

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ALE PIERDERII TRANZITORII DE CONȘTIENȚĂ/SINCOPELOR

Aurel Grosu, prof.univ., **Aurelia Răducanu**, cercet. științ., Institutul de Cardiologie

Sindromul pierderii tranzitorii de conștiență (PTC) prin multitudinea factorilor etiologici, incidența înaltă pe parcursul vieții, prin disensiunile existente între prevalență, letalitate și posibilitățile terapeutice pune probleme dificile în fața sistemului de sănătate publică. Majoritatea cauzelor de sincopă sunt tratabile, de exemplu, sincopa vasovagală nu e asociată cu mortalitate ridicată, spre deosebire de cele secundare unei boli structurale.

O apreciere cantitativă a indicatorilor epidemiologici ai sindromului de PRC este necesară pentru a face posibilă conceperea și realizarea studiilor clinice, a stabili strategiile de diagnosticare și tratament și a organiza adecvat furnizarea serviciilor medicale. Datorită caracterului sporadic al recurențelor acestor sindroame, este important să cunoaștem evoluția lor naturală, structura epidemiologică comparativă în populația generală și în cea spitalicească. Deoarece sensibilitatea și specificitatea testelor obișnuite de diagnosticare a sincopelor satisfac doar parțial necesitățile medicinei practice, este important a stabili modalitatea optimă de aplicare a acestora. Metodele cu adevărat utile au semnificație predictivă și ar putea asigura obținerea informației despre structura diferențiată a prevalenței sincopelor [1].

Termenii epidemiologici uzuali de **prevalență** (raportul numărului persoanelor afectate și populația totală) și **incidență** (rata de apariție a cazurilor sau a condițiilor noi de boala în populație într-o perioadă data de timp) nu pot fi întru totul utilizați pentru caracteristica sindromului PTC. Strict vorbind, prevalența sincopelor se reduce aproape la zero, întrucât episodul este tranzitoriu și are o durată foarte scurtă de timp. În plus, sindromul sincopal la început prezintă o caracteristică a anumitor perioade de vârstă și prima cădere ar putea surveni peste ani. Mai potrivite par a fi alte noțiuni, ca, de exemplu, proporția cumulativă, rata cumulativă a evenimentelor sau incidența cumulativă pe durata vieții. Și, în sfârșit, ceea ce măsurăm, depinde, în mare măsură, de faptul unde măsurăm.

Prevalența în populație

Majoritatea studiilor au ignorat dependența sincopelor de vârstă, contând doar pe examinările longitudinale ale unor grupuri specifice de populație sau pe evocarea cumulativă a episoadelor sincopale în studii longitudinale. În câteva studii realizate în anii '60 ai secolului al XX-lea, care au cuprins populația generală tânără, s-a arătat că incidența cumulativă a sincopelor pe parcursul vieții a fost de 18-34%, adică circa o treime din populația tânără analizată a avut cel puțin o stare sincopală.

Dermkasian G. și Lamb L. (1958), folosind autoanchetarea, au examinat 3000 de persoane din cadrul Forțelor aeriene ale SUA, dintre care 82 sau 2,7% au indicat sincopă în antecedente [2]. Dat fiind faptul că pierderea tranzitorie de conștiență este un pericol profesional pentru contingentul analizat, această evidentă diferență nu pare a fi surprinzătoare.

În primul studiu Framingham, pe parcursul a 26 de ani, au fost supravegheați 5029 de persoane mature cu vârsta cuprinsă între 30 - 62 de ani. Numai 3,2% dintre ele au avut pe durata supravegheerii cel puțin o sincopă, iar 4% au menționat pierderi de conștiență doar în copilărie [3].

Aceste rezultate diferă complet de cele obținute în studiile mai vechi și mai recente și ar putea fi explicate printr-o populație atipică antrenată în studiul Framingham. Posibil că episoadele sincopale nu au fost reamintite și menționate în timpul anchetării, astfel înregistrând o reducere considerabilă raportată la vârsta maturilor [4].

Al doilea raport Framingham referitor la sincopă menționează că 10% din cei 7814 subiecți au avut cel puțin o stare sincopală pe o perioadă de 17 ani de urmărire. Estimarea incidenței primului episod a fost de 0,6% anual [5]. Oricum acest raport conține date despre o parte

considerabilă de pacienți care nu au avut sincope, ci, mai probabil, stroke, atac ischemic tranzitor sau epilepsie. Toate diagnozele au fost stabilite prin tabelul de analiză și nu prin colectare prospectivă de date. Semnificația acestor lucrări rămâne a fi de apreciat.

Chen L. și colab. (2006) au realizat un studiu extensiv la nivel de comunitate cu includerea persoanelor adulte cu vârsta peste 45 de ani, dintre care 19% au menționat că au avut cel puțin o stare sincopală pe parcursul vieții. Aceste date par a fi mai veridice decât celelalte estimări [6].

Recent, două centre din Calgary și Amsterdam au prezentat rezultate foarte similare referitoare la estimarea incidenței cumulative a sincopelor în comunitate. Ganzeboom K. și colab. (2003), studiind gradul de informare în populația semicaptivată (studenți medici), au stabilit că 39% au avut „căderi” cel puțin odată până la vârsta de 25 de ani. Femeile predominau aproape de două ori față de bărbați (47% vs 24%) [7]. Grupul din Calgary a recunoscut avantajul acestei populații și a repetat studiul, incluzând și rudele de gradul I ale persoanelor examinate. Cel mai în vârstă părinte avea 70 de ani. Folosind analiza actuarială de estimare a incidenței cumulative în funcție de vârstă, autorii au stabilit că probabilitatea de a avea cel puțin o sincopă a fost de 37% către vârsta de 60 de ani, la majoritatea pacienților episodul sincopal a survenit până la 40 de ani [8]. În studiul Calgary nu a fost demonstrată probabilitatea unui alt val pentru prima sincopă după 60 de ani. Luate împreună, aceste studii presupun că 40% din populație „cad” cel puțin o dată în viață. Aceste rezultate sunt comparabile cu alte câteva studii, deși nu cu toate.

Alte studii realizate în medii specifice furnizează informații despre frecvența relativă a sincopelor în anumite grupuri de populație. Unele dintre acestea sunt prezentate după cum urmează (citat după Brignole M.):

- 15% printre copiii cu vârsta până la 18 ani.
- 25% la militarii cu vârsta între 17-26 de ani.
- 20% la angajații în Forțele aeriene cu vârsta de 17-46 de ani.
- 39% printre studenții medici (vârsta medie 21 de ani); prevalența a fost de două ori mai înaltă printre femei.
- 16% pe parcursul a 10 ani la bărbații cu vârsta de 40-59 de ani.
- 19% pe parcursul a 10 ani la femeile de vârsta de 40-49 de ani.
- 23% pe durata de 10 ani la populația vârstnică (peste > 70 de ani).

Cea mai probabilă cauză a acestor diferențe în estimarea incidenței sunt erorile în reamintirea cazurilor de sincopă, posibil, eschivarea și neluarea în calcul a sincopelor ca o condiție medicală, în special, în copilărie. Oricum, s-ar putea ca aceste diferențe să fie și reale, reflectând o particularitate biologică sau deosebiri comportamentale ale populației examinate. De exemplu, donatorii de sânge afro-americani sunt mai puțin predispuși la „căderi” față de europenii contemporani din același mediu.

În concluzie, deși sunt constatate unele diferențe în prevalența și incidența sincopelor, majoritatea studiilor susțin opinia că PTC sunt o problemă frecventă în comunitate, în instituțiile medicale de îngrijire și în cadrul serviciului de sănătate publică.

Când debutează sincopa?

Driscoll DJ. și colab. (1997) au raportat că „prima cădere” printre copii și adolescenții cu vârstă sub 22 de ani a fost înregistrată cel mai frecvent în perioada de la 15 până la 19 ani [10]. Deși sincopa la tineri este bine cunoscută, frecvent fiind numită „atac anoxic reflector”, incidența acesteia rămâne necunoscută. Două studii, care au analizat dependența sincopelor de vârstă printre studenții medici și familiile acestora, au prezentat rezultate aproape similare [7,8]. Sincopa vasovagală pare a fi destul de rară la copiii cu vârstă sub 8 ani, însă incidența „primei căderi” crește rapid în perioada adolescenței. Datele au fost similare la studenții medici, părinții lor sănătoși, la frații și surorile acestora. Nivelul de vârf al vârstei când se înregistrează prima sincopă sau vârsta la care cea mai mare parte de populație au avut „prima cădere” este de circa

14 ani, iar mediana vârstei pentru prima sincopă este de aproximativ 18 ani. Nu a fost stabilită o diferență de vârstă între bărbații și femeile la care sincopa debutează. O parte mică dintre cei examinați (cca 6%) au avut prima cădere după 40 de ani. Astfel, debutul la vârsta tânără este foarte caracteristic pentru sincopa vasovagală.

Prezintă interes faptul că și pacienții cu sincope vasovagale care se adresează pentru examinare au vârste similare de debut al crizelor sincopale, respectiv cea modală 14 ani și cea mediană 18 ani [11]. Deși printre aceștia se înregistrează un vârf (apogeu) secundar de debut tardiv al crizelor vasovagale, plasat între 40 și 60 de ani, în particular, acesta este caracteristic pentru bărbați.

Sincopa și sexul feminin

Există opinii în societate, conform cărora sincopele ar fi o problemă mai mult caracteristică femeilor, un „simplu leșin din romanele victoriane”. Este oare acesta un adevăr? Într-un studiu recent [8] a fost arătat că spre vârsta de 60 de ani, 31% bărbați și 42% femei au suportat sincope, datele fiind similare celor publicate anterior [7].

Surprinzător este faptul că deși atât la femei, cât și la bărbați episoadele sincopale debutează aproximativ la aceeași vârstă, proporția femeilor cu sincope atinge asimptota la vârsta de circa 30 de ani, pe când la bărbații cu „căderi” la circa 50 de ani. Prin urmare, femeile nu au o probabilitate mai mare pentru sincope decât bărbații, însă este cert faptul că femeile tinere sunt mai susceptibile pentru sincope decât bărbații de aceeași vârstă.

Când persoanele cu sincope se adresează pentru îngrijiri medicale?

Întrucât circa 40% din populație au PTC cel puțin odată pe parcursul vieții, s-ar părea că sistemul de sănătate publică nu este preocupat în deplină măsură de pacienții cu sincope. Pentru a elucida această situație au fost comparate datele obținute la nivel de populație și cele din adresabilitate pentru sincope [12]. Populația care solicită asistență medicală a avut frecvența sincopelor mai înaltă pe parcursul vieții (1,2 episoade/an vs 0,1 episod/an), iar mulți pacienți începeau să „cadă” după 35 de ani (26% vs 6%, $p > 0,0001$). Interesant este faptul că mediana frecvenței alternării sincopelor în ultimul an până la adresare a fost mai înaltă decât în toți anii precedenți (3 episoade/an vs 0,6 episoade/an). Populația evidențiată în baza adresărilor, care a început să „cadă” după 35 de ani, a solicitat asistență medicală mai devreme, după primul episod sincopal, decât pacienții tineri la care sincopa a debutat în tinerețe (mediana 2,8 ani vs 14,7 ani). Aceste date confirmă că multe persoane tolerează bine „căderile” infrecvente și se adresează doar atunci când sincopele își intensifică recurența. Prezentarea mai devreme a pacienților la care sincopele au debutat după 35 de ani pare a fi cauzată și de rapiditatea trecerii de la o evoluție benignă la una cu recurențe mai dese, ceea ce provoacă îngrijorarea și neliniștea bolnavului.

De menționat faptul că aceste date furnizează și evidențe importante despre caracterul acumulării pacienților cu sincope, fiind în stare satisfăcătoare pe parcursul multor ani, aceștia înregistrează o agravare aproape încercit după vârsta de 35 de ani. Datele trialurilor demonstrează că circa 40-85% dintre pacienții care sunt supuși examinării pentru o stare sincopală ulterior nu remarcă recurențe fără careva tratament. Astfel, pe parcursul a doi ani vor avea recurențe 90% dintre cei cu un singur episod de sincopă și doar 54% dintre cei cu 2 episoade de sincopă suportate.

Epidemiologia clinică a sincopelor

Epidemiologia clinică a sincopelor evaluată în centrele medicale este într-un total diferită de cea populațională. Există diferențe importante în prevalența cauzelor sincopelor, în spectrul clinic și în importanța analizelor comparative, vârsta pacienților în studiile realizate în diverse țări se deosebește.

Proporția vizitelor la medicul de familie pentru sincope rămâne până în prezent neclară. Într-un studiu realizat în Olanda, Colman N. și coaut. (2004) au raportat că circa 0,2-0,9 % din vizitele pacienților au fost pentru PTC și majoritatea au avut sincope vasovagale. Numai 10% au fost trimiși la specialiști. S-a constatat un vârf al adresărilor plasat cam la vârsta de 15 ani, în special la adolescente, și o creștere esențială a numărului vizitelor pentru ambele sexe după vârsta

de 65 de ani. Cauza majorării numărului vizitelor pacienților vârstnici poate fi explicată prin creșterea incidenței PTC în populație, prezența mai frecventă a comorbidităților, precum și prin consecințe mai severe ale sincopelor [1].

Epidemiologia clinică a sincopelor este mai bine cunoscută în cadrul departamentelor de urgență. Dispunem în prezent de informații detaliate referitoare la bolnavii cu sincope. Proporția adresărilor la camera de gardă pentru sincope este de circa 1%, datele fiind similare celor din Italia, Franța și SUA. Ammirati F. și coaut. (2000) au analizat 195 de pacienți cu sincope spitalizați de urgență în 9 spitale comunitare din împrejurimile Romei [13]. Vârsta medie a bolnavilor a fost de 63 ani, dintre care 44% erau bărbați. Circa 34% au avut sincope vasovagale și 2% sindromul sinusului carotidian. Sincope cardiogene, majoritatea datorate aritmiilor, au fost stabilite la 21% și hipotensiune ortostatică în 6% cazuri. S-a constatat că aproximativ 14% aveau epilepsie sau boală cerebrovasculară (nu un sindrom sincopal adevărat), 6% pseudosincope și 18% sincope de geneză neidentificată. Prin urmare, spre deosebire de populația generală, în acest studiu pacienții cu sincope au fost mai în vârstă și mai frecvent s-au înregistrat boli cardiovasculare și aritmii cardiace, erau mai susceptibili pentru hipotensiune ortostatică

Blanc J. și coaut. (2002) au studiat 454 de bolnavi cu sincope cu vârstă medie de 57 de ani, dintre care 43% erau bărbați [14]. Cauza sincopelor a fost stabilită la 76% din pacienți. Cel mai frecvent diagnostic a fost sincopa vasovagală (44%), aproximativ 1-2% au avut sincopă tusigenă, de sinus carotidian și de strănut. Aritmii cardiace s-au depistat la 8%, iar la 12% din pacienți s-a stabilit sindrom nonsincopal, cum ar fi hipoglicemia. Și în acest studiu pacienții au fost mai în vârstă, mai des au avut aritmii cardiace decât cei examinați la nivel de populație.

Shen W. Și coaut. (2004) au folosit unitățile pentru bolnavii cu pierdere tranzitorie de conștiență pentru a aprecia epidemiologia sincopelor într-o regiune din vestul SUA [15]. Au fost analizați 52 de pacienți cu vârstă medie de 64 de ani, dintre care 49% erau bărbați. Dintre aceștia 52% aveau sincope vasovagale, 18% au rămas fără diagnostic cert, la 12% s-a diagnosticat sindromul sinusului carotidian, 6% aveau sincope cardiogene și 10% sincope ortostatice sau efecte adverse ale medicamentelor. Astfel, rezultatele acestor studii sunt aproape similare. În general, pacienții din secțiile de urgență sunt mai în vârstă (vârsta medie circa 60 de ani). Aproximativ 50%, după toate probabilitățile, erau cu manifestări caracteristice sincopei vasovagale, 5-20% au avut diverse forme de sincope cardiogene, cca 5% s-au prezentat cu sincope de sinus carotidian sau hipotensiune ortostatică și o minoritate aproape constantă de aproximativ 10-20% cu PTC, spitalizați pentru examinare, aveau un sindrom nonsincopal. Prin urmare, majoritatea bolnavilor cu PTC admiși în departamentele de urgență sunt vârstnici au, de obicei, câteva cauze potențiale pentru pierderi tranzitorii de conștiență.

Sincopa la vârstnici

Există doar câteva studii populaționale în care s-a analizat sincopa la persoanele în vârstă, dar este foarte numeroasă literatura consacrată pierderii tranzitorii de conștiență la bolnavii vârstnici cu sincope admiși în clinică. Într-o publicație epidemiologică clinică, Lipsitz L. Ș. și coaut. (1985) au analizat 711 asistente medicale pensionate, găsind o incidență anuală a sincopelor de 6%, rata recurențelor la 2 ani fiind de 30% [16]. Pacienții deveneau mai fragili și neputincioși odată cu vârsta, la ei înregistrându-se numeroase boli concomitente și mulți factori de risc. Doar 3% din episoadele sincopale au fost considerate de tipul sincopei vasovagale.

Deciziile luate în baza datelor epidemiologice

În majoritatea cazurilor pentru o pierdere tranzitorie de conștiență concurează diagnosticul de sincopă sau de atac epileptic. Deși întâlnite mai rar, vor fi luate în considerație drept cauze posibile și narcolepsia, cataplexia, pseudoepilepsia și pseudosincopa. Prevalența crizelor epileptice generalizate pe parcursul vieții este de 0,4-0,7%, în baza estimărilor făcute în Marea Britanie și China [17,18]. În contrast, prevalența sincopelor pe durata vieții pare a fi mult mai înaltă. Problemele de ordin statistic sunt destul de clare. Pornind de la incidența cumulativă pe durata vieții în populație de 40% pentru sincope și de 0,4% pentru crizele epileptice, oricare modalitate folosită pentru identificare ar putea supradiagnostica pacienții cu sincope sau subestima pacienții

cu epilepsie. Astfel, circa 25% din pacienții considerați cu diagnosticul de epilepsie, în realitate, au doar sincope [12].

Care sunt perspectivele?

Ce ar putea determina o cunoaștere mai detaliată a situației epidemiologice pentru sincope? Sunt câteva subiecte care merită a fi dezbătute. Actualmente se știe relativ puțin despre evoluția naturală a sincopelor vasovagale, iar metodele de stratificare a riscului sunt destul de anevoioase. Există, într-adevăr, perioade de acumulare (clustere) rapidă a sincopelor, dacă da, atunci care sunt acestea și ce perioadă de timp continuă? Care sunt predictorii de pătrundere și de ieșire din clustere?

Este modestă informația despre epidemiologia sincopelor în populație. Vârful tardiv al sincopelor, stabilit prin “prima prezentare” după 65 de ani, este unul doar la nivel de clinică, datorită adresărilor sau reflectă situația în populație? Rămâne de stabilit care este proporția relativă a diverselor sindroame sincopale în adresabilitatea la medicul de familie în raport cu specialiștii de profil îngust și care ar fi predictorii pentru trimitere la specialiști a persoanelor cu risc înalt? Este necesară dezvoltarea unei metodologii pentru identificarea diagnosticului care ar fi simplă, ieftină și noninvasivă. Unii autori consideră că, deși testul tilt și dispozitivele implantabile pentru înregistrarea ECG sunt complicate pentru utilizare în studii epidemiologice, totuși disproporțiile existente în identificarea diverselor entități ce cauzează PTC în populație, stabilirea semnificației predictive a acestor sunt mai mult decât o simplă întrebare și cer a fi folosite [19,20]. În sfârșit, sunt necesare noi strategii de diagnosticare.

Bibliografie selectivă

1. Colman N., Nahm K., Ganzeboom K.S. et al., *Epidemiology of reflex syncope*. Clin Auton Res 2004;14 [suppl 1]: 9-17.
2. Dermkasian G., Lamb L.E., *Syncope in a population of healthy young adults*. J Am Med Assoc, 1958;168:1200-7.
3. Savage D., Corwin I., McGee D. et al., *Epidemiologic features of isolated syncope: the Framingham study*. Stroke, 1985;16:626-9.
4. Barry D., *Differential recall bias and spurious associations in case/control studies*. Stat.Med, 1996; 15:2603-16.
5. Soteriades E.S., Evans J.C., Larson M.G. et al., *Incidence and prognosis of syncope*. N Engl Med 2002;347[12]:878-85.
6. Chen L.Y., Shen W.K., Mahoney D.W. et al., *Prevalence of syncope in a population aged more than 45 years*. Am J Med, 2006;119[12]:1088, e1-7.
7. Ganzeboom K.S., Colman N., Reitsma J.B., Shen W.K., Wieling W., *Prevalence and triggers of syncope in medical students*. Am J Cardiol, 2003;91:1006-8.
8. Serletis A., Rose S., Sheldon A.G., Sheldon R.S., *Vasovagal syncope in medical students and their first-degree relatives*. Eur Heart J, 2006;27[16]:1965-70.
9. Brignole M., Alboni P., Benditt D. et al., *Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope*. Europace, 2004; 6:467-537.
10. Driscoll D.J., Jacobsen S.J., Porter C.J., Wollan P.C., *Syncope in children and adolescents*. / Am Coll Cardiol, 1997;29:1039-45.
11. Koshman M.L., Ritchie D., *Investigators of the Syncope Symptom Study and the Prevention of Syncope Trial. Age of first faint in patients with vasovagal syncope*. J Cardiovasc Electrophysiol.2006;17[1]: 49-54.
12. Sheldon R., Serletis A., *Epidemiologic aspects of transient loss of consciousness/ syncope*. In *Syncope and Transient loss of consciousness, 1st edition*. Edited by D.Benditt, 2007 Blackwell Publishing, p. 8-14.
13. Ammirati F., Colivicchi F., Santini M., *Diagnosing syncope in clinical practice. Implementation of a simplified diagnostic algorithm in a multicenter prospective trial—the OESIL 2 Study [Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio]*. Eur Heart J, 2000;21:935-40.
14. Blanc J.J., L’Her C., Touiza A., Garo B., L’Her E., Mansourati J., *Prospective evaluation and outcome of patients admitted for syncope over a 1 year period*. Eur Heart J, 2002;23:815-20.

15. Shen W.K., Decker W.W., Smars P.A. et al., *Syncope Evaluation in the Emergency Department Study [SEEDS]: a multidisciplinary approach to syncope management*. Circulation, 2004;110[24]:3636-45.
16. Lipsitz L.A., Pluchino F.C., Wei J.Y., Rowe J.W., *Syncope in an elderly institutionalized population: prevalence, incidence and associated risk*. QJ Med, 1985;55:45-54.
17. Macdonald B.K., Cockerel O.C., Sander J., Shorvon S.D., *The incidence and lifetime prevalence of lifetime neurologic disorders in a prospective community-based study in the UK*. Brain, 2000;123:665-76.
18. Kwan P., Sander J.W., *The natural history of epilepsy: an epidemiological view*. J Neural Neurosurg Psychiatry, 2004;75:1376-81.
19. Sheldon R., Rose S., Ritchie D. et al., *Historical criteria that distinguish syncope from seizures*. J Am Coll Cardiol, 2002;40:142-8.
20. Sheldon R., Rose S., Ritchie D., Koshman M., Connolly S., Frenneaux M., *Historical diagnostic criteria for vasovagal syncope in the absence of structural heart disease*. Eur Heart J, 2006;27:344-50.

Rezumat

Cunoașterea indicatorilor epidemiologici ai sindromului pierderii tranzitorii de conștiență/sincopelor permite conceperea și realizarea studiilor clinice, stabilirea strategiilor de diagnosticare și tratament, organizarea serviciilor medicale. Majoritatea studiilor clinice arată că circa 40% din populație au sincopă cel puțin o dată în viață. Se discută caracterul sporadic al recurențelor acestor sindroame, evoluția lor naturală, structura epidemiologică comparativă în populația generală și în cea spitalicească în raport cu vârsta, genul și mecanismele de producere.

Summary

Syndromes of transient loss of consciousness/syncope pose considerable challenges to health care systems. This is because of their range of etiologies, high lifetime incidence, and frequent mismatch between their prevalence, lethality, and ease of treatment. A quantitative appreciation of the epidemiology of syncope is needed in order to permit design of clinical trials, diagnostic strategies, and health services delivery. The sporadically recurring nature of these syndromes, needs a sense of their natural history and their comparative epidemiologies in the community and the clinic.

TEHNOLOGII MODERNE ÎN ARTROPLASTIA TOTALĂ DE GENUNCHI

Mihail Darcuic¹, dr. în medicină, conf. univ., **Gheorghe Croitoru¹**, dr. în medicină, conf. univ., **Filip Gornea¹**, dr. h. în medicină, prof. univ., **Alexandru Bețișor¹**, dr. în medicină, asist. univ., **Alexandru Gherghelejiu²**, medic traumatolog, USMF "N. Testemițanu"¹,
Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă²

Artroza genunchiului reprezintă cea de-a doua cauză majoră după coxartroza de morbiditate și disabilitate [3,6]. Artroplastia totală de genunchi a devenit astăzi operația preferată în tratamentul gonartrozei avansate, cu dereglarea axei, stabilității și mobilității, reprezentând o adevărată revoluție în chirurgia genunchiului.

Diferitele modele de proteze de genunchi pot oferi diverse grade de libertate, indicațiile fiind în funcție de patologia dată.

Scopul studiului. Smith-Petersen, Larson au fost printre primii care au subliniat că în gonartroza cu dezaxare, chirurgia trebuie să fie atât corectoare, cât și preventivă.

Îmbunătățirile obținute prin artroplastia totală de genunchi au făcut din aceasta tratamentul chirurgical de elecție la pacienții cu artroza deformantă ce afectează genunchii. Obiectivele artroplastiei totale sunt:

- diminuarea durerii;
- producerea mobilității însoțite de stabilitate;
- corectarea deformităților;