



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

BOALA VARICOASĂ A EXTREMITĂȚILOR INFERIOARE LA ADULT

Protocol clinic național

PCN-454

Chișinău, 2026

**Aprobat la ședința Consiliului de Experti al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 22.11.2025, proces-verbal nr. 4
Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 109 din 13.02.2026 Cu privire la aprobarea Protocolului
clinic național „Boala varicoasă a extremităților inferioare la adult”**

CUPRINS

CUPRINS	2
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	5
PREFAȚĂ	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
<i>A.1. Diagnosticul</i>	7
<i>A.2. Codul bolii (CIM 10)</i>	7
<i>A.3. Utilizatorii protocolului</i>	8
<i>A.4. Obiectivele protocolului</i>	8
<i>A.5. Elaborat</i>	8
<i>A.6. Următoarea revizuire</i>	8
<i>A.7. Grupul de autori. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat și aprobat protocolul</i>	8
<i>A.8. Definițiile folosite în document</i>	9
<i>A.9. Informația epidemiologică</i>	11
<i>A.10. Clase de recomandare și nivele de evidență</i>	12
B. PARTEA GENERALĂ	13
<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>	13
<i>B.2. Nivel de asistență medicală de urgență prespitalicească</i>	14
<i>B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator</i>	15
<i>B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească</i>	16
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	17
<i>C.1.1. Tratamentul conservativ al pacienților cu BV (fără complicații acute)</i>	17
<i>C.1.2. Algoritm general de tratament chirurgical (intervențional) al pacienților cu BV</i>	18
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	19
<i>C.2.1. Clasificările</i>	19
<i>C.2.2. Anatomia sistemului venos al membrilor inferioare</i>	21
<i>C.2.3. Etiologia și patofiziologia BV</i>	22
<i>C.2.4. Conduita pacientului cu BV</i>	24
<i>C.2.4.1. Anamneza</i>	24
<i>C.2.4.2. Manifestările clinice</i>	25
<i>C.2.4.3. Investigațiile paraclinice</i>	29
<i>C.2.4.4. Cerințele de bază față de examinările imagistice instrumentale ale sistemului venos la pacienții cu BV</i>	31
<i>C.2.4.5. Diagnosticul diferențial</i>	33
<i>C.2.4.6. Criteriile de spitalizare</i>	34
<i>C.2.4.7. Tratamentul</i>	34
<i>C.2.4.7.1. Tratamentul conservator</i>	34
<i>C.2.4.7.2. Tratamentul chirurgical (intervențional)</i>	38
<i>C.2.4.7.2.1. Principiile generale</i>	38
<i>C.2.4.7.2.2. Intervenții pentru eliminarea refluxului în trunchiul safenian</i>	40
<i>C.2.4.7.2.3. Intervenții pentru înlăturarea (obliterarea) tributarelor varicoase și pentru eliminarea refluxului orizontal (prin venele perforante incompetente)</i>	47
<i>C.2.5. Managementul pacienților cu forme particulare ale BV: recurența postoperatorie, ulcerul venos, varice asociate sindromului de congestie pelvină, varicotromboflebita, varice erupte</i>	49

<i>C.2.6. Particularitățile managementului BV la categorii speciale de pacienți (obezi, gravide, vârstnici, bolnavii pe tratament anticoagulant continuu)</i>	57
<i>C.2.7. Profilaxia secundară și reabilitarea pacienților cu BV</i>	59
<i>C.2.8. Supravegherea pacienților</i>	60
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	61
<i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	61
<i>D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de asistență medicală de urgență</i>	61
<i>D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulator</i>	61
<i>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de chirurgie</i>	62
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	63
<i>Anexă 1. Ghidul pacientului cu boală varicoasă</i>	64
<i>Anexă 2. Fișa standardizată pentru auditul medical bazat pe criterii pentru BV</i>	67
<i>Anexa 3. Chestionarul CIVIQ-20 pentru evaluarea calității vieții bolnavilor cu boala venoasă cronică</i>	69
<i>Anexa 4. Chestionarul calității vieții ABC-V (Assessment of Burden in Chronic – Venous Disease), versiunea tradusă și validată în limba română</i>	71
<i>Anexa 5. Scorul Caprini pentru aprecierea riscului tromboembolismului venos</i>	74
<i>Anexa 6. Scorul PREST pentru predicția succesului strategiei ASVAL</i>	75
BIBLIOGRAFIE	76

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ABC-V	Chestionarul calității vieții care estimează povara bolii venoase cronice pentru pacient (<i>engl. Assessment of Burden in Chronic – Venous Disease</i>)
AMP	Asistență medicală primară
AMS	Asistență medicală spitalicească
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMU	Asistență medicală de urgență
Anti HCV	Anticorpi anti-virusul hepatitei C
ASVAL	Strategia curativă de preservare safeniană – flebectomie izolată cu anestezie locală (<i>engl. Ambulatory Selective Varicose vein Ablation under Local anaesthesia</i>)
BV	Boala varicoasă
BVC	Boala venoasă cronică
CAC	Obliterarea venei cu adeziv de cianoacrilat (<i>eng. Cyanoacrylate Adhesive Closure</i>)
CEAP	Clasificarea bolilor venoase cronice (<i>eng. Clinical, Etiological, Anatomical, Pathophysiological</i>)
CHIVA	Tratamentul conservator și hemodinamic al insuficienței venoase în ambulatoriu (<i>fr. Cure Conservatrice et Hémodynamique de l’Insuffisance Veineuse en Ambulatoire</i>)
CIVIQ	Chestionarul calității vieții în insuficiența venoasă (<i>engl. Chronic Venous Insufficiency quality of life Questionnaire</i>)
CIM	Clasificatorul Internațional al Maladiilor
CMF	Centrul Medicilor de Familie
ECG	Electrocardiografie
EVLA	Ablația endovenosă cu laser (<i>engl. Endovenous Laser Ablation</i>)
J	Jouli
JSF	Joncțiune safeno-femurală
JSP	Joncțiune safeno-poplitee
HBsAg	Antigenul de suprafață al virusului hepatitei B
HIV	Virusul imunodeficienței umane (<i>engl. Human Immunodeficiency Virus</i>)
IGB	Indice de presiune gleznă-braț
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
INR	Raportul internațional normalizat (<i>engl. International Normalized Ratio</i>)
LEED	Densitatea liniară a energiei endovenose (<i>engl. Linear Endovenous Energy Density</i>)
MOCA	Ablația endovenosă combinată chimică și mecanică (<i>engl. Mechanochemical Ablation</i>)
MPFF	Fracție micronizată purificată de flavonoide (<i>engl. Micronized Purified Flavonoid Fraction</i>)
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
nm	Nanometru
O	Obligatoriu
PCN	Protocol Clinic Național
PREST	Test (scor) pentru predicția succesului eliminării refluxului safenian după flebectomie izolată (<i>engl. Phlebectomy Reflux Elimination Success Test</i>)
PREVAIT	Prezența varicelor după intervenție (<i>eng. Presence of Varices After Intervention</i>)
PROMs	Rezultatele tratamentului raportate de către pacient (<i>engl. Patient Reported Outcomes Measures</i>)
R	Recomandabil
RFA	Ablația endovenosă cu radiofrecvență (<i>engl. Radiofrequency Ablation</i>)
RM	Republica Moldova
RPR	Test de screening pentru sifilis care detectează anticorpii nespecifici produși de organism în răspuns la infecția cu <i>Treponema pallidum</i> (<i>engl. Rapid Plasma Reagin</i>)

rVCSS	Scorul venos de severitatea clinică, versiunea revizuită (<i>engl. Revised Venous Clinical Severity Score</i>)
SCM	Spital Clinic Municipal
SEPS	Disecția/întreruperea chirurgicală endoscopică a venelor perforante (<i>engl. Subfascial Endoscopic Perforator vein Surgery</i>)
TA	Tensiunea arterială
TIPP	Flebectomia electrică cu transiluminare (<i>engl. Trans-Illuminated Powered Phlebectomy</i>)
UPU	Unitatea de primire urgentă
USGD	Ultrasonografia duplex
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VFC	Vena femurală comună
VSAA	Vena safena accesoria anterioară a coapsei
VSAP	Vena safena accesorie posterioară a coapsei
VSH	Viteza sedimentării hematiilor
VSM	Vena safena magna
VSP	Vena safena parva
W	Watt

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Boala varicoasă (BV) a extremităților inferioare reprezintă una dintre cele mai răspândite patologii ale vaselor periferice, fiind asociată cu o vastă varietate de simptome, ce diminuează capacitatea de muncă a bolnavilor și influențează negativ componentele somatice și psihice ale sănătății acestora.
- Progresarea BV reprezintă un fenomen caracteristic acestei patologii. Agravarea în timp a simptomelor subiective și obiective ale bolii venoase cronice (BVC) se atestă la mai mult de 50% dintre pacienți, iar aproximativ o treime dintre bolnavii cu varice necomplcate timp de 10-15 ani dezvoltă dereglările trofice ale țesuturilor moi ale membrilor inferioare.
- Pacienții cu BV alcătuiesc o importantă rată printre cazurile de spitalizări și intervenții chirurgicale programate și urgente în cadrul secțiilor de chirurgie generală și vasculară.
- Clasificarea CEAP reprezintă standardul actual în descrierea și stratificarea diferitor patologii venoase ale membrilor inferioare ce cauzează simptomatologia BVC. Clasificarea poate fi utilizată la pacienții cu BV în două variante: de bază și în versiunea desfășurată.
- Acuzele pacienților cu BV sunt foarte variabile și au un caracter nespecific. Severitatea simptomelor subiective frecvent nu posedă corelație directă nici cu clasa clinică a maladiei și nici cu gradul de exprimare a varicelor și a refluxului venos patologic.
- Variabilitatea și caracterul nespecific al acuzelor în BV explică dificultățile în diferențierea originii cu adevărat venoase a acestora de alte cauze posibile. Cu scop de diagnostic diferențial al etiologiei acuzelor pacientului cu BV poate fi utilizat scorul Carpentier în versiunea originală sau cea modificată.
- Probele funcționale venoase (Trendelenburg, Delbet-Perthes, Hachenbruch, Schwartz, Pratt, „proba cu 3 garouri” și altele) posedă o acuratețea diagnostică insuficientă pentru stabilirea diagnosticului corect și cu atât mai mult pentru planificarea tratamentului.
- Cu scop de evaluare cantitativă a severității simptomelor BV la fiecare pacient individual, precum și pentru monitorizarea evoluției maladiei și aprecierea eficacității tratamentului aplicat se recomandă ca în baza rezultatelor examenului clinic să fie calculat scorul venos de severitate clinică în versiunea sa revizuită – „rVCSS” (*revised Venous Clinical Severity Score*).
- În majoritatea absolută a cazurilor ultrasonografia duplex (USGD) reprezintă unica investigație instrumentală în baza căreia se decide tactica de tratament a BV și se selectează o anumită metoda (tehnică) de intervenție, precum și volumul acesteia.

- În cazul când protocolul examenului USGD nu conține toate informațiile necesare pentru luarea deciziilor clinice, planificarea intervenției sau în cazul unei discordanțe între tabloul clinic și rezultatul investigației este recomandată efectuarea USGD repetate la un alt specialist (principiul de „a doua opinie”).
- Pacienții cu BV necesită spitalizare programată doar pentru realizarea tratamentului chirurgical (intervențional) conform indicațiilor. Intervențiile chirurgicale pentru BV, în special cele minim-invazive, pot fi efectuate și în regim de „chirurgia de o zi” (chirurgia ambulatorie).
- Pacienții cu BV și ulcer venos activ (clasa clinică C6) pot fi spitalizați atât pentru intervenție pe sistem venos cât și pentru tratamentul conservator sau chirurgical local. Pacienții cu complicații acute ale BV – varice erupte complicate cu hemoragie, BV cu tromboză venoasă superficială (varicotromboflebită), necesită a fi investigați în mod urgent de către medicul chirurg pentru acordarea asistenței medicale necesare și deciderea tacticii ulterioare.
- Tratamentul cu preparate venoactive este recomandat pacienților cu BV simptomatică care nu sunt considerați candidați pentru tratamentul intervențional, celor care așteaptă efectuarea intervenției chirurgicale sau celor care suferă de simptome persistente după tratament chirurgical.
- La pacienții cu BV selectarea tacticii de tratament, de regulă, se bazează pe analiza manifestărilor clinice ale maladiei, rezultatelor detaliate ale USGD, prezența complicațiilor acute (varicotromboflebita, varice erupte cu hemoragie) și, în unele cazuri, pe evaluarea impactului BV asupra calității vieții pacientului.
- Tratamentul intervențional este recomandat pacienților cu BV simptomatică (clasa clinică C2S CEAP), fiind mai efektiv și cost-eficient în comparație cu tratamentul conservativ.
- Prezența ulcerului activ nu reprezintă o contraindicație pentru efectuarea tratamentului intervențional, respectiv suprimarea refluxului venos superficial trebuie să fie efectuată precoce, contribuind la vindecarea defectului tegumentar.
- La pacienții cu BV bilaterală efectuarea tratamentului chirurgical etapizat este mai preferabil decât intervenția unimomentană la nivelul ambelor membre inferioare.
- După efectuarea oricărui tip de intervenție pentru BV este recomandată aplicarea imediată a compresiei elastice pe extremitatea operată cu scop de a preveni eventualele complicații (hemoragii externe, hematoame, tromboze) și efecte adverse ale tratamentului (inflamația, durerea, hiperpigmentarea, echimozele).
- După efectuarea tratamentului chirurgical al BV cu utilizarea metodelor endovenoase se recomandă efectuarea USGD de control la intervalul de 1-4 săptămâni după operație pentru evaluarea rezultatului intervenției și excluderea trombozei venoase profunde.
- La pacienții cu incompetența valvulară a trunchiului safenian (veneii safene magna) și indicații pentru tratamentul intervențional al BV ablația endovenoasă termică se recomandă ca metodă de primă intenție. Efectuarea crosectomiei și strippingului în cazurile respective este recomandată dacă metodele de ablație endovenoasă termică nu sunt disponibile.
- Selectarea unei anumite metode de tratament în fiecare caz particular se bazează pe următoarele criterii: (1) nivelul dovezilor științifice privind eficacitatea și siguranța fiecărei metode pe termen scurt și pe termen lung; (2) particularitățile individuale ale anatomiei sistemului venos superficial și variantele refluxului venos patologic; (3) disponibilitatea dispozitivelor și consumabilelor necesare, experiența operatorului; (4) preferințele și așteptările pacientului, inclusiv: costurile asociate, efectul estetic, durata de reabilitare, necesitatea în intervenții / proceduri repetate etc.
- Se recomandă efectuarea tuturor etapelor intervențiilor endovenoase termice și non-termice (puncția, instalarea accesului venos, plasarea cateterului / fibrei / sondei, infiltrația perivenoasă, procedura de ablație) sub control ultrasonografic.

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de către grupul de lucru, constituit din specialiștii: Catedrei de chirurgie generală „Nicolae Anestiadi” a USMF „Nicolae Testemițanu”, secțiilor de chirurgie vasculară ale Institutului de Medicină Urgentă, Spitalului Clinic Republican „Timofei Moșneaga” și Spitalului Internațional „MEDPARK”.

Protocolul Clinic Național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind diagnosticul și tratamentul maladiei varicoase la adulți și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale, reieșind din asigurarea tehnico-materială a fiecărei instituții. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul Clinic Național (PCN).

Acest protocol însumează dovezile disponibile la momentul pregătirii documentului și are ca scop acordarea suportului specialiștilor din domeniul sănătății în managementul individualizat al pacientului adult cu boala varicoasă a membrelor inferioare. Recomandările protocolului ar trebui să faciliteze luarea deciziilor de către specialiștii din sistemul medical în practica lor cotidiană. Profesioniștii care acordă asistența medicală sunt încurajați să țină cont, pe deplin, de recomandările protocolului atunci când își exercită judecata clinică, precum și în determinarea și punerea în aplicare a strategiilor medicale diagnostice sau terapeutice. Cu toate acestea, deciziile finale referitoare la un pacient individual trebuie luate în consultare cu pacientul și/sau îngrijitorul, după caz.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Boala varicoasă (BV) a extremităților inferioare

Exemple de diagnostic clinic:

- Boala varicoasă în sistemul venei safena magna pe stânga, clasa clinică C2,3S.
- Boala varicoasă în sistemul venei safena magna și parva pe dreapta, clasa clinică C2,3,4ab,6S.
- Boala varicoasă în sistemul venei safena accesorie anterioară, clasa clinică C2A. Tromboza venoasă superficială acută, tip Verrel-Steckmeier II.
- Boala varicoasă în sistemul venei safena magna, clasa clinică C2,34bS. Varice erupte complicate cu hemoragie.

Nota: Termenul „Boala varicoasă” poate fi substituit cu: „Maladia varicoasă”, „Varice primare” sau „Boala venoasă cronică primară”.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

Bolile venelor, vaselor limfatice și ganglionilor limfatici, neclasificate altundeva (I80-I89)

I80 Flebita și tromboflebita

Include: endoflebita, inflamația venei, periflebita, flebita supurativă

Exclude: flebita și tromboflebita complicând avortul sau sarcina ectopică sau molară (O00-O07, O08.7); complicând sarcina nașterea și lauzia (O22.-, O87.-); flebita și tromboflebita intracraniană sau intrarahidiană (G08); flebita și tromboflebita intracraniană sau intrarahidiană nonpiogenică (I67.6, G95.1); flebita și tromboflebita de vena porta (K75.1); sindrom postflebitic (I87.0); tromboflebita migratoare (I82.1)

I80.0 Flebita și tromboflebita vaselor superficiale ale extremităților inferioare

I83 Vene varicoase ale extremităților inferioare

Exclude: complicând sarcina (O22.0) și lăuzia (O87.8)

I83.0 Vene varicoase cu ulcerare ale extremităților inferioare

Orice afecțiune de la codul I83.9 cu ulcerare sau specificată ca fiind ulcerosă

Ulcer varicos (extremitățile inferioare, orice parte)

I83.1 Vene varicoase cu inflamație ale membrelor inferioare

Orice afecțiune de la codul I83.9 cu inflamație sau specificată ca fiind inflamată

Dermatita de stază

I83.2 Vene varicoase ale extremităților inferioare cu ulcerare și inflamație

Orice afecțiune de la codul I83.9 cu ulcerare și inflamație

- I83.9** Vene varicoase ale extremităților inferioare fără ulcerare sau inflamație
 Flebectazia extremităților inferioare (orice parte) sau cu localizare nespecificată
 Vene varicoase ale extremităților inferioare (orice parte) sau cu localizare nespecificată
 Varice ale extremităților inferioare (orice parte) sau cu localizare nespecificată.

A.3. Utilizatorii protocolului:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP (medici de familie și asistentele medicilor de familie).
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMU.
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA (secțiile consultative raionale și municipale / chirurgi, asistente medicale).
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS (unități de primiri urgente, secțiile de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale și republicane / chirurgi, medici rezidenți, asistente medicale).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de către alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A facilita și a standardiza diagnosticul clinic și instrumental al BV și complicațiilor acesteia.
2. A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu BV și complicațiile acesteia.
3. A reduce rata complicațiilor evolutive, erorilor tactice și tehnice și rata de recurență postoperatorie la pacienții cu BV a extremităților inferioare.

A.5. Elaborat: 2026

A.6. Următoarea revizuire: 2031

A.7. Grupul de autori. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat și aprobat protocolul:

Prenume, nume	Funcția, instituția
<i>Dumitru Casian</i>	dr. hab. șt. med., prof. univ., șef Catedra de chirurgie generală „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Vasile Culiuc</i>	dr. șt. med., conf. univ., Catedra de chirurgie generală „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, șef Secție chirurgie vasculară, IMSP Institutul de Medicina Urgentă
<i>Eugen Guțu</i>	dr. hab. șt. med., prof. univ., Catedra de chirurgie generală „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Luminița Vescu</i>	asist. univ., Catedra de chirurgie generală „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, medic chirurg, Secția chirurgie vasculară IMSP Institutul de Medicina Urgentă
<i>Aurel Țurcan</i>	dr. șt. med., conf. univ., șef Secție chirurgie vasculară, IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”
<i>Barat Sorin</i>	șef Cabinet chirurgie endovasculară și cardiologie intervențională, IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”
<i>Eduard Bernaz</i>	dr. șt. med., medic chirurg vascular, Spitalul Internațional „MEDPARK”
<i>Ruslan Cemîrtan</i>	medic chirurg vascular, Spitalul Internațional „MEDPARK”
<i>Angelica Guțu</i>	doctorandă, Catedra chirurgie nr.4, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți:

Prenume, nume	Funcția
<i>Vladimir Iacob</i>	dr. șt. med., conf. univ., Catedra chirurgie generală-semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Marcel Sochirca</i>	dr. șt. med., conf. univ., Catedra chirurgie generală-semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost a fost examinat, avizat și aprobat de:

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Catedra de chirurgie general-semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Dumitru Casian</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil „Chirurgie”	<i>Dumitru Casian</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte
Asociația chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM	<i>Sergiu Ungureanu</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Nicolae Bacinschi</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Catedra de Urgențe Medicale „Gheorghe Ciobanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Rezneac Larisa</i> , conf. univ., șefă catedră
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Iuliana Albu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	<i>Valentin Mustea</i> , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte

A.8. Definițiile folosite în document

Ablație endovenoasă termică – orice tehnică endovenoasă bazată pe transmiterea energiei termice generate de laser, radiofrecvență sau aburi cu scop de a produce ocluzie ireversibilă sau fibroză a segmentului venos incompetent (cu reflux).

Ablație endovenoasă non-termică – orice tehnică endovenoasă care NU utilizează energie termică cu scop de a produce ocluzie ireversibilă sau fibroză a segmentului venos incompetent – ablație chimică, ablație mecano-chimică, introducerea în lumenul venei a adezivului cianoacrilat.

Atrofia albă a pielii (fr. „*atrophie blanche*”) – o zonă mică de piele de culoarea albicioasă („ca parafina”) cu forma rotundă, situată de regulă pe fondal de o zonă mai extinsă de hiperpigmentare. Este considerată ca starea pre-ulceroasă.

Boala venoasă cronică – orice anomalitate morfologică sau funcțională a sistemului venos, cu evoluție de durată lungă, manifestată prin prezența simptomelor subiective și obiective caracteristice ce dictează necesitatea diagnosticului și tratamentului.

Boala venoasă cronică primară (de etiologie primară) – afectarea degenerativă a peretelui venos și a valvelor venoase, care nu are nici caracter congenital și nici nu a fost provocată de un factor identificabil. De facto, boala venoasă cronică primară corespunde entității nozologice de boală varicoasă.

Coroana flebectatică – prezența venelor intradermice mai mici de 3 mm, vizibile în regiunea gleznei (paramaleolar) și pe partea laterală sau medială a plantei sub formă de „evantai”, cupe venoase („*venous cups*”), telangiectazii albastre și/sau roșii, sau puncte de stază capilară („*stasis spots*”).

Crosectomia – intervenție ce constă în deconectarea chirurgicală a joncțiunii safeno-femorale și a tuturor ramurilor tributare ale acesteia (înlăturarea crosei venei safene magna).

Fenomen de neovascularizare – formarea multiplelor ramuri venoase tortuoase de divers calibru, ce se împletesc între ele, în proximitatea anatomică a zonei de deconectare anterioară pe cale chirurgicală a joncțiunii safeno-femorale (mai rar safeno-popliteale).

Flebectomie – înlăturarea pe cale chirurgicală a tributarelor venoase epifasciale varicos dilatate.

Hiperpigmentare – modificarea patologică a culorii tegumentelor în regiunea gambei (preponderent pe partea medială în 1/3 inferioară și perimaleolar) cu apariția petelor de culoarea brună (cafenie, maro) de diferite dimensiuni.

Insuficiența venoasă cronică – termen destinat pentru descrierea cazurilor de boală venoasă cronică de orice etiologie complicate cu apariția edemului și modificărilor trofice (clase clinice C3 – C6 conform clasificării CEAP).

Lipodermatoscleroză – indurația (fibroza) țesuturilor moi (pielea, țesut adipos subcutanat, uneori fascia) în partea distală a gambei cauzată de inflamația cronică. În caz de lipodermatoscleroză circulară gamba capătă un aspect caracteristic de „sticla de șampanie răsturnată”.

May-Thurner, sindromul – stenoza sau ocluzia venei iliace comune stângi provocată de compresia acesteia între artera iliaca comună dreaptă și coloana vertebrală.

Miniflebectomie (tehnica Muller, „*stab avulsion*” eng.) – metoda de înlăturare a tributarelor varicoase cu ajutorul cârligelor prin incizii minime (de 2-3 mm) fără ligaturarea capetelor venei întrerupte și fără aplicarea suturilor cutanate.

Preparate venoactive – un grup de remedii farmacologice diverse de origine naturală (fracție micronizată purificată de flavonoide, rutina și derivații ei, saponinele, Ginkgo biloba) sau sintetică (Calcii dobesilas, Naftazonum*) care sunt utilizate pentru tratamentul bolilor venoase datorită efectelor sale benefice asupra tonusului și permeabilității peretelui venos.

Reflux venos patologic – flux venos în direcția opusă celei fiziologice (flux retrograd) determinat clinic sau imagistic la nivelul venelor membrului inferior și care durează mai mult de 0,5 sec în venele superficiale, venele perforante, venele tibiale sau mai mult de 1,0 sec în venele profunde (vena femurală comună, vena poplitee).

Scleroterapia – tratamentul venelor incompetente sau varicos dilatate prin injectarea în lumenul acestora a agentului chimic special ce cauzează alterarea endoteliului vascular cu scleroza și obliterarea ulterioară a segmentului venos tratat.

Scleroterapia cu spumă („*foam sclerotherapy*” eng.) – metoda de scleroterapie cu injectarea în lumenul venei a agentului sclerozant sub formă de suspensie produsă prin amestecarea *ex tempore* a preparatului lichid cu aerul sau cu CO₂, ceea ce duce la un contact mai bun al sclerozantului cu endoteliul vasului.

Sindrom de congestie pelvină – afecțiune caracterizată prin dureri surde aciclice poziționale (exacerbate de activitate sau ortostatism prelungit), localizate în regiunea lombară, pelviană și a coapsei, dispareunie și disconfort postcoital, ca urmare a refluxului venos ovarian sau/și iliac intern, și care poate fi sau nu însoțit de varice ale pelvisului, vulvei, perineului, zonei posterioare a coapsei și fesierului.

Stripping safenian – metodă chirurgicală de înlăturare totală (stripping lung) sau parțială (stripping scurt) a trunchiului magistral al venei safena magna sau parva, ce constă în extirparea venei cu ajutorul unor sonde speciale („stripper”-e) introduse în lumenul acesteia.

Telangiectazii – venule intradermice dilatate, nepalpabile, de culoare roșietică sau albăstrie cu un diametru mai mic de 1 milimetru.

Tessari metoda – tehnică utilizată pe scară largă pentru producerea spumei sclerozante care constă în amestecarea rapidă a sclerozantului lichid cu un gaz, de obicei cu aerul ambiant, utilizând un sistem simplu creat din două seringi și un robinet de închidere cu trei căi.

Varice recidivante (PREVAIT) – un termen general, propus pentru utilizare în cadrul conferinței de consens „VEIN-TERM” din 2009, care înglobează orice tip de varice prezente pe membrul inferior supus anterior intervenției pentru boala varicoasă – varice restante, varice apărute din cauza progresiei maladiei, varice apărute din cauza erorilor tactice, tehnice sau din cauza ineficienței tratamentului, varice cauzate de fenomenul de neovascularizare.

Varice non-safeniene – vene varicoase care anatomic nu se referă la sistemul venei safena magna sau venei safena parva (și nici la venele safene accesorii). În majoritatea cazurilor în acest grup se includ: vena fosei poplitee, varice pe suprafața laterală sau posterioară a coapsei, varice vulvare sau perineale.

Vene reticulare – vene albastre întunecate, nepalpabile, situate imediat subdermal cu diametru între 1 și 3 milimetri.

Vene varicoase – vene dilatate (ectatice) subcutanate, vizibile și palpabile, de regulă cu un traiect sinuos și care au diametru mai mare de 3 milimetri în poziția ortostatică a bolnavului.

A.9. Informația epidemiologică

Boala varicoasă (BV) a extremităților inferioare reprezintă una dintre cele mai răspândite patologii ale vaselor periferice, ce afectează de la 20% până la 30% din populația adultă de gen feminin și aproximativ 10-20% din persoanele de gen masculin, fiind asociată cu o vastă varietate de simptome, ce diminuează capacitatea de muncă a bolnavilor și influențează negativ componentele somatice și psihice ale sănătății acestora. În studiul epidemiologic Framingham incidența anuală a BV a constituit 2,6% la femeii și 1,9% la bărbați. Conform diferitor surse prevalența edemului venos cauzat de BV variază de la 3,0 la 11%.

Progresarea BV reprezintă un fenomen caracteristic acestei patologii. Agravarea în timp a simptomelor subiective și obiective ale bolii venoase cronice (BVC) se atestă la mai mult de 50% din pacienți, iar aproximativ o treime din bolnavii cu varice necomplicate timp de 10-15 ani dezvoltă dereglări trofice ale țesuturilor moi ale membrilor inferioare: hiperpigmentare, lipodermatoscleroză, atrofie albă a pielii și eczemă. Mai mult ca atât, la 2-5% dintre pacienții cu boală varicoasă se remarcă dezvoltarea ulcerului trofic venos de gambă, ce se asociază cu sindrom algic pronunțat și reprezintă cauza multiplelor spitalizări și a pierderii constante a capacității de muncă. Datele din sistemul brazilian de asigurări sociale arată că BVC ocupă locul al 14-lea în rândul celor mai frecvente cauze de absenteism temporar de la muncă și locul al 32-lea printre cele mai frecvente cauze de dizabilitate permanentă. Prevalența ulcerului venos activ în populația țărilor dezvoltate constituie circa 0,3-0,5%.

Una dintre complicațiile comune ale BV este tromboza trunchiurilor venoase superficiale și ale tributarelor varicoase subcutanate, de regulă definită ca „varicotromboflebita acută”. Deși tromboza poate afecta venele superficiale ale membrilor inferioare și în lipsa varicelor, aproximativ 75% din cazuri sunt înregistrate la bolnavii cu BV. În populația generală rata de diagnosticare a trombozei venoase superficiale ajunge la 3-11%. Se presupune, că prevalența trombozei venoase superficiale ar putea fi comparabilă sau chiar mai mare decât cea a trombozei venoase profunde și a embolismului pulmonar. Într-un studiu efectuat în Țările de Jos a fost raportată prevalența de 180 observații la 100.000 pacienți evaluați în condiții de asistență medicală prespitalicească.

Pacienții cu BV alcătuiesc o importantă rată printre cazurile de spitalizări și intervenții chirurgicale programate și urgente în cadrul secțiilor de chirurgie generală și vasculară. De exemplu, în Marea Britanie anual se efectuează circa 90.000 operații pe sistemul venos superficial. În Republica Moldova în anul 2016 s-au efectuat 1841 intervenții pentru varicele membrilor inferioare. Dezvoltarea și implementarea metodelor minim-invazive de tratament a BV și perfecționarea diagnosticului imagistic au contribuit la creșterea semnificativă a numărului de intervenții chirurgicale efectuate. Astfel, doar pe parcursul unui deceniu (din 2005 până la 2014) numărul operațiilor efectuate la bolnavii cu varice în Statele Unite ale Americii practic s-a triplat – de la 95 la 332 de mii pe an, ce corespunde cu o rată de creștere anuală de 15%.

A.10. Clase de recomandare și nivele de evidență

Clasa I	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau curative	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea / eficacitatea tratamentului sau procedurii	
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Condiții pentru care există dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător	Recomandare slabă, sunt posibile abordări alternative
Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate	
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare	
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre	

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistentele medicilor de familie)

Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia bolii varicoase (BV). C.2.7.-C2.8.	Profilaxia primară a BV la pacienții cu factori de risc prin modificarea modului de viață.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia primară și secundară a BV (caseta 31). • Recomandarea tratamentului conservator (caseta 12, 13). • Stabilirea necesității în spitalizare (caseta 10). • Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului intervențional programat prin aducerea la cunoștință a complicațiilor posibile (caseta 14, 15).
2. Diagnosticul. 2.1. Suspectarea diagnosticului de BVC. C.2.4.1 – C.2.4.3.	Anamneza, examenul obiectiv și imagistic permite suspectarea BVC în majoritatea cazurilor.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea factorilor de risc (caseta 2). • Anamneza și acuzele (caseta 5, 6). • Examenul obiectiv (caseta 6, 7). • Examen paraclinic (tabelul 5, 6). • Diagnosticul diferențial (caseta 9).
3. Decizia: consultul medicilor specialiști și/sau spitalizarea. C.2.4.2. – C2.4.6.	Consultul medicului chirurg permite depistarea altor patologii și confirmarea diagnosticului de BVC.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu suspiciune la BVC necesită consultul chirurgului (caseta 7, 8). • Stabilirea criteriilor de spitalizare (caseta 10).
4. Tratamentul. 4.1. Tratament conservator. C.2.4.7.1.	În cazul pacienților cu BVC care nu necesită spitalizare se indică tratament conservator.	Standard/Obligatoriu: Tratamentul conservator se va efectua în condiții de ambulator (caseta 11, 12, 13).
5. Supravegherea. C.2.8.	Supraveghere după tratamentul intervențional, după externarea la domiciliu.	Standard/Obligatoriu: Supravegherea se va face în colaborare cu chirurgul (caseta 32).

B.2. Nivel de asistență medicală de urgență prespitalicească (medici de urgență și asistenți/felceri de urgență)

Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul BV complicate. 1.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de BV complicată (hemoragie, varicotromboflebită). C.2.4.1. - C.2.4.2.	Anamneza și examenul obiectiv permite suspectarea BV complicate cu erupere sau tromboză venoasă superficială.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea primară a pacientului conform principiului ABCDE. • Anamneza și acuzele (caseta 5, 6). • Examenul obiectiv (caseta 7). • Diagnosticul diferențial (caseta 9). • Evaluarea stării generale a pacientului (caseta 5-7). • Transport medical în IMSP spitalicească care deservește urgențele chirurgicale.

<p>2. Decizia: 2.1. Consultul chirurgului în IMSP, care recepționează urgențele chirurgicale. C.2.4.1. - C2.4.6.</p>	<p>Transportul medical asistat în IMSP spitalicească (în cazul hemoragiei din varice erupte), care deservește urgențele chirurgicale; și consultul obligator al medicului chirurg pentru confirmarea diagnosticului de BVC complicată cu eruperea varicelor și hemoragie sau tromboză venoasă superficială.</p>	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu varice erupte și hemoragie necesită transport medical asistat: <ul style="list-style-type: none"> - ECG. - Pulsoximetrie. - Monitorizare a pulsului, TA, temperaturii. - Hemostază provizorie prin pansament compresiv și poziția elevată a membrului inferior. • Consultul medicului chirurg cu spitalizare și aprecierea tacticii de tratament (<i>caseta 26</i>). Informația despre pacient se transmite conform unui algoritm standardizat (ex. SBAR).
<p>3.Tratamentul 3.1. În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienților cu BV complicată. C.2.5.</p>	<p>Tratamentul se va efectua pentru stabilizarea funcțiilor vitale în caz de hemoragie (la necesitate).</p>	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapie (la necesitate). • Stabilizare hemodinamică (la necesitate). • Hemostază provizorie la necesitate (<i>caseta 26</i>).

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (medic chirurg)

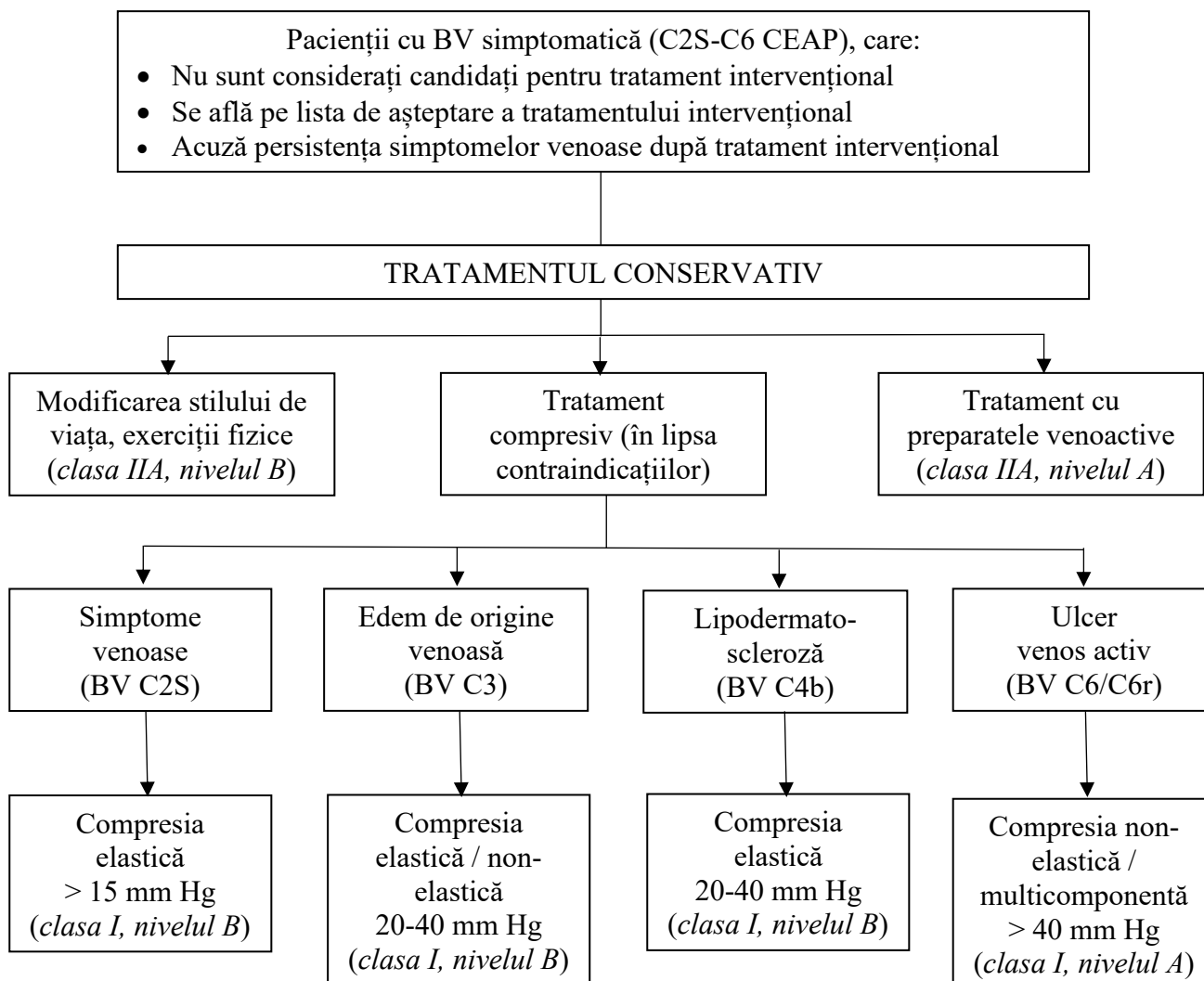
Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul. 1.1. Suspectarea diagnosticului de BV. C.2.4.1 - C.2.4.3.	Anamneza, examenul obiectiv și imagistic permite suspectarea diagnosticului de BV.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 2</i>).• Anamneza și acuzele (<i>caseta 5, 6</i>).• Examenul obiectiv (<i>caseta 7</i>).• USGD (<i>tabelul 5, caseta 8</i>).• Diagnosticul diferențial (<i>caseta 9</i>).• <u>În cazul planificării tratamentului chirurgical programat - examenul paraclinic conform Tabelului 6.</u> Recomandabil: <ul style="list-style-type: none">• Examenul paraclinic, la necesitate (<i>tabelul 5, tabelul 6</i>).• Consultul altor medici specialiști, la necesitate.
2. Selectarea metodei de tratament: staționar <i>versus</i> ambulatoriu. C.2.4.6.	Selectarea pacienților pentru tratament în staționar și pentru tratament intervențional.	Standard/Obligatoriu: Referirea după indicații în instituție medicală cu secție chirurgicală specializată sau tratament ambulator (<i>caseta 10</i>).
3. Tratamentul. 3.1. Tratament conservator. C.2.4.7., C.2.5., C2.6.	<ul style="list-style-type: none">• Tratamentul conservator al bolnavilor cu BV.• Monitorizarea tratamentului pacienților după externare din staționar.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Recomandări cu referință la modificarea stilului de viață, corecția factorilor de risc, exerciții fizice și proceduri balneare (<i>caseta 11</i>).• Tratament medicamentos (<i>caseta 12</i>).• Tratament compresiv (<i>caseta 13</i>).• Tratamentul pacienților cu forme particulare ale BV (<i>caseta 22, 23, 24, 25, 26</i>).
4. Supravegherea. C.2.7., C.2.8.	Se efectuează de către chirurg în colaborare cu medicul de familie.	Standard/Obligatoriu: Examinări după externare din spital sau monitorizarea în dinamică după tratament conservator ambulator (<i>caseta 25, 31, 32</i>).

B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească (spitale raionale, municipale, republicane)

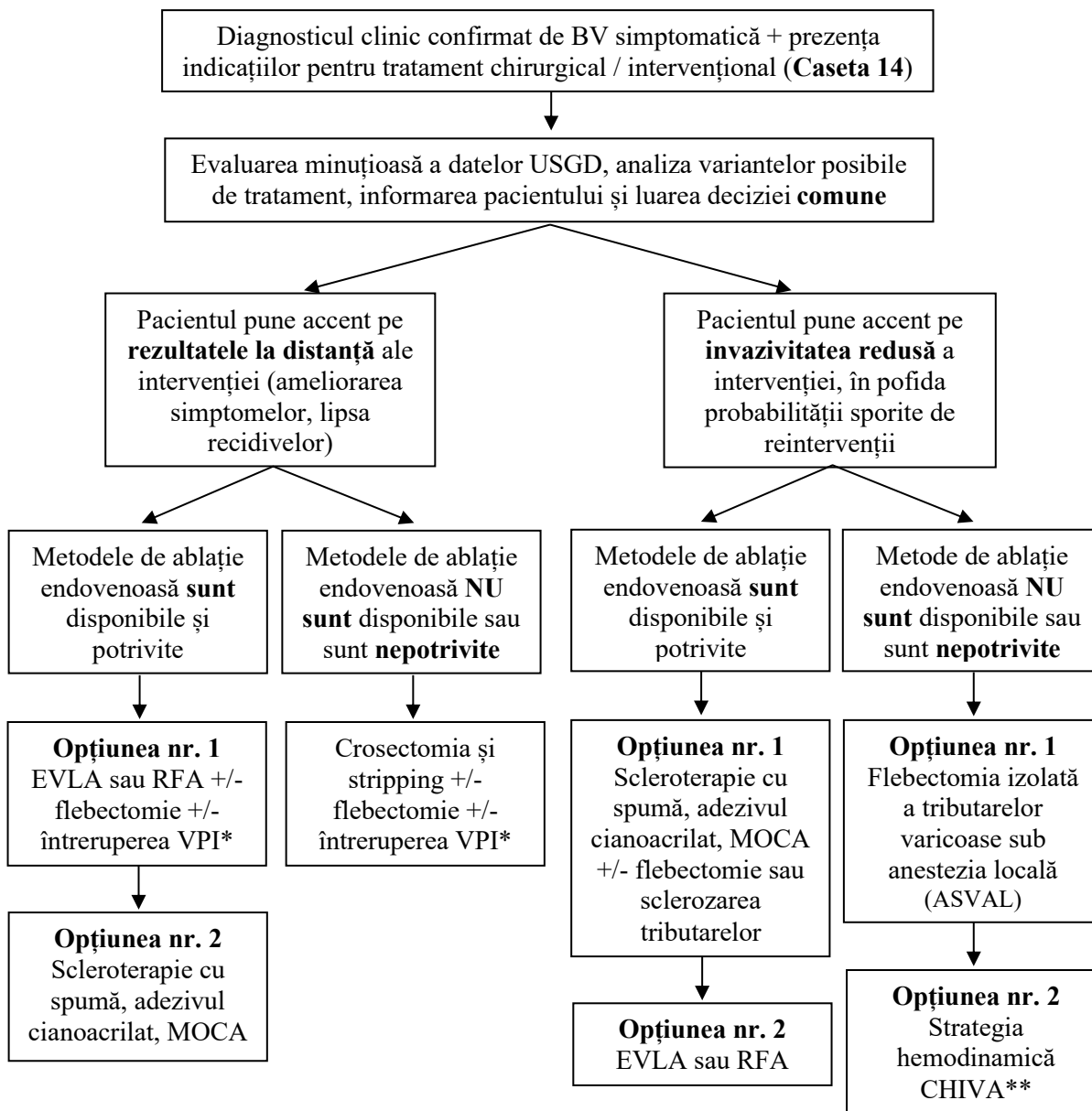
Descriere	Motive	Pași
1. Diagnosticul. 1.1. Confirmarea diagnosticului de BV. Algoritmul C.1.1., C.1.2., C.2.1. - C.2.4.6.	Anamneza, examenul obiectiv și imagistic permite suspectarea BV în majoritatea cazurilor.	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none">• Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 2</i>).• Anamneza și acuzele (<i>caseta 5, 6</i>).• Examenul obiectiv (<i>caseta 7</i>).• USGD (<i>tabelul 5, caseta 8</i>).• Testele de laborator în cazul efectuării intervenției (<i>tabelul 5, 6</i>).• Diagnosticul diferențial (<i>caseta 9</i>).• Examinări imagistice suplimentare la necesitate (<i>tabelul 5</i>).• Diagnosticul formelor particulare și complicațiilor BV (<i>caseta 5-8</i>). Recomandabil: <ul style="list-style-type: none">• Examenul paraclinic preoperatoriu suplimentar, la necesitate.• Consultul altor medici specialiști, la necesitate.
2. Tratamentul. 2.1. Tratamentul conservator. 2.2. Tratamentul intervențional. Algoritmul C.1.1., C.1.2., C.2.4.7.	Selectarea metodei potrivite de tratament și realizarea acesteia.	<ul style="list-style-type: none">• Evaluarea indicațiilor pentru tratament chirurgical (<i>caseta 14</i>).• Consultația anesteziologului.• Consultul altor medici specialiști (la necesitate).• Intervenția chirurgicală (<i>caseta 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</i>).• Conduita postoperatorie (<i>caseta 15</i>).
3. Tratamentul formelor particulare ale BV și a complicațiilor (evolutive și postoperatorii). C.2.5.	Selectarea tacticii curative potrivite pentru fiecare formă particulară a bolii în parte.	Standard/Obligatori: <ul style="list-style-type: none">• Tactica de tratament (<i>caseta 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30</i>).
4. Externarea, supravegherea. C.2.7., C.2.8.	Profilaxia secundară și supravegherea.	Standard/Obligatori: Extrasul va conține obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Diagnosticul exact detaliat.• Rezultatele investigațiilor și tratamentul efectuat.• Recomandările explicite pentru pacient (<i>caseta 31</i>).• Recomandările pentru medicul de familie (<i>caseta 32</i>).

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. *Tratamentul conservativ al pacienților cu BV (fără complicații acute)*



C.1.2. Algoritmul general de tratament chirurgical (intervențional) al pacienților cu BV



* – numai în cazuri selectate, conform indicațiilor (Casetă 21)

** – numai dacă operatorul posedă experiența necesară

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificările

Clasificarea clinico-etiologicală-anatomo-patofiziologică CEAP (Clinical, Etiological, Anatomical, Pathophysiological), versiunea revizuită din 2020

Clasificarea CEAP (Tabelul 1) reprezintă standardul actual în descrierea și stratificarea diferitor patologii venoase ale membrilor inferioare ce cauzează simptomatologia BVC. La pacienții cu BV a extremităților inferioare se recomandă de utilizat clasificarea CEAP atât pentru formularea diagnosticului la toate etapele de acordare a asistenței medicale, cât și cu scop de cercetare sau auditul clinic (*clasa de recomandare I, nivel de evidență C*). Utilizarea altor clasificări (precum cele conform Saveliev, Widmer, Hach) nu este recomandată pentru a evita eventuale confuzii și interpretări eronate.

Tabelul 1. Clasificarea CEAP, versiunea 2020 (clasa de recomandare I, nivel de evidență C)

Criteriau	Descrierea
„C” – clasa clinică	
C0	Lipsa semnelor vizibile sau palpabile de patologie venoasă
C1	Telangiectazii sau vene reticulare
C2	Vene varicoase
C2r	Vene varicoase recidivante (PREVAIT)
C3	Edem (de origine venoasă)
C4	Modificări ale pielii și țesutului adipos subcutanat cauzate de BVC
C4a	Hiperpigmentare, eczemă
C4b	Lipodermatoscleroză, atrofia albă a pielii (fr. „ <i>atrophie blanche</i> ”)
C4c	Coroana flebectatică
C5	Ulcer venos vindecat
C6	Ulcer venos activ
C6r	Ulcer venos activ recidivant
La clasa clinică diagnosticată se adaugă indicele „A” – pentru prezentarea asimptomatică sau „S” pentru cazuri însoțite de prezența simptomelor subiective	
„E” – criteriu etiologic	
Ep	Etiologia primară (boala varicoasă)
Es	Etiologia secundară
Esi	Etiologia secundară intravenoasă (sindrom posttrombotic, fistule traumatice arterio-venoase, tumori intravasculare)
Ese	Etiologia secundară extravenoasă (compresie extrinsecă a venei cu tumori, alte structuri anatomice, hipertensiunea venoasă centrală, disfuncția pompei musculare a gambei)
Ec	Etiologia congenitală (agenezii venoase, malformații venoase și arterio-venoase)
En	Etiologia neidentificată (se stabilește prin excludere celorlalte cauze enumerate mai sus – Ep, Es, Ec)
„A” – criteriu anatomic	
As	Afectarea sistemului venos superficial a membrilor inferioare
Ad	Afectarea sistemului venos profund (eng. „ <i>deep</i> ”) a membrilor inferioare
Ap	Afectarea venelor perforante ale coapsei sau gambei
An	Localizarea anatomică exactă a patologiei nu a fost identificată
Pentru descrierea anatomică exactă se utilizează abrevierile ce corespund termenilor anatomici în limba engleză (Tabelul 2). Abrevierile se adaugă ca subscriptie la criteriul „P”.	

„P” – criteriu patofiziologic	
Pr	Reflux venos patologic
Po	Obstrucția venelor magistrale
Pr,o	Asocierea obstrucției venoase incomplete (stenozei) cu reflux venos patologic
Pn	Mecanismul patofiziologic exact nu a fost identificat

Nota: (1) Clasificarea CEAP este destinată pacienților cu diferite forme ale BVC și nu doar bolnavilor cu BV. La pacienții cu BV criteriul etiologic întotdeauna este „Ep”, iar criteriul patofiziologic întotdeauna este „Pr”.

(2) Clasificarea CEAP poate fi utilizată la pacienții cu BV în două variante. În variante de bază, recomandată pentru utilizare în activitatea clinică cotidiană (la formularea diagnosticului clinic) se menționează doar criteriu clinic „C”, spre exemplu – C2,3,4aS. Cu scop de monitorizare epidemiologică (registre electronice instituționale sau naționale) și pentru cercetări științifice este recomandată utilizarea versiunii desfășurate (extinse) a clasificării cu indicarea tuturor criteriilor, spre exemplu – C2,3S / Ep / As,p / Pr^{GSVa, GSVb, CPV}.

(3) Dacă la formularea diagnosticului se indică doar criteriu clinic „C”, este necesar de menționat bazinul venos afectat de reflux venos patologic (vezi exemple de diagnostic în secțiunea A.1 a protocolului).

Tabelul 2. Abrevierile din limba engleză, utilizate pentru indicarea exactă a segmentelor venoase cu reflux venos patologic, în cadrul versiunii desfășurate a clasificării CEAP (2020)

Clasificarea anatomică	Abreviere	Descriere
Venele superficiale (As)	GSVa	Vena safena magna pe coapsă (eng. <i>Great Saphenous Vein above knee</i>)
	GSVb	Vena safena magna pe gambă (eng. <i>Great Saphenous Vein below knee</i>)
	SSV	Vena safena parva (eng. <i>Small Saphenous Vein</i>)
	AASV	Vena safena accesoria anterioară (eng. <i>Anterior Accessory Saphenous Vein</i>)
	NSV	Venele non-safeniene (eng. <i>Non-Saphenous Vein</i>)
Venele profunde (Ad)	IVC	Vena cava inferioară (eng. <i>Inferior Vena Cava</i>)
	CIV	Vena iliaca comună (eng. <i>Common Iliac Vein</i>)
	EIV	Vena iliaca externă (eng. <i>External Iliac Vein</i>)
	IIV	Vena iliaca internă (eng. <i>Internal Iliac Vein</i>)
	PELV	Venele pelvine (eng. <i>Pelvic Veins</i>)
	CFV	Vena femurală comună (eng. <i>Common Femoral Vein</i>)
	DFV	Vena femurală profundă (eng. <i>Deep Femoral Vein</i>)
	FV	Vena femurală (eng. <i>Femoral Vein</i>)
	POPV	Vena poplitee (eng. <i>Popliteal Vein</i>)
	ATV	Vena tibială anterioară (eng. <i>Anterior Tibial Vein</i>)
	PTV	Vena tibială posterioară (eng. <i>Posterior Tibial Vein</i>)
	PRV	Vena peroneală (eng. <i>Peroneal Vein</i>)
	GAV	Venele gastrocnemiene (eng. <i>Gastrocnemius Veins</i>)
SOV	Venele soleare (eng. <i>Soleal Veins</i>)	
MUSV	Venele musculare (eng. <i>Muscular Veins</i>)	
Venele perforante (Ap)	TPV	Venele perforante ale coapsei (eng. <i>Thigh Perforator vein</i>)
	CPV	Venele perforante ale gambei (eng. <i>Calf Perforator vein</i>)

Clasificarea variantelor anatomice de reflux venos la pacienții cu BV (conform Chastanet-Pittaluga)

La pacienții cu BV există o variabilitate mare a „configurațiilor” refluxului venos patologic considerând cele trei componente necesare pentru realizarea acestuia: sursa, calea de răspândire și punctele de drenaj în sistemul venos profund (așa numitele „*re-entry points*”). Cea mai comprehensivă clasificare a variantelor de reflux a fost elaborată de către P.Pittaluga și S.Chastanet (2013) și include în sine 5 tipuri și 8 subtipuri de reflux. Datorită caracterului său complex clasificarea nu este obligatorie pentru formularea diagnosticului clinic în practica cotidiană însă este utilizată în cadrul acestui PCN și poate fi utilă pentru elaborarea planului de tratament chirurgical (***clasa de recomandare IIb, nivel de evidență B***).

Tipul 1 – prezența tributarelor varicos dilatate la nivelul coapsei și/sau gambei însă cu JSF competentă și trunchi competent al VSM;

Tipul 2 – incompetența VSM fără dilatarea varicoasă a tributarelor acesteia (subtipuri: 2a – JSF este competentă, refluxul nu se extinde până la nivelul maleolei, 2b – JSF este competentă, refluxul se extinde până la nivelul maleolei, 2c – JSF este incompetentă, refluxul nu se extinde până la nivelul maleolei, 2d – JSF este incompetentă, refluxul se extinde până la nivelul maleolei);

Tipul 3 – dilatarea varicoasă a tributarelor cu reflux în VSM, dar JSF competentă (subtipuri: 3a – refluxul nu se extinde până la nivelul maleolelor, 3b – refluxul se extinde până la nivelul maleolelor);

Tipul 4 – dilatarea varicoasă a tributarelor cu reflux în VSM și incompetența JSF (subtipuri: 4a – refluxul nu se extinde până la nivelul maleolelor, 4b – refluxul se extinde până la nivelul maleolelor);

Tipul 5 – JSF este incompetentă cu reflux în tributarele safeniene (cel mai frecvent în VSAA), trunchiul VSM este competent pe tot traiectul.

O clasificare și mai detaliată a tipurilor de reflux venos în BV, bazată pe conceptul de așa-numite „rețele și șunturi venoase” a fost elaborată de către autorii și promotorii metodei „hemodinamice” de tratament chirurgical al varicelor, cunoscute sub acronimul CHIVA (*Cure Conservatrice et Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire*). Respectiv, această clasificare – cunoscută ca clasificarea Franceschi-Zamboni este potrivită exclusiv pentru planificarea intervențiilor chirurgicale cu preservare safeniană. Utilizarea de rutină a acestei clasificări în activitatea clinică nu este recomandată (***clasa de recomandare III, nivel de evidență C***).

C.2.2. Anatomia sistemului venos al membrelor inferioare

Caseta 1. Anatomia. (nivelul de evidență A)

- Sistemul venos al membrelor inferioare este împărțit în trei grupe de vase: vene superficiale, vene profunde și vene perforante. Ca și criteriu de delimitare servește poziționarea venelor în raport cu fascia proprie. Cele două trunchiuri venoase superficiale principale ale extremităților inferioare – VSM și VSP sunt localizate de-a lungul duplicaturii formate de fascia superficială („compartiment safen”). Ramurile tributare ale acestor vene sunt amplasate în țesutul subcutanat. În acest mod, venele superficiale sunt divizate în vene interfasciale (trunchiuri) și vene subcutanate (tributare).
- Trunchiul VSM de pe gambă este poziționat de-a lungul marginii mediale a tibiei, apoi de-a lungul suprafeței mediale a coapsei până atinge punctul de confluență cu vena femurală comună (VFC). În mod normal, diametrul VSM pe gambă este de 2-3 mm, iar pe coapsă – 3-5 mm. În 10-20% din cazuri se evidențiază variante anatomice ale VSM – dedublarea parțială și hipoplazia. Drept urmare, apar variante specifice ale anatomiei: VSM în forma de „h” și în

forma de „S”. În cazuri rare (aproximativ 2%) există o dublare completă a VSM, când ambele trunchiuri sunt orientate paralel în interiorul compartimentului safen.

- Atât pe gambă, cât și la nivel de coapsă, VSM este însoțită de vene safene accesorii, localizate în propriile compartimente fasciale. Pe gambă cel mai dezvoltat este afluentul posterior al venei safene magna (așa-numita vena Leonardo), ce este asociat cu grupul venelor perforante tibiale posterioare ale gambei (perforantele Cockett). Venele safene accesorii anterioare (VSAA) drenează suprafețele anterioară și laterală ale gambei și coapsei, iar dacă devin incompetente provoacă maladie varicoasă în teritoriul anatomic respectiv. Vena safena accesorie posterioară (VSAP) a coapsei conectează teritoriul vascular al VSP și VSM prin intermediul venei intersafene (vena Giacomini) și extensiei femurale a VSP.
- VSM se revarsă în VFC perforând fascia cribroasă din regiunea foramen-ului ovale, formând joncțiunea safeno-femurală (JSF). Imediat înainte de joncțiune în VSM se revarsă afluențele inghinale, formând așa-numita „crosă” safeniană. Numărul și localizarea afluenților crosei au o variabilitate semnificativă. Cel mai frecvent se observă 3-4 tributare (numărul poate varia de la 1 până la 10) ce confluează la o distanță de 1-2 cm de vena femurală.
- VSP își ia originea lateral de tendonul lui Ahile și în segmentul inițial se amplasează în țesutul subcutanat, fiind în nemijlocită proximitate de nervul sural. Aproximativ pe la mijlocul gambei vena perforază fascia și se localizează între capetele mușchiului gastrocnemian. Anatomia JSP este destul de variabilă. În aproximativ 70% din cazuri VSP se revarsă în vena poplitee la circa 5 cm superior de plica poplitee; în 25% din cazuri – mai superior; iar în mai puțin de 5% JSP este situată sub nivelul plicii poplitee.
- Prin intermediul venelor perforante sistemul venos superficial al membrului inferior comunică cu cel profund. În funcție de localizare se disting următoarele grupuri de perforante: perforantele plantei, perforantele gleznei, perforantele gambei, perforantele articulației genunchiului, perforantele coapsei, perforantele gluteale. Majoritatea venelor perforante posedă valve, ce asigură direcționarea fluxului sangvin dinspre sistem venos superficial spre cel profund.
- Venele profunde ale membrelor inferioare își i-au originea în plexul plantar Lejar. Venele plantare laterale și mediale formează venele tibiale posterioare, iar vena dorsalis pedis – venele tibiale anterioare. Venele profunde însoțesc arterele membrelor inferioare cu același nume. Venele tibiale posterioare după fuziunea cu venele peroneale formează trunchiul tibio-peronier care după conexiunea cu venele tibiale anterioare trece în vena poplitee.
- Mușchii gastrocnemieni și, îndeosebi, mușchii soleari conțin un număr mare de sinusuri venoase cu pereți foarte fini care asigură umplerea „pompei venoase” a gambei. Sinusurile primesc sânge din capilare, precum și din venele superficiale prin intermediul venelor perforante.
- Venele iliace externe încep la nivelul ligamentului inghinal, iar după fuziunea cu vena iliacă internă formează venele iliace comune stângă și dreaptă. Luându-și originea anterior de articulația sacro-iliacă venele iliace comune confluează la nivelul vertebrei lombare V, generând astfel trunchiul venei cava inferioare. Venele iliace comune și vena cavă inferioară nu posedă valve.

C.2.3. Etiologia și patofiziologia BV

Caseta 2. Etiologia. (nivelul de evidență B)

- Cauzele apariției refluxului venos primar și mecanismele de progresie a BV nu sunt elucidate pe deplin, fiziopatologia având un caracter complex și multifactorial. Factorii de risc principali pot fi clasificați în: genetici, hormonal, constituționali și ocupaționali.

- Studiile epidemiologice mărturisesc în favoarea etiologiei congenitale și genetic determinate a BV. Dacă ambii părinți suferă de BV probabilitatea dezvoltării varicelor la copil atinge 90%. În cazul în care este bolnav doar unul dintre părinți, riscul constituie circa 25% pentru bărbați și 62% pentru femei. Riscul BV la pacienții fără anamneză familială nu depășește 20%.
- Date exacte privind genele responsabile pentru dezvoltarea BV lipsesc, însă în ultimii ani au fost identificate un șir de polimorfisme genetice asociate cu patologia în cauză. Gena FOXC2 este responsabilă pentru codificarea factorului transcripției care la rândul său determină embriogeneza și dezvoltarea postnatală a vaselor limfatice și venoase. Ținând cont de rolul important al FOXC2 în formarea valvelor venoase prezența mutațiilor în această genă se poate asocia cu incompetența lor și dezvoltarea refluxului venos. Gena care codifică sinteza proteinei MCP-1 (*monocyte chemoattractant protein-1*) este responsabilă pentru extravazarea leucocitelor, inițierea procesului inflamator și proliferarea celulelor musculare netede în peretele venelor varicoase.
- În unele studii a fost raportată incidența crescută a BV și a ulcerului venos la purtătorii alelei rs1800562A a genei hemocromatozei HFE p.C282Y. Se presupune asocierea cu dezvoltarea și progresarea BV și a multiplelor alte gene: MMPs/TIMPs, COL1A2, VEGF, COL1A2, HSP90, ILK, MGP, Oct-1, TGF- β 1, VEGF, COL1A2, a-FGF, FGF-R, BAT1, ER- β , FPN1, IL-1, MTHFR. Per general, factorul genetic duce la dereglarea sintezei colagenului (creșterea tipului I și scăderea tipului III) și ca rezultat pierderea rezistenței și elasticității peretelui venos.
- Afectarea predominantă a sexului feminin, apariția primară a varicelor în timpul sarcinii și agravarea evoluției BV la femeile multipare indică asupra importanței factorului hormonal. Sporirea nivelului de progesteron și relaxină în sângele periferic, creșterea volumului de sânge circulant, amplificarea presiunii intraabdominale, precum și compresiunea venelor pelvine de către uter conduc spre diminuarea tonusului venos și vasodilatație.
- Factorii constituționali (excesul de masă corporală, statura înaltă) și ocupaționali (ortostatism îndelungat, lucru fizic greu) sunt probabil mai puțin importanți pentru inițierea BV, însă contribuie la agravarea severității refluxului venos patologic și a hipertensiunii venoase.

Caseta 3. Patofiziologia. (nivelul de evidență A)

- Fenomenele fiziopatologice de bază în dezvoltarea BV includ dilatarea venoasă, incompetența valvulară și apariția refluxului venos patologic, care prin urmare, duc la hipertensiunea (staza) venoasă în partea distală a membrului afectat. Hipertensiunea venoasă cronică generează o cascadă de modificări patologice celulare, moleculare și imune la nivelul peretelui venos, care la rândul său sunt responsabile pentru evoluția progresivă a dereglărilor hemodinamicii venoase. Cu timpul, formarea cercului vicios între afectarea structurală a venelor superficiale și agravarea hipertensiunii venoase, duce la implicarea în proces patologic și a țesuturilor moi cu apariția în final a dereglărilor trofice cutanate.
- Hipertensiunea venoasă la nivelul plantei și gambei este maximal exprimată în ortostatism, atingând valorile de 80-90 mm Hg. În timpul mersului datorită funcției „pompei musculare” a gambei presiunea venoasă descrește până la 20-30 mm Hg însă după stoparea activității fizice doar în câteva secunde se întoarce la valorile inițiale.
- Dilatarea excesivă a venelor superficiale se asociază cu afectarea fluxului în vasa vasorum, hipoxia peretelui vascular și creșterea nivelului local de HIF (*hypoxia-inducible factors*) și VEGF (*vascular endothelial growth factor*). Staza venoasă cu scăderea forței de forfecare

endovasculare (*shear stress*), direcția inversată și turbulența fluxului sangvin cauzate de refluxul venos provoacă disfuncția endoteliului cu activarea moleculelor de adeziune (VCAM, ICAM). Aderarea endotelială cu ulterioara migrare intramurală și paravazală a celulelor polimorfonucleare generează o reacție inflamatorie cronică cu afectarea structurală a peretelui vascular.

- Răspunsul pro-inflamator este însoțit de activarea anormală a matrix-metalproteinazelor (în special MMP2, MMP9) și creșterea concentrațiilor factorului de creștere tisulară TGF- β . Ca rezultat se dereglează componența matricei extracelulare în peretele venos, caracterizată prin sporirea numărului de fibre de colagen tip I și micșorarea concentrației elastinei și colagenului tip III.
- Patogenia modificărilor trofice ale țesuturilor moi este consecința efectelor negative ale hipertensiunii venoase persistente asupra microcirculației. Venele de calibru mic și venulele la fel ca și venele mai mari dezvoltă incompetență valvulară și împreună cu capilarele se alungesc, se dilată și capătă un traiect sinuos. Endoteliul venulelor, capilarelor și post-capilarelor devine progresiv disfuncțional cu extravazarea lichidelor, migrarea celulară și activarea mediatorilor de inflamație. Ca rezultat se dezvoltă edemul tisular, iar reacția inflamatorie provoacă formarea manșoanelor de fibrină în jurul capilarelor ceea ce duce la așa-numita hipoxie hiperemică paradoxală. Drept consecință a acestui fenomen este fibroza țesuturilor moi și dereglarea structurii normale a pielii cu dezvoltarea în final a ulcerului venos.

C.2.4. Conduita pacientului cu BV

Caseta 4. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu BV. (clasa de recomandare I, nivel de evidență C)

- Culegerea acuzelor și datelor anamnestice.
- Examinarea clinică.
- Determinarea severității simptomelor bolii venoase cronice.
- Examinarea imagistică.
- Formularea diagnosticului definitiv și estimarea impactului BV asupra calității vieții bolnavului și a riscului de complicații.
- Luarea deciziei referitor la conduita de tratament.
- Efectuarea tratamentului.
- Supravegherea periodică a pacientului.

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 5. Anamneza. (clasa de recomandare I, nivel de evidență C)

- BV este o maladie cronică cu evoluție lentă progresivă. La culegerea anamnezei, pe lângă informația standard (prezența comorbidităților cronice, intervenții chirurgicale / traumatisme suportate, medicația cronică, alergii) se atrage atenția asupra prezenței factorilor de risc caracteristici pentru BV și impactul acestora asupra evoluției maladiei.
- Se notează vârsta pacientului la momentul apariției primelor simptome subiective și obiective ale BV și modificările acestora în timp. Ținând cont de importanța factorului ereditar se colectează anamneza familială – prezența BVC la rudele de gradul întâi. Cu scop de diferențiere a BV de varicele secundare (sindromul posttrombotic) este important de exclus prezența în anamneză a episodului de tromboză venoasă profundă (edem acut al membrului care a necesitat investigații și tratament) sau a evenimentelor cu risc înalt de dezvoltare a acestuia (imobilizarea îndelungată, traumatisme ortopedice importante).

- Se analizează prezența factorilor de risc ocupaționali – ortostatism prelungit, lucru fizic greu, mobilitate redusă. Dintre factorii constituționali este importantă apariția excesului de masă corporală. La pacientele de gen feminin se notează administrarea tratamentului hormonal (contraceptive orale), anamneza obstetricală și impactul sarcinilor asupra evoluției BV, precum și informația privind sarcinile ulterioare planificate.
- Se colectează datele referitor la tratamentul BV aplicat în antecedente – utilizarea preparatelor venoactive, a mijloacelor de compresie elastică / non-elastică și eficacitatea acestora, efectuarea scleroterapiei și / sau a intervențiilor chirurgicale deschise sau endovenoase.

C.2.4.2. Manifestările clinice

Caseta 6. Acuzele sau simptome subiective. (clasa de recomandare I, nivel de evidența C)

- Acuzele pacienților cu BV sunt foarte variabile și au un caracter nespecific. Mai mult ca atât, severitatea simptomelor subiective frecvent nu are corelație directă nici cu clasa clinică a maladiei și nici cu gradul de exprimare a varicelor și a refluxului venos patologic. Pacienții cu varice extensive de diametru mare (clasa clinică C2) și chiar cei cu modificări trofice cutanate (clasele clinice C4, C5) pot fi complet asimptomatici și în mod contrar – bolnavii fără semne clinice obiective ale bolii venoase (clasa C0) pot acuza senzații neplăcute caracteristice BVC.
- Acuzele cel mai frecvent întâlnite la pacienții cu BV sunt: prezența venelor varicos dilatate propriu zise (defect estetic), senzații de greutate sau de plenitudine (distensie) la nivelul membrului afectat, dureri arzătoare, înțepătoare, surde sau pulsatile de intensitate mică sau medie la nivelul tegumentelor gambei sau pe traiectul varicelor, pruritul cutanat. Numărul și severitatea acestor simptome subiective deține o corelație ceva mai bună cu durata bolii și clasa clinică CEAP. Acuzele mai puțin specifice sunt: senzație de oboseală, crampe musculare nocturne, sindromul de „picioare neliniștite” (înainte de somn sau în timpul unui repaus la pat pacientul nu-și găsește poziția confortabilă pentru picioare).
- Variabilitatea și caracterul nespecific al acuzelor în BV explică dificultățile în diferențierea originii adevărat venoase al acestora cu alte cauze posibile (patologii osteoarticulare, neuropatii periferice, sindroame vertebrogene, tulburările emoționale și afective etc.). Prezența venelor varicos dilatate clar vizibile la nivelul membrului inferior afectat frecvent crează atât la bolnav cât și la medic impresia despre existența unei legături cauzative între BV și simptomele subiective, ceea ce nu întotdeauna este adevărat. Pentru diferențierea cauzei venoase cu cea non-venoasă trebuie de ținut cont că: (1) simptomele venoase se agravează în poziția ortostatică prelungită sau pe șezute și se ameliorează sau dispar în poziția culcată, la elevarea membrului sau în timpul mersului; (2) simptomele venoase se agravează în perioada caldă și se ameliorează în perioada rece a anului; (3) simptomele venoase sunt mai exprimate în a doua jumătate a zilei și lipsesc imediat după trezirea de dimineață; (4) la femei de vârsta reproductivă simptomele venoase frecvent se agravează în timpul ciclului menstrual; (5) simptomele venoase se ameliorează esențial sau dispar în timpul purtării tricotajului sau bandajului compresiv.
- Apariția durerilor în timpul mersului nu este caracteristică pentru BV și poate fi provocată de patologia arterială – simptomul de „claudicație intermitentă” sau de afectarea venelor profunde (sindromul de compresie May-Thurner, boala posttrombotică) – simptomul de „claudicație venoasă”.
- Cu scop de diagnostic diferențial al etiologiei acuzelor pacientului cu BV poate fi utilizat scorul Carpentier în versiunea originală sau cea modificată (**Tabelul 3**). Scorul original a demonstrat specificitatea de 96% și sensibilitatea de 75%, iar versiunea modificată – 89% și 88%, respectiv în diagnosticarea caracterului venos adevărat al acuzelor pacientului.

- Pacienții cu ulcer venos activ acuză dureri de intensitate variabilă (inclusiv severă) în zona defectului cutanat, prezența eliminărilor (uneori abundente) de lichid seros sau seros-purulent, prurit cutanat în jurul ulcerului, miros neplăcut.

Tabelul 3. Scorul Carpentier original (2007) și versiunea modificată* (clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C).

Întrebarea adresată pacientului	Punctajul atribuit răspunsului	
	DA	NU
Resimțiți oare senzație de greutate sau de plenitudine (distensie, edemație) a piciorului / picioarelor?	1	0
Resimțiți oare dureri sau prurit în zona varicelor?	1	0
Acuzele Dumneavoastră se agravează la cald și diminuează la rece?	1	0
Acuzele Dumneavoastră se agravează în timpul mersului?	0	1
<p>Dacă conform scorului original pacientul acumulează cel puțin 3 puncte se presupune că acuzele sunt provocate de BV</p> <p>* - în versiunea modificată a scorului (D.Casian, 2018) pacienților care inițial au acumulat numai 1-2 puncte li se prescrie utilizarea compresiei elastice timp de câteva săptămâni. În cazul ameliorării evidente a simptomelor pe fondalul tratamentului compresiv la valoarea inițială a scorului se mai adaugă 2 puncte. Punctajul final ≥ 3 indică asupra etiologiei venoase a acuzelor.</p>		

Caseta 7. Examenul clinic (semnele obiective ale BV).

- Examenul clinic al pacientului cu BV se efectuează într-o încăpere bine iluminată, ambele extremități inferioare fiind complet expuse inspecției. Pacientul obligator se examinează în poziție ortostatică, ceea ce permite evidențierea mai clară a venelor varicos dilatate. În timpul inspecției membrului inferior se notează: prezența telangiectaziilor / venelor reticulare și prezența venelor varicoase cu traiect sinuos și diametru mai mare de 3 mm. Se notează localizarea anatomică a varicelor: la nivelul coapsei, la nivelul gambei, pe suprafața medială, anterioară, laterală sau posterioară (*clasa de recomandare I, nivel de evidența C*).
- Nota:* Lipsa venelor varicos dilatate vizibile nu exclude diagnosticul de BVC primară (la pacienții cu obezitate, sau la cei cu reflux venos doar în trunchiul venei safene – tipul 2 Chastanet-Pittaluga).
- La toți bolnavii trebuie să fie examinate ambele regiuni inghinale, regiunea suprapubiană și peretele abdominal anterior. Se atrage atenție la prezența în aceste zone anatomice a venelor varicos dilatate care se pot dezvolta ca și cale de circulație colaterală în cazul ocluziei venelor profunde sau datorită existenței surselor atipice de reflux venos patologic (sindrom de congestie pelviană) (*clasa de recomandare I, nivel de evidența C*). La pacienții care utilizează droguri ilicite injectabile în regiunea inghinală pot fi observate fistule cutanate specifice – „sinus track”. Această categorie de bolnavi frecvent se prezintă cu insuficiență venoasă cronică de etiologie secundară (posttrombotică).
- La pacienții cu BV complicată cu IVC în timpul inspecției poate fi observată prezența edemului în regiunea plantei, gleznei sau gambei (clasa clinică C3) și a modificărilor trofice cutanate: hiperpigmentare, eczema (clasa C4a); lipodermatoscleroză, atrofia albă (clasa C4b); coroana flebectatică (clasa C4c), ulcerul venos vindecat (clasa C5) sau activ (clasa C6). Se recomandă de obiectivat severitatea edemului prin măsurarea circumferinței membrului la nivelul gleznei în comparație cu partea controlaterală neafectată (*clasa de recomandare I, nivel de evidența C*).

- Pentru documentarea prezenței, tipului și gradului de extindere a modificărilor trofice, în special a ulcerului venos activ, este recomandată fotografierea zonei afectate a membrului inferior cu o cameră fotografică digitală disponibilă. Calcularea exactă a suprafeței ulcerului este foarte utilă pentru evaluarea în dinamică a rezultatelor tratamentului IVC și poate fi realizată cu ajutorul aplicațiilor digitale gratuite de tip „Lesion Meter” (disponibilă pe <https://lesion.phlebounion.ru>, în „AppStore” și „Google Play”). La pacienții care au fost supuși intervențiilor chirurgicale pentru BV în trecut se notează localizarea cicatricelor postoperatorii în raport cu venele varicoase vizibile la momentul examinării (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Probele funcționale venoase (Trendelenburg, Delbet-Perthes, Hachenbruch, Schwartz, Pratt, „proba cu 3 garouri” și altele) posedă o acuratețe diagnostică insuficientă pentru stabilirea diagnosticului corect și cu atât mai mult pentru planificarea tratamentului. Tehnica efectuării probelor funcționale venoase nu este standardizată, rezultatele frecvent sunt eronate (fals pozitive sau fals negative). Respectiv, utilizarea acestor probe în practica clinică actuală nu este recomandată (**clasa de recomandare III, nivel de evidența B**).
- Se recomandă palparea pulsului plantar la toți pacienții cu BV. La pacienții care se referă la grupul de risc pentru boala arterială periferică (vârsta mai mare de 50 ani, genul masculin, fumători, cu diabet zaharat, hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică) și la cei la care se presupune utilizarea tratamentului compresiv palparea pulsului plantar este obligatorie. Dacă pulsul pe a.dorsalis pedis sau a.tibială posterioară nu se palpează sau este dubios se recomandă determinarea indicelui de presiune glezna-braț (IGB) cu ajutorul dispozitivului Doppler. În cazul valorilor IGB mai mici de 0,9 sau dacă medicul care examinează pacientul nu posedă tehnica acestei investigații sau nu dispune de dispozitivul necesar se recomandă direcționarea pacientului pentru consultul chirurgului vascular (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Palparea pe traiectul venelor varicos dilatate necomplicate demonstrează lipsa durerilor și colabare completă a varicelor la apăsare. Uneori senzații neplăcute poate provoca palparea în regiunea venelor perforante lărgite (orificiilor fasciale pe gambă). În cazul trombozei venoase superficiale (varicotromboflebitei) varicele nu colabează și devin dureroase la palpate (vezi caseta 25). În cazuri rare în timpul inspecției și / sau palpării venelor varicoase poate fi observată / resimțită pulsația. Cea mai frecventă cauza a varicelor pulsatile este insuficiența valvei tricuspide cu fenomenul de regurgitație. La pacienții cu debutul maladiei în copilărie sau adolescență, la cei cu modificări trofice la nivelul membrului afectat sau cu anamneza de traume vasculare pulsația varicelor poate fi cauzată de prezența malformației sau fistulei arterio-venoase. În aceste cazuri palpator deasupra varicelor poate fi resimțit freacățul caracteristic („tors de pisică”), iar auscultativ se determină un suflu sistolo-diaștolic (sunetul „șuierător”) permanent. Comprimarea manuală a fistulei rezultă în scăderea frecvenței contracțiilor cardiace cu 10-15 bătăi per minut – semnul Branham pozitiv. Toți pacienții cu varice pulsatile trebuie să fie consultați de către chirurgul vascular (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Cu scop de evaluare cantitativă a severității simptomelor BV la fiecare pacient individual, precum și pentru monitorizarea evoluției maladiei și aprecierea eficacității tratamentului aplicat se recomandă ca în baza rezultatelor examenului clinic să fie calculat scorul venos de severitatea clinică în versiunea sa revizuită – „rVCSS” (*revised Venous Clinical Severity Score*), (**Tabelul 4**), (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Studiile științifice au demonstrat că BV chiar și cu clase clinice minore poate afecta semnificativ calitatea vieții bolnavilor. Mai mult ca atât, deoarece BV de regulă nu prezintă risc direct pentru viabilitatea membrului afectat și viața pacientului ameliorarea calității vieții se consideră unul dintre cei mai importanți indicatori ai eficienței și siguranței tratamentului aplicat. Astfel,

evaluarea obiectivă a rezultatelor tratamentului BV sau compararea eficacității diferitor abordări curative trebuie să includă și datele raportate de către pacient – sau așa numitele „PROMs” (*Patient Reported Outcomes Measures*). Cu acest scop pot fi utilizate chestionare speciale pentru pacienții flebologici, traduse și validate în limba română - chestionarul CIVIQ-20 sau chestionarul ABC-V (Anexa 3, 4). Chestionarele trebuie să fie aplicate la momentul adresării bolnavului și la diferite intervale de la momentul intervenției. Pe motivul complexității procesului de evaluare și consumului de timp utilizarea „PROMs” în practica clinică cotidiană nu este considerată obligatorie (*clasa de recomandare III, nivel de evidența C*).

Tabelul 4. „rVCSS” – scorul venos de severitate clinică (versiunea revizuită din 2010), (clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C).

Simptome, semne și criteriile clinice analizate	Numărul de puncte			
	0	1	2	3
Durere sau disconfort (greutate, arsură, înțepătură), de origine venoasă	Absentă	Ocazional; nu influențează activitatea zilnică de rutină	Zilnic, interferează cu, dar nu stopează activitatea de rutină	Zilnic, limitarea regulată a activității de rutină
Vene varicoase (≥ 3 mm în poziție ortostatică)	Absente	Puține; ramuri dispersate, coroana flebectatică	Limitate (doar coapsă sau gambă)	Extensive (coapsă și gambă)
Edemul (presupus a fi de origine venoasă)	Absent	Doar edemul gleznei sau al plantei	Extins deasupra gleznei dar mai jos de genunchi	Extins spre genunchi și mai sus
Pigmentarea tegumentelor	Absentă sau locală	Limitată (zona perimaleolară)	Difuză (până la 1/3 inferioară a gambei)	Extinsă ($> 1/3$ inferioară a gambei)
Inflamația (eritem, celulită, eczemă, dermatită)	Absentă	Limitată (zona perimaleolară)	Difuză (până la 1/3 inferioară a gambei)	Extinsă ($> 1/3$ inferioară a gambei)
Indurația (fibroză, atrofia albă, lipodermatoscleroza)	Absentă	Limitată (zona perimaleolară)	Difuză (până la 1/3 inferioară a gambei)	Extinsă ($> 1/3$ inferioară a gambei)
Ulcere venoase active (numărul)	0	1	2	≥ 3
Durata ulcerului activ	Absent	Până la 3 luni	3 – 12 luni	Mai mult de 12 luni
Diametrul maximal al ulcerului	Absent	< 2 cm	2 – 6 cm	> 6 cm
Tratament compresiv	Nu este utilizat	Utilizat ocazional	Utilizat frecvent	Utilizat permanent

C.2.4.3. Investigațiile paraclinice

Tabelul 5. Investigațiile paraclinice obligatorii și recomandate la pacienții cu BV pentru stabilirea diagnosticului și elaborarea tacticii de tratament.

Investigații paraclinice	Rolul în diagnosticul și managementul BV	Caracterul	
Ultrasonografia duplex (USGD) a venelor membrelor inferioare.	USGD este metoda imagistică de primă linie la pacienții cu semnele clinice caracteristice sau sugestive pentru BV. Scopul investigației – diagnosticarea sursei și configurației anatomice a refluxului venos patologic, descrierea variantelor anatomice individuale importante ale sistemului venos a membrelor inferioare, diagnosticul complicațiilor (tromboza venoasă superficială și/sau profundă) și excluderea altor cauze posibile ale BVC (sindrom posttrombotic, sindroame de compresie venoasă, malformații vasculare, fistule arterio-venoase). <i>(clasa de recomandare I, nivel de evidența B)</i>	O	
Ultrasonografia duplex (USGD) a venelor pelviene și intra-abdominale.	Este utilă în cazuri când există discrepanța între datele USGD a venelor extremității inferioare și manifestările clinice, cu scop de a exclude alte cauze posibile ale BVC (sindrom posttrombotic, sindroame de compresie venoasă, malformații vasculare, fistule arterio-venoase). Permite diagnosticarea surselor atipice de reflux venos (mai frecvent la pacientele cu sindrom de congestie pelviană). <i>(clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C)</i>		R
Ultrasonografia duplex (USGD) a arterelor membrelor inferioare.	Este necesară la pacienții cu BV și semnele clinice sugestive pentru boala arterială periferică concomitentă (acuze caracteristice, pulsul plantar echivoc sau absent, anamneza de intervenții deschise sau endovasculare pe artere, IGB <0,9) <i>(clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C)</i>		R
Tomografia computerizată (CT) abdominală în regim de flebografie.	Nu se utilizează în mod standard. Poate fi necesară în cazurile când datele USGD sunt neconcludente sau nu corespund manifestărilor clinice. <i>(clasa de recomandare I, nivel de evidența C)</i>		R
Rezonanța magnetică nucleară (RMN) în regim de flebografie.	Nu se utilizează în mod standard. Poate fi necesară în cazurile când datele USGD sunt neconcludente sau nu corespund manifestărilor clinice. <i>(clasa de recomandare I, nivel de evidența C)</i>		R
Ultrasonografia intravasculară (IVUS)	Nu se utilizează în mod standard. Poate fi utilizată în cazuri când se suspectă o altă etiologie a BVC decât cea primară și datele USGD, CT și RMN sunt neconcludente. <i>(clasa de recomandare IIb, nivel de evidența B)</i>		
Pletismografia	Nu se utilizează în mod standard. Poate fi efectuată în centre specializate dotate cu dispozitivul necesar în cazurile când rezultatele metodelor imagistice		R

	(USGD, CT, RMN, IVUS) sunt în discrepanță cu datele clinice. <i>(clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C)</i>		
--	--	--	--

Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil

Tabelul 6. Investigațiile obligatorii și recomandate înainte de efectuarea tratamentului intervențional (operații deschise sau endovenoase) a BV confirmate clinic și paraclinic (conform Tabelului 5).

Investigațiile paraclinice	Argumentarea efectuării	Caracterul	
EKG.	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie standard. <i>(clasa de recomandare I, nivel de evidența C)</i>	O	
Radiografia toracelui.	Test <i>screening</i> pentru depistarea patologiei pulmonare. Se recomandă pacienților spitalizați în staționar. <i>(clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C)</i>		R
Ultrasonografia cardiacă.	Nu se utilizează în mod standard. Este indicată pacienților cu „varice pulsatile” pentru excluderea / confirmarea regurgitației tricuspidiene. Poate fi indicată înainte de administrarea intravenoasă a preparatelor sclerozante în formă de spumă pacienților cu complicații sistemice (neurologice) ale scleroterapiei în anamneză. În aceste cazuri investigația poate demonstra prezența foramenului ovale patent cu șunt interatrial dreapta-stingă. <i>(clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C)</i>		R
Analiza generală a sângelui (numărul leucocitelor, trombocitelor, eritrocitelor, nivelul hemoglobinei, și hematocritul).	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie standard. <i>(clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C)</i>	O	
Indicii de bază a coagulării sangvine (protrombina și/sau raportul internațional normalizat INR, fibrinogenul, timpul de tromboplastină parțial activat TTPA)	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie standard. <i>(clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C)</i>	O	
Glucoza sangvină	Monitoringul perioperator al nivelului de glicemie la pacienții diabetici. Depistarea primară a diabetului zaharat concomitent. <i>(clasa de recomandare I, nivel de evidența C)</i>	O	
Grupa de sânge și factorul Rh.	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie standard. <i>(clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C)</i>	O*	

Biochimia sângelui (ureea, creatinina, enzime hepatice, bilirubina).	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie standard. <i>(clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C)</i>	O**	
Analiza generală a urinei.	Denotă prezența unei patologii renale sau urovezicale asociate. <i>(clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C)</i>		R
Testarea screening la infecții hemotransmisibile (HBsAg, Anti HCV, RPR, HIV).	Prevenirea riscului de contaminare a personalului instituțiilor medicale și infecțiilor nozocomiale. <i>(clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C)</i>		R
Teste alergologice la anestezice locale	Se recomandă pacienților cu reacții alergice la anestezice locale în anamneză, dacă se planifică efectuarea intervenției sub anestezie locală. <i>(clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C)</i>		R
NB. În contextul clinic individual al pacientului și / sau după consultul medicului specialist (anestezist, internist, cardiolog etc.) pot fi indicate și alte investigații paraclinice necesare pentru efectuarea tratamentului intervențional.			
* – intervenții endovenoase (EVLA, RFA, CAC, MOCA, scleroterapie) și miniflebectomia izolată se asociază cu riscul aproape nul de hemoragie intraoperatorie severă cu necesitate în hemotransfuzie. Respectiv înainte de efectuarea acestui tip de tratament a BV determinarea grupei sanguine și a factorului Rh nu este obligatorie. ** – poate fi omisă la pacienții fără date clinico-anamnestice de patologie a ficatului și rinichilor care vor fi supuși intervenției sub anestezie locală infiltrativă.			

Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil

C.2.4.4 Cerințele de bază față de examinările imagistice instrumentale ale sistemului venos la pacienții cu BV

Caseta 8. Cerințele pentru USGD a sistemului venos

- În majoritatea absolută a cazurilor USGD reprezintă unica investigația instrumentală în baza căreia se decide tactica de tratament a BV și se selectează o anumită metoda (tehnică) de intervenție, precum și volumul acesteia. Informația incompletă sau eronată poate duce la intervenții neargumentate, complicații sau recurența postoperatorie precoce a patologiei. Astfel rezultatele examenului USGD au valoare decisivă în managementul pacientului. Pe de altă parte, USGD este o metodă cu grad înalt de dependență a rezultatelor investigației de calificarea și experiența examinatorului, iar stocarea datelor imagistice primare și transmiterea acestora direct către medicul chirurg nu este utilă și rațională. Astfel, asigurarea calității examenului USGD și corectitudinii întocmirii protocolului investigației reprezintă o condiție obligatorie. Investigația trebuie să fie efectuată în instituțiile medicale acreditate, de către specialiști certificați și în conformitate cu prevederile Protocolului clinic standardizat „Examinări ultrasonografice” *(clasa de recomandare I, nivel de evidența C)*.
- USGD la pacientul cu BV include în mod obligator examinarea sistemului venos superficial (VSM, VSAA, VSAP, VSP) și profund (vena femurală comună, vena femurală, vena poplitee, venele tibiale și soleare) și, opțional, a venelor perforante la nivelul membrului afectat *(clasa de recomandare I, nivel de evidența C)*.
- Examinarea venelor suprainghinale (vene ileace, gonadale) la pacienții cu BV se efectuează în mod selectiv, conform indicațiilor clinice (edem marcat al membrului afectat, clase clinice C4-C6 CEAP, colaterale venoase vizibile pe peretele abdominal, varice localizate atipic) sau imagistice (caracteristici anormale ale fluxului sangvin în vena femurală comună – flux monofazic, lipsa modulației respiratorii; semne ecografice specifice afectării posttrombotice a

venelor profunde – absența fluxului, flux „mozaic” în regim Doppler color, îngroșarea peretelui venos, vizualizarea sinehiilor intraluminal, fibroza venelor cu micșorarea diametrului) (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**).

- Pentru diagnosticarea refluxului patologic în venele extremității inferioare examinarea pacientului obligator se efectuează în poziția ortostatică (în picioare). Ca o variantă alternativă poate fi utilizată poziția pe șezute sau poziția Trendelenburg. Evaluarea caracteristicilor fluxului sangvin în vena femurală comună și examinarea venelor suprainghinale se efectuează în poziția culcată a pacientului cu capul ridicat la 45° (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Pentru generarea refluxului în vena femurală comună și la nivelul JSF se recomandă utilizarea probei Valsalva și probei cu compresie-decompresie. Pentru depistarea refluxului în segmentele venoase localizate mai distal de JSF se utilizează proba cu compresie-decompresie. Pentru diagnosticarea refluxului la nivelul venelor perforante este preferabilă utilizarea probelor care simulează activitatea fiziologică a „pompei musculare” a gambei – dorsiflexia activă a plantei sau manevra kineto-statică Parana. Durata refluxului venos considerată ca cea patologică trebuie să fie >1,0 sec pentru vena femurală comună, vena femurală și vena poplitee, și >0,5 sec pentru celelalte vene. Se notează: (1) sursa refluxului venos patologic; (2) „calea” (prin care vene) și gradul (până la ce nivel) de răspândire a acestuia și (3) punctele de reintrare a fluxului venos retrograd în sistemul profund (așa-numitele vene perforante de tip „re-entry”). (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Venele perforante incompetente ale gambei se consideră ca patologice dacă corespund următoarelor criterii: (1) în momentul „sistolei pompei musculare” durata fluxului de la venele profunde spre cele superficiale depășește 0,5 sec; (2) diametrul venei perforante la nivelul fasciei este $\geq 3,5$ mm; (3) vena perforantă este localizată nemijlocit în apropierea zonei cu modificări cutanate (la bolnavii cu clase clinice C4-C6) sau servește drept sursă principală de reflux (la bolnavii cu clase clinice C2-C3) (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- În timpul examenului USGD trebuie să fie măsurate: diametrul JSF și JSP (în limita 1,0 cm de la confluența cu venele profunde), diametrul trunchiului VSM la diferite nivele (aproximativ la 3-5 cm de la JSF, în 1/3 medie a coapsei, la nivelul articulației genunchiului și pe gambă), diametrul VSP. Se notează prezența dilatărilor focale ale trunchiului safenian – anevrismelor venoase, cu menționarea localizării și diametrului acestora (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**).
- Se recomandă ca protocolul examenului USGD la pacienții cu BV să includă și prezentarea grafică a rezultatelor scanării sistemului venos cu indicarea sursei și traiectului refluxului, variantelor anatomiei vasculare (trunchi safenian situat epifascial, trunchi safenian dedublat, tortuozități, segmente venoase hipoplaziate) precum și a altor informații relevante pentru diagnostic și aprecierea tacticii curative (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**).
- În cazul când protocolul examenului USGD nu conține toate informațiile necesare pentru luarea deciziilor clinice, planificarea intervenției sau în cazul unei discordanțe între tabloul clinic și rezultatul investigației este recomandată efectuarea USGD repetate la un alt specialist (principiul de „a două opinii”). Dacă medicul chirurg care planifică tratamentul invaziv al BV posedă tehnica USGD și dispune de acces la scannerul ultrasonor vascular poate fi recomandată examinarea repetată a pacientului nemijlocit înainte de intervenția chirurgicală. Efectuarea ultrasonografiei pre- și intraoperatorii nu necesită licențierea medicului chirurg în domeniul imagisticii medicale, deoarece nu reprezintă o procedură diagnostică separată, nu substituie USGD realizată de către medicul specialist și nu prevede eliberarea protocolului de investigație.

Notă: Pentru mai multe detalii referitor la utilizare USGD consultați Protocolul clinic standardizat „Examinări ultrasonografice”.

C.2.4.5. Diagnosticul diferențial

Caseta 9. Diagnosticul diferențial al BV. (clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C)

Manifestările clinice ale BV sunt destul de caracteristice, însă în unele cazuri poate fi necesară efectuarea diagnosticului diferențial cu următoarele patologii:

- **Sindrom posttrombotic.** În anamneză la majoritatea pacienților poate fi identificat un episod de tromboză a venelor profunde asociat cu trauma extremității inferioare, sarcina și nașterea, intervenții chirurgicale sau un alt motiv de spitalizare și manifestat prin edem marcat al membrului. Examenul obiectiv, de regulă, relevă predominarea semnelor IVC – edem, modificări trofice cutanate în timp ce venele varicoase la nivelul membrului sunt mai puțin exprimate sau absente. Localizarea varicelor în regiunea suprapubiană este înalt sugestivă pentru diagnosticul de sindrom posttrombotic.
- **Afectarea non-trombotică a venelor iliace (sindromul May-Thurner).** Tabloul clinic este unul indistinct și nespecific. Mai frecvent sunt afectate femeile de vârstă tânără care acuză prezența edemului tranzitor și alte semne subiective ale IVC la nivelul membrului inferior stâng. Prezența venelor varicoase la examenul obiectiv nu este caracteristică.
- **Sindrom de congestie pelviană.** Patologia preponderent se dezvoltă la pacientele multipare și se manifestă prin dureri periodice surde, localizate în regiunea lombară, bazinului, perineului și coapselor. Durerile se exacerbează după ortostatism îndelungat, în timpul ciclului menstrual, în timpul actului sexual (dispareunia) și postcoitum. Pot fi vizualizate vene varicoase în zona perineului, organelor genitale externe, feselor și pe partea posterioară a coapselor.
- **Malformații vasculare (angiodisplazii venoase și arterio-venoase).** Malformațiile vasculare sunt rare, dar uneori pot necesita diferențierea cu BV. La majoritatea pacienților simptomele clinice ale angiodisplaziei sunt prezente la naștere sau se manifestă pe parcursul primei decade de viață ori în timpul pubertatului. Tabloul clinic al malformațiilor venoase poate include: prezența formațiunii de volum, petelor cutanate de culoare roșie sau cafenie, vene varicos dilatate, edeme și sindrom algic. Venele varicoase se localizează pe partea laterală a coapsei și / sau gambei (vena marginală embrionară) și sunt predispuse la episoade frecvente de tromboflebită. În cazul malformațiilor arterio-venoase semnele sus numite se asociază cu hipertrofia membrului (gigantism parțial), hipertermia cutanată locală, pulsația venelor varicoase și suflu continuu sistolo-diastolic deasupra zonei afectate. Unii pacienți dezvoltă ulcere trofice care frecvent se complică cu hemoragii profuze.
- **Ulcere ale membrelor inferioare de origine non-venoasă.** La pacienții cu BV și IVC clasa clinica C6 diagnosticul diferențial trebuie efectuat cu ulcerele de etiologie ischemică, neuropatică, infecțioasă (pyoderma gangrenosum), neoplazică (sarcom, melanom) sau sistemică. Originea non-venoasă a ulcerului trebuie suspectată în caz de localizare atipică a defectului cutanat (pe plantă, pe gambă proximal), lipsa pulsației arterelor periferice, aspectul neobișnuit al fundului și marginilor ulcerului (necroze cutanate, creșterea excesivă a țesuturilor), prezența bolilor sistemice concomitente (diabet, vasculite, bolile țesutului conjunctiv, boala renală cronică, tratamentul cronic cu steroizii și altele).
- **Limfedem.** Edemul limfatic al membrului inferior poate să se dezvolte primar (de regulă în copilărie sau vârsta tânără) sau secundar – după traumatisme (inclusiv intervenții chirurgicale), infecții sau pe fundalul proceselor neoplazice. Edemul întotdeauna implică planta, este dur (nu lasă godeu) și nu scade esențial după elevarea membrului. Venele varicoase nu sunt caracteristice. Se determină semnul Stemmer pozitiv – imposibilitatea de a prinde plica cutanată pe suprafața dorsală a plantei la baza degetului I.

C.2.4.6. Criteriile de spitalizare

Caseta 10. Criteriile de spitalizare a pacienților cu BV. (clasa de recomandare I, nivel de evidența C)

- Pacienții cu BV necesită spitalizare pentru realizarea tratamentului chirurgical (intervențional) conform următoarelor indicații: (1) BV necomplicată cu simptome tipice care afectează substanțial calitatea vieții și activitatea pacientului – clasa clinică C2S; (2) BV complicată cu IVC – clase clinice C3-C6. Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al BV sunt prezentate detaliat în caseta 14.
- Intervențiile chirurgicale pentru BV, în special cele minim-invazive, pot fi efectuate și în regim de „chirurgie de o zi” (chirurgie ambulatorie) cu condiția respectării cerințelor standard față de pregătirea preoperatorie și monitorizarea postoperatorie a bolnavilor.
- Pacienții cu BV și ulcer venos activ (clasa clinica C6) pot fi spitalizați atât pentru intervenție pe sistem venos cât și pentru tratamentul conservator sau chirurgical local: debridarea ulcerului, autodermoplastie, aplicarea tratamentului compresiv non-elastic sau altor metode de tratament. Prezența ulcerului activ nu servește ca contraindicație pentru intervenție programată pe sistem venos.
- Pacienții cu complicații acute ale BV – varice erupte complicate cu hemoragie, BV cu tromboză venoasă superficială (varicotromboflebită) necesită să fie investigați în mod urgent de către medicul chirurg pentru acordarea asistenței medicale necesare și deciderea tacticii ulterioare în fiecare caz individual: spitalizarea în secție de chirurgie sau tratamentul ambulator. Informații detaliate referitor la managementul acestor complicații sunt prezentate în casetele respective (caseta 25, caseta 26).

C.2.4.7. Tratamentul

C.2.4.7.1. Tratamentul conservator Tratamentul conservator al BV se utilizează în următoarele situații clinice: (1) la pacienții cu BV simptomatică care la moment nu optează pentru tratament chirurgical sau dacă există contraindicații pentru efectuarea acestuia; (2) la pacienții care se află în lista de așteptare pentru tratamentul chirurgical al BV; (3) la pacienții la care simptomele IVC persistă sau reapar după tratamentul chirurgical al BV. Scopul tratamentului conservativ este reducerea severității simptomelor subiective ale insuficienței venoase, reducerea vitezei de progresare a maladiei și prevenirea complicațiilor.

Măsurile conservative care pot fi utilizate la pacienții cu BV includ: (1) modificarea stilului de viață cu corecția factorilor de risc, exerciții fizice și proceduri balneare; (2) tratamentul medicamentos; (3) tratamentul compresiv.

Caseta 11. Modificarea stilului de viață, corecția factorilor de risc, exerciții fizice și proceduri balneare. (clasa de recomandare IIA, nivel de evidența B)

- Pacienților cu BV li se recomandă evitarea ortostatismului îndelungat, efortului fizic major, expunerii la temperaturi ridicate.
- Sunt recomandate activitățile fizice care stimulează funcția „pompei musculare” a membrelor inferioare și drenajul venos: mersul frecvent, înotul, poziția elevată a membrelor inferioare.
- Pentru pacienții cu BV și exces de greutate sau obezitate trebuie să fie oferit suportul consultativ privind regimul dietetic, exerciții și alte metode de control / reducere a masei corporale;
- Poate fi recomandată consultația medicului fizioterapeut / kinetoterapeut în vederea utilizării exercițiilor speciale sau tratamentului balneo-sanatorial.

Caseta 12. Tratamentul medicamentos. (clasa de recomandare IIA, nivel de evidența A)

- Pentru tratamentul BV sunt utilizate preparatele venoactive (venotonice sau flebotonice) de origine naturală sau sintetică care-și realizează efectul său datorită unor mecanisme comune: reducerea permeabilității capilare, suprimarea eliberării mediatorilor de inflamație și creșterea tonusului peretelui venos.
- La preparatele venoactive sintetice se referă Calcii dobesilas și Naftazonum*, care la moment nu sunt înregistrate în RM. Preparatele venoactive de origine naturală se clasifică în următoarele grupe: (1) γ -benzopirone – preparatele diosminei și fracția micronizată purificată de flavonoide (MPFF); (2) hidroxietilrutozide – Troxerutinum, Oxerutinum; (3) saponine – extract din fructe de ruscus, extract din castan de cal; (3) α -benzopirone – grupa cumarine și derivații săi*; (4) alte bioflavonoide – Ginkgo biloba, extract de frunze de viță de vie roșie; (5) heparinoide – Sulodexidum.
- Tratamentul cu preparatele venoactive este recomandat pacienților cu BV simptomatică care nu sunt considerați candidați pentru tratamentul intervențional, celor care așteaptă efectuarea intervenției chirurgicale sau la cei care suferă de simptome persistente după tratament chirurgical.
- La pacienții cu clasa clinică C6 poate fi considerată administrarea preparatelor Diosminum 600 mg/zi, hidroxietilrutozidelor sau Sulodexidum în combinație cu tratamentul compresiv și local pentru a accelera vindecarea ulcerul venos activ.
- Nu se recomandă administrarea preparatelor venoactive pacienților cu forme asimptomatice ale BV, deoarece nu există date suficiente privind eficacitatea acestora în prevenirea progresării patologiei venoase.
- La momentul actual nu există dovezi științifice clare privind eficacitatea formelor locale de preparate venoactive (geluri, creme, unguente) în tratamentul BV. Preparatele care conțin heparina și remedii antiinflamatoare pot fi utilizate pe o perioadă scurtă pentru reducerea semnelor locale ale complicațiilor BV (în caz de varicotromboflebită) sau efectelor adverse (echimoze, infiltrate) ale tratamentului BV.
- Durata administrării sistemice (orale) a preparatelor venoactive se stabilește individual în funcție de indicațiile clinice și tolerabilitatea tratamentului. Preparatele din grupa γ -benzopironelor au demonstrat siguranță înaltă în caz de administrare pe termen lung (6-12 luni). Selectarea unui preparat venoactiv anumit poate fi bazată pe profilul de eficacitate demonstrat în studii randomizate și meta-analize (**Tabelul 7**).

Nota: Evidența științifică obținută în cadrul studiilor care au evaluat remediile farmacologice venoactive originale nu trebuie să fie extrapolată în mod direct asupra eficacității și siguranței preparatelor generice și a substanțelor înregistrate ca suplimente alimentare.

Tabelul 7. Compararea efectelor principalelor medicamente venoactive în doze standard asupra simptomelor venoase (De Maeseneer MG et al, 2022).

Semn sau simptom al BV	Diosminum (600 mg / zi)	Hidroxietilrutozide (600-900 mg / zi)	Sulodexidum (500 ULS / zi)
Durerea	+	+	+
Senzație de greutate	+	+	+
Senzație de plenitudine	+		+
Crampe	+	+	+
Parestezii	+		
Pruritul cutanat	+		
Edem	+		

Caseta 13. Tratamentul compresiv.

- Terapia de compresie are un efect complex asupra circulației sângelui și a drenării limfatice a membrului inferior. Unul dintre principalele mecanisme este reducerea diametrului venelor superficiale și profunde ceea ce duce la o scădere esențială a volumului venos de sânge la nivelul membrelor. Presiune exterioară peste 20 mm Hg în poziția orizontală și mai mult de 50 mm Hg în poziție ortostatică duce la compresia completă a venelor superficiale. La o compresie mai mare de 40 mm Hg în timpul mersului, are loc ocluzia periodică a lumenului venelor profunde, ceea ce duce la eliminarea refluxului venos patologic. În timpul mersului terapia de compresie îmbunătățește funcționarea pompei venoase a membrelor inferioare.
- Tratamentul compresiv reduce efectele negative ale hipertensiunii venoase, în primul rând edemul, prin reducerea diferenței de presiune din interiorul și exteriorul peretelui vasului venos (gradientul transmural). Terapia de compresie are un efect la fel de semnificativ asupra fluxului de limfă datorită scăderii cantității de lichid tisular care se drenează în sistemul limfatic, îmbunătățirii absorbției limfatice, stimulării contracțiilor vaselor limfatice și a circulației limfatice. Modificările hemodinamicii regionale cauzate de compresie duc la o ușoară creștere a fluxului de sânge arterial spre membre și o sporire a fluxului de sânge la nivelul capilar. La rândul lor, aceste modificări duc la o reacție din endoteliul vascular: suprimarea adeziunii și migrării leucocitelor, stimularea producerii de oxid nitric (NO), mediatorii ai fibrinolizei și a altor substanțe vasoactive.
- Metodele de tratament compresiv sunt împărțite în cele cu utilizarea mijloacelor de compresie constantă și a celor cu compresie intermitentă. În primul caz presiunea este creată de tricotate – bandaje, pansamente, ciorapi. În cel de-al doilea caz sunt utilizate dispozitive speciale care realizează cicluri repetate de compresie secvențială a plantei, gambei și coapsei – compresia pneumatică intermitentă. În tratamentul pacienților cu BV preponderent se utilizează compresie constantă, care în funcție de gradul de extensibilitate a materialului utilizat este divizată în mai multe tipuri (**Figura 1**).
- Principalul criteriu care deosebește mijloacele pentru compresia elastică și cea non-elastică este diferența de presiune exercitată de bandaj / ciorap în poziția ortostatică și cea culcată a pacientului – așa-numitul indicele static de rigiditate („*static stiffness index*”, *engl.*). În cazul compresiei elastice acest indice este < 10 mm Hg, iar în cazul compresiei non-elastice întotdeauna este > 10 mm Hg. Datorită efectului forței de frecare mijloacele compresive elastice pot fi transformate în cele non-elastice prin: aplicarea bandajelor în mai multe straturi (de regulă 2-4); suprapunerea a 2 ciorapi compresivi sau combinarea bandajului cu ciorap. Compresia non-elastică este mai efektivă în corecția dereglărilor hemodinamicii venoase și se utilizează, preponderent, pentru tratamentul ulcerului venos activ (clasa clinică C6).
- Selectarea tipului de compresie la pacientul cu BV se bazează pe indicațiile clinice. Pentru micșorarea severității simptomelor subiective ale BVC (clasa clinică C2S) se recomandă utilizarea ciorapilor elastici clasa I-II conform standardului european (RAL-GZ 387/1) care exercită presiunea > 15 mm Hg la nivelul gleznei (**clasa de recomandare I, nivel de evidența B**).
- Pentru reducerea edemului provocat de BV (clasa clinică C3) și / sau a lipodermatosclerozei (clasa clinică C4b) se recomandă utilizarea ciorapilor elastici clasa II-III conform standardului european (RAL-GZ 387/1) sau a mijloacelor non-elastice care exercită presiunea 20-40 mm Hg la nivelul gleznei (**clasa de recomandare I, nivel de evidența B**).
- Pentru tratamentul pacienților cu ulcer venos activ (clasa clinică C6 / C6r) se recomandă utilizarea bandajelor non-elastice în mai multe straturi sau a sistemelor non-elastice ajustabile care exercită presiunea > 40 mm Hg la nivelul gleznei (**clasa de recomandare I, nivel de evidența A**). La pacienții cu ulcere apărute recent și cele cu dimensiuni relativ mici pot fi utilizați ciorapii elastici compresivi clasa III conform standardului european (RAL-GZ 387/1) sau

ciorapii clasa I-II suprapuși pentru a exercita presiunea până la 40 mm Hg (*clasa de recomandare IIa, nivel de evidență B*).

- Pentru prevenirea recurenței ulcerului la pacienții neoperați cu ulcer venos vindecat prin metode conservative (clasa clinică C5) se recomandă utilizarea ciorapilor elastici compresivi (*clasa de recomandare IIa, nivel de evidență B*). Cu cât mai mare este clasa de compresie cu atât mai mică este probabilitatea de recidivă, însă este necesar de ținut cont de complianța pacientului.
- Pentru indicațiile menționate mai sus, de regulă, se aplică compresie până la nivelul articulației genunchiului. Aplicarea mijloacelor de compresie pe întregul membru inferior este indicată în cazul trombozei venoase superficiale în sistemul VSM (vedeți caseta 25) și în perioada postoperatorie precoce după intervenții pe VSM (vedeți caseta 15).
- Contraindicațiile pentru utilizarea tratamentului compresiv sunt prezentate în **Tabelul 8**.

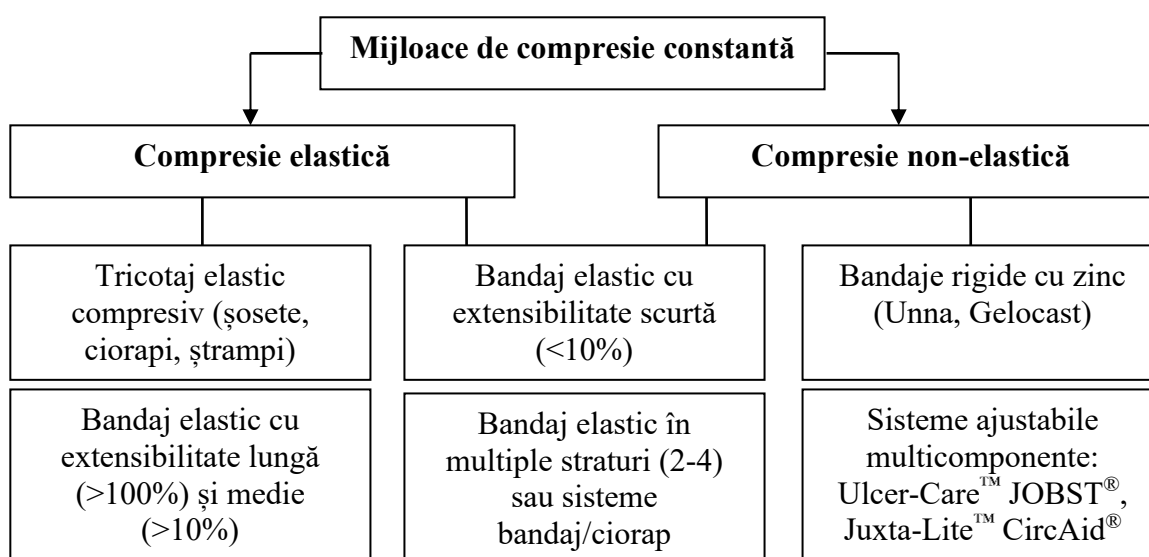


Figura 1. Clasificarea mijloacelor utilizate pentru tratamentul compresiv la bolnavii cu BV.

Tabelul 8. Contraindicații pentru tratamentul compresiv la bolnavii cu BV (Rabe E et al, 2020).

Boala arterială periferică cu scăderea semnificativă a perfuziei membrului: valoarea indicelui de presiune gleznă-braț < 0,6; presiunea absolută la nivelul gleznei < 60 mm Hg; presiunea la nivelul degetelor < 30 mm Hg (<i>clasa de recomandare III, nivel de evidență C</i>)
Bypass-uri arteriale situate subcutanat în zonele anatomice supuse compresiei
Insuficiența cardiacă cronică, NYHA clasa IV sau clasa III (fără control regulat al parametrilor hemodinamicii)
Neuropatia diabetică severă cu pierderea de sensibilitate (riscul necrozelor cutanate)
Alergia confirmată la tricotajul de compresie

C.2.4.7.2. Tratamentul chirurgical (intervențional)

C.2.4.7.2.1. Principiile generale

Caseta 14. Indicații pentru tratament chirurgical (intervențional).

- La pacienții cu BV selectarea tacticii de tratament, de regulă, se bazează pe analiza manifestărilor clinice ale maladiei, rezultatelor detaliate ale USGD, prezența complicațiilor acute (varicotromboflebita, varice erupte cu hemoragie) și, în unele cazuri, pe evaluarea impactului BV asupra calității vieții pacientului. Ținând cont de riscul relativ mic al

complicațiilor severe, rata semnificativă de recurență postoperatorie și variabilitatea largă a metodelor de tratament utilizate pentru BV managementul fiecărui pacient trebuie să fie individualizat. Varianta optimă reprezintă participarea activă a bolnavului în elaborarea planului de tratament, astfel ca acesta să fie maximal adaptat nu doar la particularitățile clinice (simptome, clasa C, configurația și severitatea refluxului) și demografice (vârsta, sexul, masa corporală, comorbidități) individuale dar și la preferințele și așteptările pacientului.

- Scopul de bază a tratamentului intervențional la pacienții cu BV constă în suprimarea refluxului venos patologic superficial în venele axiale (VSM, VSP, VSAA). Obiectivele suplimentare ale intervenției reprezintă înlăturarea venelor varicos dilatate și, în unele cazuri, suprimarea refluxului prin venele perforante incompetente. Metodele de tratament intervențional utilizate pentru BV includ: (1) operații chirurgicale deschise (numite „clasice” sau „convenționale”); (2) intervenții endovenoase termice (ablația cu laser – EVLA, ablația cu radiofrecvență – RFA, ablația cu aburi sau prin electrocoagulare); (3) intervenții endovenoase non-termice (ablația cu cianoacrilat, ablația chimică sau scleroterapie, ablația mecano-chimică – MOCA); (4) operații chirurgicale cu prezervarea venelor safene (flebectomia izolată, strategiile ASVAL, CHIVA).
- Tratamentul intervențional nu este indicat pacienților cu BVC clasa clinică C1 CEAP (telangiectazii, vene reticulare) și nu este recomandat din punct de vedere medical pacienților cu BV clasa C2A (varice necomplicate, asimptomatice). Pacienții care pledează pentru realizarea tratamentului invaziv doar pe „indicații estetice” trebuie să fie bine informați despre riscul minimal al complicațiilor serioase a BV, precum și despre rata semnificativă de recurențe postoperatorii, efectele adverse posibile și costurile asociate tratamentului intervențional.
- Tratamentul intervențional este recomandat pacienților cu BV simptomatică (clasa clinică C2S CEAP), fiind mai efektiv și cost-eficient în comparație cu tratamentul conservativ (**clasa de recomandare I, nivel de evidența B**).
- La pacienții cu BV simptomatică asociată cu edem unilateral al membrului inferior (clasa clinică C2,3S CEAP) este indicat tratament intervențional. La bolnavii cu edem unilateral al membrului inferior, reflux venos superficial, dar fără varice evidente (clasa clinică C3 CEAP), precum și bolnavii cu edem al ambelor membre inferioare tratamentul intervențional este indicat numai după excluderea altor cauze posibile (non-venoase) ale edemului (**clasa de recomandare IIA, nivel de evidența C**).
- Tratamentul intervențional este recomandat pacienților cu BV asociată cu modificări trofice ale țesuturilor moi (clase clinice C4 – C6) de origine venoasă (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). Prezența ulcerului activ nu reprezintă o contraindicație pentru efectuarea tratamentului intervențional, respectiv suprimarea refluxului venos superficial trebuie să fie efectuată precoce, contribuind la vindecarea defectului tegumentar (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). La bolnavii cu BV și ulcer venos vindecat (clasa clinică C5) tratamentul intervențional este indicat pentru a preveni recurența ulcerului (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).

Caseta 15. Condiții de efectuare a tratamentului chirurgical (intervențional), anestezia, managementul perioperator

- Tratamentul chirurgical convențional (crosectomia, stripping-ul safenian și flebectomia tributarelor varicoase) se efectuează în condițiile unei săli de operații standard, cu spitalizarea pacientului în staționar (secția chirurgie) pentru cel puțin 24 ore. Intervențiile miniminvasive pe sistemul venos superficial (ablații endovenoase, strategii cu prezervarea safeniană) pot fi realizate conform principiilor „chirurgiei de o zi” („chirurgiei ambulatorii”) cu condiția

respectării principiilor generale de examinare și pregătire a pacientului, siguranța procedurii și supravegherea postoperatorie (**clasa de recomandare I, nivel de evidența B**).

- La pacienții cu BV bilaterală efectuarea tratamentului chirurgical etapizat este mai preferabilă decât intervenția unimomentană la nivelul ambelor membre inferioare (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**). În cazul intervențiilor bilaterale poate fi considerată efectuarea concomitentă a procedurilor de către două echipe chirurgicale.
- Tratamentul chirurgical convențional în mod standard se efectuează sub anestezia regională sau generală (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). La preferința pacientului, pentru tratament chirurgical poate fi utilizată și anestezia locală infiltrativă (efectuată sub control echoghidat) (**clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C**). Intervențiile miniminvasive se recomandă a fi efectuate sub anestezia locală infiltrativă echoghidată (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). Soluția standard, recomandată pentru anestezia locală în intervenții pe venele superficiale, este de 0,1%, adică conține 500 mg de lidocaina (50 ml soluție de 1%) dizolvată în 500 ml de soluție fiziologică. Efectul anestezic poate fi amplificat prin adăugarea în soluție a adrenalinei (1:100.000 sau 1 mg / 100 ml) și tamponarea soluției cu bicarbonat de sodiu (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența B**).
- După efectuarea a oricărui tip de intervenție pentru BV este recomandată aplicarea imediată a compresiei elastice pe membrul operat cu scop de a preveni complicațiile (hemoragii externe, hematoame, tromboze) și efectele adverse ale tratamentului (inflamația, durerea, hiperpigmentarea, echimoze) (**clasa de recomandare I, nivel de evidența A**). Compresia poate fi realizată cu bandaje elastice sau ciorapi elastici cu presiunea de 23-35 mm Hg. Eficacitatea compresiei postoperatorii poate fi mărită din contul aplicării sub bandaj sau ciorap a unor tampoane, plasate pe traiectul venelor tratate (înlăturate) – compresia excentrică. Durata utilizării compresiei postoperatorii se decide în fiecare caz individual, însă nu trebuie să fie mai mică de 24 de ore și mai mare de 14 zile (în majoritatea cazurilor este necesară compresia pe 3-10 zile) (**clasa de recomandare I, nivel de evidența A**).
- Intervențiile chirurgicale convenționale și endovenoase se asociază cu riscul dezvoltării trombozei venoase profunde postoperatorii în 0,35-5,2% din cazuri. Tromboza frecvent are evoluție asimptomatică și poate duce la embolism pulmonar, uneori fatal. Utilizarea tromboprofilaxiei prin administrarea anticoagulantelor (heparine cu masă moleculară mică sau anticoagulante orale directe) este efectivă la pacienții cu risc elevat al complicațiilor venoase tromboembolice (istoricul personal sau familial de tromboze, obezitatea, stări trombofilice, neoplazii, inflamații acute etc). La pacienții cu risc mediu sau scăzut administrarea anticoagulantelor nu aduce beneficii, însă mărește rata complicațiilor hemoragice. Se recomandă evaluarea riscului individual al complicațiilor venoase tromboembolice postoperatorii la fiecare pacient supus intervenției pentru BV (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). Pentru estimarea riscului se recomandă de utilizat instrumentele validate științific – spre exemplu scorul Caprini (Anexa 5). Decizia privind necesitatea tromboprofilaxiei farmacologice, precum și selectarea unui preparat anticoagulant anumit și a duratei administrării acestuia se face în fiecare caz individual (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența B**). La pacienții cu risc înalt durata tromboprofilaxiei farmacologice postoperatorii variază între 7-10 zile. Toți pacienții care au suportat intervenție pentru BV trebuie să fie încurajați pentru mobilizarea precoce și regim activ (dacă nu există contraindicații).
- Deși operațiile pe sistemul venos superficial se referă la clasa I de risc al infecțiilor plăgii operatorii, pentru pacienții la care este planificată crosectomia JSF (incizia chirurgicală în regiunea inghinală) se recomandă efectuarea antibioticoprofilaxiei. Antibioticoprofilaxia este în special recomandată în prezența factorilor de risc ai infecției plăgii operatorii: obezitate, diabetul zaharat, prezența ulcerului venos activ (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).

- După efectuarea tratamentului chirurgical al BV cu utilizarea metodelor endovenoase se recomandă efectuarea USGD de control la interval 1-4 săptămâni după operație pentru evaluarea rezultatului intervenției și excluderea trombozei venoase profunde (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidență C**). Tromboza venoasă profundă, provocată de utilizarea metodelor termice de ablație safeniană – așa-numita EHIT (*endovenous heat induced thrombosis*) se dezvoltă în aproximativ 1-2% cazuri. Severitatea EHIT se clasifică în patru clase care necesită abordarea terapeutică diferită (**Tabelul 9**). Efectuarea USGD după stripping safenian poate fi considerată însă nu este obligatorie.

Tabelul 9. Clasificarea EHIT (endovenous heat induced thrombosis) conform Forumului Venos American și abordarea terapeutică recomandată (Kabnick LS et al, 2021).

Clasa EHIT	Definiție	Abordare recomandată
I	Ia – extinderea trombului în JSF, până la nivelul venei epigastrice superficiale Ib – extinderea trombului până la venele profunde (VFC sau VP)	Fără acțiuni sau USGD în dinamică săptămânal
II	Propagarea trombului din VSM / VSP în venele profunde, trombul ocupă mai puțin de 50% din lumenul VFC sau VP	USGD în dinamică săptămânal +/- aspirina sau anticoagulante în doze profilactice
III	Propagarea trombului din VSM / VSP în venele profunde, trombul ocupă mai mult de 50% din lumenul VFC sau VP	USGD în dinamică săptămânal + anticoagulante în doze terapeutice până la retracția trombului
IV	Tromboza ocluzivă a venelor profunde (VFC sau VP)	Tratament anticoagulant standard al trombozei venoase profunde

C.2.4.7.2.2. Intervenții pentru eliminarea refluxului în trunchiul safenian

Caseta 16. Evidența științifică privind eficacitatea și siguranța metodelor de eliminare a refluxului în trunchiul safenian

- Pentru eliminarea refluxului venos patologic prin trunchiul safenian pot fi utilizate următoarele procedee chirurgicale (tipuri de intervenție): (1) tratamentul chirurgical convențional – crosectomia și stripping-ul safenian; (2) metode de ablație endovenoasă termică (EVLA, RFA, metode termice alternative – ablație cu aburi, prin electrocoagulare); (3) metode de ablație endovenoasă non-termică (scleroterapie cu spumă, MOCA, ablația cu cianoacrilat); (4) operații chirurgicale cu prezervarea venelor safene (strategiile ASVAL, CHIVA).
- Tratamentul chirurgical convențional rămâne o metodă care este cel mai frecvent utilizată în practică autohtonă la pacienții cu BV. Mai multe studii clinice randomizate mari și meta-analize au demonstrat eficacitatea clinică cel puțin similară (sau chiar superioară) a tratamentului prin crosectomie și stripping în comparație cu ablație endovenoasă termică. Pe termen lung rata recurenței refluxului venos patologic la nivelul JSF este ceva mai mică după tratament chirurgical deschis (aproximativ 12%) vs ablația endovenoasă termică (aproximativ 17% după EVLA). Dezavantajul relativ al tratamentului „clasic” față de metodele miniminvasive reprezintă rata mai mare a complicațiilor hemoragice (4-5% vs 1-2%), infecțiilor de plagă chirurgicală (1-2% vs 0-0,5%) și a neurapraxiilor (11-12% vs 6-7%). Spre deosebire de metodele endovenoase crosectomia și stripping-ul în mod standard se efectuează sub anestezia regională sau generală și necesită spitalizarea pacientului. Utilizarea pentru

tratament chirurgical deschis a anesteziei locale infiltrative cu ghidare ultrasonografică poate servi ca o metodă alternativă care înlătură dezavantajul respectiv.

- Procedura de ablație endovenoasă termică prevede introducerea în lumenul trunchiului safenian a unui dispozitiv (fibra optică în cazul EVLA sau sonda specială în cazul RFA), care este conectat la o sursă de producere și emanare a energiei. După poziționarea corectă a fibrei / sondei în apropierea joncțiunii trunchiului safenian cu venele profunde (JSF sau JSP) și după infiltrarea perivenoasă cu soluție anestezică se activează sursa de energie și fibra / cateterul se extrage gradual, producând transmiterea energiei și alterarea termică ireversibilă a peretelui venos.
- Dovezile științifice existente demonstrează o eficacitate (rata succesului tehnic – adică a ocluziei post-procedurale a trunchiului safenian, rata recanalizării la distanță) și siguranță similare ale tehnicilor EVLA și RFA în eliminarea refluxului safenian. Mai multe date sunt necesare pentru a concluziona privind eficacitatea metodelor alternative de ablație termică – metode cu aburi și cu electrocoagulare. Ambele metode de ablație termică (EVLA, RFA) demonstrează o calitate a vieții ceva mai bună a bolnavilor cu BV în primul an după operație în comparație cu crosectomia și stripping-ul safenian. Însă, această diferență nu există dacă tratamentul chirurgical convențional se efectuează sub anestezia locală echoghidată.
- Ablația chimică a trunchiului safenian incompetent se realizează prin administrarea intravenoasă a preparatelor sclerozante – Polidocanolum* sau Natrii tetradecylis sulfas*. **Nota:** la momentul întocmirii Protocolului în cauză, nici un preparat sclerozant nu a fost înregistrat în Republica Moldova!
- Cu scop de a evita injectarea intraarterială a sclerozantului sau propagarea nedorită a acestuia în venele profunde procedura de ablație chimică trebuie să fie efectuată sub control ecografic continuu. Pentru vizibilitatea agentului sclerozant în timpul ultrasonografiei acesta se administrează sub formă de spumă („foam”), fiind amestecat extemporaneu cu aerul atmosferic sau bioxidul de carbon. Administrarea sclerozantului în formă de spumă micșorează diluarea lui cu sânge în lumenul venei și contribuie și la un contact mai bun al preparatului cu endoteliul vascular. Avantajele metodei includ: lipsa durerii (respectiv a necesității în anestezie) în timpul procedurii, posibilitatea efectuării în regim ambulator, posibilitatea utilizării în anatomia venoasă nepotrivită pentru alte metode (trunchiuri venoase tortuoase sau cu sinehii intraluminal). Trebuie de ținut cont de faptul că scleroterapia cu spumă este mai puțin efektivă dacă diametrul trunchiului venos este mai mare de 6 mm în poziția ortostatică a pacientului. Complicațiile ablației chimice de regulă sunt minore: hiperpigmentarea tegumentelor (10-15% cazuri), tromboza venoasă superficială simptomatică (6-14%), evenimente neurologice minore tranzitorii de tip migrenă, cefaleea, dereglări de vedere (mai puțin de 1%). Complicațiile severe sunt provocate de migrarea spumei – în venele profunde cu dezvoltarea trombozei acestora (rata estimată < 0,6%) sau în circuitul mare prin șunt intracardiac dreapta-stânga cu dezvoltarea atacului cerebral ischemic tranzitor sau a ictusului (extrem de rar).
- În termeni precoce rezultatele (anatomice și clinice) ale scleroterapiei trunchiului safenian sunt comparabile cu cele ale metodelor de ablație termică. Însă eficacitatea la distanță a metodei de ablație chimică este semnificativ mai mică, eliminarea definitivă a refluxului fiind posibilă în doar aproximativ o treime din cazuri. Pentru a mări eficacitatea scleroterapiei aceasta poate fi combinată cu alterarea (denudarea) mecanică a endoteliului vascular cu ajutorul dispozitivului special care asigură rotații rapide a unui fir-ghid intravascular – metoda MOCA. Evidența științifică privind rezultatele la distanță după MOCA este extrem de limitată.

- Administrarea intravenoasă a adezivului cianoacrilat duce la polimerizarea intravasculară rapidă a acestuia, ocluzia lumenului venei și dezvoltarea reacției inflamatorii care asigură evoluția spre scleroza venoasă definitivă. Deși datele încă sunt limitate, rezultatele aplicării cianoacrilatului pentru tratamentul BV, atât pe termen scurt cât și pe termen lung, sunt comparabile cu cele ale metodelor de ablație termică. Ca și în cazul scleroterapiei, eficacitatea metodei este dependentă de diametrul venei, fiind în descreștere la valorile > 8 mm. Câteva studii recente au demonstrat severitatea semnificativ mai mică a durerii postoperatorii și recuperarea semnificativ mai rapidă după utilizarea cianoacrilatului în comparație cu EVLA ori RFA. Complicațiile de regulă sunt minore și relativ rare: reacția inflamatorie locală de tip flebită (0,5-20%), hiperpigmentarea (1,5-3%), hematoame (1-1,5%), infecții (1,5-3%), parestezii (0-2%). Complicații severe sunt tromboza venoasă profundă (0-3%) și reacțiile tardive de hipersensibilitate cu formarea granuloamelor specifice (0,3%). Dezavantajul relativ al metodei îl reprezintă costul semnificativ al tratamentului și variabilitatea compoziției cianoacrilatului la producători diferiți.
- Implementarea pe larg a USDG a condus la abordarea diferențiată a variațiilor particulare de reflux venos patologic, în unele cazuri fiind posibilă înlăturarea sau diminuarea acestuia fără înlăturarea trunchiului safenian. La momentul actual sunt descrise și aplicate în practică două strategii de „prezervare safeniană” – ASVAL și CHIVA. Avantajul ambelor metode constă în volumul și traumatismul semnificativ mai mic al intervenției, rata extrem de mică a complicațiilor și păstrarea materialului venos autolog pentru eventuale operații de bypass arterial periferic sau coronarian.
- Metoda ASVAL constă în înlăturarea izolată prin incizii minime a tuturor tributarelor varicoase incompetente confluențe cu trunchiul safenian, fără nici-o manipulație pe trunchiul propriu zis sau pe joncțiunea cu venele profunde. În varianta clasică operația se efectuează sub anestezie locală infiltrativă, în condiții ambulatorii („chirurgia de o zi”). Metoda se bazează pe conceptul dispariției refluxului în trunchiul safenian și restabilirea competenței acestuia după înlăturarea așa-numitului „rezervor varicos”, care reprezintă calea de propagare și de drenaj al fluxului venos retrograd. Studiile prospective și analizele sistematice au demonstrat restabilirea completă a competenței trunchiului safenian în termen de la 1 la 4 ani la aproximativ 65% dintre bolnavi, ameliorare clinică la 78% și recurența varicelor în aproximativ 10% cazuri. Toate studiile remarcă micșorarea semnificativă a diametrului trunchiului safenian după ASVAL. Eficacitatea metodei este mai mare în stadiile incipiente ale BV și anumite configurații ale refluxului venos, ceea ce dictează necesitatea selecției riguroase a cazurilor pentru aplicarea acestei strategii.
- Strategia CHIVA este una mai complexă și propune nu eliminarea completă a refluxului venos patologic ci micșorarea volumului acestuia și reducerea presiunii venoase excesive prin redirecționarea circulației din venele superficiale în venele profunde prin intermediul venelor perforante de tip „re-entry” (de reintrare). Efectuarea metodei necesită investigație comprehensivă prin USDG cu determinarea punctelor de pornire („escape points”), de răspândire și de drenaj al refluxului venos. Elementul de bază al intervenției chirurgicale în majoritatea cazurilor reprezintă așa-numita „crosotomie” – ligaturarea înaltă a JSF la nivelul între vena femurală și tributarele crosei safeniene. Astfel, se elimină sursa de reflux din sistemul venos profund, însă se păstrează un flux minim retrograd în trunchiul safenian, suficient pentru a preveni tromboza postoperatorie a acestuia.
- Deși numărul studiilor comparative este mic iar calitatea metodologică a acestora este limitată, analiza grupului Cochrane din 2021 concluzionează despre eficacitatea comparabilă a strategiei CHIVA și a metodelor ablativă (chirurgia deschisă, EVLA, RFA) în ceea ce privește rata de recurență postoperatorie a varicelor. În prezent nu există studii randomizate controlate care au comparat strategia CHIVA cu metodele de ablație non-termică. Momentul cheie în

realizarea cu succes a intervenției CHIVA este pregătirea bună a operatorului care trebuie să fie complet familiarizat cu tehnica examinării USDG, clasificarea specială a variantelor de reflux venos și variantele de corecție a circulației venoase dereglate. O analiză retrospectivă care a inclus 1489 de pacienți cu BV a demonstrat că rezultatele după intervenția CHIVA efectuată de către un chirurg fără pregătire specială sunt mult mai inferioare decât după operații chirurgicale convenționale.

- Caracteristica scurtă a metodelor enumerate este reflectată în **Tabelul 10**.

Tabelul 10. Caracteristica sumativă a metodelor utilizate pentru eliminarea refluxului venos în trunchiul VSM*.

Metoda	Eficacitate în eliminarea refluxului	Ameliorarea calității vieții	Necesitatea în anestezie	Riscul leziunilor nervoase
Chirurgia deschisă	+++	+++	Regională, Generală, Locală	Da
EVLA / RFA	+++	+++	Locală	Da
Ablație chimică, MOCA	+ / ++**	++ / +++**	Nu	Nu
Adezivul cianoacrilat	+++	+++	Nu	Nu
ASVAL / CHIVA	+ / ++**	+++	Locală	Nu

+++ – efect puternic, ++ – efect moderat, + – efect slab;

* – tratamentul refluxului în alte vene axiale superficiale este prezentat în caseta 18;

** – în grupuri bine selectate de pacienți.

Caseta 17. Recomandările privind selectarea metodei de eliminare a refluxului în trunchiul safenian (VSM)

- La pacienții cu incompetența trunchiului safenian (VSM) și indicații pentru tratament intervențional al BV ablația endovenoasă termică (EVLA sau RFA) se recomandă ca metodă de prima intenție (**clasa de recomandare I, nivel de evidență A**). Selectarea unui dispozitiv anumit pentru ablație termică se realizează la discreția medicului operator (**clasa de recomandare I, nivel de evidență B**).
- La pacienții cu incompetența trunchiului safenian (VSM) și indicații pentru tratament intervențional al BV se recomandă efectuarea crosectomiei și strippingul-ui dacă metodele de ablație endovenoasă termică (EVLA sau RFA) nu sunt disponibile (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidență A**). Pentru ameliorarea rezultatelor tratamentului poate fi considerată efectuarea crosectomiei și strippingul-ui safenian sub anestezie locală infiltrativă echoghidată (**clasa de recomandare IIb, nivel de evidență C**).
- La pacienții cu incompetența trunchiului safenian (VSM) și indicații pentru tratamentul intervențional al BV poate fi considerată utilizarea adezivului cianoacrilat dacă din oricare motive sunt preferate metodele non-termice care nu necesită anestezie (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidență A**).
- La pacienții cu incompetența trunchiului safenian (VSM) și indicații pentru tratament intervențional al BV poate fi considerată utilizarea scleroterapiei cu spumă dacă diametrul trunchiului nu depășește 6 mm și din oricare motive sunt preferate metodele non-termice de

ablație (*clasa de recomandare I**b**, nivel de evidența B*). Procedura trebuie să fie efectuată sub control ecoghidat (*clasa de recomandare I, nivel de evidența C*).

- La pacienții cu BV necomplicată și indicații pentru tratament intervențional poate fi considerată utilizarea flebectomiei izolate a tributarelor incompetente – strategia ASVAL (*clasa de recomandare I**b**, nivel de evidența C*). Preferențial intervenția se realizează sub anestezia locală infiltrativă (*clasa de recomandare I, nivel de evidența C*).
- La pacienții cu BV și indicații pentru tratament intervențional poate fi considerată utilizarea „chirurgiei hemodinamice” – strategia CHIVA, cu condiția că operatorul posedă experiența necesară în planificarea și realizarea acestui tip de tratament (*clasa de recomandare I**b**, nivel de evidența B*).
- Selectarea unei anumite metode de tratament în fiecare caz se bazează pe următoarele criterii: (1) nivelul dovezilor științifice privind eficacitatea și siguranța fiecărei metode pe termen scurt și pe termen lung; (2) particularitățile individuale ale anatomiei sistemului venos superficial și variantele refluxului venos patologic; (3) disponibilitatea dispozitivelor și consumabilelor necesare, experiența operatorului; (4) preferințele și așteptările pacientului, inclusiv: costurile asociate, efectul estetic, durata de reabilitare, necesitatea în intervenții / proceduri repetate etc. (*clasa de recomandare I, nivel de evidența C*).

Caseta 18. Recomandările privind selectarea metodei de eliminare a refluxului în alte trunchiuri safeniene (VSP, VSAA, vena Giacomini, VSAP)

- Spre deosebire de topografia crosei VSM, localizarea și anatomia JSP este destul de variabilă, ceea ce creează dificultăți în disecția și identificarea intraoperatorie a acesteia, și contribuie la creșterea riscului leziunilor iatrogene a nervilor și vaselor adiacente. Pentru eliminarea refluxului în VSP metodele miniminvasive de ablație endovenoasă sunt în avantaj, deoarece sunt efectuate exclusiv sub control ultrasonografic. Conform datelor unei meta-analize rata de eliminare cu succes a refluxului în VSP constituie cca 98% la utilizarea metodelor termice (EVLA, RFA), aproape 65% - la utilizarea scleroterapiei ecoghidate cu spuma și 58% - după intervenții chirurgicale deschise.
- La pacienții cu incompetența VSP și indicații pentru tratamentul intervențional al BV ablația endovenoasă termică (EVLA sau RFA) este mai preferabilă decât alte metode de tratament și se recomandă ca opțiunea de primă intenție (*clasa de recomandare I, nivel de evidența A*). La pacienții cu incompetența VSP și indicații pentru tratament intervențional al BV poate fi considerată utilizarea adezivului cianoacrilat sau a scleroterapiei ecoghidate cu spumă (în special dacă diametrul trunchiului nu depășește 6 mm) (*clasa de recomandare I**b**, nivel de evidența B*). Chirurgia deschisă – deconectarea JSP și stripping-ul (rezeecția segmentară) a trunchiului VSP poate fi utilizată pentru eliminarea refluxului în situațiile când metodele endovenoase nu pot fi utilizate sau nu sunt disponibile (*clasa de recomandare I, nivel de evidența C*).
- Refluxul venos patologic în VSAA poate fi diagnosticat la aproximativ 10% din pacienții cu BV, fiind izolat sau asociat cu reflux în VSM. Refluxul în VSAA reprezintă și cauza frecventă a recurenței postoperatorii a BV, în special după utilizarea metodelor de ablație endovenoasă. Toate metodele de tratament utilizate pentru eliminarea refluxului în VSM / VSP pot fi utilizate și pentru tratamentul BV în sistemul VSAA. Selectarea unei anumite metode de tratament se bazează pe analiza datelor clinice și imagistice. În cazul asocierii refluxului în VSAA și VSM se recomandă utilizarea concomitentă a aceleiași metode pentru ambele vene. În cazul refluxului izolat în VSAA pot fi utilizate: metode de ablație endovenoasă termică (*clasa de recomandare I**a**, nivel de evidența C*); metode de ablație endovenoasă chimică

(*clasa de recomandare IIb, nivel de evidență B*); deconectarea deschisă a VSAA de la JSF cu excizia / stripping-ul trunchiului (în cazul diametrului sau lungimii mari al acestuia) sau flebectomia izolată a „rezervorului varicos” cu păstrarea trunchiului (în caz de trunchi scurt sau cu diametru mic) (*clasa de recomandare I, nivel de evidență C*).

- Refluxul în vena intersafeniană Giacomini și în VSAP sunt diagnosticate rar, mai ales în forma sa izolată. În asociere cu refluxul în VSM sau în VSP incompetența acestor vene poate genera configurații „atipice” de flux venos anormal atât în direcția ascendentă cât și în direcția descendentă. Eliminarea refluxului în VSM sau VSP poate fi suficientă pentru tratamentul incompetenței VSAP sau venei Giacomini. În caz de persistență a refluxului sau în forma izolată pot fi utilizate: stripping-ul sau flebectomia, ablația endovenoasă termică sau scleroterapia (*datele existente sunt prea limitate pentru formularea recomandărilor*).

Caseta 19. Aspecte tehnice de efectuare a intervențiilor pe trunchiul safenian (VSM, VSP)

- La efectuarea intervenției chirurgicale deschise (convenționale) pentru BV, provocată de reflux în VSM sau VSP se recomandă de efectuat crosectomia (deconectarea JSF / JSP) în combinație cu stripping-ul safenian. Nu se recomandă efectuarea crosectomiei izolate (*clasa de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Se recomandă de efectuat accesul chirurgical spre JSF prin incizia la nivelul plicii inghinale, iar spre JSP – la nivelul plicii cutanate în fosa poplitee (*clasa de recomandare I, nivel de evidență B*). În cazul intervențiilor pe VSP se recomandă efectuarea marcajului preoperator a localizării JSP sub ghidaj ultrasonografic (*clasa de recomandare IIa, nivel de evidență C*).
- Intervențiile pe JSP și VSP se recomandă a fi efectuate în poziția pacientului în decubit dorsal, cu membrul inferior ușor flexat în genunchi (cu suport în regiunea gleznei) (*clasa de recomandare I, nivel de evidență C*).
- Cu scop de reducere a riscului dezvoltării fenomenului de neovascularizare inghinală postoperatorie după efectuarea crosectomiei poate fi considerată suturarea orificiului (foramenului oval) în fascia cribroasă +/- sutura de inversie a marginilor bontului VSM, separând astfel endoteliul bontului safenian de la țesutul adipos subcutanat (*clasa de recomandare IIb, nivel de evidență B*).
- Se recomandă efectuarea stripping-ului scurt al VSM – numai până la treimea superioară a gambei și nu până la nivelul gleznei. Categoriec nu se recomandă efectuarea stripping-ului VSM pe gambă dacă acest segment al trunchiului venos este competent. În cazul operațiilor deschise pe VSP se recomandă efectuarea rezecției limitate (aproximativ 4-5 cm) a trunchiului safenian prin acces utilizat pentru deconectarea JSP sau a stripping-ului până la nivelul treimii medii a gambei (*clasa de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Se recomandă utilizarea tehnicii „prin invaginare” și a direcției descendente (de la coapsă spre gambă) a stripping-ului safenian (*clasa de recomandare I, nivel de evidență B*). În cazul disponibilității, pentru intervențiile pe VSM se recomandă utilizarea dispozitivelor care permit efectuarea strippingului „prin invaginare” fără incizie distală (sonda pentru „criostripping”, stripper-ul „InvisiGrip”[®]) (*clasa de recomandare IIb, nivel de evidență C*).
- Nu se recomandă completarea în mod standard a intervențiilor de ablație endovenoasă termică (EVLA, RFA) și non-termică cu crosectomia (deconectarea JSP în cazul operațiilor pe VSP) (*clasa de recomandare I, nivel de evidență A*).
- Se recomandă efectuarea tuturor etapelor intervențiilor endovenoase termice și non-termice (puncția, instalarea accesului venos, plasarea cateterului / fibrei / sondei, infiltrația perivenoasă,

procedura de ablație) sub control ultrasonografic (*clasa de recomandare I, nivel de evidența A*).

- Accesul venos pentru efectuarea ablației termice se face de regulă în punctul cel mai distal al extinderii refluxului venos patologic – în cazul VSM în majoritatea cazurilor în treimea distală a coapsei sau în treimea medie-superioară a gambei. Se recomandă de evitat puncția VSM în treimea inferioară a gambei și puncția VSP mai jos de treimea medie a gambei (*clasa de recomandare I, nivel de evidența C*). În cazul refluxului vertical total (de la JSF/JSP până la gleznă) pentru ablația segmentului distal al trunchiului safenian pot fi utilizate metodele de ablație endovenoasă non-termice.
- Pentru procedura EVLA pot fi utilizate surse laser care generează lungimea de undă de la 800 nm până la 2000 nm și diferite modele de fibre – cu emisie axială, radială, de tip „double ring” și altele. Utilizarea lungimilor mai mari a undelor (> 1400 nm) și a fibrelor cu emisia radială trebuie să fie considerată preferențială, fiind asociată cu o rată elevată de succes tehnic a intervenției și frecvența redusă a efectelor adverse (durere, infiltrate inflamatorii, echimoze, tromboze) (*clasa de recomandare IIb, nivel de evidența B*).
- La utilizarea dispozitivelor (diodelor) laser cu lungimea scurtă a unde (< 1400 nm) se recomandă ca densitatea liniară a energiei endovenoase (LEED) să fie nu mai mică de 80 J/cm, iar pentru laserele cu undă lungă (> 1400 nm) – valoarea LEED să fie nu mai mică de 60 J/cm, puterea dispozitivului fiind setată în diapazonul 15-25 W (*clasa de recomandare IIb, nivel de evidența B*). Poate fi considerată creșterea valorilor LEED la efectuarea EVLA în regiunea proximală (preostială) a VSM / VSP și în cazul diametrului mare a trunchiului (> 12 mm) (*clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C*).
- La pacienții cu trunchiul safenian cu diametru > 20 mm, sau în cazul prezenței anevrismelor trunchiului safenian (dilatate focale > 20 mm a VSM sau > 15 mm a VSP), în special cu localizarea acestora în apropierea joncțiunilor cu venele profunde se recomandă efectuarea tratamentului chirurgical deschis prin crosectomie și stripping (*clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C*).
- În timpul ablației chimice cu spumă sclerozantă aceasta poate fi introdusă în lumenul trunchiului safenian prin puncții separate, respectând consecutivitatea „de sus în jos”, sau printr-un cateter lung plasat în interiorul venei. Pot fi considerate diferite manevre suplimentare pentru reducerea volumului sângelui în lumenul venei în timpul scleroterapiei: compresia manuală, aplicarea bandajului compresiv, infiltrarea perivenoasă cu soluție fiziologică sau soluție anestezică. Volumul total al spumei sclerozante, introduse în timpul unei proceduri de ablație chimică, nu trebuie să depășească 10-20 ml (*clasa de recomandare IIb, nivel de evidența B*).
- Se recomandă utilizarea modelelor de pronostic special elaborate (scorul „PREST” - *Phlebectomy Reflux Elimination Success Test*; „nomogramă practică”, Anexa 6) pentru selectarea argumentată a pacienților pentru operația ASVAL și predicția necesității ulterioare în ablația trunchiului safenian (*clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C*).

C.2.4.7.2.3. Intervenții pentru înlăturarea (obliterarea) tributarelor varicoase și pentru eliminarea refluxului orizontal (prin venele perforante incompetente)

Caseta 20. Intervenții pentru înlăturarea tributarelor varicoase

- Intervențiile pe venele tributare varicoase pot fi efectuate: (1) la pacienții cu reflux venos în venele superficiale axiale (VSM, VSP, VSAA, VSAP) – în asociere cu înlăturarea sau ablația trunchiului safenian; (2) la pacienții cu reflux venos în venele superficiale axiale (VSM, VSP, VSAA, VSAP) – ca intervenție izolată, conform strategiei ASVAL; (3) la pacienții cu varice și

vene superficiale axiale competente (tip 1 după Chastanet-Pittaluga); (4) la pacienții cu varice non-safeniene.

- Pentru înlăturarea (obliterarea) tributarelor varicoase se recomandă de utilizat tehnica de miniflebectomie (flebectomia după Muller), scleroterapia cu spumă sau combinația acestor metode (**clasa de recomandare I, nivel de evidența B**).
- Miniflebectomia prevede efectuarea multiplelor incizii mici de 2-3 mm (prin „înțepare” cu lama de bisturiu nr. 11 sau acul 18G), plasate pe traiectul tributarelor varicoase marcate preoperator. Vena se exteriorizează prin incizie cu ajutorul unui „cârlig pentru flebectomie”, se transectează între pensele de tip „mosquito” și se extrage prin tracțiune. Nu se aplică ligaturi pe venă, nu se aplică suturi pe incizii. Hemoragia se stopează prin compresie manuală (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). Nu se recomandă de utilizat pentru flebectomie (înlăturarea tributarelor varicoase) metode învechite, abandonate pe larg: prin incizii mai mari după tehnica Narrath și prin aplicarea suturilor perivenoase transdermale după Clapp (**clasa de recomandare III, nivel de evidența A**).
- Pentru scleroterapia tributarelor varicoase se utilizează Polidocanolum* sau Natrii tetradecylis sulfas*, cu formarea *ex tempore* a spumei sclerozante după metoda Tessari. Utilizarea sclerozantelor în forma lichidă se consideră a fi mai puțin efektivă. Concentrația agentului sclerozant se alege în dependență de diametrul venei tratate (de regulă 1-2%). Puncția venelor invizibile (nepalpabile) se efectuează sub control ecoghidat. Se recomandă ca volumul de spumă sclerozantă să nu depășească 10-20 ml per o sesiune de tratament. Procedura de scleroterapie nu necesită anestezie, spitalizare și poate fi efectuată în condiții de ambulatoriu. **Nota:** la momentul întocmirii Protocolului în cauză, nici un preparat sclerozant nu a fost înregistrat în Republica Moldova!
- În comparație cu miniflebectomia scleroterapia se asociază cu o rată mai mare a recidivelor (persistenței) varicelor după tratament – aproximativ 20% după flebectomie vs 60% după scleroterapie, însă cu ameliorare simptomatică și calitatea vieții comparabile pentru ambele metode. Alegerea între miniflebectomie și scleroterapie se face în fiecare caz individual, în baza datelor clinice, experienței medicului, disponibilitatea metodelor curative, așteptările și preferințele pacientului. La general, miniflebectomia este mai preferabilă pentru tributarele de calibru > 5 mm și cele situate aproape de suprafața pielii, și vice-versa scleroterapia poate fi mai potrivită la pacienții cu modificări trofice ale tegumentelor (clasa clinică C4-C6 CEAP), pentru a preveni complicațiile legate de plagă.
- La pacienții cu incompetența venelor superficiale axiale (VSM, VSP, VSAA, VSAP) tratamentul tributarelor varicoase incompetente (prin miniflebectomie sau scleroterapie) poate fi realizat ca o parte a intervenției îndreptate spre eliminarea refluxului safenian sau mai târziu, ca o a doua etapă a tratamentului. Alegerea între tratamentul concomitent sau amânat a varicelor trebuie să fie făcută printr-un consens între medicul curant și pacientul (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența B**). Deși datele științifice privind avantajele și dezavantajele fiecărui abord sunt contradictorii, înlăturarea concomitentă a tributarelor se consideră a fi o variantă mai rațională de către majoritatea experților (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). În cazul efectuării etapizate a tratamentului refluxului safenian și a tributarelor varicoase, intervalul de timp între intervenții trebuie să fie nu mai mic de 3 luni (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**).
- Metodele alternative de înlăturare (obliterare) a tributarelor varicoase – flebectomia electrică cu transiluminare (TIPP – *engl. transilluminated powered phlebectomy*) cu dispozitivul „TriVex”™ și ablația termică endovenoasă pot fi utilizate în cazul disponibilității aparatajului necesar și experiența suficientă a medicului operator (**datele existente sunt prea limitate pentru formularea recomandărilor**).

Caseta 21. Intervenții pentru refluxului orizontal prin venele perforante incompetente (VPI)

- Definiția incompetenței venelor perforante, impactul refluxului orizontal asupra hemodinamicii venoase și a manifestărilor BVC, precum și necesitatea ablației VPI – toate reprezintă subiecte controversate cu nivel scăzut de dovezi științifice.
- În stadiile inițiale ale BV (clase clinice C2-C3), VPI de regulă acționează ca puncte de reintrare (perforante de tip „re-entry”) pentru refluxul venos superficial și pot prezenta la USGD un flux bidirecțional în timpul efectuării unei manevre de compresie-decompresie manuală. În astfel de cazuri, eliminarea refluxului vertical prin înlăturarea / ablația trunchiurilor safeniene și a tributarelor varicoase este de obicei suficientă, deoarece VPI de reintrare tind să se micșoreze în diametru și să-și recapete competența după aceste intervenții.
- Tratamentul VPI la pacienții cu clase clinice C2-C3 este indicat rar – doar în situații clinice și hemodinamice speciale: (1) când o VPI reprezintă sursa principală de pornire („escape point”, engl.) a refluxului venos patologic clinic relevant – spre exemplu VPI ale coapsei care generează reflux în VSM, sau varice asociate incompetenței venei fosei poplitee (vena lui Thierry); (2) când VPI sunt cauza recurenței postoperatorii a BV (vezi caseta 22); sau (3) ca o parte componentă a tratamentului conform strategiei CHIVA (**clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C**). Astfel, la majoritatea pacienților cu BV, reflux vertical semnificativ în venele superficiale axiale (VSM, VSP, VSAA, VSAP) și clase clinice C2-C3 nu este recomandată efectuarea intervențiilor pe VPI (**clasa de recomandare III, nivel de evidența C**).
- Tratamentul insuficienței venelor perforante a fost studiat în mod specific la pacienții cu BV și modificări trofice ale țesuturilor moi (clase clinice C4-C5) și, în special, la bolnavii cu ulcer venos la nivelul gambei. La această categorie de pacienți se utilizează termenul „VPI patologice”, care sunt definite ca perforante localizate în apropierea sau nemijlocit adiacente unui ulcer venos vindecat (C5) sau activ (C6) care demonstrează reflux cu durată >0,5 secunde și au un diametru $\geq 3,5$ mm la nivelul fasciei proprii.
- O serie de studii clinice au demonstrat o rată mai bună de vindecare și rată mai mică de recurență a ulcerului venos în cazul asocierii intervențiilor pe trunchiul safenian incompetent cu eliminarea refluxului orizontal prin VPI ale gambei. Cu toate acestea, trebuie de ținut cont de faptul că rolul intervențiilor pe VPI în tratamentul IVC severe rămâne incert. Într-o analiză sistematică a bazei de date Cochrane, au putut fi incluse doar patru studii clinice randomizate cu un număr relativ mic de observații și cu metodologie imperfectă. Ca urmare, autorii nu au putut trasa concluzii argumentate privind potențialele beneficii și riscuri ale intervențiilor pe VPI. În baza datelor științifice disponibile intervențiile pe VPI patologice, semnificative clinic, pot fi luate în considerație la pacienții cu BV și modificări cutanate avansate (clase C4b-C6 CEAP) (**clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C**).
- Pentru eliminarea refluxului orizontal prin VPI pot fi utilizate atât intervenții deschise (ligaturarea epifascială prin incizii mici, miniflebectomia venelor varicoase conectate cu VPI) cât și metode de ablație endovenoasă termică (EVLA, RFA) sau non-termică (scleroterapie cu spumă, injectarea cianoacrilatului) (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**).
- Intervențiile deschise reprezintă o metodă fezabilă în cazul lipsei modificărilor trofice ale tegumentelor în zona efectuării inciziei – în cazul VPI ale coapsei, venei fosei poplitee sau la pacienții cu BV recurentă (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**). În cazul realizării intervențiilor deschise se recomandă efectuarea marcajului preoperator al VPI sub ghidajul USGD (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). Însă, operatorii trebuie să țină cont că în pofida marcajului identificarea intraoperatorie a VPI, care au de regulă un traiect sinuos și

ramificații multiple, poate fi dificilă, ceea ce se asociază cu un risc semnificativ de recurență (persistență) a refluxului orizontal.

- La pacienții care necesită întreruperea VPI localizate în zona modificărilor trofice ale țesuturilor moi poate fi utilizată tehnica SEPS („*Subfascial Endoscopic Perforator vein Surgery*”, engl.). Metoda constă în plasarea trocarelor și a instrumentelor endoscopice (tubul optic cu camera, disector, clip-aplicator, coagulator) în spațiul subfascial al gambei prin incizii mici, plasate la distanță de tegumentele afectate. După crearea „camerei de lucru” se vizualizează și se întrerup pe cale endoscopică (prin coagulare sau prin aplicarea clipurilor) VPI patologice. Metoda necesită aplicarea anesteziei generale sau regionale și se asociază cu complicații minore (hematoame, leziuni ale nervilor) în aproximativ 30% cazuri. Efectuarea intervenției SEPS poate fi considerată dacă metodele de ablație endovenoasă nu sunt disponibile (*clasa de recomandare IIa, nivel de evidență C*).
- Tratamentul endovenos al VPI necesită în mod obligator realizarea monitoringului ultrasonografic intraoperator (*clasa de recomandare I, nivel de evidență C*). Puncția ecoghidată directă a VPI de regulă este dificilă din cauza diametrului mic și traiectul tortuos al venei. În aceste situații este considerată mai rațională puncția ecoghidată a unei venei subcutanate din apropiere care se revarsă în VPI. Această tehnică reduce și riscul puncției accidentale a unor artere mici care însoțesc VPI. Introducerea intraarterială a agentului sclerizant poate duce la complicații majore – ischemia, gangrenă, necroze ale țesuturilor moi. Pentru ablația termică a VPI pot fi utilizate EVLA și RFA, iar pentru ablația non-termică poate fi utilizată scleroterapia sau injectarea cianoacrilatului (*clasa de recomandare IIa, nivel de evidență C*). Metodele termice se consideră preferențiale pentru ablația VPI cu diametrul mai mare și traiectul rectiliniu, în timp ce ablația chimică este mai potrivită pentru VPI mici și tortuoase.
- Eficacitatea metodelor de eliminare a refluxului orizontal prin VPI variază larg în diferite studii și depinde de durata supravegherii pacienților. Succesul tehnic imediat se apropie de 90-100% în cazul intervențiilor deschise, EVLA și injectării cianoacrilatului, însă scade sub 70% la distanța de 3 ani. Eficacitatea metodelor de ablație endovenoasă a VPI oscilează între 50-80%, fiind ceva mai mare la utilizarea EVLA și RFA. Studiile care compară în mod direct diferite metode de tratament a VPI sunt puține la număr, însă datele disponibile recente nu constată existența unei diferențe semnificative.

C.2.5. Managementul pacienților cu forme particulare ale BV: recurența postoperatorie, ulcerul venos, varice asociate sindromului de congestie pelvină, varicotromboflebita, varice erupte.

Caseta 22. Managementul pacienților cu recurența postoperatorie a BV („PREVAIT”).

- În literatura de specialitate sunt utilizate câteva definiții ale recidivelor BV. Inițial a fost introdus termenul REVAS („recurrent varices after surgery”, engl.) utilizat pentru descrierea varicelor nou apărute, evidente clinic, după efectuarea crosectomiei și a stripping-ului safenian. Ceva mai târziu, acest termen a fost înlocuit cu noțiunea de PREVAIT (prezența varicelor după tratamentul intervențional) pentru a lua în considerare și varicele recurente, apărute după intervențiile endovenoase. Termenul PREVAIT a avut ca scop includerea venelor varicoase persistente și a celor nou apărute, indiferent de cauză. Cu toate acestea, în majoritatea publicațiilor științifice și în activitatea practică cotidiană, cel mai frecvent se utilizează termeni simpli - „varice recurente” sau „BV recurentă”, care sunt recomandate și pentru formularea diagnosticului clinic (*clasa de recomandare IIa, nivel de evidență C*).

- Deși la mai mulți pacienți, operați pentru BV, USGD de control poate identifica persistența sau recurența refluxului venos în anumite segmente venoase în absența simptomelor clinice subiective sau obiective acesta nu trebuie considerat ca BV recidivantă (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**).
- Patogeneza BV recurente este multifactorială, cauzele principale fiind prezentate în **Tabelul 11**. Deși rata de recurență este în mare parte comparabilă după efectuarea diferitor tipuri de intervenții pentru BV, neovascularizarea mai frecvent apare după tratamentul chirurgical deschis, iar recanalizarea și persistența refluxului în VSAA – după ablația endovenosă. Factorii de risc pentru recurența BV sunt: sexul feminin, excesul de masă corporală, ortostatismul prelungit, sarcina și nașterile (la femei multipare o cauză frecventă a recurenței este sindromul de congestie pelvină).
- La pacienții cu BV recurentă, cauzată de reflux la nivelul JSF sau JSP deconectate anterior pe cale chirurgicală, re-explorarea chirurgicală deschisă (re-crosectomie) se asociază cu risc elevat de complicații de plagă, limforee și leziuni vasculare iatrogene. Din acest motiv considerarea re-crosectomiei ca intervenție de prima intenție nu este recomandată (**clasa de recomandare III, nivel de evidența B**).
- Re-crosectomia poate fi efectuată relativ inofensiv prin acces inghinal sau suprainghinal dacă în timpul operației primare a fost utilizat accesul subinghinal spre JSF. În cazul depistării în timpul re-crosectomiei a prezenței procesului cicatricial pronunțat și a unui „conglomerat” format din multiple vene dilatate tortuoase operatorul poate utiliza tehnica descrisă de A.K. Li – mobilizarea inițială a arterei femurale, cu disecția ulterioară spre medial cu identificarea venei femurale și a bontului JSF.
- La pacienții cu BV recurentă și reflux vertical safenian se recomandă utilizarea ablației endovenosă termice sau non-termice – izolat sau în combinație cu miniflebectomie (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența B**). La pacienții fără reflux în trunchiul safenian se recomandă utilizarea scleroterapiei sub control ecoghidat și / sau a miniflebectomiei (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**).

Tabelul 11. Cauzele principale ale recurenței BV după tratament (Malskat WSJ et al., 2019).

Cauza	Descriere
Eroare tactică	<p>Persistența refluxului venos patologic din cauza planificării inadecvate a tratamentului:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinarea USGD incompletă, neinformativă sau eronată (lipsa identificării sau identificarea incorectă a sursei și configurației refluxului); • Selectarea volumului / tipului inadecvat al intervenției chirurgicale.
Eroare tehnică	<p>Erori în efectuarea intervențiilor deschise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crosectomia incompletă (păstrarea completă a JSF / JSP, păstrarea bontului lung al VSM); • Stripping safenian inadecvat (înlăturarea trunchiului accesoriu sau a unei tributare în loc de trunchiul principal, ruperea trunchiului în timpul stripping-ului); <p>Erori în efectuarea ablației endovenosă:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puncția și cateterizarea inadecvată a trunchiului safenian; • Vizualizarea insuficientă / orientarea inadecvată în anatomia ultrasonoră a sistemului venos superficial; • Nerespectarea tehnicii (doza de energie, volumul sclerozantului etc.)

Fenomen de neovascularizare	Prezența la USGD a multiplelor ramuri venoase tortuoase de divers calibru în proximitatea JSF (rar JSP, VPI) deconectate anterior pe cale chirurgicală
Recanalizare	Restabilirea totală sau parțială a lumenului venei superficiale axiale, anterior supuse procedurii de ablație endovenoasă, cu reparația refluxului venos
Progresarea maladiei	Apariția surselor noi de reflux venos patologic, ca rezultat a progresiei naturale a BV

Caseta 23. Managementul pacienților cu BV și ulcerul venos (clasa clinică C5-C6).

- Refluxul vertical în venele superficiale axiale (VSM, VSP, mai rar VSAA), în special refluxul total (de la JSF / JSP până la gleznă), dereglează semnificativ circulația la nivelul membrului inferior și rezultă cu hipertensiune venoasă. În asociere cu alți factori – obezitate, mobilitate redusă, reflux în venele perforante și profunde, incompetența venelor superficiale reprezintă un factor important în patogeneza ulcerului venos.
- Ulcerul localizat la nivelul gambei poate fi cauzat nu numai de BV, dar și de BVC secundară (sindrom posttrombotic) sau boala arterială periferică. Respectiv, pacienții cu ulcer venos necesită examinarea comprehensivă prin USGD – obligator cu evaluarea venelor profunde suprainghinale (venele iliace) și infrainghinale (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). La bolnavii cu factori de risc pentru boala arterială (vârsta, fumatul, sexul masculin, diabetul zaharat, comorbidități cardiovasculare) se recomandă evaluarea circulației arteriale la nivelul membrului inferior – prin palparea pulsului, măsurarea indicelui de presiune gleznă-braț și (în caz de rezultate anormale sau dubioase) USGD arterial (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Există dovezi științifice clare (obținute inclusiv în cadrul trialurilor clinice randomizate controlate) că eliminarea refluxului vertical la pacienții cu BV reprezintă o metodă foarte efektivă de tratament a ulcerului venos. În baza acestor date intervențiile pe sistemul venos superficial sunt recomandate a fi efectuate cât mai precoce (optimal pe parcursul a 2 săptămâni) la pacienții cu BV clasa clinică C6 (**clasa de recomandare I, nivel de evidența B**). Tratamentul inițial conservator al ulcerului venos activ provocat de BV nu este rațional și poate fi considerat numai dacă pacientul se abține de la tratamentul invaziv sau există contraindicații către acesta. În mod similar tratamentul chirurgical este indicat și bolnavilor cu BV clasa clinică C5, cu scop de a preveni recurența ulcerului (**clasa de recomandare I, nivel de evidența A**). Prezența refluxului concomitent în sistemul venos profund nu trebuie considerat ca și contraargument pentru efectuarea intervențiilor pe venele superficiale (**clasa de recomandare I, nivel de evidența A**).
- Pentru eliminarea refluxului venos vertical poate fi utilizată crosectomia și stripping-ul și metodele de ablație endovenoasă. Selectarea unei metode anumite se face în baza criteriilor prezentate în casetele 16, 17, 18. Considerând prezența frecventă la pacienții cu ulcer venos a mai multor comorbidități (obezitate, boli cardio-vasculare) și riscul elevat de infecție a plăgilor inghinale metodele endovenoase au un avantaj. Pentru accelerarea vindecării ulcerului și micșorarea ratei de recurență intervențiile pentru eliminarea refluxului vertical safenian pot fi completate cu: scleroterapie ecoghidată cu spumă a plexului venos subiacent defectului ulceros (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**) și / sau tratamentul VPI patologice (**clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C**).
- Tratamentul compresiv poate fi utilizat în combinație cu tratamentul chirurgical (intervențional) sau ca o metodă de bază la pacienții cu BV clasa clinică C5 și C6 și contraindicații pentru operație sau la cei care pledează pentru o abordare conservativă (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența B**). La pacienții fără dereglări a circulației arteriale se recomandă utilizarea compresiei non-elastice (**clasa de recomandare I, nivel de evidența A**) sau elastice (**clasa de**

recomandare IIa, nivel de evidență B) cu presiunea 40 mm Hg la nivelul gleznei. După vindecarea completă a ulcerului tratamentul compresiv (cu presiunea egală sau mai mică) poate fi utilizat pentru prevenirea recurenței, în special la pacienții cu persistența refluxului concomitent în venele profunde. Compresia este contraindicată dacă presiunea arterială la nivelul gleznei este mai mică de 60 mm Hg (vezi **Tabelul 8**).

- La pacienții cu clasa clinică C6 poate fi considerată utilizarea adjuvantă a preparatelor venoactive pentru accelerarea procesului de vindecare a ulcerului (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidență A**). Tratatamentul complex al ulcerelor venoase active trebuie să includă: debridarea locală (chirurgicală, mecanică, enzimatică, autolitică), tratamentul plăgii conform conceptului „TIME” (*Tissue, Infection/ inflammation, Moisture balance, Edge of wound, engl.*) și aplicarea pansamentelor simple sau bioactive (hidrocoloide, non-aderente, cu argint etc.). Efectuarea în mod de rutină a analizelor bacteriologice de pe suprafața ulcerului, precum și administrarea locală sau sistemică a antibioticelor nu este recomandată și poate fi considerată numai în prezența semnelor clinice clare de infecție (**clasa de recomandare III, nivel de evidență B**). Dovezile științifice privind eficacitatea și beneficiile utilizării tratamentului cu presiune negativă, a oxigenării hiperbarice sau a ultrasunetului la moment sunt insuficiente pentru formularea recomandărilor.

Caseta 24. Managementul pacienților cu varice asociate sindromului de congestie pelvină (boala venoasă pelvină).

- Noțiunea de sindrom de congestie pelvină (sau boala venoasă pelvină – „*pelvic venous disorders*”, engl.) este destul de largă și include mai multe variante clinico-evolutive ale bolii. Patofiziologia sindromului este complexă, mecanismele de bază fiind: incompetența valvulară a diferitor vene situate în regiunea pelvisului, compresia extrinsecă sau obstrucția venelor retroperitoneale (sindrom May-Thurner, sindrom „nutcracker”, endometrioză, tumori, sindrom posttrombotic), transformarea varicoasă a plexurilor venoase ale organelor bazinului mic. În cadrul acestui PCN sunt prezentate recomandările cu referință exclusiv la managementul varicelor membrelor inferioare, provocate de surse rare de reflux – incompetența venelor gonadale sau incompetența venelor iliace interne. Ulterior, refluxul venos se răspândește prin venele perforante ale planșeului pelvin (inghinal, perineal) spre venele vulvare, venele subcutanate în regiunea gluteală, femurală, sau venele situate de-a lungul nervului sciatic.
- Varicele cauzate de incompetența venelor pelvine reprezintă cca 3-4% din totalul cazurilor de BV, și preponderent sunt diagnosticate la femei multipare sau în timpul sarcinii. Venele varicoase vizibile frecvent au localizarea atipică – în regiunea organelor genitale externe, regiunea inghinală sau în 1/3 superioară a coapsei (preponderent pe partea posterioară). Însă, în unele cazuri, refluxul de origine pelvină poate să se extindă pe VSM sau VSAA cu apariția varicelor caracteristice BV „tipice”. În majoritatea cazurilor varicele asociate refluxului venos pelvin sunt asimptomatice, deși unii pacienți pot dezvolta IVC severă (clase clinice C4-6) sau pot acuza așa simptome ca: durere în regiunea pelvină sau pe flancul abdominal stâng, dispareunie (durere asociată actului sexual) și hematurie.
- Investigația de primă linie la pacienții cu varice asociate sindromului de congestie pelvină reprezintă USGD. Dacă în timpul examinării membrului afectat se determină că varicele nu sunt provocate de reflux la nivelul JSF este recomandată examinarea regiunii inghinală și perineale pentru identificarea punctelor de transmitere sau de „evadare” („*pelvic escape points*”, engl.) a refluxului venos din bazin spre extremitate (**clasa de recomandare I, nivel de evidență C**). În cazul suspiciunii la prezența sindromului de congestie pelvină se recomandă efectuarea USGD transabdominală și / sau transvaginală a venelor pelvine și retroperitoneale (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidență B**).

- La USGD trans-abdominală vizualizarea venelor ovariene cu diametrul >5 mm și a fluxul venos inversat se consideră semnul caracteristic bolii venoase pelvine. USGD trans-abdominală permite, de asemenea, vizualizarea și evaluarea directă a lumenului și fluxului în venele renale și iliace. Prezența refluxului spontan (fără manevre de provocare) cu flux retrograd continuu în vena gonadală stângă sau depistarea fluxului inversat în vena iliacă internă stângă sugerează etiologia secundară a congestiei pelvine – sindrom posttrombotic sau compresie venoasă extrinsecă. Vice versa, refluxul intermitent în vena gonadală, provocat prin compresie manuală în fosa iliacă ipsilaterală sau printr-o manevră Valsalva, indică mai degrabă incompetența izolată (primară) a venei gonadale. Ultrasonografia abdominală trebuie să excludă și prezența altor patologii (tumori) care pot provoca sindromul de congestie pelvină sau genera simptome similare (**clasa de recomandare I, nivel de evidență C**). Managementul pacienților trebuie să fie realizat în cooperare strânsă cu medicii specialiști în domeniul obstetricii-ginecologiei.
- Investigația USGD trans-vaginală reduce distanța dintre sonda (transducerul) dispozitivului ecografic și structurile anatomice pelvine, permițând utilizarea unor frecvențe mai înalte și oferind o rezoluție și o calitate a imaginii mai bune decât în cazul ecografiei trans-abdominale. Prezența la USGD trans-vaginală a unei vene cu diametrul > 5 mm care traversează uterul și vizualizarea varicocelului pelvine au o sensibilitate și specificitate înalte pentru diagnosticarea sindromului de congestie pelvină. Dacă USGD trans-vaginală este efectuată în poziție ortostatică, aceasta poate demonstra prezența refluxului venos pelvin în timpul unei manevre Valsalva.
- În cazul când examenul ultrasonografic nu este suficient de informativ, pacienții cu suspecție la boala venoasă pelvină pot necesita examinarea prin tomografie computerizată sau rezonanță magnetică nucleară. Pentru pacienții la care sunt planificate intervenții endovasculare de embolizare a venelor pelvine se recomandă efectuarea venografiei selective trans-cateter în poziția anti-Trendelenburg și / sau cu manevra Valsalva.
- Tactica curativă în cazul varicelor asociate sindromului de congestie pelvină depinde de prezența simptomelor venoase și „non-venoase” (în primul rând a durerii pelviene). Embolizarea venelor pelviene incompetente (vena ovariană, vene iliace interne) și stentarea venelor profunde (vena iliacă comună) au demonstrat eficacitate bună în tratamentul durerii pelvine cronice, cu succes tehnic de 96-100%, rata recurenței de aproximativ 30% și incidența mică a complicațiilor severe (migrarea coil-urilor în cordul drept și artera pulmonară). Contrariu, eficacitatea embolizării venelor pelvine pentru tratamentul BV a membrilor inferioare este joasă, rata dispariției varicelor fiind între 14-51% (cu excepția varicelor vulvare, în cazul cărora eficacitatea depășește 80%). Astfel, tratamentul endovascular a refluxului / obstrucției venelor iliace și / sau ovariene nu este recomandat pacienților cu varice a membrilor inferioare care nu sunt însoțite de durere pelvină (**clasa de recomandare I, nivel de evidență C**), însă poate fi considerat în cazul sindromului de congestie pelvină simptomatic, care afectează semnificativ calitatea vieții pacientului (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidență B**). Tratamentul endovascular poate fi considerat și la pacienții la care varicele reapar rapid după utilizarea tratamentului „local” – scleroterapie, flebectomie.
- Metodele de tratament de primă intenție pentru pacienții asimptomatici cu varice ale membrilor inferioare asociate refluxului pelvin sunt: (1) scleroterapia (ecoghidată) a varicelor și a punctelor pelvio-perineale de „evadare” a refluxului; (2) ligaturarea deschisă prin incizii minime a punctelor pelvio-perineale de „evadare” a refluxului; (3) miniflebectomia varicelor (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidență C**). Scleroterapia cu spumă reprezintă metoda optimă, combinând eficacitatea înaltă cu invazivitatea minimă. Însă, efectuarea acesteia necesită o experiență suficientă a medicului atât în scleroterapie propriu-zisă cât și în ecografia

vasculară a regiunii anatomice respective. **Nota:** la momentul întocmirii Protocolului în cauză, nici un preparat sclerozant nu a fost înregistrat în Republica Moldova!

- Ligaturarea deschisă a venelor care asigură transmiterea refluxului din bazin spre extremitatea inferioară la fel are eficacitate înaltă, cu rata recurenței cca 2-3%. Intervenția se efectuează după marcajul preoperator a localizării punctelor de „evadare”, utilizând (de regulă) anestezia locală și incizii minime. Miniflebectomia la nivelul membrului inferior poate fi efectuată ca procedura izolată (însă cu probabilitatea ceva mai mare de recurență a varicelor) sau în combinație cu sclerozarea / ligaturarea venelor perineale cu reflux.
- Pacienților care nu pledează pentru tratament invaziv sau dacă acesta nu poate fi efectuat din careva motive (femei însărcinate) poate fi recomandată purtarea tricotaajului elastic compresiv (colanți); administrarea preparatelor diosminei; și tratamentul hormonal (se indică de către medicul ginecolog, la paciente non-gravide cu durere pelvină).

Caseta 25. Managementul pacienților cu BV și tromboză venoasă superficială (varicotromboflebită).

- Tromboza venoasă superficială poate afecta aproximativ 10% din pacienții cu BV pe parcursul vieții acestora. Riscul dezvoltării trombozei este influențat de o serie de factori: dereglări ale coagulării sangvine (stări trombofilice), trauma locală a varicelor, imobilitatea, obezitatea, sarcina și perioada de lăuzie, intervenții chirurgicale, hormonoterapie, maladii oncologice și altele. Deși în majoritatea cazurilor varicotromboflebita afectează doar venele subcutanate și are evoluție benignă, la pacienții cu factori de risc adiționali tromboza poate implica și venele profunde (simultană sau în urma extinderii prin JSF / JSP) cu posibilitatea dezvoltării emboliei pulmonare. Conform diferitor studii frecvența diagnosticării trombozei venoase profunde la pacienții cu varicotromboflebită variază de la 3 la 20%, iar rata tromboemboliei simptomatice de arteră pulmonară oscilează între 2-13%.
- În funcție de localizarea și extinderea procesului trombotic, durata de la debutul maladiei și gradul de implicare a țesuturilor moi perivenoase, se pot observa diverse variante ale manifestărilor clinice caracteristice varicotromboflebitei – de la prezența semnelor locale exprimate de inflamație de-a lungul venelor trombozate, însoțită de tulburări ale stării generale a pacientului, până la manifestări minore atât de natură locală, cât și sistemică. În majoritatea cazurilor pacienții acuză durere apărută acut în proiecția venelor trombozate (anterior indolare), și uneori subfebrilitate de cel mult 38,0 °C cu afectarea moderată a stării generale. La inspecția membrului afectat, se observă o zonă de hiperemie cutanată în proiecția venei afectate (frecvent sub formă de o bandă). Palparea relevă un cordon venos sau un conglomerat de vene subcutanate dur și dureros. Se determină o creștere locală a temperaturii, hiperestezie a pielii. Varicele trombozate nu se colabează la apăsare și după elevarea membrului afectat. Afectarea trunchiului VSP de regulă este mai puțin simptomatică datorită localizării subfasciale a venei, și se manifestă doar prin dureri locale spontane sau în timpul palpării.
- Deși examenul clinic este suficient pentru diagnosticarea varicotromboflebitei acute, acesta nu este relevant pentru stabilirea gradului de extindere a trombozei și elaborarea tacticii de tratament. Toți pacienții cu diagnosticul clinic de tromboză venoasă superficială necesită examinare prin USGD (**clasa de recomandare I, nivel de evidență B**). Examenul imagistic prin USGD trebuie să includă examinarea completă atât a sistemului venos superficial cât și a celui profund (optimal, și la nivelul membrului controlateral pentru excluderea trombozei venoase profunde asimptomatice). USGD se efectuează preferențial pe parcurs la 24-48 ore de la stabilirea diagnosticului și include măsurarea distanței între apexul trombului și joncțiunile cu venele profunde (JSF / JSP) și a lungimii totale a trombozei superficiale în centimetri. În baza rezultatelor USGD se formulează diagnosticul clinic, în care gradul de extindere a trombozei

poate fi reflectat conform clasificării Verrel-Steckmeier: tipul I – tromboză în trunchiul safenian nu se extinde până la nivelul JSF/JSP; tipul II – tromboza trunchiului safenian până la nivelul JSF/JSP; tipul III – tromboza trunchiului safenian cu prolabarea maselor trombotice prin JSF/JSP în vena femurală comună sau poplitee.

- Tratamentul de bază a varicotromboflebitei acute constă în administrarea preparatelor anticoagulante, intervenția chirurgicală având doar un rol secundar. La pacienții cu varicotromboflebită și tromboză venoasă profundă concomitentă cu orice localizare tratamentul anticoagulant se realizează conform recomandărilor PCN „Tromboza venoasă profundă la adult” (ediția a 2-a, 2025). La pacienții cu tromboză venoasă superficială izolată regimul (doza, durata) tratamentului anticoagulant se determină în funcție de riscul complicațiilor venoase tromboembolice – extinderea spre venele profunde, embolia arterei pulmonare. Tratamentul conservativ al varicotromboflebitei poate fi realizat atât în regim ambulator, cât și în staționar – decizia în fiecare caz se face individual în funcție de: severitatea tabloului clinic, riscul complicațiilor venoase tromboembolice (estimat de medic în baza judecatei clinice), accesibilitatea tratamentului anticoagulant, posibilitatea monitorizării evoluției maladiei. Pacienții care necesită tratament staționar se internează în secțiile de profil chirurgie generală sau chirurgie vasculară. Ținând cont de caracterul aseptice al inflamației în majoritatea absolută a cazurilor de tromboză venoasă superficială spitalizarea în secția chirurgie septică nu este recomandată.
- Pacienților cu lungimea mică a trombozei (< 5 cm) la USGD, localizarea acesteia în afară trunchiului safenian și lipsa factorilor adiționali de risc a complicațiilor venoase tromboembolice tratamentul anticoagulant nu este recomandat (**clasa de recomandare III, nivel de evidența C**). Acestui grup de pacienți cu varicotromboflebită se indică: regim activ, compresia elastică, remedii antiinflamatoare nesteroidiene (local sau sistemic) și preparate venoactive, cu re-evaluarea în dinamică.
- Pacienților cu lungimea totală a trombozei \geq 5 cm, dar cu localizarea acesteia la distanța mai mare de 3 cm de la JSF sau JSP la USGD este recomandat tratamentul anticoagulant cu Fondaparinuxum sodium în doza de 2,5 mg pe zi subcutanat (**clasa de recomandare I, nivel de evidența B**). Dacă tratamentul cu Fondaparinuxum sodium nu poate fi realizat din orice motiv se recomandă administrarea dozelor intermediare (Tabelul 12) a heparinelor cu masă moleculară mică sau a Rivaroxabanum (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența B**). La pacienții cu această variantă a varicotromboflebitei durata optimă a tratamentului anticoagulant constituie 45 de zile (**clasa de recomandare I, nivel de evidența B**). Durata mai scurtă a tratamentului anticoagulant (în special mai mică de 3 săptămâni) nu este recomandată, însă la pacienții cu risc hemoragic elevat poate fi utilizată durata între 3-6 săptămâni. În prezența factorilor de risc ale complicațiilor venoase tromboembolice se recomandă extinderea duratei tratamentului anticoagulant până la 3 luni (**clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C**).

Nota: Este necesar de subliniat, că cu excepția Fondaparinuxum sodium nici un preparat anticoagulant înregistrat la momentul actual în Republica Moldova nu include diagnosticul de tromboză venoasă superficială în lista indicațiilor pentru administrare. Astfel, toate preparatele anticoagulante enumerate sunt utilizate *off-label*.

- Pacienților cu varicotromboflebită la care tromboza este situată mai aproape de 3 cm de la JSF sau JSP, implică joncțiunile, sau se extinde (prolabează) în venele profunde (inclusiv prin venele perforante) se recomandă utilizarea dozelor terapeutice (**Tabelul 12**) ale heparinelor cu masă moleculară mică sau a Rivaroxabanum pe durata de la 6 săptămâni până la 3 luni (optimal) (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**).
- Nu se recomandă utilizarea de rutină a intervențiilor chirurgicale pe sistemul venos superficial în faza acută a varicotromboflebitei (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). Deși

intervențiile chirurgicale în faza acută permit rezolvarea unimomentană atât a trombozei cât și a BV, și contribuie la ameliorarea mai rapidă a simptomelor, acestea se asociază cu risc elevat de evenimente venoase tromboembolice și complicații la nivelul plăgilor operatorii. Eficacitatea tratamentului chirurgical urgent în prevenirea extinderii trombozei spre venele profunde și profilaxia emboliei pulmonare nu are dovezi clinice suficiente.

- Tratamentul chirurgical poate fi considerat ca o opțiune alternativă de tratament al varicotromboflebitei în următoarele situații clinice: (1) localizarea maselor trombotice exclusiv la nivelul tributarelor varicoase; (2) lungimea totală a trombozei mai mică de 45 cm la USGD; (3) imposibilitatea utilizării tratamentului anticoagulant conform schemelor recomandate; (4) pacientul este informat despre beneficiile și riscurile fiecărei metode de tratament și pledează pentru efectuarea intervenției chirurgicale (*clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C*).
- Dacă este luată decizia în favoarea tratamentului chirurgical al varicotromboflebitei în faza acută, medicul chirurg trebuie să țină cont de următoarele recomandări: (1) efectuarea obligatorie a USGD a sistemului venos nemijlocit înainte de operație, inclusiv a membrului controlateral, pentru excluderea unei eventuale tromboze venoase profunde concomitente; (2) efectuarea antibioticoprofilaxiei și a tromboprofilaxiei perioperatorii standard; (3) efectuarea crosectomiei (asociate la necesitate cu trombectomie din joncțiunea cu venele profunde) și stripping-ului safenian este mai preferabilă decât crosectomia izolată; (4) utilizarea tehnicii Muller pentru tromb/flebectomie la nivelul tributarelor varicoase; (5) realizarea preferențială a intervenției în prima săptămână de la debutul maladiei (*clasa de recomandare IIb, nivel de evidența C*).
- Administrarea preparatelor venoactive (extrapolând experiența utilizării acestora în tromboza nodulilor hemoroidali) și a remediilor topice (cu heparină și/sau antiinflamatoare nesteroidiene) în faza acută a trombozei venoase superficiale poate avea efecte benefice, însă nu există dovezi științifice suficiente în acest sens. Administrarea sistemică concomitentă a anticoagulantelor și remediilor antiinflamatoare nesteroidiene nu ameliorează rezultatele tratamentului și poate fi utilizată doar cu scop de micșorare a severității durerii. Administrarea tratamentului antibacterian pacienților cu varicotromboflebită nu este recomandată (cu excepția cazurilor cu transformarea septică a procesului).
- Pacienților care au suportat varicotromboflebită acută (în special episoade recurente) și la care persistă refluxul venos patologic la USGD se recomandă efectuarea tratamentului chirurgical (intervențional) programat a BV la interval de cel puțin 3 luni de la ultimul eveniment acut de tromboză (*clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C*).

Tabelul 12. Dozele intermediare și terapeutice ale anticoagulantelor utilizate pentru tratamentul varicotromboflebitei acute

Preparatul anticoagulant	Doza (timp de 24 ore)	
	Intermediară	Curativă
Enoxaparini natrium	0,75-1,0 mg/kg	1,5 mg/kg
Nadroparini calcium	85,5-120 UA/kg*	171 UA/kg*
Bemiparinum natrium	57,5-80,5 UA/kg*	115 UA/kg*
Rivaroxabanum	10-15 mg	30 mg (20 mg)†

* - unități de activitate anti-Xa
† - modificarea dozei, recomandată după 3 săptămâni de tratament

Caseta 26. Managementul pacienților cu BV și varice erupte (hemoragie venoasă externă)

- Eruperea nodulului varicos la nivelul membrului inferior (spontană sau în urma unei traume) reprezintă o complicație relativ rară a BV, fiind înregistrată preponderent la persoanele în vârstă înaintată, cu pielea uscată și fragilă. Din cauza hipertensiunii venoase hemoragia din varice erupte poate avea volum și viteză semnificative, poate duce la hipotensiune, colaps și, în cazuri excepționale – la decesul pacientului.
- Măsura cea mai efectivă de prim ajutor în cazul hemoragiei din varice erupte este poziția elevată a membrului (mai sus de nivelul cordului) și / sau aplicarea compresiei locale (manuale sau cu bandaj excentric). După aplicarea hemostazei provizorii pacientul trebuie să fie transportat la instituția medicală care dispune de serviciul chirurgical ambulator sau staționar.
- Pentru prevenirea recidivei hemoragiei poate fi efectuată scleroterapia cu spumă a venei purtătoare de varice erupt sau suturarea și ligaturarea acesteia cu anestezie locală (**clasa de recomandare IIb, nivel de evidență C**).
- Se recomandă spitalizarea pacienților cu varice erupte cu scop de efectuare precoce a USGD și realizarea tratamentului chirurgical definitiv a refluxului venos patologic (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidență C**).
- Pacienții cu risc elevat de hemoragie din varice erupt (vârstnici, cei cu ulcer venos, cu episoade de hemoragie în anamneză, pe tratament antitrombotic) trebuie să fie informați despre riscul hemoragiei, măsurile de prim ajutor în caz de apariție a acesteia și trebuie planificați pentru tratament chirurgical în mod prioritar.

C.2.6. Particularitățile managementului BV la categorii speciale de pacienți (obezi, gravide, vârstnici, bolnavii pe tratament anticoagulant continuu)

Caseta 27. Pacienții cu BV și obezitate

- Există dovezi științifice clare care demonstrează efectul negativ al obezității asupra hemodinamicii venoase și evoluției clinice a BVC. Mecanismul de bază reprezintă elevarea presiunii intraabdominale și prin urmare agravarea severității refluxului și stazei venoase. O altă problemă reprezintă hipodinamia care este caracteristică persoanelor obeze și duce la funcția scăzută a pompei musculare gambiene. Pacienții cu obezitate morbidă mai frecvent dezvoltă forme severe de IVC în comparație cu persoanele normoponderale.
- Obezitatea este asociată și cu rezultate mai inferioare ale tratamentului intervențional a BV. Studiile retrospective au demonstrat ameliorarea mai puțin exprimată a scorului rVCSS și a indicatorilor calității vieții după orice tip de intervenție pentru BV la pacienții obezi în comparație cu cei normoponderali. Astfel, bolnavii cu BV și obezitate trebuie să fie informați despre asocierea negativă a ambelor patologii, precum și despre impactul excesului masei corporale asupra evoluției bolii și a rezultatelor tratamentului.
- Obezitatea reprezintă un factor de risc veridic și independent pentru infecția plăgii operatorii, în special în regiunea inghinală. Respectiv, la această categorie de pacienți este mai preferabilă utilizarea tehnicilor de ablație endovenoasă care evită necesitatea accesului chirurgical deschis spre JSF (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidență C**). În același timp, puncția ecoghidată a venelor superficiale la pacienții cu strat adipos subcutanat excesiv poate fi dificilă și necesită o experiență mai mare a operatorului.
- Reducerea masei corporale la pacienții obezi se asociază atât cu ameliorarea simptomelor BVC (creșterea calității vieții, micșorarea intensității durerilor, vindecarea mai rapidă a ulcerelor venoase) cât și cu rezultate mai bune ale tratamentului. Pacienților cu BV și exces

de masă corporală trebuie să fie recomandată modificarea stilului de viață (dietă, activități fizice), iar celor cu obezitate morbidă – consultația specialistului în chirurgia bariatrică (**clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C**).

Caseta 28. Pacientele gravide cu BV

- Sarcina reprezintă un factor important care contribuie la dezvoltarea și progresie BV, în multe cazuri fiind momentul declanșator de apariție a telangiectaziilor, venelor reticulare și varicelor la nivelul membrelor inferioare, precum și a refluxului recurent după intervenții chirurgicale sau după ablație endovenoasă. Edemul membrelor inferioare poate afecta până la 80% dintre femeile însărcinate, în principal pe durata celui de-al treilea trimestru de sarcină. Unele femei dezvoltă varice vulvare și perineale, care tind să se exacerbeze cu fiecare sarcină ulterioară.
- La femeile însărcinate pentru tratamentul edemelor, a varicelor simptomatice la nivelul membrelor inferioare și a varicelor vulvare este recomandată utilizarea ciorapilor compresivi (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). Ciorapii compresivi elastici sunt efectivi nu doar pentru micșorarea simptomelor și semnelor obiective ale BV, dar și contribuie la reducerea diametrului venelor safene și severității refluxului venos patologic.
- Deși nu au fost demonstrate efecte teratogene este de dorit de evitat administrarea preparatelor venoactive în timpul sarcinii. În caz de necesitate, preparatele diosminei pot fi administrate cu precauție după consultația cu medicul obstetrician-ginecolog.
- Conform opiniei uniforme a experților în domeniu, tratamentul intervențional al BV nu trebuie realizat în timpul sarcinii (**clasa de recomandare I, nivel de evidența C**). La majoritatea femeilor, telangiectaziile, venele reticulare și varicele propriu-zis dispar cel puțin parțial în primele luni postpartum. Prin urmare, orice tratament intervențional trebuie amânat până la cel puțin 3-6 luni după naștere.

Caseta 29. Pacienții vârstnici cu BV și comorbidități semnificative clinic

- Datele epidemiologice dintr-un studiu amplu efectuat în SUA sugerează că până la 30% din pacienții cu BVC au vârsta >65 de ani. Comorbiditățile frecvent raportate în această cohortă de bolnavi includ: diabetul zaharat (25%), hipertensiunea arterială (64%), boala pulmonară obstructivă cronică (5%), cancerul activ sau în anamneză (12%) și accidentul vascular cerebral (3%).
- Datele științifice actuale demonstrează că persoanele cu vârsta >65 de ani mai frecvent au indicații pentru tratament intervențional al BV decât pacienții mai tineri, având în vedere ratele mai mari ale simptomelor venoase subiective severe, a modificărilor trofice cutanate (aproximativ 12% vs. 6%) și a ulcerului venos (aproximativ 5% vs. 2%).
- Selectarea metodei de tratament chirurgical la pacienții vârstnici se bazează pe principii generale (caseta 17). Este preferabilă utilizarea anesteziei locale și a metodelor de ablație endovenoasă. Decizia privind operabilitatea pacientului polimorbid cu BV se face în echipă multidisciplinară, cu evaluarea minuțioasă a riscurilor și beneficiilor intervenției și ținând cont de așteptările și preferințele pacientului.
- La pacienții cu regurgitație tricuspidiană și așa-numitele „varice pulsatile” tactica curativă nu este bine definitivă. Ca măsura conservativă poate fi recomandat tratamentul compresiv, cu condiția că este bine tolerat de către pacient. În cazuri severe (ulcer venos recalcitrant, hemoragii din varicele membrelor inferioare) poate fi utilizat tratamentul chirurgical deschis, endovenos sau combinația între acestea.

Caseta 30. Pacienții cu BV și pe tratament anticoagulant continuu

- Pacienții care primesc tratament anticoagulant pe termen lung pot prezenta un risc crescut de evenimente tromboembolice dacă medicația lor este întreruptă temporar din cauza anesteziei regionale sau a intervenției chirurgicale. Pe de altă parte, continuarea tratamentului cu anticoagulante ar putea crește riscul complicațiilor hemoragice intra- și postoperatorii sau ar putea reduce eficacitatea ablației endovenoase.
- În această categorie de pacienți se poate lua în considerare terapia „de punte” („bridging”, engl.) – cu trecerea de pe anticoagulante orale la heparine cu masă moleculară mică, dar aceasta crește costurile și adaugă complexitate planificării intervențiilor venoase.
- Există dovezi științifice limitate care demonstrează eficacitatea similară a ablației endovenoase termice (EVLA) la pacienții cronic anticoagulați – aproximativ 92% față de 95% la grupul de control. Frecvența trombozei venoase profunde la nivelul membrului inferior ipsilateral este scăzută (1% la pacienții anticoagulați față de 1,6% la cei din grupul de control).
- Astfel, la pacienții cu BV și utilizarea cronică a preparatelor anticoagulante orale se recomandă efectuarea intervenției de ablație endovenoasă termică sau chimică fără întreruperea tratamentului. La pacienții la care se planifică intervenția chirurgicală deschisă trebuie să fie considerată trecerea temporară la heparine cu masă moleculară mică (*clasa de recomandare IIa, nivel de evidența C*).

C.2.7. Profilaxia secundară și reabilitarea pacienților cu BV

Caseta 31. Profilaxia secundară, primară și măsurile de reabilitare a pacienților cu BV (clasa de recomandare IIb, nivel de evidența B).

- Eficacitatea înaltă a tratamentului chirurgical în tratamentul BV exclude în majoritatea cazurilor necesitatea în reabilitarea pacienților. În cazurile complicate cu IVC severă sau când tratamentul chirurgical nu este posibil în programele de reabilitare a pacienților cu BV, se recomandă eliminarea factorilor de risc sau minimizarea impactului lor negativ. Întrucât IVC se dezvoltă ca urmare a hipertensiunii venoase cronice, una dintre sarcinile cheie ale măsurilor de reabilitare este optimizarea „încărcării ortostatice” zilnice individuale. O parte importantă a reabilitării este o discuție cu medicul curant, menită să clarifice stilul de viață al pacientului, să îl informeze despre boală și prognostic și să elaboreze recomandări specifice pentru modificarea factorilor de risc. Modificările stilului de viață (modificări ale condițiilor de muncă, creșterea activității dinamice, mersul terapeutic dozat, gimnastica regulată, înotul, drenajul postural) pot micșora semnificativ severitatea simptomelor BV. Este necesară reducerea timpului petrecut în ortostatism, a hipodinamiei, a suprasolicității fizice, a excesului de masă corporală și eliminarea deprinderilor nocive. Recomandările pentru schimbarea stilului de viață includ mersul zilnic, de preferință la mijlocul zilei sau după muncă (preferențial în ciorapi compresivi); odihna cu picioarele ridicate în timpul pauzelor. Pacienților li se recomandă să îngrijească în mod regulat pielea picioarelor (hidratarea pielii pentru a preveni uscarea și fisurarea); dușuri reci, în special pe vreme caldă; purtarea hainelor care nu împiedică mișcarea liberă și respirația; pantofi confortabili cu toc jos și brant; evitarea saunei și a băilor fierbinți; monitorizarea greutateii corporale.
- O rezervă semnificativă pentru reabilitarea pacienților cu BV, precum și pentru o potențială încetinire a progresiei maladiei și prevenirea complicațiilor este alegerea corectă a profesiei și organizarea rezonabilă a muncii în cadrul specialității alese. De exemplu, atunci când pacientul petrece mult timp în poziție „șezândă” este util să se organizeze pauze periodice „de descărcare” cu o poziție ridicată a extremităților inferioare, să se utilizeze un dispozitiv de exerciții pentru picioare amplasat sub masa de birou. Schimbări simple ale condițiilor de muncă, de exemplu,

dotarea locurilor de muncă cu scaune înalte, respectarea regimului de lucru și odihnă și consultațiile medicale periodice, pot fi destul de eficiente.

- Insuficiența funcțională a „pompei” musculare a plantei și a gambei are un rol important în creșterea severității hipertensiunii venoase a extremităților inferioare. Pentru a elimina problema disfuncției „pompei” musculare se recomandă exerciții (gimnastică curativă). Rezultate pozitive pot fi obținute cu ajutorul exercițiilor de forță pentru întărirea mușchilor gambei și a exercițiilor de duranță (rezistență de durată la efort). S-a stabilit că exercițiile izometrice pentru întărirea mușchilor gambei la pacienții cu ulcere venoase duc la o creștere a forței „pompei” musculare și la o scădere a hipertensiunii venoase. Este recomandabil mersul pe jos dozat zilnic. Tipul optim de sport pentru toate formele de BV poate fi numit înotul și aerobica acvatică.
- Balneoterapia este recomandată pentru reabilitarea pacienților cu ulcere venoase cronice pentru a reduce simptomele. Balneoterapia include diverse proceduri terapeutice cu apă minerală (băi, masaj sub duș). Mișcarea în apă are ca scop restabilirea funcției „pompei” musculare a gambei, iar presiunea hidrostatică acționează asupra țesuturilor și provoacă compresia vaselor venoase, ceea ce poate promova circulația sângelui și reduce edemul și durerea. Masajul subacvatic și dușurile alternante calde și reci stimulează răspunsul vasomotor cutanat, iar exercițiile subacvatice pot ajuta în cazul patologiei osteo-articulare concomitente, inclusiv anchiloză genunchilor sau gleznelor. Metodele fizioterapeutice sunt recomandate pentru reabilitarea pacienților cu BV complicată cu IVC severă. Metodele fizioterapeutice vizează menținerea sau reactivarea mecanismelor active și pasive care reglează fluxul sanguin la nivelul extremităților inferioare. Arsenalul metodelor fizioterapeutice, indicate pentru BV și IVC, include diverse variante de compresie pneumatică intermitentă, stimularea electrică a mușchilor gambei, terapia magnetică pulsată și terapia cu laser de intensitate scăzută.
- Profilaxia primară a BV la pacienții cu factori de risc trebuie să includă modificarea modului de viață, conform principiilor menționate mai sus. Prescrierea profilactică a preparatelor venoactive la pacienții asimptomatici nu este recomandată, din cauza lipsei dovezilor științifice privind eficacitatea acestei tactici.

C.2.8. Supravegherea pacienților

Caseta 32. Supravegherea pacienților cu BV.

Medicul de familie.

- Indică consultația chirurgului după o lună de la intervenție, apoi anual pe parcursul a 5 ani.
- Indică consultația altor specialiști, după indicații:
 - Pentru tratamentul altor patologii concomitente;
 - Pentru managementul ulcerelor trofice venoase.

Chirurgul.

- Sutura de pe piele pot fi ridicate după 10-12 zile. Acest gest poate fi efectuat de către medicul de familie sau de către chirurg în timpul controlului ambulatoriu. Uneori se folosesc suturi absorbabile care nu necesită a fi înlăturate.
- Realizează tratamentul conservator (sau chirurgical, după caz) al complicațiilor survenite (hematom, supurarea plăgii, neuropatie periferică).
- Indică examenul imagistic (USGD) de control la o lună (1-4 săptămâni după tratament intervențional) și un an după intervenția chirurgicală.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Medic de familie. • Asistent(a) medicului de familie. • Medic imagist (competent în efectuarea USGD). • Medic reabilitolog (CMF).
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • USGD (CMF).
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Preparate venoactive (preparatele diosminei și fracției micronizate purificate de flavonoide, <i>Troxerutinum</i>, <i>Rutosidum etc.</i>)
D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de Asistență Medicală Urgentă	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Medic de urgență. • Asistenți/felceri de urgență.
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • ECG. • Pulsoximetru. • Glucometru. • Aparat pentru oxigenoterapie. • Ventilator. • Bandaj elastic.
	Medicamente În caz de survenire a complicațiilor hemoragice: <ul style="list-style-type: none"> • Preparate pentru compensare volemică (<i>crystalloizi – sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. Ringer</i>). • Preparate inotrop pozitive (<i>Dopaminum</i>). În caz de survenire a complicațiilor trombotice: <ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulante (heparine cu masă moleculară mică: <i>Enoxaparini natrium</i>, <i>Nadroparini calcium</i>, <i>Bemiparinum natrium</i>; anticoagulante orale directe - <i>Rivaroxabanum</i>).
D.3. Instituțiile /secțiile de asistență	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Chirurg. • Asistent(a) chirurgului. • Medic în laborator.

medicală specializată de ambulator	<ul style="list-style-type: none"> • Medic imagist (cu competențe în efectuarea USGD). • Laborant radiologic. • Medic reabilitolog, fizioterapeut.
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cabinet radiologic. • Echipament pentru examen radiologic. • USGD. • Laborator clinic standard.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate venoactive (preparatele diosminei și fracției micronizate purificate de flavonoide, <i>Troxerutinum</i>, <i>Rutosidum etc.</i>). <p>În caz de survenire a complicațiilor hemoragice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate pentru compensare volemică (<i>crystalozizi – sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. Ringer</i>). • Preparate inotrop pozitive (<i>Dopaminum</i>). <p>În caz de survenire a complicațiilor trombotice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulante (heparine cu masă moleculară mică: <i>Enoxaparini natrium</i>, <i>Nadroparini calcium</i>, <i>Bemiparinum natrium</i>; anticoagulante orale directe - <i>Rivaroxabanum</i>).
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de chirurgie	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurg. • Medic-internist. • Anesteziolog. • Medic imagist (cu competențe de efectuare a USGD). • Asistent(a) al anesteziologului. • Asistent(a) chirurgului. • Medic în laborator. • Laborant radiologic.
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laborator clinic standard. • ECG. • USGD. • Cabinet radiologic. • Echipament pentru examen radiologic. • RMN (opțional).

	<ul style="list-style-type: none"> • Pletismografie (opțional). • IVUS (opțional). • Ultrasonografie cardiacă (opțional). • CT abdomen în regim de flebografie (opțional). • Echipament pentru intervenții flebologice deschise/miniminvazive. • Echipament și consumabile pentru ablație endovenoasă (opțional).
	<p>Medicamente:</p> <p>În cadrul realizării intervențiilor chirurgicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestezice locale (sol. <i>Lidocaini hydrochloridum</i> 10%, 2%). • Antibiotice din grupa cefalosporinelor (<i>Cefuroximum</i>, <i>Ceftazidimum</i> etc., pentru administrare parenterală). • Preparate antiinflamatoare nesteroidiene (sol. <i>Diclofenacum natricum</i> 3,0 ml). • Preparate analgezice neopioide (sol. <i>Dexketoprofenum</i>, sol. <i>Ketoprofenum</i>). • Preparate analgezice opioide (sol. <i>Tramadolum</i> 100 mg, sol. <i>Morphinum</i> 1%-1,0; sol. <i>Trimeperidinum</i> 2%-1,0). • Preparate H1-antihistaminice (<i>Diphenhidraminum</i> etc., pentru administrare parenterală). <p>În caz de survenire a hemoragiei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate de sânge (plasmă proaspăt congelată, concentrat eritrocitar, <i>Albuminum</i> – pentru administrare parenterală). • Soluții coloidale și cristaloide (sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9%; sol. <i>Glucosum</i> 5-10%; sol. <i>Dextranum</i> + <i>Natrii chloridum</i>, pentru administrare parenterală). • Vasodilatatoare (sol. <i>Magensii sulfas</i> 25% etc., pentru administrare parenterală). • Vasoconstrictoare (<i>Dopaminum</i>, etc., pentru administrare parenterală). <p>În caz de survenire a trombozei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate venoactive (preparatele diosminei și fracției micronizate purificate de flavonoide, <i>Troxerutinum</i>, <i>Rutosidum</i> etc.). • Anticoagulante (heparine cu masă moleculară mică: <i>Enoxaparini natrium</i>, <i>Nadroparini calcium</i>, <i>Bemiparinum natrium</i>; anticoagulante orale directe - <i>Rivaroxabanum</i>).

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	A reduce rata de complicații după tratamentul intervențional al BV (deschis/convențional sau endovenos).	Ponderea pacienților cu BV care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul unui an (în %).	Numărul de pacienți cu BV, care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți supuși tratamentului chirurgical deschis sau endovenos pentru BV, pe parcursul ultimului an.

GHIDUL PACIENTULUI CU BOALA VARICOASĂ

1. Ce este boala venoasă cronică a picioarelor?

Boala venoasă cronică (boala varicoasă) este o patologie cronică cu evoluție lentă, caracterizată prin slăbirea structurii peretelui venos, ceea ce face venele responsabile pentru transportul sângelui de la picioare spre inimă să nu mai funcționeze corect. Patologia poate afecta până la 60% din populația adultă. Deși incidența bolii crește odată cu vârsta, boala varicoasă este diagnosticată la un număr semnificativ de persoane sub 30 de ani. Datorită progresiei sale constante, boala varicoasă netratată poate duce la apariția unui șir de complicații.

2. De ce apare boala varicoasă?

În mod fiziologic sângele venos circulă de la membrele inferioare spre inimă. Venele au pereți elastici și valve, care dau direcție sângelui în sus și împiedică scurgerea lui înapoi, înspre picioare. Când pereții venelor slăbesc și valvele cedează are loc acumularea sângelui în membrele inferioare. Acest fapt determină apariția bolii varicoase. Deși există o predispoziție ereditară, boala venoasă cronică nu este o boală genetică. Apariția primelor simptome ale bolii este determinată de mai mulți factori, inclusiv factorii de mediu și stilul de viață. Progresia acesteia este influențată de factori de risc, precum perioadele îndelungate de stat în picioare sau așezat, ridicarea greutăților, sportul de performanță, sarcina și nașterile, administrarea de medicamente care conțin estrogeni etc. O altă cauză ar putea fi tromboza în venele profunde, care duce la acumularea sângelui în venele superficiale și la formarea varicelor (așa-numite *secundare*, ce necesită un tratament deosebit de „varicele obișnuite” / *primare*).

3. Ce vene pot fi afectate?

La nivelul membrelor inferioare există două sisteme venoase:

- ✓ Vene superficiale – situate între piele și mușchi.
- ✓ Vene profunde – situate între sau în interiorul mușchilor.
- ✓ Vene perforante – leagă venele superficiale cu cele profunde.
- ✓ Vene reticulare și telangiectazii – vene mici vizibile sub piele (așa-numitele „vene în pânză de păianjen” și „steluțele vasculare”).

Boala varicoasă apare în sistemul venos superficial.

4. Care sunt simptomele și semnele bolii varicoase?

Venele varicoase (varicele) reprezintă cel mai frecvent și adesea singurul simptom al bolii varicoase. Acestea pot fi acompaniate de așa numitele „steluțe” vasculare (telangiectazii) și vene reticulare, care prezintă disconfort exclusiv estetic și sunt des întâlnite chiar și la persoanele sănătoase. Totodată, varicele pot fi însoțite și de unele manifestări subiective, cum ar fi durere surdă sau senzație de oboseală la nivelul picioarelor, senzație de pulsație, presiune, greutate, căldură sau arsură în picioare, oboseală rapidă, crampe, mâncărime a pielii și schimbarea culorii acesteia (pigmentare sau decolorare), picioare neliniștite, amorțeală. În stadii avansate pot apărea edeme mai accentuate spre seară și chiar ulcere venoase (răni în 1/3 inferioară a gambei).

5. Ce complicații poate avea boala varicoasă?

În unele cazuri boala varicoasă se poate complica cu:

- ⚠ Tromboflebită superficială – formarea de cheaguri (trombi) în venele superficiale, asociată cu întărirea venei, durere locală, roșeață și subfebrilitate.
- ⚠ Tromboză venoasă profundă – apariția de trombi în venele profunde, manifestată prin edem al piciorului. Această condiție poate duce la migrarea cheagului în arterele pulmonare (embolie pulmonară).
- ⚠ Sângerare din venele dilatate – în special în locurile unde pielea este schimbată și subțiată.

6. Cum se stabilește diagnosticul de boală venoasă cronică?

- ✓ Examen clinic și obiectiv – medicul evaluează acuzele bolnavului și aspectul picioarelor.

✓ Ultrasonografia Doppler duplex – metoda principală de diagnostic. Imagistul apreciază starea funcțională a venelor și valvelor, identifică eventualele refluxuri (flux sanguin invers), descrie tipul și localizarea lor, evaluează prezența sau absența trombilor în vene. În baza datelor obținute medicul determină severitatea bolii și alege tactica de tratament ulterior.

7. Care sunt principiile tratamentului bolii varicoase?

În tratamentul bolii varicoase nu toți pacienții necesită intervenții chirurgicale. Tratamentul conservativ împreună cu modificarea stilului de viață și evitarea factorilor de risc pot fi suficiente pentru ameliorarea simptomelor subiective. Însă pentru îmbunătățirea calității vieții și eliminarea simptomelor bolii venoase cronice este necesară eliminarea venelor varicoase. În tratamentul varicelor pot fi utilizate diverse tehnici, precum intervenția chirurgicală deschisă, ablația termică cu laser sau radiofrecvență, scleroterapia și combinații ale acestora. Toate aceste tehnici și-au demonstrat eficiența, însă alegerea tacticii va depinde de experiența medicului, preferințele pacientului, dar și de echipamentele disponibile în cadrul instituției medicale. Din păcate, nici o metodă existentă de tratament nu garantează un rezultat permanent și nu exclude apariția pe termen lung a varicelor noi. Recidivele, de obicei doar cosmetice, pot fi tratate prin intervenții miniminvasive (scleroterapie) ori de câte ori este necesar.

8. Ce măsuri conservative există pentru tratamentul bolii varicoase?

Tratamentul conservativ include efectuarea exercițiilor fizice, scăderea în greutate, fizioterapie, poziție elevată a picioarelor în repaus, fitoterapie și compresie elastică, cum ar fi ciorapii elastici sau bandajele. Cele din urmă comprimă venele dilatate, scad acumularea de sânge venos și previn umflarea picioarelor, îmbunătățind astfel simptomele și calitatea vieții. Compresia elastică trebuie aplicată pe parcursul zilei pentru a obține rezultate optime.

9. Ce proceduri există pentru tratamentul bolii varicoase?

O perioadă îndelungată standardul tratamentului chirurgical al bolii varicoase a fost înlăturarea chirurgicală a venelor superficiale afectate. Însă, în ultimele decenii au fost propuse metode alternative, care pot închide venele prin temperaturi înalte sau injectarea unor substanțe speciale.

Intervențiile chirurgicale deschise se efectuează cu anestezie locală, spinală sau generală, în spital sau ambulatoriu. Ele se divizează în 2 categorii – cu înlăturarea venei superficiale principale și fără înlăturarea respectivei. Alegerea tacticii va depinde de modificările în sistemul venos, stabilite ultrasonografic în perioada preoperatorie. Operația se face prin incizii mici (3-4 cm) pentru înlăturarea venei superficiale principale (stripping) și incizii de 2-3 mm pentru înlăturarea venelor varicoase (miniflebectomie), iar numărul acestora depinde de gravitatea bolii. Înainte de intervenție trebuie efectuat un consult la chirurg și anesteziolog, care vor indica un șir de investigații standardizate și analize de laborator. După operație pot apărea sângerări ușoare, care nu trebuie să fie semnificative. Este posibil să apară complicații, cum ar fi durerea, hematumul sau infecții. Recuperarea durează 3-4 săptămâni și presupune utilizarea bandajelor elastice și medicamentelor antiinflamatoare / analgezice.

Cele mai comune tehnici de tratament al varicelor cu utilizarea temperaturilor înalte sunt „laserul” și „ablația prin radiofrecvență”. Procedura se efectuează în ambulatoriu sau staționar, cu anestezie locală și presupune introducerea unei fibre laser sau a unui cateter cu radiofrecvență în vena afectată. Datorită acțiunii temperaturii înalte peretele venei se distruge, vena se „sigilează” și fluxul de sânge prin ea se oprește. În unele cazuri, varicele vizibile sunt tratate suplimentar prin miniflebectomie sau scleroterapie. Pregătirea pentru operație este una standard. După procedură pacienții pot reveni rapid la activitățile zilnice, cu posibile dureri ușoare, vânătăi și necesitatea purtării unui bandaj elastic.

În ultimii ani, au apărut și tehnici care pot închide lumenul venelor fără utilizarea temperaturilor mari. Respectiv, aplicarea lor nu necesită nici anestezie locală. Obliterarea venei se obține prin iritația mecanică sau chimică a peretelui venos. La așa metode se referă scleroterapia, care presupune injectarea de preparate sclerozante în venă. Există mai multe tipuri de scleroterapie, inclusiv cu sclerozant lichid sau spumos, cu sau fără ghidaj ecografic. Procedura presupune străpungerea venei și introducerea preparatului, ce produce un disconfort minor. Preparatele sclerozante distrug stratul intern al venei și o „lipesc” din interior. Scleroterapia se realizează de obicei în mai multe ședințe, aproximativ o dată pe săptămână, iar durata tratamentului depinde de stadiul bolii. După procedură, se recomandă purtarea unui bandaj elastic și efectuarea unei plimbări scurte pentru a contribui la distribuția preparatului și a menține

fluxul sanguin în venele sănătoase. Riscurile sunt minime, dar pot apărea efecte secundare precum vânătăi, umflături sau disconfort local.

Deși opțiunile existente de tratament „minim invaziv” pentru varice reprezintă un avantaj considerabil pentru pacienți, alegerea celei mai potrivite tehnici rămâne o provocare. Având în vedere că boala varicoasă nu se manifestă la fel de la un pacient la altul, tratamentul trebuie adaptat fiecărei situații în parte. Prin urmare, este importantă evaluarea beneficiilor și riscurilor fiecărei opțiuni împreună cu pacientul pentru a ajunge la o decizie comună.

10. Ce metode există pentru tratamentul venelor mici vizibile, care fac ca picioarele să arate inestetic?

Venele mici vizibile („steluțele” vasculare) pot fi tratate prin injectarea în ele a unei soluții chimice, ce duce la estomparea sau dispariția lor treptată. O altă opțiune este tratamentul cu laser aplicat pe piele. Acesta determină încălzirea și coagularea sângelui în vena respectivă. Astfel, venele devin mai mici și mai puțin vizibile sau dispar complet. Tratamentul acestor forme ușoare de boala venoasă cronică nu ține de activitatea medicilor chirurghi, de regulă se efectuează ambulator și este considerată o procedură estetică.

11. Ce intervenții pot ajuta în cazul unui ulcer venos la picior?

Tratamentul ulcerului venos este unul complex. Esențială este aplicarea compresiei elastice pentru a reduce din edemul picioarelor. Efectuarea exercițiilor pentru menținerea mobilității în mușchii gambei și scăderea în greutate în cazul obezității sunt de asemenea importante. Unele medicamente pot ajuta la vindecarea mai rapidă a ulcerului. Însă fără identificarea și rezolvarea cauzei ulcerului, metodele enumerate mai sus vor fi insuficiente. Dacă problema principală este disfuncția venelor superficiale, este recomandată ablația sau înlăturarea lor.

**FIȘA STANDARDIZATĂ
pentru auditul medical bazat pe criterii în BV**

Nr	Domenii/Parametrii evaluați	Codificare	
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
3	Sexul pacientului	1	Bărbat
		2	Femeie
4	Mediul de reședință	1	Urban
		2	Rural
		9	Nu se cunoaște
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
		9	Nu se cunoaște
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
8	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA	
10	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
11	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
12	Investigații imagistice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			
13	Prezența bolii venoase cronice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
14	Prezența patologiilor asociate	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
PREGĂTIRE PREOPERATORIE			
15	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1	Nu
		2	Da
16	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ			
17	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1	Nu
		2	Da
18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA	
19	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM	

20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM	
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM	
22	Operația efectuată în mod	Urgent	
		Urgent-amânat	
		Programat	
23	Tipul anesteziei	Generală	
		Spinală	
		Locală	
EXTERNARE ȘI TRATAMENT			
24	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)	
25	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)	
26	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)	
27	Deces în spital	1	Nu
		2	Din cauzele atribuite BV
		3	Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate
		4	Alte cauze neatribuite BV
		9	Nu se cunoaște

9. Să efectuați anumite treburi gospodărești (de exemplu, statul în picioare și deplasarea prin bucătărie; purtarea unui copil în brațe; călcarea rufelor; curățarea podelelor sau ștergerea de praf a mobilei; mici reparații etc.)	1	2	3	4	5
10. Să ieșiți seara, să participați la nunți, petreceri etc.	1	2	3	4	5
11. Să practicați un sport, să faceți un efort fizic semnificativ	1	2	3	4	5

	Problemele la picioare vă pot afecta și starea de spirit . În ce măsură corespund următoarele enunțuri cu ceea ce ați simțit în ultimele patru săptămâni?				
	Deloc	Puțin	Moderat	Mult	Complet
12. M-am simțit nervos(oasă) / tensionat(ă)	1	2	3	4	5
13. Am obosit repede	1	2	3	4	5
14. M-am simțit ca o povară pentru alții	1	2	3	4	5
15. A trebuit să fiu precaut(ă) în permanență	1	2	3	4	5
16. Mi-a fost jenă să îmi expun picioarele	1	2	3	4	5
17. M-am înervat cu ușurință	1	2	3	4	5
18. M-am simțit ca și cum aș fi handicapat(ă)	1	2	3	4	5
19. Mi-a fost greu să mă pun în mișcare dimineața	1	2	3	4	5
20. Nu am avut chef să ies din casă	1	2	3	4	5
<p>Valoarea totală a scorului variază între 20 (impact minimal asupra calității vieții) și 100 de puncte (impact negativ maximal). Se recomandă de calculat așa-numitul Indice Global (<i>Global Index Score</i>), utilizând formulă: $([\text{scorul final} - 20] / 80) \times 100$. Pentru evaluarea modificării scorului în dinamică intervalul între chestionări trebuie să fie mai mare de 4 săptămâni. De menționat că scorul nu a fost validat în cohorta de bolnavi cu ulcere venoase active.</p> <p>Chestionarul a fost elaborat de către prof. R. Launois cu suportul companiei „SERVIER”.</p>					

Chestionarul calității vieții ABC-V (*Assessment of Burden in Chronic – Venous Disease*), versiunea tradusă și validată în limba română (JJ. Guex et al., 2010; D. Casian et al., 2013)

Întrebarea	Nu, nu în cazul meu	Da, în cazul meu, dar cu aceasta nu e greu de trăit	Da, în cazul meu, și cu aceasta este foarte greu de trăit
1. Senzațiile de durere depind de perioada anului	0	1	2
2. Senzațiile de durere se accentuează spre sfârșitul zilei	0	1	2
3. Senzațiile de durere se accentuează în urma șezutului îndelungat sau aflării în picioare un timp îndelungat	0	1	2
4. Senzațiile de durere îmi limitează posibilitățile	0	1	2
5. Din cauza problemelor cu venele nu-mi ajung puteri pentru unele activități	0	1	2
6. Mi-i frică să mă apuc de careva activități din cauza problemelor venoase	0	1	2
7. Îmi este greu să adorm din cauza că găsesc cu dificultate o poziție confortabilă pentru picioare	0	1	2
8. Mă trezesc noaptea din cauza “cârceilor” la nivelul membrelor inferioare	0	1	2
9. Din cauza problemelor venoase îmi vine greu să merg mult timp	0	1	2
10. Din cauza patologiei venoase îmi este greu să urc scările	0	1	2
11. Din cauza patologiei venoase îmi este greu să efectuez un lucru greu (acasă)	0	1	2
12. Din cauza patologiei venoase îmi este greu să merg după cumpărături	0	1	2
13. Din cauza patologiei venoase îmi vine greu să duc greutate	0	1	2
14. Eu îmi limitez odihna activă din cauza problemelor cu picioarele	0	1	2
15. Eu discut mai puțin cu alte persoane din cauza problemelor cu picioarele	0	1	2
16. Viața mea familială a suferit din cauza bolii venoase	0	1	2
17. Relațiile mele cu partenerul au suferit din cauza patologiei venoase	0	1	2
18. Activitatea mea sexuală s-a modificat din cauza boli venoase	0	1	2
19. Boala mea venoasă, semnifică că eu lucrez mai puțin productiv	0	1	2
20. Activitatea mea profesională a suferit din cauza patologiei venoase	0	1	2

21. Câștigul meu financiar s-a micșorat din cauza patologiei venoase	0	1	2
22. Eu am început să cheltui mai mulți bani din cauza bolii venoase	0	1	2
23. Mă simt neprotejat/ă atunci când mă gândesc la patologia mea venoasă	0	1	2
24. Mă simt trist/ă, atunci când mă gândesc la boala meavenoasă	0	1	2
25. Simt, că nimeni nu mă crede, atunci când eu povestesc cuiva despre patologia mea venoasă	0	1	2
26. Simt, că nimeni nu înțelege problema mea, atunci când eupovestesc cuiva despre boala mea venoasă	0	1	2
27. Eu simt o nedreptate, când mă gândesc la patologia meavenoasă	0	1	2
28. Simptomele patologiei venoase mă sperie	0	1	2
29. Simptomele bolii venoase mă îngrijorează	0	1	2
30. Mă simt cu handicap fizic, atunci când mă gândesc la patologia mea venoasă	0	1	2
31. Simt, că corpul meu mă conduce, atunci când mă gândesc la boala mea venoasă	0	1	2
32. Îmi este greu să mă concentrez, atunci când mă gândesc la patologia mea venoasă	0	1	2
33. Atunci când mă gândesc la boala mea venoasă, îmi spun însumi, că stabilirea diagnosticului va ocupa mult timp	0	1	2
34. Atunci când mă gândesc la boala mea venoasă, consider, că în realitate tratamentul nu ajută	0	1	2
35. Când mă gândesc la boala mea venoasă, consider, că medicii nu mă i-au în calcul (nu mă cred) în mod serios	0	1	2
36. Când mă gândesc la boala mea venoasă, consider, că medicii nu sunt în stare să mă ajute în mod real	0	1	2
37. Suferințele psihice, pe care le suport din cauza patologiei venoase:			
Sunt absolut suportabile	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10		Sunt absolut insuportabile
38. Suferințele fizice, pe care le simt din cauza patologiei venoase:			
Sunt absolut suportabile	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10		Sunt absolut insuportabile
39. A trăi cu patologie venoasă:			
Sunt absolut suportabile	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10		Sunt absolut insuportabile

Evaluarea rezultatelor

№ întrebării	Compartimentul apreciat	Metoda de calcul a punctajului
De la 1 până la 4	Senzațiile algice (de durere)	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 8

De la 5 până la 14	Activitatea cotidiană	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 20
De la 15 până la 18	Relațiile familiare și personale	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 8
De la 19 până la 22	Activitatea profesională	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 8
De la 23 până la 32	Dereglările fiziologice	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 20
De la 33 până la 36	Colaborare cu medicul	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 8
De la 37 până la 39	Sumăm punctele conform scării VAS pentru fiecare din cele trei întrebări	

Suma totală minimal posibilă de puncte – **0**, ce corespunde absenței impactului bolii venoase cronice asupra calității vieții pacientului.

Suma maximal posibilă de puncte – **90** ($6 \times 10 + 3 \times 10$), ce corespunde celei mai severe suferințe a pacientului.

Scorul Caprini pentru aprecierea riscului tromboembolismului venos

<p>Fiecare factor de risc = 1 punct</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vârsta 41-60 ani • Intervenția chirurgicală minoră planificată (< 45 min) • Vene varicoase • Boală inflamatorie intestinală • Edeme ale membrelor inferioare • Obezitate (IMC > 25 kg/m²) • Infarctul miocardic acut • Insuficiența cardiacă congestivă • Sepsis (< 1 lună) • Boală pulmonară severă, inclusiv pneumonie (< 1 lună) • Bronhopneumopatie cronică obstructivă • Pacientul cu afecțiune medicală aflat în repaus la pat <p>Fiecare factor de risc = 2 puncte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vârsta 60-74 ani • Intervenția chirurgicală artroscopică • Afecțiune malignă (în prezent sau în antecedente) • Intervenție chirurgicală majoră (>45 min) • Intervenție laparoscopică (> 45min) • Imobilizare la pat (> 72 ore) • Imobilizare gipsată (< 1 lună) • Cateter venos central <p>Fiecare factor de risc = 3 puncte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vârsta peste 75 ani • Tromboza venoasă / embolie pulmonară în antecedente • Istoricul familial de tromboze venoase 	<ul style="list-style-type: none"> • Prezența factorului V Leiden • Tip 20210 de protrombină • Hiperhomocisteinemie • Anticoagulant lupic prezent • Nivelul crescut de anticorpi cardiolipinici • Trombocitopenie indusă de heparină • Alte tipuri congenitale sau dobândite de trombofilie <p>Fiecare factor de risc = 5 puncte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artroplastia articulațiilor mari • Fractură de bazin sau a oaselor membrului inferior (< 1 lună) • Accident vascular cerebral (< 1 lună) • Traumatism multiplu (< 1 lună) • Leziune medulară acută (< 1 lună) <p>Fiecare factor de risc = 1 punct (doar pentru femei)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contraceptive orale sau tratament hormonal de substituție • Sarcină sau lăuzie • În antecedente: naștere de făt mortfără cauză explicabilă, avorturi spontane repetate, naștere prematură însoțită de disgravidiesau hipotrofia fătului <p>Estimarea riscului tromboembolismului venos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-2 puncte – Scăzut • 3-4 puncte – Moderat • 5-8 puncte – Înalt • ≥9 puncte – Maximal
---	---

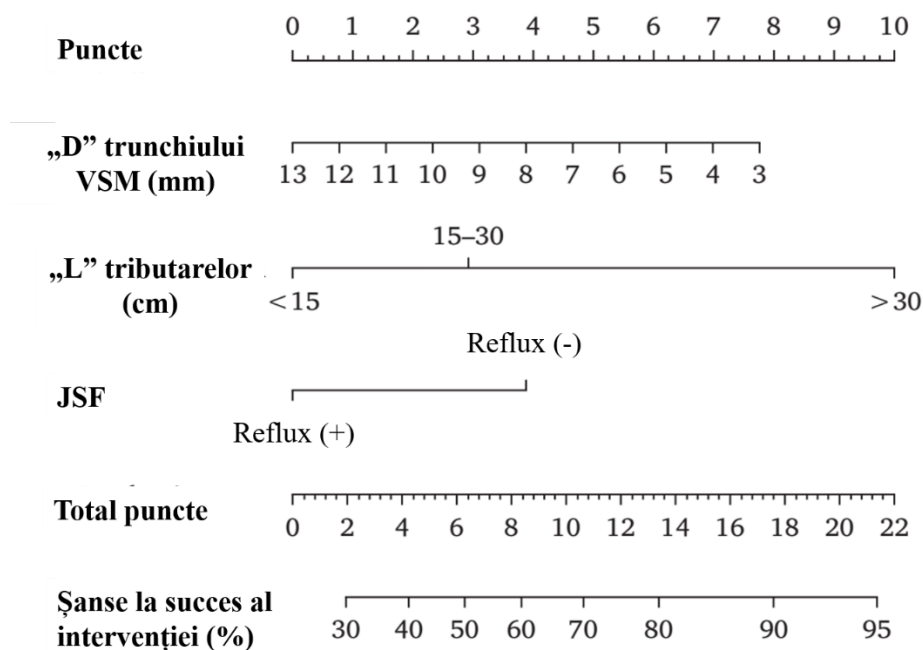
Caprini JA. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism. Am J Surg. 2010 Jan; 199 (1 Suppl): S3-10.

Scorul PREST pentru predicția succesului strategiei ASVAL

Criteriu	Puncte									
	1 segment					2-4 segmente				
Numărul segmentelor VSM cu reflux*	3					0				
Clasa „C” conform CEAP	C2					Mai mult de C2				
	3					0				
Testul de eliminare a refluxului**	Pozitiv					Negativ				
	2					0				
Diametrul VSM (mm)***	<3	3	4	5	6	7	8	9	>9	
	9	8	7	6	5	3	2	1	0	
Total puncte	2	6	8	10	11	12	14			
Probabilitatea restabilirii competenței VSM după ASVAL	1%	10%	30%	50%	70%	80%	90%			
* – VSM este divizată în 4 segmente (2 pe coapsă și 2 pe gambă); ** – dispariția refluxului în trunchiul VSM mai sus de tributara varicoasă după comprimarea digitală a acesteia în timpul examenului USGD; *** – măsurat cu \approx 2 cm mai sus de locul confluenței cu o tributară varicoasă.										

Biemans AA, van den Bos RR, Hollestein LM, et al. The effect of single phlebectomies of a large varicose tributary on great saphenous vein reflux. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2014 Apr;2(2):179-87.

Nomograma pentru predicția succesului strategiei ASVAL



Scheerders ERY, van Klaveren D, Malskat WSJ, van Rijn MJE, van der Velden SK, Nijsten T, van den Bos RR. Development and external validation of a prediction model for patients with varicose veins suitable for isolated ambulatory phlebectomy. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2024 Sep;68(3):387-394.

BIBLIOGRAFIE:

1. Aherne TM, Ryan EJ, Boland MR, McKevitt K, Hassanin A, Tubassam M, Tang TY, Walsh S. Concomitant vs. Staged Treatment of Varicose Tributaries as an Adjunct to Endovenous Ablation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2020 Sep;60(3):430-442. doi: 10.1016/j.ejvs.2020.05.028.
2. Alozai T, Huizing E, Schreve MA, Mooij MC, van Vlijmen CJ, Wisselink W, Ünlü Ç. A systematic review and meta-analysis of treatment modalities for anterior accessory saphenous vein insufficiency. *Phlebology.* 2022 Apr;37(3):165-179. doi: 10.1177/02683555211060998.
3. Bellmunt-Montoya S, Escribano JM, Pantoja Bustillos PE, Tello-Díaz C, Martínez-Zapata MJ. CHIVA method for the treatment of chronic venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Sep 30;9(9):CD009648. doi: 10.1002/14651858.CD009648.pub4.
4. Biemans AA, van den Bos RR, Hollestein LM, Maessen-Visch MB, Vergouwe Y, Neumann HA, de Maeseneer MG, Nijsten T. The effect of single phlebectomies of a large varicose tributary on great saphenous vein reflux. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2014 Apr;2(2):179-87. doi: 10.1016/j.jvsv.2013.11.003.
5. Breu FX, Guggenbichler S, Wollmann JC. 2nd European Consensus Meeting on Foam Sclerotherapy 2006, Tegernsee, Germany. *Vasa.* 2008 Feb;37 Suppl 71:1-29.
6. Bzovii F, Casian D, Culiuc V, Gutu E. Management of Superficial Vein Thrombosis in Patients with Varicose Veins: A Survey among Members of National Surgical Society from Republic of Moldova. *Vasc Specialist Int.* 2020 Jun 30;36(2):105-111. doi: 10.5758/vsi.200021.
7. Caprini JA. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism. *Am J Surg.* 2010 Jan; 199 (1 Suppl): S3-10.
8. Carpentier PH, Poulain C, Fabry R, Chleir F, Guias B, Bettarel-Binon C; Venous Working Group of the Société Française de Médecine Vasculaire. Ascribing leg symptoms to chronic venous disorders: the construction of a diagnostic score. *J Vasc Surg.* 2007 Nov;46(5):991-6.
9. Carroll C, Hummel S, Leaviss J, Ren S, Stevens JW, Cantrell A, Michaels J. Systematic review, network meta-analysis and exploratory cost-effectiveness model of randomized trials of minimally invasive techniques versus surgery for varicose veins. *Br J Surg.* 2014 Aug;101(9):1040-52. doi: 10.1002/bjs.9566.
10. Casian D. Opțiuni chirurgicale în tratamentul maladiei varicoase a membrelor inferioare: Teză de doctor habilitat în științe medicale. 2018. 280 p.
11. Casian D, Bzovii F, Culiuc V, Gutu E. Urgent surgery versus anticoagulation for treatment of superficial vein thrombosis in patients with varicose veins. *Vasa.* 2022 May;51(3):174-181. doi: 10.1024/0301-1526/a001000.
12. Casian D, Gutsu E, Culiuc V. Validation of the Romanian translation of the ABC-V (Assessment of Burden in Chronic Venous Disease) questionnaire. *Chirurgia (Bucur).* 2013 May-Jun;108(3):381-4.
13. Cavezzi A, Labropoulos N, Partsch H, Ricci S, Caggiati A, Myers K, Nicolaidis A, Smith PC. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs--UIP consensus document. Part II. Anatomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006 Mar;31(3):288-99. doi: 10.1016/j.ejvs.2005.07.020.
14. Chastanet S, Pittaluga P. Patterns of reflux in the great saphenous vein system. *Phlebology.* 2013;28 Suppl 1:39-46. doi:10.1177/0268355513477021
15. Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H, Myers K, Nicolaidis A, Cavezzi A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs--UIP consensus document. Part I. Basic principles. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006 Jan;31(1):83-92. doi: 10.1016/j.ejvs.2005.07.019.
16. De Maeseneer MG, Kakkos SK, 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 Feb;63(2):184-267. doi: 10.1016/j.ejvs.2021.12.024.
17. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Apr 18;(2):CD004982. doi: 10.1002/14651858.CD004982.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14;(3):CD004982. doi: 10.1002/14651858.CD004982.pub4.
18. Duffett L, Kearon C, Rodger M, Carrier M. Treatment of Superficial Vein Thrombosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thromb Haemost.* 2019 Mar;119(3):479-489. doi: 10.1055/s-0039-1677793.

19. Eklof B, Perrin M, Delis KT, Rutherford RB, Gloviczki P; American Venous Forum; European Venous Forum; International Union of Phlebology; American College of Phlebology; International Union of Angiology. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg*. 2009 Feb;49(2):498-501.
20. Expert Panels on Interventional Radiology and Vascular Imaging; Rochon PJ, Reghunathan A, Kapoor BS, et al. ACR Appropriateness Criteria® Lower Extremity Chronic Venous Disease. *J Am Coll Radiol*. 2023 Nov;20(11S):S481-S500. doi: 10.1016/j.jacr.2023.08.011.
21. Farah MH, Nayfeh T, Urtecho M, et al. A systematic review supporting the Society for Vascular Surgery, the American Venous Forum, and the American Vein and Lymphatic Society guidelines on the management of varicose veins. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2022 Sep;10(5):1155-1171. doi: 10.1016/j.jvsv.2021.08.011.
22. García-Carpintero E, Carmona M, Chalco-Orrego JP, González-Enríquez J, Imaz-Iglesia I. Systematic review and meta-analysis of endovenous cyanoacrylate adhesive ablation for incompetent saphenous veins. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2020 Mar;8(2):287-296. doi: 10.1016/j.jvsv.2019.09.010.
23. Gibson K, Khilnani N, Schul M, Meissner M; American College of Phlebology Guidelines Committee. American College of Phlebology Guidelines - Treatment of refluxing accessory saphenous veins. *Phlebology*. 2017 Aug;32(7):448-452. doi: 10.1177/0268355516671624.
24. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, et al. The 2022 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part I. Duplex Scanning and Treatment of Superficial Truncal Reflux: Endorsed by the Society for Vascular Medicine and the International Union of Phlebology. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2023 Mar;11(2):231-261.e6. doi: 10.1016/j.jvsv.2022.09.004.
25. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, et al. The 2023 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society clinical practice guidelines for the management of varicose veins of the lower extremities. Part II: Endorsed by the Society of Interventional Radiology and the Society for Vascular Medicine. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2024 Jan;12(1):101670. doi: 10.1016/j.jvsv.2023.08.011.
26. Hassanin A, Aherne TM, Greene G, Boyle E, Egan B, Tierney S, Walsh SR, McHugh S, Aly S. A systematic review and meta-analysis of comparative studies comparing nonthermal versus thermal endovenous ablation in superficial venous incompetence. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2019 Nov;7(6):902-913.e3. doi: 10.1016/j.jvsv.2019.06.009.
27. Kabnick LS, Sadek M, Bjarnason H, Coleman DM, Dillavou ED, Hingorani AP, Lal BK, Lawrence PF, Malgor RD, Puggioni A. Classification and treatment of endothermal heat-induced thrombosis: Recommendations from the American Venous Forum and the Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2021 Jan;9(1):6-22. doi: 10.1016/j.jvsv.2020.06.008.
28. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). *Qual Life Res*. 1996;5:539-554.
29. Lee BB, Nicolaidis AN, Myers K, Meissner M, Kalodiki E, Allegra C, et al. Venous hemodynamic changes in lower limb venous disease: the UIP consensus according to scientific evidence. *Int Angiol*. 2016 Jun;35(3):236-352.
30. Lurie F, Passman M, Meisner M, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2020 May;8(3):342-352. doi: 10.1016/j.jvsv.2019.12.075.
31. Martinez-Zapata MJ, Vernooij RW, Simancas-Racines D, Uriona Tuma SM, Stein AT, Moreno Carriles RMM, Vargas E, Bonfill Cosp X. Phlebotonics for venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Nov 3;11(11):CD003229. doi: 10.1002/14651858.CD003229.pub4.
32. Masuda E, Ozsvath K, Vossler J, et al. The 2020 appropriate use criteria for chronic lower extremity venous disease of the American Venous Forum, the Society for Vascular Surgery, the American Vein and Lymphatic Society, and the Society of Interventional Radiology. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2020 Jul;8(4):505-525.e4. doi: 10.1016/j.jvsv.2020.02.001.
33. Moreira H, Sousa J, Mansilha A. Chemothromboprophylaxis in varicose vein surgery: a systematic review. *Int Angiol*. 2022 Aug;41(4):346-355. doi: 10.23736/S0392-9590.22.04908-2.

34. Nou Howaldt M, Diard A, Courtois MC, Mestre S, Guillaumat J; Wound and Healing Group of the French Society of Vascular Medicine. Diagnostic assessment for venous leg ulcers: Recommendations from the Wounds and Healing working group of the French Society of Vascular Medicine. *Vasc Dis (Paris)*. 2025 Aug;50(3-4):127-132. doi: 10.1016/j.vasdi.2025.04.001.
35. O'Donnell TF Jr, Passman MA, Marston WA, et al. Management of venous leg ulcers: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*. 2014 Aug;60(2 Suppl):3S-59S. doi: 10.1016/j.jvs.2014.04.049.
36. Rabe E, Breu FX, Cavezzi A, Coleridge Smith P, Frullini A, Gillet JL, Guex JJ, Hamel-Desnos C, Kern P, Partsch B, Ramelet AA, Tessari L, Pannier F; Guideline Group. European guidelines for sclerotherapy in chronic venous disorders. *Phlebology*. 2014 Jul;29(6):338-54. doi: 10.1177/0268355513483280.
37. Scheerders ERY, van Klaveren D, Malskat WSJ, van Rijn MJE, van der Velden SK, Nijsten T, et al. Development and External Validation of a Prediction Model for Patients with Varicose Veins Suitable for Isolated Ambulatory Phlebectomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2024 Sep;68(3):387-394. doi: 10.1016/j.ejvs.2024.05.001.
38. Sun CR, Liu MY, Ni QH, Cai F, Tang F, Yu ZY, Zhang JB, Zhang L, Zhang WW, Li CM. Clinical Guidelines on Compression Therapy in Venous Diseases. *Ann Vasc Surg*. 2025 Jan;110(Pt B):183-203. doi: 10.1016/j.avsg.2024.07.083.
39. van der Velden SK, van den Bos RR, Pichot O, Nijsten T, De Maeseneer M. Towards an individualized management strategy for patients with chronic venous disease: Results of a Delphi consensus. *Phlebology*. 2018 Aug;33(7):492-499. doi: 10.1177/0268355517719357.
40. Vasquez MA, Rabe E, McLafferty RB, Shortell CK, Marston WA, Gillespie D, et al.; American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. 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 Nov ;52(5):1387-96.
41. Whing J, Nandhra S, Nesbitt C, Stansby G. Interventions for great saphenous vein incompetence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Aug 11;8(8):CD005624. doi: 10.1002/14651858.CD005624.pub4.