

2. A. Djuric-Stefanovic, D. Saranovic, A. Ivanovic, D. Masulovic, M. Zuvela, M. Bjelovic and P. Pesko. The accuracy of ultrasonography in classification of groin hernias according to the criteria of the unified classification system. Published 22 February 2008. Journal Springer Paris ISSN 1265-4906 (Print) 1248-9204

3. Kraft B.M.;Kolb H.;Kuckuk B.;Haaga S.;Leibl B.J.;Kraft K.;Bittner R. ; Diagnosis and classification of inguinal hernias: Accuracy of clinical, ultrasonographic, and laparoscopic findings. Surgical endoscopy ISSN 0930-2794 CODEN SUREEX

4. Hsu-Chong Yeh, MD *, Cynthia Lehr-Janus, MD, Burton A. Cohen, MD, Jack G. Rabinowitz, MD. Ultrasonography and CT of abdominal and inguinal hernias. Journal of Clinical Ultrasound. Volume 12 Issue 8, Pages 479 – 486

STUDIUL RANDOMIZAT PRIVIND DURATA TERAPIEI COMPRESIONALE DUPĂ TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL MALADIEI VARICOASE A MEMBRELOR INFERIOARE: O SĂPTĂMÎNĂ VS O LUNĂ

Dumitru Casian

Catedra Chirurgie generală și semiologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Randomized study regarding duration of compression treatment after surgery for varicose veins of lower limbs: one week vs one month

Surgery for varicose veins of lower limbs is traditionally associated with postoperative application of compressive bandage. The optimal duration of compression is not clearly defined. The aim of study was to compare the effectiveness of one week vs one month postoperative compression treatment. Pain severity was assessed using visual analogue scale and the area of lower limb ecchymoses was calculated by computer analysis of digital images. The advantage of one month compression treatment was demonstrated only in patients with incompetence of deep veins.

Rezumat

Tratamentul maladiei varicoase a membrelor inferioare este asociat tradițional cu aplicarea postoperatorie a bandajului compresiv. Durata optimală a compresiei nu este bine definitivată. Scopul studiului a constat în compararea eficacității terapiei compresionale timp de o săptămână vs o lună după operație. Severitatea durerii a fost evaluată prin utilizarea *visual analogue scale*, iar suprafața echimozelor de la nivelul membrelor inferioare a fost calculată prin analiza computerizată a imaginilor digitale. Avantajul terapiei compresionale timp de o lună a fost demonstrat doar pentru pacienții cu incompetența sistemului venos profund.

Actualitatea temei

Pînă în prezent intervenția chirurgicală rămîne un standard internațional în tratamentul maladiei varicoase a membrelor inferioare complicate cu insuficiență venoasă cronică (IVC). În pofida multiplelor tehnici chirurgicale utilizate, intervenția de bază rămîne deconectarea joncțiunii safeno-femorale – crosectomia, și înlăturarea venei *saphena magna* cu insuficiență valvulară – stripping [1]. Cel mai recunoscut component al tratamentului chirurgical reprezintă compresia elastică postoperatorie, aplicată nemijlocit pe masa de operație, care induce stoparea hemoragiei din ramurile venei *saphena magna*. În același timp, durata recomandată a tratamentului compresiv postoperator variază larg, des apreciindu-se empiric și, în mare parte, fiind dependentă atît de tradițiile clinicii cît și de experiența personală a chirurgului.

Obiectivele lucrării

Scopul studiului este aprecierea comparativă a rezultatelor tratamentului chirurgical a

maladiei varicoase complicate cu diverse grade de IVC, cu aplicarea a două regimuri de compresie elastică postoperatorie – pe parcursul unei săptămîni și pe durata unei luni.

Material și metode de cercetare

Studiul prospectiv a inclus pacienți cu maladiie varicoasă în bazinul venei saphena magna, operați în clinica Chirurgie Generală (Spitalul Clinic Municipal Nr.1) în perioada ianuarie-decembrie 2008. La toți bolnavii s-au efectuat examinări clinice cu aprecierea gradului de severitate a IVC conform clasificării CEAP și duplex scanarea sistemului venos al membrilor inferioare. Din studiu au fost excluși pacienții cu maladiie varicoasă bilaterală, incompetența concomitentă în bazinul venei saphena parva, ulcer venos activ al gambei (clasa clinică C6) și, deasemenea, pacienții cu ischemie cronică a membrilor inferioare condiționată de patologia arterelor periferice. Preoperator pacienții care corespundeau criteriilor studiului au fost divizați randomizat în două grupuri. Pentru pacienții din grupul de studiu se indica compresia elastică postoperatorie în decurs de 7 zile. Pacienților din grupa de control compresia elastică era indicată în decurs de o lună.

La toți bolnavii s-a efectuat intervenția chirurgicală care includea crosectomia, stripping-ul safenian și înlăturarea conglomeratelor varicoase dilatate a afluentelor safenei. În caz de stabilire a perforanțelor incompetente la duplex scanare s-a realizat întreruperea acestora. La pacienții cu IVC severă (clasa clinică C4-C5) întreruperea (disecția) perforanțelor incompetente s-a efectuat cu ajutorul tehnicii endoscopice subfasciale – SEPS. Terapia compresională postoperatorie a inclus aplicarea bandajului elastic cu extindere medie conform metodicii pe larg acceptate. Pacienților incluși în rezultatul randomizării în grupul de cercetare li s-a prescris compresie elastică timp de 7 zile. Pentru bolnavii din grupul de control compresia elastică a fost indicată pe termen de o lună. Examinarea de control a fost efectuată la a 7-a, a 14-a și a 30-a zi după operație, determinîndu-se aria echimozelor de pe suprafața internă a membrului operat și intensitatea sindromului algic. Suprafața echimozelor s-a determinat la a 7-a și a 14-a zi, cu ajutorul unei metode originale de analiză computerizată digitală a imaginilor fotografice în programul Photoshop Adobe® (Figura 1). Intensitatea sindromului algic s-a apreciat la a 14-a și 30-a zi postoperatorie după scara VAS (*Visual Analogue Scale*): de la 0 puncte – lipsa durerii pînă la 10 puncte – sindrom algic foarte pronunțat.



Figura 1. Aprecierea suprafeței echimozelor postoperatorii prin analiza computerizată a imaginilor fotografiate

Rezultate obținute

Conform programului elaborat de cercetare, s-au selectat 60 pacienți ce corespundeau criteriilor respective pentru studiu. Datele generale – vârsta, genul, indicele masei corporale, gradul insuficienței venoase, volumul intervenției chirurgicale – nu s-au deosebit statistic între grupul de studiu și grupul de control. La evaluarea de control peste o săptămîină după operație suprafața medie a hemoragiilor subcutanate pe fața internă a membrului operat în grupul de studiu a constituit – $112,3 \text{ cm}^2$ și statistic nu s-a deosebit semnificativ față de același indice din grupul de control – $104,5 \text{ cm}^2$ ($p > 0,05$). Peste două săptămîni după operație suprafața

hemoragiilor s-a micșorat în ambele grupuri: pînă la 77,5 cm² în cel de studiu și pînă la 80,1 cm² – în cel de control, rezultatele obținute fiind la fel comparabile ($p > 0,05$).

Intensitatea sindromului algic conform VAS, în timpul evaluării la a 14-a zi după operație (VAS-14) s-a dovedit a fi nesemnificativ mai mare în grupul de studiu – 2,56 puncte vs 2,43 puncte – în grupul de control ($p > 0,05$). La examenul de control peste o lună după operație (VAS-30) intensitatea durerii la nivelul extremității operate a diminuat semnificativ la toți bolnavii: pînă la 1,0 punct în grupul de studiu și pînă la 0,76 puncte – în grupul de control ($p < 0,001$ comparativ cu indicii VAS-14 în ambele grupe).

Pentru aprecierea influenței structurii refluxului venos asupra rezultatelor cercetării a fost efectuată analiza suplimentară a indicilor VAS în interiorul drupelor, printre bolnavii la care în timpul examenului duplex primar a fost diagnosticat refluxul prin venele profunde ale membrului operat – 6 (20%) pacienți în grupul de cercetare și 4 (13,33%) pacienți în grupul de control (datele sunt prezentate în tabelul 1).

Tabelul 1. Indicii VAS la bolnavii din grupul de studiu și cel de control în raport cu competența venelor profunde

Pacienți	Indicele VAS-14 Media (SD)	Indicele VAS-30 Media (SD)	P
Grupul de cercetare	2,56 (0,94)	1,0 (0,87)	<0,001
Reflux profund (+)	2,83 (0,41)	2,0 (1,10)	> 0,05
Reflux profund (-)	2,5 (1,02)	0,75 (0,61)	<0,001
Grupul de control	2,43 (1,01)	0,77 (0,73)	<0,001
Reflux profund (+)	2,75 (0,96)	0,5 (0,58)*	<0,05
Reflux profund (-)	2,38 (1,02)	0,81 (0,75)	<0,001
* - $p < 0,001$ – în comparație cu indicele VAS-30 la bolnavii cu reflux profund din grupul de cercetare			

S-a stabilit că la pacienții cu reflux profund din grupul de studiu indecele VAS-30 avea o diferență nesemnificativă față de VAS-14 – 2,83 vs 1,83 ($p > 0,05$). În același timp, la pacienții din grupul de control cu incompetența venelor profunde indicele VAS-30 a constituit doar 0,5 puncte și a fost semnificativ mai mic în comparație cu indicele VAS-14 din aceeași grupă și indecele VAS-30 stabilit în lotul de cercetare. La pacienții fără reflux în venele profunde indicii după scara VAS-14 și VAS-30 au fost practic identici în ambele grupe.

Discuții

Compresia elastică postoperatorie se aplică tradițional la toți pacienții ce au suportat intervenție chirurgicală pe venele superficiale. Scopul terapiei compresionale este atingerea hemostazei în perioada postoperatorie precoce și prevenirea formării hematoamelor masive după strippingul venei saphena magna. Mai mult ca atât, compresia elastică aplicată corect pe membrul operat contribuie la accelerarea fluxului prin venele profunde, micșorînd riscul complicațiilor tromboembolice.

În același timp majoritatea pacienților prezintă un discomfort legat de purtarea dispozitivelor de compresie: aplicarea desinestătătoare complicată a bandajului, “alunecarea” bandajului în timpul mersului, iritarea pielii, transpirația excesivă și imposibilitatea de a purta încălțăminte de mărimi obișnuite [3]. Neajunsurile enumerate sunt caracteristice preponderent pentru bandajul elastic, uneori și pentru tricotajul compresional de calitate scăzută, sau ce nu corespunde mărimii.

În pofida faptului, că compresia elastică postoperatorie pentru maladia varicoasă este recomandată absolut de toți autorii, indicațiile privind durata acesteia lipsesc în literatura de specialitate sau sunt contradictorii [6,7].

Este evident, că aplicarea compresiei elastice în primele zile după stripping-ul venos este necesară pentru obținerea hemostazei adecvate și micșorarea volumului hematomului subcutanat

[9]. Potrivit rezultatelor studiului curent intensitatea hemoragiilor postoperatorii la pacienții ce au urmat compresie elastică în decurs de 7 zile nu diferă de cea observată în altă grupă de pacienți, la care tratamentul compresional a durat o lună. În acest fel, compresia mai îndelungată nu a influențat pozitiv frecvența și intensitatea complicațiilor hemoragice.

Există păreri, că compresia elastică ameliorează funcția de drenare limfatică a membrelor inferioare, lucrul pompei musculare a gambei, preîntâmpină dezvoltarea edemelor și contribuie la micșorarea sindromului dolo la nivelul membrului operat [4]. În acelaș timp, în cadrul studiului curent s-a stabilit că intensitatea sindromului algic nu diferă esențial de durata aplicării compresiei elastice – în decurs de 7 zile postoperatorii sau timp de o lună. Rezultatele obținute sunt în concordanță cu cele raportate în cadrul altor studii. În lucrarea lui S.Bisvas (2005) este remarcată lipsa diferențelor în ce privește numărul complicațiilor postoperatorii, necesitatea în analgezie și pierderea capacității de muncă între grupele de pacienți cu compresie postoperatorie de scurtă și lungă durată [2].

Refluxul concomitent în venele profunde a membrelor inferioare este diagnosticat la 18-48% pacienți și, de regulă, agravează simptomatologia IVC [5]. În acelaș timp, structura refluxului venos de obicei nu este luată în considerație la aprecierea duratei utilizării postoperatorii a compresiei elastice. În cercetarea de față s-a efectuat analiza comparativă a intensității manifestărilor algice pe fondalul terapiei compresionale de durată diferită la subgrupa de pacienți cu incompetență a aparatului valvular a venelor profunde. S-a stabilit, că în comparație cu pacienții fără reflux patologic în venele magistrale, compresia elastică timp de o lună duce la micșorarea evidentă a sindromului algic la nivelul membrului operat la subgrupul respectiv de bolnavi. Durata nesemnificativă a intervenției pentru maladia varicoasă și mobilizarea precoce a pacienților se asociază cu o rată mică (mai puțin de 1%) a complicațiilor venoase tromboembolice [8]. Din acest punct de vedere rolul pozitiv al compresiei elastice în perioada postoperatorie tardivă este destul de dubios.

Concluzii

Datele obținute în cadrul cercetării curente oferă posibilitatea de a concluziona că la majoritatea pacienților operați pentru maladia varicoasă este suficientă terapia compresională timp de 7 zile postoperatorii. Compresia elastică mai îndelungată nu contribuie la ameliorarea rezultatelor tratamentului, ci doar extinde perioada de reabilitare socială și profesională a pacienților. Incomoditățile legate de purtarea îndelungată a dispozitivelor de compresie, în deosebi a bandajului elastic, influențează negativ gradul de satisfacție a pacienților de operația efectuată. Excepție constituie pacienții cu reflux în venele profunde ale membrelor inferioare stabilit la duplex scanare, asociat, de regulă, cu insuficiență venoasă severă. Durata terapiei compresionale postoperatorii la acești pacienți este apreciată în dependență de evoluția simptomatologiei clinice și trebuie să constituie nu mai puțin de o lună.

Bibliografie

1. Beale RJ, Gough MJ. Treatment options for primary varicose veins – a review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005; 30:83-95.
2. Bisvas S, Clark A, Shields DA. Randomised clinical trial of the duration of compression therapy after varicose vein surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33: 631-637.
3. Davies AH, Steffen C, Cosgrove C, Wilkins DC. Varicose vein surgery: patient satisfaction. *J R Coll Surg Edinb* 1995; 40:298-299.
4. Hirai M, Iwata H, Hayakawa N. Effect of elastic compression stockings in patients with varicose veins and healthy controls measured by strain gauge plethysmography. *Skin Res Technol* 2002; 8:236-239.
5. Myers KA, Ziegenbein RW, Zeng GH, Matthews PG. Duplex ultrasonography scanning for chronic venous disease: patterns of venous reflux. *J Vasc Surg* 1995; 21:605-612.
6. Rodrigus I, Bleyn J. For how long do we have to advise elastic support after varicose vein surgery? A prospective randomized study. *Phlebology*; 1991:95.

7. Shouler PJ, Runchman PC. Varicose veins: optimum compression after surgery and sclerotherapy. *Ann R Coll Surg Engl* 1989; 71: 402-404.
8. Tennant WG, Ruckley CV. Medicolegal action following treatment for varicose veins. *Br J Surg* 1996; 83:291–292.
9. Travers JP, Rhodes JE, Hardy JG, Makin GS. Postoperative limb compression in reduction of haemorrhage after varicose vein surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 1993; 75:119-122.

ASPECTUL ISTORIC A TRATAMENTULUI ULCER PERFORAT

Elena Șor

Catedra Chirurgie nr.1 "Nicolae Anestiadi" USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

History of treatment for perforated ulcer

Perforated peptic ulcer as a disease entity has been known since 167 BC. The history of the gradual evolution of the treatment (surgical and nonsurgical) is described.

Rezumat

Ulcer perforat ca unitatea patologică este cunoscută din 167 î.Hr. Sunt descrise aspectele istorice a evoluției tratamentului (chirurgical și nonchirurgical) ulcerului perforat.

Întroducere

Istoria studierii maladiei ulceroase, complicate cu ulcer perforat este urmată în literatura medicală mondială pe parcursul multor ani. Primul caz documentat de descriere a simptomelor clinice al ulcerului perforat este înregistrat în cronicile chinezești mai mult de 2000 de ani în urmă [1,2]. Un bărbat din dinastia Han de Vest a decedat în anul 168 î.Hr. din cauza patologiei grave abdominale acute și corpul lui a fost păstrat într-un sicriu din lemn gros într-o soluție din plante. În 1975 în provincia Hubeia arheologii chinezi au descoperit acest cadavru, care a fost păstrat bine și semăna la un bătrân în somn profund [1]. Wu Zhongbi împreună cu colegii săi din Departamentul de Patologie Wu Han la Colegiul Medical, Hubei l-au examinat și au făcut următoarea concluzie: acest om a decedat din cauza peritonitei generalizate în rezultatul ulcerului prepiloric perforat [1,2].

În 1799 Baille a relatat despre un pacient cu ulcer dodenal perforat [3,4], însă prima descriere a tabloului clinic tipic al ulcerului perforat cu dezvoltarea peritonitei a fost publicată de către Travers de Benjamin în 1817 [4]. În 1843 Edward Crisp [5] a relatat despre 50 cazuri de ulcer perforat cu remarcă : „Tabloul clinic este atât de evedențiat, că nu știu dacă e posibil de greșit în stabilirea lui“. Dar prognosticul lui în privința pacienților a fost destul de pesimistic : „Odată ce perforația a avut loc, cazul trebuie să fie considerat fără speranță. În chirurgia din prezent, ideea de incizie deschisă a abdomenului și de închiderea orificiului perforat consideră quijotesc. . . “[6]. Însă, conform Cope, anume E. Crisp era primul cine a propus posibilitatea de suturarea ulcerului [7].

În pofida posibilităților diagnosticului precoce al ulcerului perforat în cazul unui tablou clinic tipic, rata mortalității în sec. XVIII-XIX a fost destul de înaltă din cauza tratamentului imperfect [8]. Evoluția managementului medical în ulcerul perforat a decurs în câteva direcții.

Tratamentul nonoperator

În publicația lui Crisp din 1843 [5] a fost descris un caz de ulcer perforat gastric fără dezvoltarea ulterioară a peritonitei din cauza ”aderențelor între peretele stomacal și organele adiacente, ceea ce a împiedicat revărsarea conținutului gastric în cavitatea peritoneală”. Battams în 1883 a relatat că la 2 autopsii a depistat fibrynă împrejurul orificiului perforativ [9]. Mai târziu, Hall [10] a publicat 6 cazuri de recuperare spontană după tabloul clinic clasic de ulcer perforat,