

PREZENTAREA CLINICĂ ȘI CARACTERISTICA DUPLEX- ULTRASONOGRAFICĂ A ANEVRISELOR VENEI SAFENE MARI LA PACIENȚII CU BOALA VARICOASĂ

Eugen Guțu – dr. hab. în medicină, prof. univ.,

Vasile Culiuc – dr. în medicină, asist. univ.,

Dumitru Casian – dr. în medicină, conf. univ.,

Catedra Chirurgie Generală Semiologie, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

GSM: 079532309, E-mail: vasculsurg@yahoo.com

Rezumat

În cadrul unui studiu retrospectiv, prin analiza corelației datelor clinice și imagistice a 23 de pacienți cu boală varicoasă și anevrisme concomitente ale venei safene mari, s-a stabilit o acuratețe diagnostică redusă a examenului obiectiv în asemenea cazuri. Manifestarea clinică ștearsă, nespecifică, a anevrismelor venoase și sensibilitatea joasă a diagnosticului clinic dictează necesitatea examinării prin ecografie Doppler-duplex a tuturor pacienților cu varice a membrelor inferioare întru identificarea coexistenței entității nozologice menționate.

Cuvinte-cheie: anevrism venos, varice, ultrasonografie duplex

Summary. Clinical presentation and duplex ultrasound features of great saphenous vein aneurysms in patients with varicose veins

In a retrospective study, analyzing the correlation of clinical and imaging data of 23 patients with varicose veins and concomitant aneurysms of the great saphenous vein, was established a lower diagnostic accuracy of physical examination in such cases. Slightest, nonspecific clinical manifestation of venous aneurysms and low sensitivity of clinical diagnosis dictates the need for examination by Doppler-duplex sonography of all patients with varicose veins of the lower limbs for identification of coexistent mentioned nosologic entity.

Keywords: venous aneurysm, varicose veins, duplex ultrasound

Резюме. Клинические проявления и дуплекс-ультразвуковая характеристика аневризм большой подкожной вены у пациентов с варикозной болезнью

В ретроспективном исследовании, на основании анализа корреляции клинических и ультразвуковых данных 23 пациентов с варикозной болезнью, и сопутствующими аневризмами большой подкожной вены бедра, установлена низкая диагностическая точность клинического обследования в диагностике аневризм. Неспецифические проявления венозных аневризм поверхностных вен и низкая чувствительность клинического обследования диктуют необходимость выполнения у всех пациентов с варикозной болезнью предоперационного дуплексного сканирования с целью выявления возможных сопутствующих аневризматических расширений ствола вены.

Ключевые слова: венозная аневризма, варикозное расширение вен, дуплекс-ультразвуковое исследование

Introducere

Anevrișmul venos al extremităților inferioare este definit mai frecvent drept o dilatare segmentară a axului venei cu peste ½ comparativ cu diametrul adiacent, proximal și distal de porțiunea afectată [1]. Mai des în literatură sunt discutate anevrismele venelor profunde, în special ale venei poplitee, din motivul unui risc evolutiv mai sporit pe care îl comportă [2]. Anevrismele venelor superficiale se considerau anterior rare [3]. Actualmente însă, odată cu implementarea vastă în practica flebologică a examenului ecografic Doppler-duplex, numărul cazurilor identificate preoperator a sporit esențial. Manifestările clinice ale anevrismelor venoase sunt foarte variate, deseori acestea fiind chiar asimptomatice, însă se pot asocia și cu simptomatologia tromboembolismului pulmonar. Scopul lucrării respective a fost analiza complexă

interfactorială a manifestărilor clinico-imagistice ale anevrismelor venei safene mari (AVS) diagnosticate la bolnavii cu varice ale membrelor inferioare.

Material și metode

În cadrul unei cercetări retrospective au fost incluși 23 pacienți cu AVS spitalizați pentru investigații și tratament în IMSP SCM nr.1 (Chișinău) cu diagnosticul de bază – boala varicoasă. Datele examenului obiectiv au fost analizate în baza informației reflectate în fișa clinică a bolnavului staționar. Severitatea clinică a bolii venoase cronice a fost evaluată conform clasificării *Clinical Etiological Anatomical Physiopathological* (CEAP). Rezultatele examenului paraclinic instrumental prin utilizarea ultrasonografiei Doppler-duplex au fost evaluate în urma analizei protocoalelor investigației imagistice. Conform localizării (topografiei) AVS au fost clasificate în: tipul I

– localizate în 1/3 proximală a venei safena magna (a porțiunii de pe coapsă a venei), nu implică joncțiunea safenofemurală, dar sunt amplasate imediat distal de valva subterminală; tipul II – implică trunchiul venei safena magna în 1/3 distală a coapsei; tipul III – asocierea tipului I și II pe aceeași extremitate [3]. AVS sacciform a fost considerat dilatarea de forma unui sac, ce “atârna” de o parte a peretelui unei vene și comunica cu aceasta printr-un canal îngust. AVS fusiform a fost considerat o dilatare a peretelui venos mai mult sau mai puțin egală, uniformă, rezultând într-o dilatare cilindrică. Considerând particularitățile clinico-curative AVS joncționale și AVS trombozate nu au fost incluse în cercetarea curentă.

Datele au fost analizate cu utilizarea programului computerizat *Microsoft Excel*. Pentru compararea valorilor medii s-a utilizat *t*-testul Student. Pentru identificarea unei inter-relații între criteriile evaluate s-a calculat coeficientul de corelație Spearman (r_s). Întru verificarea existenței unei asocieri semnificative între două variabile calitative a fost aplicat testul “exact” Fisher. Diferența dintre datele comparate a fost considerată statistic veridică la valorile $p < 0,05$.

Rezultate și discuții

În 8 dintre cele 23 cazuri analizate au fost depistate câte 2 aneurisme pe o extremitate (AVS tip III), în total fiind evaluate astfel 31 AVS. Coraportul după gen – femei: bărbați reprezintă 1,87 : 1. S-a determinat o corelație puternică între genul feminin și rata identificării AVS ($r_s = 0,65$; $n = 23$; $p < 0,01$). Vârsta medie a bolnavilor a constituit 48,33 (28–70) ani. S-a observat o predominare ușoară a sexului feminin în majoritatea categoriilor de vârstă și o tendință de sporire a ratei de dezvoltare a AVS odată cu avansarea în vârstă, preponderent după 50 de ani. În conformitate cu forma morfologică au fost diagnosticate 12 (38,7%) AVS fusiforme și 19 (61,29%) – sacciforme. De remarcat, că forma AVS (fusiform sau sacciform) nu a corelat cu genul pacienților, ambele tipuri de aneurism fiind distribuite în măsură egală printre femei și bărbați ($r_s = 0,27$; grade de libertate = 29; p -NS). Corelația dintre tipul morfologic al AVS și vârsta bolnavilor a fost, deasemenea, una slabă ($r_s = 0,29$; p -NS).

Distribuția AVS în raport cu criteriul anatomo-topografic se prezintă după cum urmează: tipul I – 5 (21,73%) cazuri, tipul II – 10 (43,47%) și tipul III – 8 (34,78%) cazuri. Diametrul mediu al AVS a constituit $16,86 \pm 0,96$ (9,1–32) mm. Totodată, valoarea medie a diametrului trunchiului venei safena magna (imediat adiacent AVS) a fost aproape de două ori (1,93) mai mică – $8,73 \pm 0,36$ (5,6–14) mm. La pacienții evaluați nu s-a observat un coraport veridic între vârstă și valoarea diametrului venei safena magna, apreciat imediat distal de AVS ($r_s = 0,35$; t -test = 1,75; grade de liber-

tate = 21; p -NS). Aceasta se poate datora unui număr mic de cazuri evaluate, precum și caracterului monofactorial al analizei. În același timp, diametrul AVS a corelat în mod direct cu vârsta pacienților ($r_s = 0,38$; t -test = 2,21; grade de libertate = 29; $P = 0,035$). Astfel, odată cu avansarea în vârstă diametrul AVS a sporit. Analizând dimensiunile AVS în funcție de localizarea anatomică s-a observat, că un diametru preponderent mai mare au avut aneurismele din 1/3 medie a coapsei – $23,33 \pm 5,54$ mm.

Frecvența diagnosticării AVS în clasele clinice (C, CEAP) ce exprimă un grad mai ușor de severitate (C2-C3) a fost predominant mai sporită vs. în clasele clinice ce definesc o insuficiență venoasă cronică severă (C4-C6) – 77,41% vs. 22,58% ($p < 0,001$). Evaluând dimensiunile AVS în funcție de clasa clinică s-a detectat o corelație directă statistic semnificativă între criteriile respective ($r_s = 0,58$; t -test = 3,88; grade de libertate = 29; $p < 0,001$). Valorile medii ale diametrului (d) AVS au crescut progresiv odată cu avansarea clasei clinice: d (C2) = 13,88 mm; d (C3) = 18,28 mm; d (C4a) = 19,66 mm; d (C4b) = 25 mm.

Majoritatea AVS necomplicate au fost asimptomatice – 21 (67,74%), fiind identificate perioperator în mod incidental. Totuși, aproape 1/3 dintre acestea – 10 (32,25%) au fost simptomatice. Pacienții acuzau durere, disconfort sau parestezie – toată simptomatologia având o localizare certă, limitată în proiecția trunchiului safenian de la nivelul coapsei unde ulterior s-a confirmat imagistic prezența AVS. Vârsta și genul pacienților nu au determinat modul de manifestare clinică a AVS (datele nu sunt prezentate).

Coraportul dintre AVS simptomatice și asimptomatice în funcție de topografie se prezintă în felul următor: tip I – 1:4; tip II – 5:5; și tip III – 2:6, respectiv. Doar 3/12 (25%) dintre AVS fusiforme au condiționat careva manifestări clinice. Rata AVS simptomatice printre aneurismele sacciforme a fost ceva mai mare – 7/19 (36,84%). Totuși, forma morfologică nu a condiționat veridic modul de manifestare clinică a AVS (p -NS, testul Fisher). Datele prezentate, reflectă că forma morfologică nu determină modul de manifestare clinică a AVS.

Confruntarea diametrelor AVS simptomatice vs. asimptomatice relevă o valoare medie ușor mai elevată corespunzătoare primelor – $17,66 \pm 2,25$ mm vs. $16,57 \pm 0,97$ mm. Prin urmare, un AVS cu diametru mai mare pare a fi mai predispus de a deveni simptomatic vs. un AVS de dimensiuni mai mici. În contextul respectiv se impune și menționarea că atât diametrul mediu al trunchiului safenian adiacent aneurismelor, cât și durata medie a refluxului venos patologic au fost predominant mai mari în cazurile de AVS asimptomatice. Astfel, nici diametrul safenei adiacente și

nici severitatea refluxului venos patologic prin aceasta nu determină modul de manifestare clinică a AVS. Aceste date susțin considerația, că simptomatologia locală (corespunzătoare proiecției anevrismelor) la pacienții examinați n-a fost condiționată de varice propriu-zis, ci de existența AVS.

Rata AVS simptomatice printre cazurile atribuite clasei clinice C2 (CEAP) a fost sub o treime – 4/13 (30,76%). Oarecum surprinzător, frecvența identificării AVS simptomatice odată cu avansarea severității clinice de la clasa C2 spre C3 a diminuat, constituind 27,27% (3/11). Totodată, în cazurile atribuite clasei C4 rata AVS simptomatice a fost maximală – 3/7 (42,85%). Astfel, nu a fost stabilită vreo corelație între clasa clinică și modul de manifestare clinică a AVS – simptomatic sau asimptomatic (p-NS, testul Spearman). În același timp, s-a observat o tendință de sporire a ratei AVS simptomatice odată cu asocierea insuficienței venoase cronice severe (C2-C3 vs. C4 = 29,16% vs. 42,85%).

Doar 13 (41,93%) AVS au fost identificate în timpul examenului clinic obiectiv, fiind confirmate ulterior imagistic. Celelalte 18 (58,06%) AVS au fost diagnosticate primar doar prin ecografie Doppler-duplex (**Fig. 1**).

Eventualitatea depistării unui AVS prin examen clinic obiectiv a fost preponderent mai mare la persoanele în etate, de gen feminin (datele nu sunt prezentate). În funcție de localizare de-a lungul trunchiului venei safena magna cele mai ușor de depistat prin examen clinic au fost AVS din 1/3 medie a coapsei. Rata AVS depistate clinic se prezintă astfel: în 1/3 superioară a coapsei – 5/13 (38,46%); în 1/3 medie – 2/3 (66,66%); și în 1/3 inferioară – 6/15 (40%).

Frecvența AVS diagnosticate prin examen obiectiv în cadrul grupului ce constituie tipul “topografic” II a fost preponderant mai înaltă decât în tipul I – 50%

vs. 40% (p-NS). Cel mai dificil de identificat în baza examenului clinic au fost AVS atribuite tipului “topografic” III (prezența a 2 AVS – proximal și distal). Astfel, doar 37,5% dintre asemenea AVS au fost diagnosticate clinic.

În urma analizei corelației între forma morfologică a AVS și posibilitatea identificării doar în baza examenului clinic obiectiv s-a stabilit, că anevrismele sacciforme au fost predominant mai frecvent diagnosticate vs. cele fusiforme – 10/19 (52,63%) vs. 3/12 (25%). Astfel, forma morfologică sacciformă se asociază cu o sensibilitate mai înaltă a examenului clinic în diagnosticarea AVS.

De remarcat, că AVS diagnosticate clinic au avut un diametru preponderent mai mare vs. cel al AVS nedepistate obiectiv – $18,51 \pm 2,08$ mm vs. $15,78 \pm 0,64$ mm (p-NS, *t*-test). Dimensiunile mai mari ale anevrismelor sporesc gradul de identificare a acestora prin inspecție și palpate și, respectiv, amplifică acuratețea diagnostică a examenului obiectiv.

Însăși diametrul venei safena magna adiacente anevrismului (imediat distal) a avut o valoare medie mai mare în cazurile când AVS nu au fost identificate clinic vs. cazurile când AVS au fost diagnosticate prin examen obiectiv – $9,08 \pm 0,45$ mm vs. $8,39 \pm 0,85$ mm (p-NS, *t*-test). În acest mod, diametrul venei safene magna adiacente anevrismelor venoase nu a influențat acuratețea diagnosticării clinice a acestora. La fel, durata refluxului venos patologic prin safena adiacentă AVS în cazurile diagnosticării vs. neidentificării clinice a anevrismelor a fost practic similară – $2,3 \pm 0,22$ sec. vs. $2,38 \pm 0,22$ sec. Astfel, gradul de severitate al dereglărilor hemodinamicii venoase ale extremităților inferioare (diametrul mai elevat al venei safena magna și refluxul safenian de durată mai mare) nu influențează semnificativ sensibilitatea diagnosticului clinic al AVS.

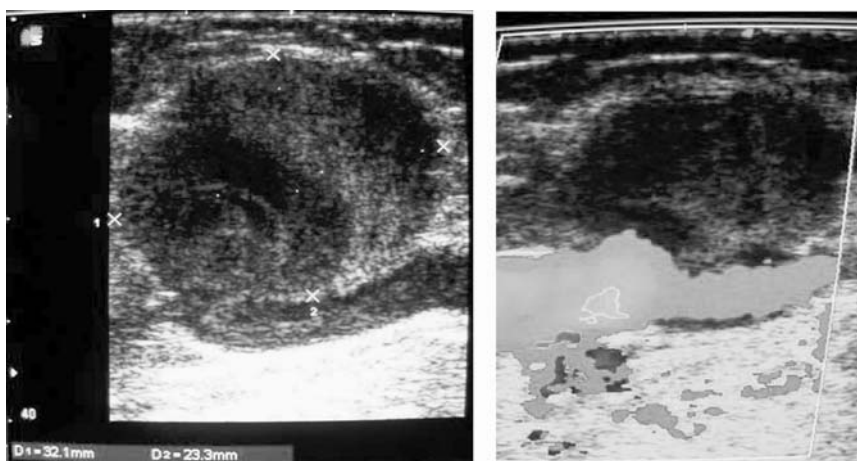


Fig. 1. Aspectul duplex-ultrasonografic al AVS
Semne de stază venoasă în sacul AVS (st.), cu turbulență intracavitară (dr.)

Cea mai înaltă rată de diagnosticare obiectivă a AVS a fost înregistrată în clasa clinică C2 – 6/13 (46,15%). Prezența edemului extremității (clasa C3, CEAP) a diminuat acuratețea diagnosticului clinic până la – 4/11 (36,36%). Totodată, prezența leziunilor trofice (clasa clinică C4) nu a modificat veridicitatea diagnosticului clinic în comparație cu cea observată în clasa C2 – 3/7 (42,85%). Per general, posibilitatea identificării clinice a AVS în insuficiența venoasă cronică severă (C4a-C4b, CEAP) nu a variat veridic comparativ cu cazurile clinice mai puțin severe (C2-C3, CEAP) – 42,85% vs. 41,66%.

De remarcă, că toate AVS simptomatice – 10/10 (100%), au fost diagnosticate clinic, ulterior confirmându-se imagistic. Viceversa, doar 3/21 (14,28%) aneurisme asimptomatice au fost identificate prin examen obiectiv, iar celelalte 18 (85,71%) – au fost omise, vizualizându-se doar în timpul ecografiei Doppler-duplex. S-a evidențiat astfel, cu un grad foarte mare de veridicitate statistică, existența unei corelații directe dintre modul de exprimare clinică a AVS și sensibilitatea diagnosticării obiective a acestora ($p < 0,0001$; testul “exact” Fisher). Altfel spus, șansele identificării prin examen clinic obiectiv (inspecție și/sau palpare) a unui AVS ce condiționează

careva simptomă locală (durere, parestezie, senzație de arsură etc.) sunt semnificativ mai mari vs. a unui AVS asimptomatic. Și invers, un AVS asimptomatic riscă să rămână nedignosticat clinic. Acest fapt confirmă în mod iterativ necesitatea examenului imagistic la toți pacienții cu varice a membrelor inferioare.

Concluzii. Aneurismele venoase safeniene pot fi identificate la pacienții cu boală varicoasă de orice vârstă și gen, caracterizându-se printr-o manifestare clinică nespecifică, deseori asimptomatică. Expresia clinică vagă și acuratețea redusă a examenului obiectiv în asemenea cazuri dictează necesitatea evaluării imagistice minuțioase a tuturor bolnavilor cu varice a membrelor inferioare în vederea documentării coexistenței aneurismelor venoase.

Bibliografie

1. Gillespie D.L., Villavicencio J.L., Gallagher C., et al., *Presentation and management of venous aneurysms*. J. Vasc. Surg., 1997; 26:845-52.
2. Winchester D., Pearce W.H., McCarthy W.J., et al., *Popliteal venous aneurysms*. Surgery, 1993; 114:600-7.
3. Pascarella L., Al-Tuwaijri, Bergan J.J., Mekenas L.M., *Lower extremity superficial venous aneurysms*. Ann. Vasc. Surg., 2005; 19:69-73.