasică are două faze: cea inițială, ce are drept scop prevenirea extinderii trombozei (heparine) și faza de consolidare terapeutică, ce urmărește prevenirea recurenței (antagoniștii vitaminei K). Farmacoterapia prevede indicarea inițială a heparinoterapiei pentru 24-48 ore, urmată de prescrierea concomitentă a heparinei în asociere cu antagonistul vitaminei K. La atingerea nivelului protrombinei în ser de 30-60% sau INR (*International Normalized Ratio*) >2 (optimal: 2-3), în două zile consecutive, se va continua doar cu anticoagulantul indirect, heparina fiind anulată. Antagoniștii vitaminei K se vor administra ulterior un timp îndelungat (3-12 luni sau chiar mai mult). Printre complicațiile mai frecvente ale terapiei cu heparină pot fi menționate hemoragia și necroza tegumentară. Recent, în practica medicală internațională a fost implementată terapia cu anticoagulante orale noi (Apixaban, Dabigatran, Rivaroxaban). Experiența inițială a Clinicii în tratamentul TVP cu Rivaroxaban s-a asociat cu rezultate încurajatoare.

Tratamentul TVP pe parcursul sarcinii și a lăuziei posedă careva particularități. Riscul dezvoltării TVP la gravide este de 4-5 ori mai mare decât la o femeie neînsărcinată de aceeași vârstă. Peste 1/2 din episoadele de tromboză se produc în primele 2 trimestre de sarcină, iar 1/3 din cazuri – postpartum. Tratamentul se va face cu heparine, deoarece antagoniștii vitaminei K posedă efect teratogen.

Pacienții cu cancer posedă predispoziție către trombogeneză, iar Warfarina poate condiționa uneori complicații necrotice. Se vor prefera heparinele cu masă moleculară mică.

Trombectomia deschisă posedă indicații restrânse la moment: *phlegmasia cerulea dolens*, tromboza LET III-IV la persoane tinere, debut recent – primele 72 ore (se admite și în primele 7-10 zile). Beneficiile operațiilor trombo-reductive: restabilirea rapidă a fluxului, posibilitatea corecției stenozelor venoase coexistente, prevenirea sau diminuarea severității sindromului posttrombotic. Însă, trombectomia venoasă este o operație traumatizantă, cu o rată semnificativă de retromboză, necesită crearea fistulei arterio-venoase. Tromboliza reprezintă o metodă eficientă de tratare a TVP, însă posedă și unele dezavantaje (necesită control angiografic peri- și postprocedural, riscul dezvoltării complicațiilor hemoragice, costuri elevate).

Concluzii

Operațiile deschise de prevenire a tromboembolismului pulmonar masiv, potențial fatal, precum plicția sau ligaturarea venoasă pot fi utilizate în cazuri selecte. O întrebare controversată rămâne tactica în așa-numita tromboză flotantă. Se estimează că frecvența embolismului pulmonar în asemenea cazuri este semnificativ mai mare ca în TVP ocluzivă. Totuși, intervenția

chirurgicală deschisă reprezintă un abord alternativ, terapia de bază fiind medicația anticoagulantă sau, în caz de disponibilitate, tehnicile trombo-reductive endovenoză. Anticoagulantele orale noi reprezintă o medicație eficientă, sigură și comodă a TVP, ce ar putea pretinde la rolul de tratament de „primă linie”.

Raport: *“Aspecte contemporane în tratamentul endoluminal al trombozei venelor profunde”* (Dr. Ruslan Cemîrtan; Catedra Chirurgie FEMC nr.4, USMF „Nicolae Testemițanu”; IMSP SCR)

A fost prezentat un caz clinic de tromboză venoasă profundă flotantă, cu evoluție ascendentă, dezvoltată în perioada postoperatorie (după intervenție chirurgicală pe esofag), tratată prin tehnici endovenoză (cava-filtru + tromboliză); cu evoluție favorabilă la termen postprocedural de 4 luni.

Dezbateri

Conf. D.Casian: Conform datelor literaturii de specialitate, tromboliza sistemică actualmente nu este considerată potrivită pentru tratamentul TVP, fiind preferată cea cateter-direcționată. De ce ați optat pentru această variantă de tromboliză în cazul clinic prezentat? Nu considerați oare, că însăși abordul venos transfemural a servit drept factor provocător pentru evoluția ascendentă a trombozei?

Dr. R.Cemîrtan: La momentul respectiv, tromboliza cateter-direcționată nu era disponibilă, motiv din care s-a optat pentru utilizarea celei sistemice. Plasarea cava-filtrului se asociază în anumite cazuri cu unele complicații. Acceptăm, că impactul instalării cava-filtrului asupra progresiei ulterioare ascendente a procesului trombotic în cazul clinic raportat nu poate fi exclus. Totuși, a fost evitat un embolism pulmonar potențial fatal, ceea ce poate fi considerat drept rezultat favorabil.

Prof. E.Guțu: În ce mod și la ce termen intenționați să extrageți dispozitivul endovenos?

Dr. R.Cemîrtan: Până la moment nu au fost întreprinse tentative de extragere a cava-filtrelor plasate la bolnavii din Clinică. În viitorul apropiat vom adapta o strategie pentru respectivii pacienți.

Prof. S.Ungureanu: Tehnologiile endovasculare moderne ne oferă posibilitatea de a interveni mai frecvent, într-o manieră miniminvasivă, la pacienții cu tromboză venoasă profundă, cu intenția realizării tehnicilor trombo-reductive sau de profilaxie a embolismului pulmonar potențial fatal. Sperăm, că în viitorul apropiat vom dispune de aparatul și consumabilele necesare pentru atingerea obiectivelor enunțate.

Sinteză: Dr. V.Culiuc