

CZU: 616.147.3-007.64-089

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2024.1-78.27>

INTERVENȚII CHIRURGICALE SAFENO-MENAJANTE ÎN TRATAMENTUL BOLII VARICOASE: EVALUARE RETROSPECTIVĂ

Luminița VESCU, doctorand, asistent universitar;

Dumitru CASIAN, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar;

Vasile CULIUC, doctor în științe medicale, conferențiar universitar.

Catedra de chirurgie generală - semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”;

Secția Chirurgie Vasculară, Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova

tel. 068284737; e-mail: luminita.vescu@usmf.md

Rezumat.

Odată cu creșterea alarmantă a numărului de intervenții ablative în tratamentul bolii varicoase, aplicarea strategiilor safeno-menajante a devenit o necesitate actuală prin prisma semnificației venei safene în calitate de material autolog pentru o eventuală operație arterială reconstructivă. Noi am evaluat o serie clinică ce a inclus 194 de pacienți (209 membre) cu varice primare ale extremităților inferioare, supuși intervențiilor chirurgicale flebologice cu preservare safeniană. Articolul de față reflectă caracteristicile clinico-demografice ale bolnavilor și rezultatele investigațiilor imagistice preoperatorii, de rând cu efectele clinice precoce ale respectivelor tipuri de intervenții.

Cuvinte-cheie: boala varicoasă, preservare safeniană, strategia ASVAL.

Summary. Surgical interventions with preservation of saphenous vein in the treatment of varicose disease: retrospective evaluation.

With the alarming increase in the number of ablative interventions in the treatment of varicose disease, the application of saphenous preserving strategies is current in light of the growing evidence of the importance of the saphenous vein as a graft. We evaluated a clinical case series, which included 194 patients (209 lower limbs) with varicose veins, undergoing surgical interventions with saphenous vein preservation. The present article reflects the clinical-demographic characteristics of the patients and the results of the preoperative imaging investigations, together with the early clinical outcomes of the respective types of surgery.

Key words: varicose vein disease, saphenous vein preservation, ASVAL strategy.

Резюме. Сафено-сохраняющие оперативные вмешательства при лечении варикозной болезни: ретроспективный анализ.

С тревожным увеличением количества абляционных вмешательств при лечении варикозной болезни, применение сафено-сохраняющих операций является актуальным в свете растущих доказательств важности подкожной вены в качестве протеза. Нами оценена серия клинических случаев, в которую вошли 194 пациента (209 нижних конечностей) с варикозной болезнью вен, перенесших хирургические вмешательства с сохранением основного ствола поверхностных вен. В данной статье отражены клинико-демографические и ультразвуковые характеристики оперированных больных, а также ранние клинические результаты соответствующих видов операций.

Ключевые слова: варикозная болезнь, сафено-сохраняющие операции, ASVAL.

Introducere.

Selectarea unei opțiuni curative „ideale” în managementul insuficienței venoase cronice (IVC), care ar asigura un efect hemodinamic scontat și ameliorarea calității vieții bolnavilor cu un rezultat cosmetic superior, reprezintă o adevărată provocare. Datorită prevalenței impunătoare în populația generală, variațiilor hemodinamice multiple și spectrului larg de manifestări clinice ale bolii varicoase (BV), la momentul actual nu există o metodă „perfectă” de tratament chirurgical [1, 8]. Alegerea tacticii potrivite pentru fiecare caz în parte se bazează pe analiza simptomelor, determinarea

tipului și gradului de reflux venos patologic în timpul examenului ultrasonografic Doppler-duplex și, nu în ultimul rând, preferințele personale ale pacientului. Toate intervențiile chirurgicale practicate în tratamentul BV, cu sau fără ablația trunchiului venos superficial principal, au drept scop esențial ameliorarea manifestărilor clinice ale IVC. Tehnicile ablative presupun realizarea crosectomiei și înlăturarea (chirurgicală) a venei safene *magna* (VSM)/*parva* (VSP) sau obliterarea endovenoasă a acestora cu laser, radiofrecvență, aburi, substanțe sclerozante, cianoacrilat etc. [9]. Studiarea mai amplă a dereglărilor hemodinamicii venoase odată cu

implementarea ubicuitară a ultrasonografiei Doppler-duplex în programul de examinare a bolnavilor flebologici a generat strategii noi de tratament – safeno-menajante (fără înlăturarea/ablația trunchiului safen incompetent) [1, 9]. Către respectivele tipuri de intervenții se referă strategiile CHIVA (*Ambulatory Conservative Hemodynamic Treatment of Venous Insufficiency*) și ASVAL (*Ambulatory Selective Varices Ablation under Local Anesthesia*) [7, 9]. Conform autorilor metodelor curative enumerate păstrarea VSM și VSP este esențială pentru asigurarea drenajului venos de la nivelul membrelor inferioare, inclusiv în cazurile survenirii trombozei venoase profunde, și pentru micșorarea ratei de recurență a varicelor. Totodată, trunchiurile venoase safeniene pot fi utilizate drept grefon autolog pentru eventualele reconstrucții arteriale periferice și coronariene. Tehnicile operatorii safeno-menajante sunt relativ simple, nu necesită utilizarea dispozitivelor și consumabilelor costisitoare ceea ce asigură cost-eficiența intervențiilor; iar gradul scăzut de invazivitate, posibilitatea efectuării în condiții de ambulatoriu și recuperarea postoperatorie rapidă sporește satisfacția pacienților [4, 5]. Literatura de specialitate raportează rezultate favorabile pe termen lung ale respectivelor operații la grupuri de pacienți selectați; în special ce țin de ameliorarea clinică și a calității vieții [7, 8]. Însă, pentru aplicarea cu succes a strategiilor amintite ar fi necesară utilizarea unor criterii clare de triaj, pentru selectarea candidaților potriviți. Scopul studiului de față a constat în evaluarea experienței acumulate în realizarea intervențiilor chirurgicale safeno-menajante la pacienții cu BV.

Material și metode.

Au fost analizate rezultatele din baza electronică de date a pacienților cu BV a membrelor inferioare, spitalizați în secțiile de chirurgie a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi” și secția chirurgie vasculară a IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău. Bolnavii au fost supuși examinărilor clinico-imagistice și, ulterior, operațiilor cu preservare safeniană pe parcursul unei perioade de 15 ani (2009-2024). S-au analizat datele demografice și clinice – criteriul C al clasificării CEAP (*Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology*) [12]. Pentru aprecierea severității IVC și calității vieții pacienților în cadrul studiului s-au utilizat scorul VCSS (*Venous Clinical Severity Score*) și chestionarul ABC-V (*Assessment of Burden in Chronic - Venous Disease*) validat în limba română [10, 11]. Scorul VCSS include 10 criterii, fiecare dintre care i se pot atribui de la 0 până la 3 puncte. Respectivul criterii caracterizează nu doar simptomele de bază ale BV, dar și prezența

complicațiilor acesteia, precum și utilizarea sau nu de către bolnav a terapiei compresionale. Chestionarul ABC-V este prevăzut pentru evaluarea cantitativă a calității vieții unui pacient cu BV și estimarea ameliorării stării de sănătate după tratamentul aplicat. Instrumentul amintit conține 39 întrebări, grupate în 7 compartimente; iar suma acumulată variază de la 0 până la 90 puncte. Examenul imagistic a urmărit identificarea bazinului venos afectat, dar și a tipului și gradului de reflux venos patologic. În consecință, s-a determinat scorul PREST (*Phlebectomy Reflux Elimination Success Test*) [2, 3]. Ultimul a servit la determinarea probabilității de restabilire a competenței VSM după intervenția flebologică safeno-menajantă. Decizia de a păstra trunchiul venos principal (safen) a fost luată în comun de către chirurgul operator și pacient, în funcție de intensitatea simptomatologiei BV și rezultatele examenului imagistic.

Rezultate.

Studiul a inclus 194 pacienți (209 extremități) cu BV a membrelor inferioare, dintre care 143 (73,7%) – femei. Vârsta bolnavilor a variat de la 18 ani până la 77 ani, constituind în medie $45,81 \pm 14,75$ ani (95%CI: 43,37–48,25). Durata medie a anamnezei de BV a constituit $5,37 \pm 3,6$ ani (95%CI: 4,83–5,91). Pacienții s-au prezentat cu o simptomatologie polimorfă. Toți au remarcat prezența venelor varicoase subcutanate și, corespunzător, a deranjamentelor estetice. Manifestările clinice înregistrate la subiecții incluși în studiu sunt reflectate în ordinea descrescândă a frecvenței în Tabelul 1.

Tabelul 1.

Structura simptomatologiei IVC la pacienții supuși intervențiilor chirurgicale flebologice safeno-menajante

Manifestări clinice	Număr de cazuri (%)
Vene varicoase	209 (100%)
Senzație de greutate	128 (61,24%)
Edem	92 (44,01%)
Crampe musculare nocturne	36 (17,22%)
Dureri la nivelul membrelor inferioare	30 (14,35%)
Parestezii	27 (12,9%)
Prurit	18 (8,61%)
Fatigabilitate	16 (7,65%)
Modificări trofice ale tegumentelor	9 (4,3%)
Ulcer venos	4 (1,91%)

Majoritatea bolnavilor – 161 (77,03%) au prezentat mai multe (1-5) acuze, iar 42 (20,09%) – prezența doar a varicelor și disconfortului estetic.

Datele prezentate în Tabelul 2 demonstrează că peste 90% dintre pacienți au manifestat semne clinice caracteristice IVC uşoare (C2-3, CEAP), determinate de prezența varicelor și a edemului membrelor inferioare.

La 195 (93,3%) bolnavi varicele s-au dezvoltat în sistemul VSM, la 11 (5,26%) – în bazinul VSP și la 3 (1,43%) – în sistemul ambelor safene concomitent. În 62 (31,79%) cazuri de reflux în bazinul VSM a fost asociat și refluxul prin vena safena accesorie anterioară sau posterioară, cu sau fără reflux în trunchiul principal și joncțiunea safeno-femurală (JSF). Respectiv, în 17 (27,41%) cazuri JSF și trunchiul VSM au fost competente; în 31 (50%) cazuri s-a observat reflux în JSF cu trunchiul VSM competent; în 14 (22,58%) cazuri a fost depistat reflux și în JSF și în trunchiul VSM.

Tabelul 2.

Repartizarea cazurilor conform criteriului clinic (C) al clasificării CEAP
(Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology)

Clasa clinică C (CEAP)	Număr de cazuri
C2	118 (56,45%)
C3	78 (37,32%)
C4	9 (4,3%)
C6	4 (1,91%)

Conform clasificării Pittaluga a dereglărilor hemodinamicii venoase [9], pacienții au fost repartizați astfel: P1 – 46 (23,58%), P3 – 9 (4,61%), P4 – 80 (41,02%) și P5 – 60 (30,76%). În grupul P1 s-au clasat pacienții fără reflux în JSF și cu VSM competentă. Cauza varicelor în respectivele circumstanțe a fost prezența tributarelor varicoase pe coapsă sau gambă în număr de la 1 până la 4, cu diametrul mediu de 5,15±2,11 mm. Pacienții cu reflux în VSM și fără varice (P2) nu au fost selectați pentru tratament, fiind *de facto* asimptomatici. La bolnavii din grupul studiat cu varice și reflux în VSM (P3) s-a atestat JSF competentă și trunchi principal refluxiv pe coapsă, cu diametrul mediu de 5,62±1,73 (de la 3 până la 8) mm. La pacienții cu subtip hemodinamic P4 s-a determinat JSF cu reflux de 3,39±2,28 secunde și trunchi principal refluxiv. În 66 (82,5%) cazuri VSM a fost incompetentă doar pe coapsă (P4a) cu un diametru mediu de 6,7±1,9 mm, iar în 14 (17,5%) cazuri s-a determinat incompetența VSM și pe coapsă și pe gambă (P4b) cu diametrul pe coapsă de 6,36±1,89 mm, iar pe gambă – 4,36±1,08 mm. Către grupul P5 s-au atribuit bolnavii cu prezența venei safene accesorii refluxive, asociată sau nu cu incompetența VSM. Respectiv, 45 (75%) bolnavi au avut reflux în safena accesorie anterioară

și JSF, iar la 15 (25%) pacienți s-a asociat reflux și în trunchiul VSM de pe coapsă (însă ne semnificativ și cu păstrarea diametrului normal al venei). Durata refluxului prin JSF a constituit 1,47±2,12 secunde, iar diametrul acesteia – 8,82±2,73 mm. În toate cazurile de varice provenite din bazinul VSP s-a determinat reflux prin joncțiunea safeno-poplitee cu durata medie de 3±2 secunde și diametrul respectivei de 7,42±1,53 mm. VSP a fost competentă în 3 (27,27%) cazuri, simptomatica fiind datorată prezenței tributarelor cu reflux. În celelalte 8 (72,72%) cazuri trunchiul VSP a fost incompetent, cu diametrul mediu 5,41±0,49 mm.

În lotul de studiu scorul VCSS preoperator a constituit în medie 4,57 (95%CI: 4,07–5,07) puncte. Punctajul determinat cu ajutorul chestionarului ABC-V până la intervenție a ajuns la valoarea 26,81 (95%CI: 22,28–31,34). Scorul PREST a constituit în medie 9,42±2,93 puncte.

Toți pacienții au fost tratați chirurgical cu păstrarea trunchiului venos principal. Crosectomia sau crosotomia nu au fost efectuate nici într-un caz. În 166 (79,42%) observații a fost efectuată miniflebectomia izolată a venelor tributare varicoase. În 41 (19,61%) cazuri s-a practicat deconectarea prin ligaturare a tributarei refluxive de la trunchiul principal implicat, urmată de miniflebectomie. În 2 (0,95%) cazuri s-a recurs la strategia CHIVA 1 cu miniflebectomie într-un caz și sclerozare transcateter cu spumă a varicelor complicate cu hemoragie – în altul. Intervențiile au fost efectuate cu anestezie intravenoasă în 8 (3,82%) cazuri, locală infiltrativă – în 96 (45,93%) și spinală – în 105 (50,23%) cazuri. Operațiile au avut o durată medie de 37,98±15,78 min (95%CI: 35,62–40,35). Complicații intraoperatorii nu au fost înregistrate. O pătrime dintre pacienții operați au necesitat analgezie majoră în prima zi postoperatorie. Durata spitalizării a constituit 3,12±2,12 (95%CI: 2,83–3,41) zile. În perioada postoperatorie precoce s-a documentat un caz de dezvoltare a unui infiltrat al plăgii după deconectarea tributarei varicoase, rezolvat ulterior conservator.

Discuții.

Multitudinea și variabilitatea dereglărilor hemodinamice la pacienții cu IVC, confirmate prin examen ultrasonografic, explică numeroasele abordări curative existente la moment. Totodată, problema selectării tacticii optime de tratament pentru fiecare pacient în parte rămâne încă actuală. Strategiile safeno-menajante, cum ar fi ASVAL și CHIVA, se bazează pe principiul reversibilității refluxului în trunchiul venos principal (safenian) după intervenție și, respectiv, prevăd păstrarea acestuia. Tehnica ASVAL presupune ablația rezervorului

venos patologic (a tributarelor) prin miniflebectomie cu păstrarea trunchiului principal (refluxiv). Autorii metodei au propus criterii majore (competența JSF, test de reversibilitate a refluxului pozitiv, absența schimbărilor trofice, vârsta tânără, nuliparitatea) și minore (reflux limitat pe coapsă, tributare varicoase mari/unice în număr limitat, absența simptomelor, efectul cosmetic ca prima preocupare a bolnavului) drept indicații pentru ASVAL. În prezența cel puțin a unui criteriu major și unui minor este recomandată intervenția cu preservare safeniană [6]. Strategia CHIVA nu reprezintă o tehnică anume. Aceasta se bazează pe modificarea hemodinamicii prin eliminarea șunturilor veno-venose, deconectarea punctelor de evacuare, conservarea perforantelor și înlăturarea varicelor, păstrând vena safenă și drenajul venos normal al membrului. În caz de CHIVA 1 intervenția se efectuează într-un timp prin ligaturarea sursei de reflux (tributarei) concomitent cu întreruperea acestora. CHIVA 2 presupune două etape: inițial se deconectează tributarele, iar peste câteva luni se ligaturează JSF (în cazul când se păstrează refluxul în VSM). Analiza datelor surselor literare disponibile a pus în evidență faptul, că pacienții tineri cu grade ușoare de IVC (fără schimbări trofice) după o astfel de abordare curativă prezintă rezultate clinice la distanță promițătoare [7]. Ghidul dedicat managementului bolii venoase cronice, elaborat de către Societatea Europeană de Chirurgie Vasculară (ESVS, 2022), recomandă utilizarea respectivelor tehnici chirurgicale la un grup selectat potrivit de pacienți [1]. În pofida avantajelor menționate, operațiile pe venele superficiale cu preservarea trunchiului safenian nu au căpătat încă o răspândire largă în practica flebologică autohtonă. În acest context, evaluarea rezultatelor postoperatorii la distanță, atât clinice cât și hemodinamice, ar putea servi întru precizarea indicațiilor și popularizarea intervențiilor safeno-menajante.

Concluzii.

Datorită anatomiei venoase complexe și variabile a extremităților inferioare, dereglărilor hemodinamice diverse și manifestărilor clinice de intensitate variată tratamentul pacienților cu BV ar trebui să fie unul individualizat. Experiența noastră inițială în realizarea intervențiilor flebologice safeno-menajante încurajează practicarea pe scară mai largă a respectivelor; însă criteriile exacte de selectare a bolnavilor potriviți necesită a fi precizate.

Bibliografie.

1. De Maeseneer G.M., Kakkos S.K., Aherne T. et al., *European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs*. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg., 2022; 63(3):184-267.
2. Ricci S., *Conservative REflux Elimination Device (CREED): The Virtual Phlebectomy*. Journal of Theoretical and Applied Vascular Research, 2022; 7(1):1-10.
3. Casian D., *Validarea externă retrospectivă a "testului de success în eliminarea refluxului după flebectomie" la pacienții cu maladie varicoasă*. Arta Medica, 2015; 3(56):137-38.
4. Pittaluga P., Chastanet S., Rea B. et al., *Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein*. J. Vasc. Surg., 2009; 50(1):107-18.
5. Pittaluga P., Chastanet S., Rea B. et al., *Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein*. J. Vasc. Surg., 2009; 50:107-18.
6. Zolotukhin I.A., Seliverstov E.I., Zakharova E.A. et al., *Short-term results of isolated phlebectomy with preservation of incompetent great saphenous vein (ASVAL procedure) in primary varicose veins disease*. Phlebology, 2017; 32(9):601-07.
7. Zamboni P., Cisno C., Marchetti F. et al., *Reflux elimination without any ablation or disconnection of the saphenous vein. A haemodynamic model for venous surgery*. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg., 2001; 21(4):361-9.
8. Onida S., Davies A.H., *CHIVA, ASVAL and related techniques - concepts and evidence*. Phlebology., 2015; 30(2 Suppl):42-5.
9. Muñoz A., Muñoz D., Cardozo A., *Saphenous vein ablation a word of caution*. J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord., 2024; 19:101728.
10. Chastanet S., Pittaluga P., *Patterns of reflux in the great saphenous vein system*. Phlebology., 2013; 28(1):39-46.
11. Casian D., Gutsu E., Culiuc V., *Validation of the Romanian Translated ABC-V (Assessment of Burden in Chronic – Venous Disease) Questionnaire*. Chirurgia., 2013; 108:381-84.
12. Vasquez M.A., Rabe E., McLafferty R.B. et al., *Revision of the venous clinical severity score: venous outcomes consensus statement: special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group*. J. Vasc. Surg., 2010; 52(5):1387-96.
13. Eklöf B., Rutherford R.B., Bergan J.J. et al., *Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement*. J. Vasc. Surg., 2004; 40(6):1248-52.