



# BOLILE VENOASE

# Introducere

---

- Bolile venoase sunt foarte frecvente si afecteaza 30-50% din populatia adulta
- Manifestarile clinice si gravitatea acestor boli este diferita: de la simpla jena sau defect estetic pana la dureri intense, invaliditate sau chiar deces instantaneu.
- Bolile venelor se produc la nivelul venelor tuturor tesuturilor si organelor, dar manifestarile patologice cele mai frecvente sunt la urmatoarele niveluri:
  - Venele membrelor inferioare:
    - Boala varicoasa
    - Boala tromboembolica
    - Malformatiile venoase
  - Venele membrului superior:
    - Tromboflebita membrului superior

# Introducere

---

- Venele pelviene:
  - Varice
  - Tromboflebita
- Venele hemoroidale:
  - Hemoroizi
  - Tromboflebita hemoroidală
  - Prolapsul hemoroidal
- Sistemul venei porte:
  - Tromboza de vena porta
  - Cavernomul
  - Hipertensiunea portală
- Venele cerebrale:
  - Tromboflebita sinusului cavernos

# Introducere

---

- In cadrul bolilor venoase vom studia:
  - Tromboza venoasa superficiala si profunda
  - Sindromul post trombotic
  - Limfedemul
  - Varicele (hidrostatice, simptomatice)
  - Varicocelul

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

- Definitie: proces de coagulare intravasculara care afecteaza sistemul venos insotit de o reactie inflamatorie a peretelui venos. Termenul care corespunde cel mai exact leziunilor anatomo patologice si care defineste si complicatia majora a bolii este cel de *boala tromboembolica*.

# I. Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

Etiopatogenie: recunoaste factori favorizanti si factori determinanti

Factorii favorizanti sunt:

- endogeni:
  - varsta peste 60 de ani
  - sex feminin
  - Ereditatea
- exogeni:
  - Alimentatia hiperlipidica
  - Traumatismele
  - Diureticele
  - aportul de vitamina K
  - Stresul
  - Medicatia cu anticonceptionale

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## Factori determinanti:

- Leziunea parietala venoasa:
  - Traumatismele externe
  - Cateterizari
  - Compresiuni
- Staza venoasa :
  - Repaus prelungit la pat
  - Stari de hipovolemie
  - Obezitate
  - Insuficienta cardiaca
- Hipercoagulabilitatea
  - Trombocitoze
  - Poliglobuliii
  - Trombopatii
  - Meteorism abdominal prelungit
  - Cancere

Toti acesti factori determinanti realizeaza triada VIRCHOW

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

- Sediul obisnuit de debut este la nivelul venelor gambiere si al venelor pelvine descriindu-se patru etape in formarea trombusului:
  1. Trombusul alb plachetar
  2. Trombusul rosu-mixt
  3. Retractia cheagului
  4. Trombusul fibros organizat



# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

- Riscul maxim de embolie apare in etapele 1 si 3, respectiv la 2-12 zile post operator pt prima etapa si 8-12 zile post operator pt etapa 3.
- Odata format, tendinta trombusului este de extindere in axul venos profund cu blocarea fluxului venor si cresterea presiunii distal de obstacol, aceasta ducand la aparitia edemului extremitatii respective.
- In tromboza venoasa superficiala riscul emboliei este foarte mic spre deosebire de tromboza profunda.

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

## Simptomatologie

Recunoaste in principal doua tipuri de semne:

- Generale
  - Febra peste 38 grade care nu scade la antibiotice (semnul Michaelis)
  - Pulsul accelerat progresiv (catarator), semnul Mahler
  - Neliniste si agitatie
- Locale:
  - Durerea sub forma de greutate sau crampe gambiere
  - Tegumente destinse lucioase
  - Impastarea profunda a gambei, semn al edemului subfascial
- Alte semne:
  - Semnul Pratt – vena pretibiala dilatata (vena santinela)
  - Semnul Tschmarke – durere la compresia gambei
  - Semnul Homans – durere la flexia dorsala pasiva a piciorului
  - Semnul Lowenberg – durere in gamba la compresia tensiometrului, la presiune peste 10 cm Hg
  - Semnul Reilander - durere in regiunea inghinala
  - Semnul Louvel – durere la tuse la nivelul membrului inferior
  - Semnul Mayer – durere medial de tibie la 10 cm sub articulatia genunchiului

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## Forme clinice

Se pot clasifica dupa mai multe criterii:

- Dupa evolutie:
  - Forme supraacute
  - Forme acute
  - Forme subacute
  - Forme latente (cronice)
  - Forme recidivate
  
- Dupa sistemul venos afectat:
  - Forme superficiale
  - Forme profunde

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

- Dupa topografie
  - Tromboflebita membrului inferior
  - Tromboflebita membrului superior
  - Tromboflebita unor vene viscerale:
    - Vena porta
    - Vena splenica
    - Vena renala
  - Tromboflebita migratorie (Trousseau):
    - Paraneoplazica
    - In boala Burger
    - In infectii de focar
    - In ricketsioze

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

- Dupa localizare:
  - Tromboza gambiera:
    - Apare impastarea gambei
    - Edem nu foarte mare
  - Tromboza popliteo-femurala
    - Edem pana la nivelul genunchiului
  - Tromboza ileo-femurala:
    - Edem alb al gambei si al coapsei
    - Asociaza ischemie prin spasm arterial
    - Tegumentele devin reci si cianotice

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

- Tromboza extinsa la venele illiace interne
  - Dureri in etajul abdominal inferior
  - Dureri lombare
  - Dureri rectale
  - Disurie
  - Retentie acuta de urina
  - Accentuara desenului venos superficial deasupra arcadei inghinale
- Tromboza venei cave inferioare:
  - Edeme bilaterale ale membrelor inferioare
  - Circulatie colaterala de tip cavo-cav
  - scaderea TA

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## ■ Explorările paraclinice

Se practica pentru a investiga starea sistemului venos superficial si profund. Sunt reprezentate de:

- Ecografia Doppler
- Flebografia
- Scintigrafia cu fibrinogen marcat cu iod radioactiv

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## Complicatiile.

Sunt reprezentate de:

- Embolia pulmonara
- Gangrena venoasa
- Sindromul post trombotic (complicatia trombozei venoase profunde)
- Insuficienta venoasa cronica (complicatia trombozei superficiale)



# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

- Embolia pulmonara
  - Cea mai grava complicatie a trombozelor venoase
  - Apare in urma detasarii unui tromb din sistemul venos care ajunge in cordul drept si de aici in sistemul arterial pulmonar
  - Poate fi masiva cu hipoxemie rapid progresiva catre sincopa si exitus in cateva minute
  - Daca embolia intereseaza ramuri arteriale mai mici apare:
    - Hipertensiune pulmonara cu staza venoasa
    - Insuficienta cardiaca dreapta
    - Arteriolo constrictie si bronhoconstrictie care pot duce la asfixie si deces
  - Mobilizarea trombilor se produce la cresterea brusca a presiunii venoase prin contractii musculare bruste, stranut, defecatie

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

- Riscul de aparitie a unei embolii pulmonare e mai mare in interventii urologice, ortopedice, ginecologice, chirurgicale
- Simptomatologie:
  - Debut brutal (fulger pe cer senin). Se constata:
    - Anxietate
    - Durere toracica precordiala violenta
    - Dispnee
    - Tahicardie
    - Cianoza
    - Evolutie rapida spre soc cardiogen si exitus
- Explorari para clinice. Sunt reprezentate de:
  - Ecografia cardiaca:
    - Dilatarea inimii drepte si a arterei pulmonare
    - Reducerea umplerii cavitatilor stangi
  - Scintigrafia pulmonara:
    - Se face cu microagregate de serum albumina marcate cu TC 99
    - Indica nivelul obstructiei arteriale
    - Extrem de utila in caz de intervenite chirurgicala

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

- Diagnosticul diferential. Se face:
  - cu embolia gazoasa sau grasoasa (alt context etiologic)
  - Infarctul miocardic
  - Anevrismul disecant de aorta
  - Pneumonii acute
  - Alte afectiuni pleuro pulmonare

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## Tratamentul trombozei venoase

Este de doua tipuri:

1. Profilactic
2. Curativ

– Tratamentul profilactic:

- Vizeaza persoanele cu risc crescut trombogen care urmeaza sa suporte interventii chirurgicale majore sau care sunt imobilizate perioade mai lungi la pat.
- Se folosesc heparinele cu masa moleculara mica (fragmin, fragsiparin, clexan, clivarin, inohep)
- Tratamentul incepe preoperator si se continua postoperator 7-30 de zile in functie de situatie
- Se urmareste concomitent echilibrarea volemica corecta si hidroelectrolitica
- In cazul operatiilor lungi sau la pacienti obeszi se indica utilizarea ciorapilor elastici sau a bandajelor compresive pre, intra si postoperator.

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

## 2. Tratamentul curativ

- a. medical
- b. chirurgical

### a. Tratamentul medical:

- este tratament anticoagulant heparinic in formele gambiere
- este tratament anticoagulant fibrinolitic in formele ileofemorale
- Heparina se administreaza 5000 UI iv in bolus urmat de 500-1000 UI iv/ora timp de 7-10 zile
- se asociaza anticoagulante dicumarinice (trombostop) 1-2 tablete pe zi, urmarindu-se indicele de protrombina care trebuie sa scada la 20-30% si sa se mentina la valoarea aceasta pe durata tratamentului
- tromboflebita gambiera impune repaus la pat cu membrul afectat ridicat la 30-40 cm fata de orizontala
- se asociaza si terapia antiinflamatorie si analgezica
- in formele ileo femurale se administreaza tratament fibrinolitic cu streptokinaza sau urokinaza
- se administreaza doza de atac 250000 UI in 30 minute, apoi 100000 UI in perfuzie timp de 6 zile
- terapia fibrinolitica implica riscuri:
  - alergic
  - hemoragic

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## b. Tratamentul chirurgical

- In formele iliofemorale in primele 10 zile de evolutie se poate face trombectomie chirurgicala
- Trombectomia iliala profunda se face sub anestezie locala
- Se descopera vena femurala interesata si se practica trombectomie prin fogartizare
- In cursul manevrei bolnavul respira fortat cu grotă inchisa (manevra valsalva) pentru a impiedica trecerea trombusului in vena cava si riscul de a ajunge in arterele pulmonare

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## Forme particulare de tromboflebita

1. Tromboflebita migratorie
  - Intereseaza venele superficiale in mod alternativ si recidivant
  - Poate fi semn revelator pt:
    - Infectii de focar
    - Neoplazii
    - Colagenoze etc
  - Tratamentul este etiologic si patogenic (anticoagulant si antiinflamator)

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## 2. Tromboflebita membrului superior (Paget-Schroeter)

- Se realizeaza prin tromboza acuta a venelor axilare sau subclavulare
- Poate fi primitiva in urma unui effort fizic important sau secundara unui obstacol axilar (tumora, adenopatie, etc)
- Apare diminuarea fluxului venos ce duce la edem al membrului superior, tegumente marmorate, dureri la palpare
- Diagnosticul clinic este confirmat prin eco-doppler, flebografie, scintigrafie cu fibrinogen marcat radioactiv
- Tratamentul este etiologic in formele secundare si patogenetic cu anticoagulante, antiinflamatorii, fibrinoliza, trombectomie



# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## 3. Tromboflebita venei porte (pileflebita)

- Apare la nou nascut in urma tromboflebite septice a venei ombilicale
- La adult apare:
  - in cadrul hipertensiunii portale a unui proces septic abdominal
  - In cadrul unui proces septic abdominal
  - In cadrul unei afectiuni hematologice sau de etiologie neprecizata
- Simptomatologia este dominata de:
  - Dureri abdominale
  - Febra
  - Ileus intestinal
- Tratamentul este etiologic si patogenic

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## 4. Tromboza venelor suprahepatice (sindromul Budd-Chiari)

- Se manifesta clinic prin:
  - Hepatomegalie
  - Ascita
  - Insuficienta hepatica
- Poate fi secundara unei stenoze congenitale sau a unei afectiuni hipercoagulante
- Tratamentul consta in practicarea derivatiei portocave sau practicarea angioplastiilor percutane transluminale cu plasarea unui stent

# Tromboza venoasa superficiala si profunda

---

## 5. Tromboflebita pelvina

- Apare ca o complicatie a unor procese septice pelvine la femeie:
  - Avort septic
  - Endometrite
  - Informatii anexiale

## II. Sindromul post trombotic

---

- Aproximativ 50% din tromboflebitele profunde se complica tardiv cu leziuni trofice avansate care definesc sindromul posttrombotic reprezentat de:
  - Edem
  - Celulita indurativa
  - Dermatita ocra
  - Ulcer de gamba

## II. Sindromul post trombotic

---

- Este cauza principala de insuficienta venoasa cronica secundara cresterii presiunii venoase
- Persistenta obstructiei vasculare si recanalizarea cu afectarea valvelor venoase sunt elementele fiziopatogenice care definesc sindromul posttrombotic.
- Hipertensiunea venoasa afecteaza retrograd venulele si sistemul capilar rezultand extravazarea lichidiana si a proteinelor in spatiul interstitial, ceea ce afecteaza oxigenarea si metabolismul tisular.
- Peretele capilar alterat permite extravazarea si a unor hematii care prin degradare elibereaza hemosiderina, aceasta determinand pigmentarea bruna a tegumentelor realizand dermatita oca caracteristica.
- Leziunile cele mai avansate se produc acolo unde presiunea venoasa este maxima (la nivel perimaleolar si gambier inferior).

# II. Sindromul post trombotic

---

## Diagnostic

### ■ Paraclinic:

- Ecografia doppler, care vizualizeaza direct sistemul venos superficial si profund
- Flebografia care vizualizeaza exact obstructiile si starea sistemului venos

### ■ Clinic:

- Examenul clinic este concludent

# II. Sindromul post trombotic

---

## Tratament

- Este un tratament cronic, permanent
- Are important aspect psihologic
- Se recomanda purtaea permanenta in cursul zilei a ciorapilor elastici
- Evitarea ortostatismului si a mersului prelungit
- Ridicarea frecventa, de cel putin 2 ori pe zi a membrilor inferioare desupra nivelului cordului
- Tratamentul medicamentos este adjuvant si consta in flebotonice:
  - Vitamina E
  - Urutosit
  - Tarosin
  - Detralex
- Existenta fenomenelor inflamatorii asociaza tratament antiinflamator
- Tratamentul chirurgical urmareste stabilirea unui flux venos normal prin diferite interventii reconstructive

# III. Limfedemul

---

Reprezinta acumularea de lichide in tesuturile membrelor din cauza insuficientei drenajului limfatic

## Etiopatogenie.

Limfedemele sunt de doua tipuri:

- Primare
- Secundare
- Limfedemele primare:
  - Sunt generate de agenezia, hipoplazia sau obstructia vaselor limfatice
  - Ele pot aparea in sindromul Turner, sindromul Noonan
  - Femeile sunt afectate mai frecvent decat barbatii (3:1)
  - Dupa momentul instalarii pot fi:
    - Congenitale (apar rapid dupa nastere)
    - Precoce (apar intre pubertate si a 3 a decada de viata)
    - Tardive (dupa 35 de ani)



# III. Limfedemul

---

- Limfedemele secundare
  - Apar in situatii variate prin afectarea vaselor limfatice initial normale:
    - Tumori maligne
    - Limfangite repetitive infectioase (cu streptococ beta hemolitic sau stafilococ)
    - Filarioza in regiunile tropicale si subtropicale
    - Interventii chirurgicale care include extirparea ganglionilor limfatici
    - Situatii rare (tuberculoza, limfogranulomatoza, artrita reumatoida)

# III. Limfedemul

---

## Simptomatologie

- Instalarea edemului se face de obicei treptat si este nedureroasa
- Pacientul reclama o stare de disconfort local alarmat fiind de cresterea in volum a membrului afectat
- Initial
  - Edemul este moale, semnul godeului este prezent
  - Localizat la nivelul piciorului cu tendinta de extensie la intreg membrul inferior (afectare centripeta)
  - Pielea este alba, intinsa si subtire
  - Edemul cedeaza partial in clinostatism
  - Este accentuat in timpul zilei, se reduce noaptea, dar niciodata complet
- Tardiv
  - Edemul devine dur, lemnos
  - Membrul afectat isi pierde forma normala
  - Pielea ramane alba dar devine scleroasa si ingrosata
  - Dispare semnul godeului

# III. Limfedemul

---

## Examene paraclinice

- Incearca sa identifice etiologia bolii
- Ecografia abdomino-pelvina sunt utile pentru identificarea unor neoplazii
- Limfoangiografia
  - Utila dar dificil de executat necesita izolarea unui vas limfatic distal si introducerea unei substante de contrasta
  - Poate detecta nivelul obstructiei in limfedemele secundare
- Masurarea albuminei in lichidul interstitial evidentiaza niveluri de peste 1,5 grame la %.

# III. Limfedemul

---

## Diagnosticul

- Este clinic si include elementele de anamneza si examenul local.

## Diagnosticul diferential

- Se face cu lipodistrofia membrelor inferioare care este o afectiune:
  - Bilaterala
  - Fara modificari posturale
  - Fara afectarea piciorului si a articulatiilor
  - Niveluri de albumina in lichidul interstitial sub 1 gram la %

# III. Limfedemul

---

## Tratament

- Exista limitari semnificative, anatomice si fiziologice in tratamentul limfedemului
- Reducere edemelor este mai putin eficace decat in celelate situatii
- Procesele de fibroza produc modificari ireversibile in tesuturile subcutanate
- Optiunile terapeutice se adreseaza:
  - Limitarii edemului
  - Mentinerea integritatii tegumentare
  - Prevenirea complicatiilor (celulita si limfangita)

# III. Limfedemul

---

- Metodele mecanice include:
  - Drenajul postural
  - Exercițiile fizice
  - Aplicarea de ciorapi elastici
- Regimul dietetic vizează:
  - Scaderea ponderala
  - Restrictia hidrosalina
- Aparitia infectiilor impune tratament energic cu antibiotice administrate intravenos
- Prevenirea si tratarea infectiilor fungice este un obiectiv permanent
- Tratamentul chirurgical este rezervat cazurilor de limfedem foarte voluminos
- S-au elaborat tehnici noi de anastomoza limfo-venoasa

# IV. Varicele

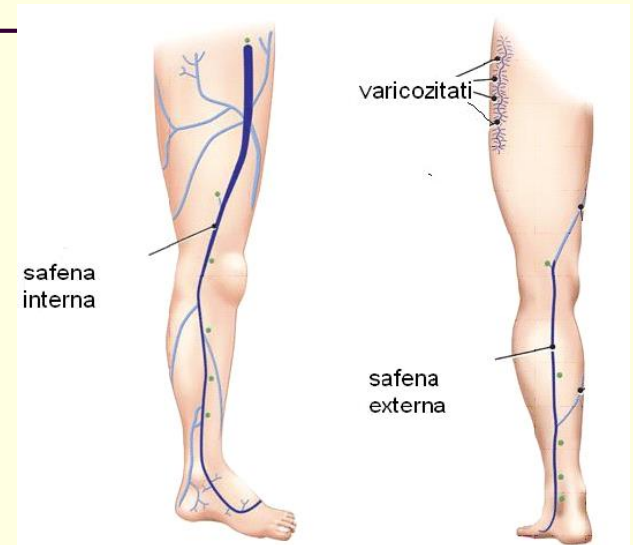
Reprezinta dilatatia si alungirea venelor superficiale, modificare morfologica cauzata de o presiune venoasa crescuta

## Etiopatogenie

Varicele pot fi:

### ■ Congenitale

- Rare
- Sindromul Klippel-Trenauney-Weber, care asociaza varice cu alungirea hipertrofica a membrului si cu un angion plan tuberos
- Sindromul Parks-Weber in care apar fistule arterio-venoase congenitale si un angiom venos, cracterizat printr-o dezvoltare in exces a retelei venoase cu trei aspecte:
  - Angiom venos simplu
  - Angiom venos cavernos
  - Angiom venos racemosus (in care exista fistule arterio venoase)



# IV. Varicele

---



- Primitive
  - Cele mai frecvente
  - Fara cauza cunoscuta dar cu factori favorizanti
  
- Secundare. Pot fi:
  - Post-trombotice
  - Prin compresiuni determinate de formatiuni tumorale
  - Prin retractii scleroase post radioterapie
  - Prin cicatrici vicioase dupa traumatisme ale venelor
  
- Varicele primitive esentiale sau primare se mai numesc si hidrostatice, factorul principal fiind presiunea hidrostatica crescuta la nivelul circulatiei venoase



# IV. Varicele

---

- Factori predispozanti
  - Obezitatea
  - Sarcinile repetate
  - Activitatea in mediu cu temperatura crescuta
  - Avitaminozele

# IV. Varicele

## Morfopatologie



- Venele devin dilatate și alungite alcatuind pachete varicoase sistematizate sau nesistematizate pe axul safen intern sau extern
- Microscopic se constată o fleboscleroză cu displazia țesutului conjunctiv și alterare a miocitelor contractile
- În timp se asociază un proces inflamator sclerozant al țesutului perivenos
- În interiorul venelor dilatate se produce tromboza ce se poate însoți de o reacție inflamatorie
- Tegumentele supraiacente sunt modificate în urma hipoxiei și tulburărilor metabolice locale producându-se dermatita ocră varicoasă și în final ulcerul trofic varicos

# IV. Varicele

---

## Fiziopatologie

- Staza sangelui in ortostatism duce la deschiderea si insuficienta valvulara ostiala a venei safene interne cu reflux sanguin la nivelul crosei din sistemul venos profund in cel superficial
- In timp, vena safena mare se dilata, se lungeste si devine varicoasa determina dilatarea comunicanta
- cresterea presiunii in sistemul venos superficial determina dilatarea comunicantelor cu sistemul venos profund care devin incontinente permitand refluxul
- In timp se produce si o incarcare a sistemului venos profund, aparand insuficienta venoasa mixta

# IV. Varicele

---

## Simptomatologie

- Este in functie de etapa de evolutie a varicelor
- Se disting 3 etape evolutive:
  - Etapa prevaricoasa
  - Etapa varicelor constituite
  - Etapa complicatiilor

# IV. Varicele

---

- Etapa prevaricoasa:
  - Bolnavul acuza greutate in gambe, la mers sau ortostatism
  - Dureri edem perimaleolar sau gambier care cedeaza in clinostatism
- Etapa varicelor constituite
  - Simptomatologia devine mai evidenta
  - Apar semnele locale care definesc boala
    - Dilatatii venoase sinuoase, mai mult sau mai putin sistematizate la nivelul venelor safene
- Etapa complicatiilor
  - Apar manifestarile acestora. Pot fi:
    - Trofice:
      - Dermatita oca
      - Ulcerul trofic varicos
    - Inflamatorii
      - Flebita varicoasa
    - Traumatische
      - Ruptura varicelor cu hemoragii uneori importante

# IV. Varicele

---

## Clasificarea varicelor

Dupa topografie varicele se pot imparti in:

- Varice tronculare = sistematizate pe venele safene
- Varice ale colateralelor (nesistematizate)
- Varice in teritoriul unor vene perforante

Varicele trebuie distinse de teleangectazii care sunt vene intradermice dilatate cu diametru de pana la 1mm, si de venele reticulare care sunt vene subdermice dilatate pana la 4 mm diametru ci care nu se percep palpator

# IV. Varicele

---

- Clasificarea HACH a insuficientei venei safene mari recunoaste 4 grade:
  - Grad I - caracterizat prin reflux numai la nivelul valvulei ostiale a venei safene mari cu dilatarea acesteia pana la nivelul triunghiului scarpa
  - Grad II – dilatarea venei safene pana la nivelul genunchiului
  - Grad III – dilatarea venei safene mari si la nivelul gambei
  - Grad IV - dilatarea venoasa depaseste maleola interna
- La nivelul copasei se poate observa relativ constant o vena care traverseaza oblic fata interna a coapsei facand legatura intre vena safena mare si vena safena mica (GIACOMINI)

# IV. Varicele

- Examinarea clinica a sistemului arterial este obligatorie pentru a ne asigura ca nu exista o arteriopatie asociata care sa contraindica interventia chirurgicala pentru varice
- In 1994, un grup international de consens a stabilit un scor al disfunctiei venoase cronice la bolnavii cu varice ale membrilor inferioare. Acest scor are trei criterii:
  - Anatomic
  - Clinic
  - De incapacitate
- Scorul clinic ia in considerare 9 parametri:
  - Durerea (0-absenta, 1-moderata, 2-severa, necesita analgezie)
  - Edemul (0-absent, 1-usor moderat, 2-sever)
  - Claudicatia venoasa (0-absenta, 1-usoara moderata, 2-severa)
  - Pigmentatia (0-absenta, 1-localizata, 2-extinsa)
  - Lipodermatoscleroza (0-absenta, 1-localizata, 2-extinsa)
  - Prezenta si marimea ulcerului (0-absent, 1-ulcer mai mic de 2 cm, 2-ulcer mai mare de 2 cm)
  - Durata ulcerului (0-absent, 1-sub 3 luni, 2-peste 3 luni)
  - Recurenta ulcerului (0-absent, 1-o data, –de mai multe ori)
  - Numarul ulcerelor (0-absent, 1-unic, 2-multiplu)



# IV. Varicele

---

- S-a mai introdus si scorul de incapacitate (0-asimptomatic, 1-simptomatic dar poate functiona fara dispozitive, 2-poate munci 8 ore pe zi numai cu dispozitive, 3-incapabil de munca chiar cu dispozitive sportive)
- Clasificarea clinica a varicelor se face in 6 clase:
  - Clasa 0 – fara semne la inspectie si palpare de boala varicoasa
  - Clasa 1 – teleangectazii sau vene articulare
  - Clasa 2 – vene varicoase prezente
  - Clasa 3 – vene varicoase plus edem
  - Clasa 4 – vene varicoase, edem plus modificari cutanate
  - Clasa 5 – prezenta de cicatrici dupa ulcer varicos vindecat
  - Clasa 6 – ulcer varicos prezent

# IV. Varicele

## ■ Probe venoase functionale

- Completeaza examenul clinic
- Incearca sa evidentieze tipul de deficienta in sistemul venos si locul unde se produce
- Au ramas in practica curenta 3 probe
  - Proba TRENDELENBURG-BRODIE (proba garoului)
    - Se goleste sistemul venos superficial prin ridicarea membrelor la 90 grade
    - Bolnavul este culcat in decubit dorsal
    - Se pune un garou in treimea superioara a copasei pt a comprima vena safena mare la acest nivel
    - Dupa montarea garoului se ridica bolnavul in ortostatism
    - In mod normal sistemul venos superficial s eumple cu sange de la picioar spre copasa in mai putin de 30 de sec
    - Umplerea rapida a varicelor in ortostatism fara ridicarea garoului arata o insuficienta avenelor perforante sau comunicante cu sistemul vens profund (semnul Trendelenburg 2)
    - Daca se constata umplerea rapida a sistemului venos superficial varicos cu sange prin reflux concomitent cu ridicarea garoului, atunci avem incontinenta valvulei ostiale a venei safene mari (semnul Trendelenburg 1)

# IV. Varicele

---

- Proba MAHOMER-OCHSNER (proba celor trei garouri)
  - Se monteaza 3 garouri plasate la baza copasei, deasupra genunchiului si sub genunchi
  - Felul in care se umplu varicele ridicand garoul dinspre distal spre proximal indica localizarea comunicantelor incontinente
- Proba PERTHES
  - Urmareste sa evidentieze starea functionala a sistemului venos profund. Se monteaza un garou deasupra genunchiului urmand ca bolnavul sa afaca efort fizic (genuflexiuni)
  - Daca varicele dispar in timpul efortului indica existenta unui sistem venos profund permeabil cu aparat valvular eficient
  - Daca varicele se accentueaza in efort si apar dureri arata un sistem venos profund si nefunctional

# IV. Varicele

---

## Explorari paraclinice

- Sunt reprezentate de:
  - Ultrasonografia Doppler (continua, pulsata si Doppler Duplex) utila mai ales pt aprecierea permeabilitatii si competentei sistemului venos profund
  - Flebografia cu substanta de contrast
  - Flebomanometria
- Inainte stabilirii indicatiei de tratament chirurgical al varicelor membrelor inferioare trebuie sa ne asiguram ca circulatia arteriala a membrelor inferioare nu este afectata
- O operatie de varice poate precipita o ischemie de membru inferior cu o circulatie arteriala deficitara
- Trebuie sa ne asiguram ca sistemul venos profund este functional (permeabil si cu aparatul valvular integru) intrucat acesta va prelua postoperator drenajul venos superficial

# IV. Varicele

---

## Complicatiile

- Exista 4 tipuri de complicatii:
  - Inflamatorii
  - Trofice
  - Traumatice
  - Degenerative
  
- Complicatiile inflamatorii
  - Cea mai importanta complicatie este tromboflebita varicoasa
  - Se manifesta cu dureri si fenomene inflamatorii la nivelul unor pachete varicoase superficiale
  - Riscul emboligen al flebitei superficiale este minim
  - Se poate complica cu tromboflebita profunda ce are risc emboligen important
  - Poate evolua pana la procese supurative, periflebitice ce intereseaza tesuturile moi adiacente varicelor

# IV. Varicele

---

- Complicatiile trofice.

Sunt reprezentate de:

- Dermita ocre varicoasa
- Ulcerul varicos



- Complicatiile traumatice.

- Sunt reprezentate de hemoragii
- Traumatismul cauzal poate fi minor si trece neobservat

- Complicatiile degenerative

- Exista studii care arata o posibila degenerare carcinomatoasa a ulcerului varicos cronic

# IV. Varicele

## Tratamentul varicelor

- Fiind o afecțiune frecvent întâlnită profilaxia ei este deosebit de importantă
  
- Măsuri profilactice recomandate:
  - Evitarea ortostatismului prelungit
  - Evitarea sedentarismului
  - Evitarea obezității
  - Evitarea constipației
  - Protejarea cu ciorapi elastici speciali
  - Exerciții fizice care solicită musculatura membrelor inferioare



# IV. Varicele

---

- Tratamentul curativ se adreseaza alterarilor morfologice si simptomatologiei clinice scopul fiind suprimarea refluxului prin suprimarea varicelor
- Tratamentul medical consta in:
  - Administrarea de venotonice si venotroifice (Tarosin, Venoruton, Denatrenex, Vitamina E)
- Tratamentul sclerozant realizeaza sclerozarea varicelor prin injectarea in lumen a unor substante iritante (moruat de sodiu, salicilat de sodiu)
- Tratamentul chirurgical:
  - Consta in suprimarea refluxului prin ligatura venei safene mari la nivelul crosei si extirparea venei safenei mari prin cateterizarea ei retrogradta pana la nivel premaleolar intern si smulgerea ei (stripping)
  - Pachetele varicoase nesistemizate se excizeaza daca sunt trombozate sau se sclerozeaza prin trecerea transcutanta a unui fir de catgut care ligatureaza pe pile (insailare trombozanta)
  - Tratamentul anticoagulant este necesar doar in formele extensive care progrseaza spre crosa safenei
  - Se indica numai dupa remisiunea fenomenelor inflamatorii

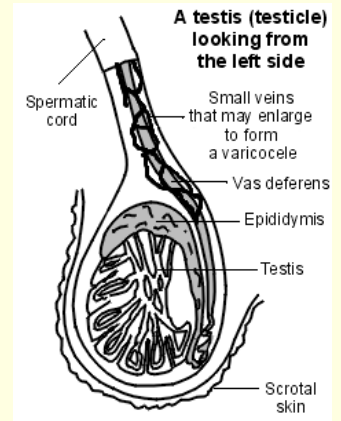


# V. Varicocelelul

Reprezinta dilatatia varicoasa a venelor spermatiche aparuta la nivelul scrotului

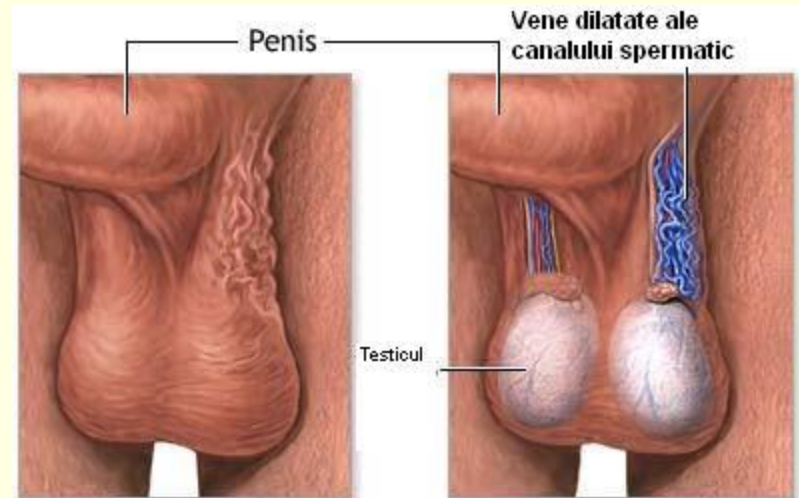
Etiopatogenie. Se descriu 2 forme:

- Varicocelelul primitiv:
  - Apare mai frecvent intre 15-35 ani
  - Localizare cea mai frecventa in partea stanga (90% cazuri) deoarece vena spermatica stanga este avalvulata si se varsa in unghi drept in vena renala stanga)
- Varicocelelul simptomatic:
  - Se mai numeste si secundar
  - apare prin cresterea presiunii in venele spermatiche din cauza unui obstacol in traiectul acestora (adenopatii iliace, tumori renale si pararenale, tumori retroperitoneale iliace)



# V. Varicoceleul

- Dilatația importantă a venelor spermatică se produce mai frecvent la nivelul plexului venos spermatic anterior
- În timp se produce o alungire a hemiscrotului respectiv, o hipotrofie testiculară cu afectarea spermatogenezei
- În producerea varicoceleului mai sunt incriminați o serie de factori favorizanti
  - Activități fizice statice
  - Constipația
  - Ortostatismul prelungit



Varicoceleul poate fi palpat sau uneori chiar văzut ca o masă torsionată la suprafața scrotului

Varicoceleul apare ca urmare a unor vene cu aparat valvular inadecvat

# V. Varicocelelul

---

## Simptomatologia

- Apare tardiv
- Initial este asimptomatic
- Este reprezentata de:
  - Senzatie de greutate sau jena dureroasa la nivelul testicolului afectat
  - Durerea poate iradia in regiunea inghinala sau perineala
  - Durerea apare in special in ortostatism prelungit sau la effort fizic

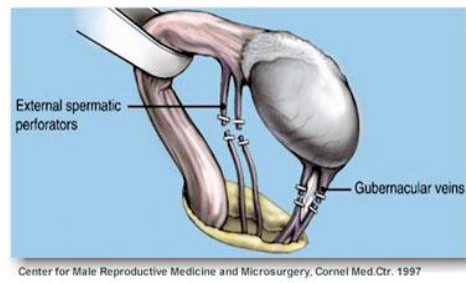
# V. Varicoceleul

---

## Examenul clinic

- Evidentiaza o bursa scrotala mai alungita de partea varicoceleului
- Palpator pachetul de vene dilatate da aspectul de cordoane care ruleaza sub degete
- Frecvent varicoceleul se asociaza cu dilatatii venoase si in alte teritorii:
  - Varice ale membrelor inferioare
  - Hemoroizi
- Testicolul are consistenta scazuta si este hipotrofic
- Tusea sau manevra Valsalva accentueaza dilatatiile varicoase la nivelul varicoceleului

# V. Varicoceleul



- Tratamentul varicoceleului primitiv
  - Este conservator si chirurgical
  
- Tratamentul chirurgical:
  - Recomandat in cazurile de varicocele important cu alungirea scrotului si simptomatologie clinica suparatoare
  - Urmareste reducerea presiunii venoase in plexurile spermatiche dilatate
  - Se practica ligatura venelor spermatiche in traiectul lor iliac (operatia Ivanissevich)
  - Se poate realiza rezectia pachetelor varicoase dilatate (Kocher-Young)
  - In caz de prelungire importanta a hemiscrotului se poate practica si rezectia partiala a acestuia
  
- Tratamentul conservator consta in purtarea unui suspensor care sa nu permita alungirea scrotului
- Varicoceleul secundar se va trata prin rezolvarea cauzei care l-a provocat