Managementul bolii varicoase într-un cabinet de medicina familiei

Management of the varicose disease in a family medicine consulting room

Prof. Dr. Afilon JOMPAN

Disciplina de Medicina Familiei, Facultatea de Medicină, Universitatea de Vest „Vasile Goldiş", Arad

REZUMAT

Patologia crescută a bolii varicoase la populaţia adultă implică din partea medicului de familie activităţi complexe de depistare şi ierarhizare a factorilor de risc, urmată de acţiuni de prevenţie primară. Depistarea uşoară, precoce implică modalităţi de tratament non-farmacologic, iar în cazul asocierii unor complicaţii colaborarea cu specialistul flebolog este absolut necesară. Studiul analizează un număr de 1.878 persoane adulte de peste 30 de ani, la care se înregistrează o prevalenţă a bolii varicoase de 16,99%.

Cuvinte cheie: varice, prevalenţă, prevenţie, tratament

ABSTRACT

Increased pathology of varicose disease in adult population involves complex activities for the detection and ranking of risk factors followed by primary prevention actions on behalf of the family physician. Easy and early detection implies non-pharmacological treatment methods and in case of some complications association, collaboration with the vein specialist is absolutely necessary. The study analyses a number of 1,878 adult people of over 30 years old who record a varicose disease prevalence of 16,99%.

Keywords: varicose veins, prevalence, prevention, treatment

1. MOTIVAȚIA LUCRĂRII

Morbitatea şi prevalenţa crescută a patologiei venoase la populaţia adultă constituie premisa necesităţii descoperii precoce a acestor afecţiuni şi instituirea unor măsuri de monitorizare şi de tratament adecvate.

Cunoaşterea factorilor de risc implicaţi în apariţia varicelor şi în evoluţia lor spre complicaţii impune pentru asistenţa primară orientarea spre activităţi de prevenţie primară.

Complicaţiile sunt frecvente:

- boli trombembolice, frecvent recurente, cu evoluţie adesea severă şi sindrom post tromboflebitic;
- ulcerul cronic de gambă, ulceraţii cutanate aproape de gleznă şi suprainfecţii locale;
- edem discret iniţial ce poate evolua spre edem cronic;
- pigmentare tegumentară, dermatite;
- insuficienţă venoasă cronică;
- hemoragii prin ruperea varicozităţilor (rare) în special hemoroidale sau hemoragii peteşiale.

Complicaţiile impun monitorizarea acestei patologii şi o permanentă colaborare cu specialistul flebolog pentru a scădea evoluţia varicelor spre aceste complicaţii.

Prevenirea apariţiei varicelor la persoanele cu risc, precum şi a evoluţiei lor spre complicaţii

Adresă de corespondenţă:

Prof. Dr. Afilon Jompan, Facultatea de Medicină, Universitatea de Vest „Vasile Goldiş", Str. Liviu Rebreanu nr. 86, Arad, jud. Arad, România

la persoanele cu varice înseamnă număr mai redus de zile de spitalizare, economie în sistemul de sănătate, o creştere a calităţii vieţii şi evitarea impactului psihologic pe care apariţia varicelor îl are în special la populaţia feminină legată de aspectul estetic, nici simptomele supărătoare nu sunt de neglijat.

- durere surdă sau senzaţie de presiune la nivelul picioarelor după ortostatism prelungit, ce cedează la repausul cu picioarele în clinostatism sau uşor ridicate;
- senzaţie de picioare grele, „de plumb", oboseală;
- prezenţa unor vene superficiale, dilatate, sinuoase cu aspect dizgraţios.

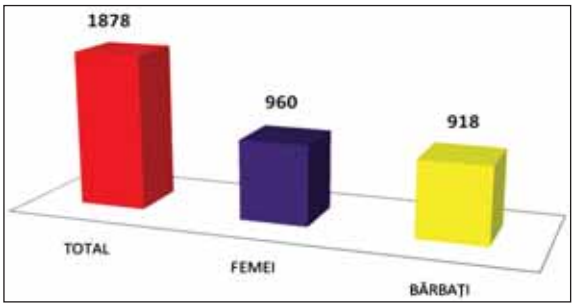
2. METODOLOGIA LUCRĂRII

S-au folosit datele existente la nivelul asistenţei medicale primare, dar şi investigaţii ţintite în scopul depistării precoce a acestei afecţiuni, precum şi un chestionar legat de AHC, antecedente personale fiziologice şi patologice, activitate fizică sau sedentară, profesie, tratamente efectuate, număr de naşteri.

Examenul clinic complex a fost completat cu investigaţii paraclinice menite a scoate în evidenţă şi asocierea cu factori de risc cardiovasculari.

Împărţirea populaţiei pe grupuri profesionale sau pe felul de activităţi a vrut să reliefeze importanţa unor factori de risc ce ţin de profesie, de lipsa unei activităţi fizice regulate, de imobilizarea la pat sau în locuinţă.

3. LOTUL DE STUDIU

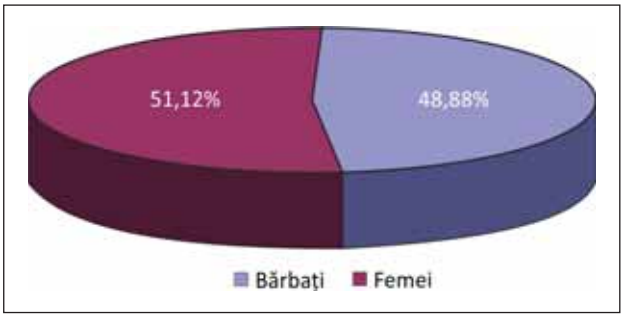


GRAFICUL 1. *Distribuţia populaţiei lotului ca număr de persoane*

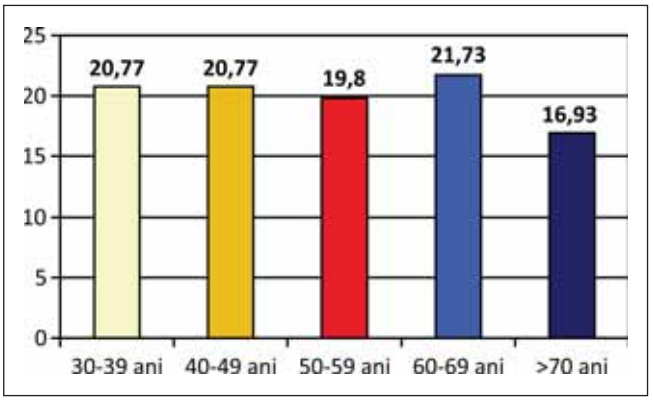
A cuprins 1.878 de persoane, cu vârsta de peste 30 de ani, din care 960 au fost femei şi 918 bărbaţi (Graficul 1).

Distribuţia populaţiei pe grupe de vârstă evidenţiază loturi omogene (Graficele 3-6).

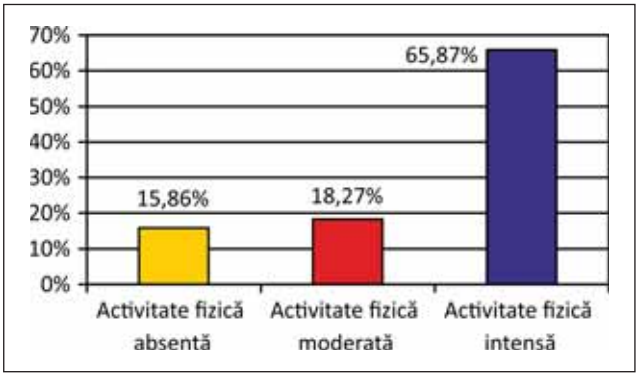
Se remarcă o prevalenţă crescută (dublă) la femei a persoanelor sedentare precum şi o prevalenţă dublă a persoanelor cu activitate moderată şi nu zilnică (sau cel puţin 5 zile pe săptămână).



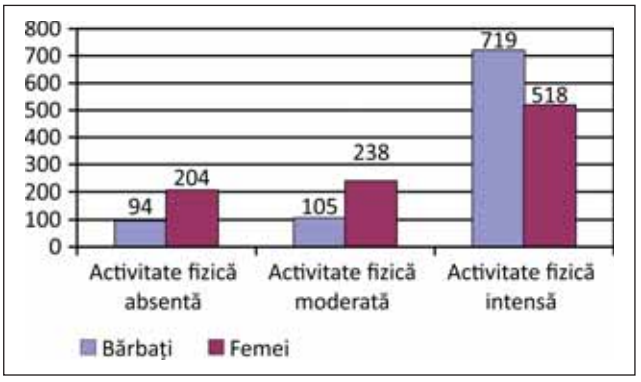
GRAFICUL 2. *Distribuţia procentuală a populaţiei pe sexe*



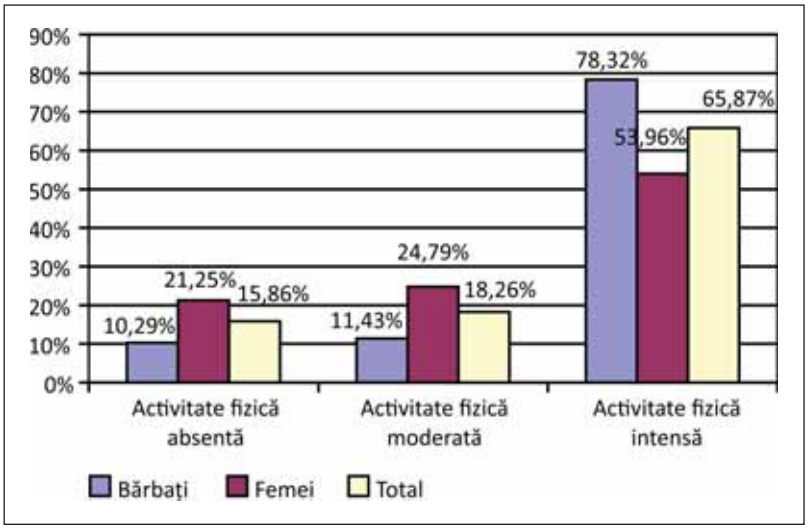
GRAFICUL 3. *Distribuţia lotului ca prevalenţă pe grupe de vârstă*



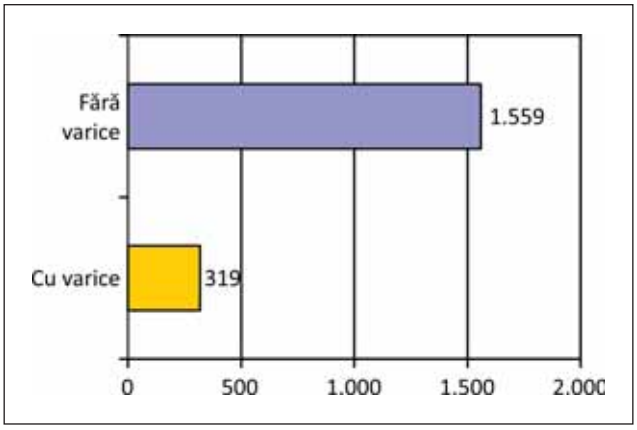
GRAFICUL 4. *Distribuţia per total a persoanelor în funcţie de activitatea fizică*



GRAFICUL 5. *Distribuţia populaţiei ca număr de persoane în funcţie de activitatea fizică şi sex*



GRAFICUL 6. *Prevalența populației lotului în funcție de activitatea fizică per total şi sexe*

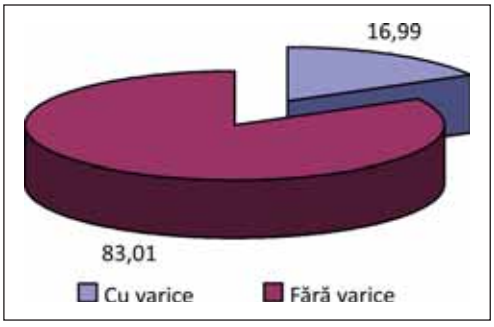


GRAFICUL 7. *Numărul de persoane din lot ce prezintă varice*

4. REZULTATELE CERCETĂRII POPULAȚIONALE

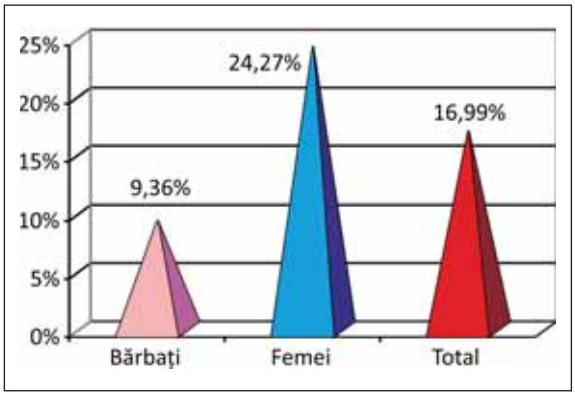
Boala varicoasă se înregistrează la un număr de 319 persoane (Graficul 7).

Ca prevalență, se înregistrează un procent de 16,99% (Graficul 8).



GRAFICUL 8. *Prevalența bolii varicoase în rândul populației studiate*

Remarcăm o prevalență crescută a bolii varicoase în rândul populației din lotul cercetat (Graficul 9).



GRAFICUL 9. *Prevalența bolii varicoase per total lot şi sexe*

Remarcăm o prevalență semnificativ mai crescută (de 2,5 ori mai mare) la femei (24,27%) față de bărbați (9,36%) (Graficul 10).

Prevalența bolii varicoase în funcție de nivelul de activitate fizică înregistrează valori concludente, mult crescute la populația sedentară (Graficul 11).

În raport cu grupele de vârstă, remarcăm, de asemenea, creşteri importante odată cu vârsta (Graficul 12).

Analizând asocierea între excesul ponderal şi prevalența varicelor, am remarcat că la nivelul lotului studiat distribuția populației în fucție de indicele de masă corporală (IMC) este următoarea: prevalența varicelor la populația cu exces ponderal creşte excesiv (24,28%), iar, diferențiat, proporțional cu indicele de masă cor-

porală (la hiperponderali 18,60%, iar la obezi valori duble 35,96%) (Graficul 13).

Prevalența hipertensiunii arteriale la pacienții cu boală varicoasă este, de asemenea, mai crescută (Graficul 14).

Prevalența varicelor la populația lotului şi la hipertensivi denotă însă un aspect mai caracteristic prin prevalențe semnificativ mai crescute (Graficul 15).

Valorile prevalenței hipercolesteromiei >240 mg% patologice comparativ la cele două loturi prezintă valori semnificativ mai mari la populația cu varice (Graficul 16).

Prevalența hipercolesteromiei de risc (200-239,9 mg%) implică diferențe şi mai mari (Graficul 17).

Activitatea zilnică cu ortostatism prelungit implică un risc demonstrat (Graficul 18).

O prevalență mai crescută se înregistrează în funcție de prezența sau absența antecedentelor familiare de varice la rudele de gr. I. Remarcăm că prevalența bolii varicoase este influențată de prezența unor factori de risc, cu modificări ale prevalenței față de lot (Graficul 19).

Prevalența de boală varicoasă creşte semnificativ la multipare, sarcina constituind un risc de boală varicoasă.

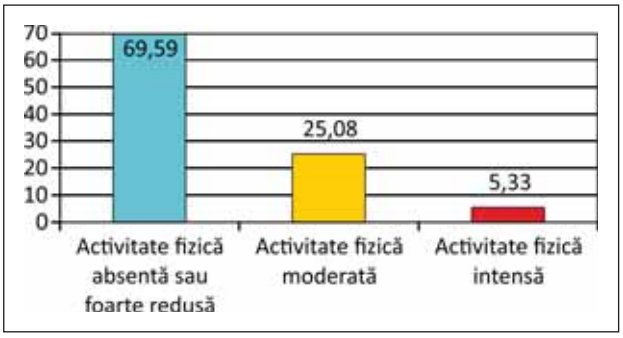
5. CONCLUZII

Prevalența bolii varicoase la populația lotului înregistrează 16,99%.

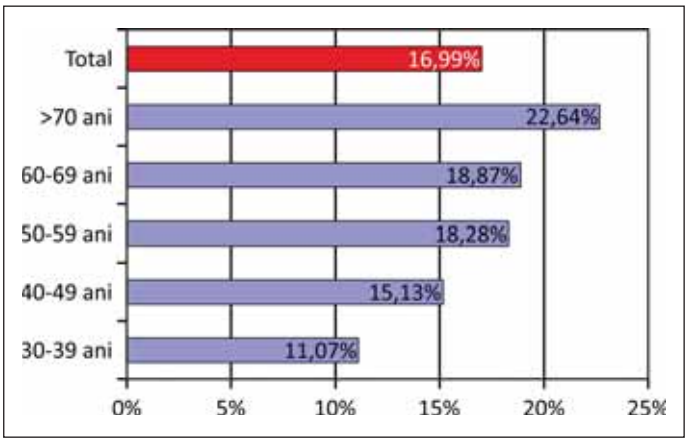
Prevalența varicelor este semnificativ mai crescută la femei (24,77%) față de bărbați (9,36%).

Sedentarismul, imobilizarea la pat sau la domiciliu cresc această prevalență la 56,71%.

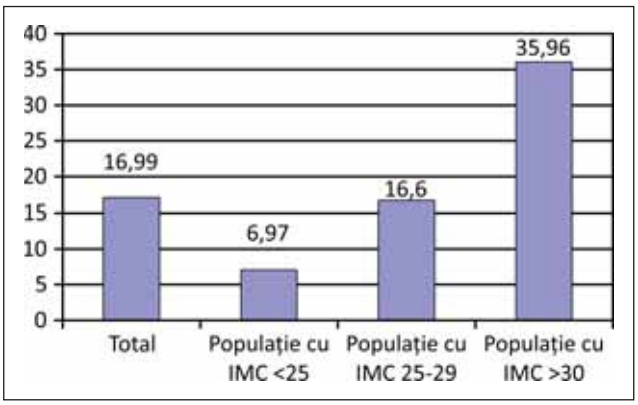
- Vârsta constituie un factor de risc nemodificabil, atingând la grupele de vârstă mai mari de 70 de ani o prevalență a varicelor de 22,64%.
- Excesul ponderal – obezitatea constituie, de asemenea, un factor risc important ce creşte riscul odată cu creşterea IMC; la obezi prevalența atinge 35,96%.
- HTA nu influențează semnificativ prevalența bolii varicoase, dar varicele sunt mai frecvente la hipertensivi.
- Hipercolesteromia este mai ridicată la persoanele ce prezintă varice 15,36% față de cele fără varice 10,71%.
- Hipercolesteromia patologică (≥240 mg%) este semnificativ mai crescută la cei cu varice (35,10%) față de cei fără varice (19,39%) ca prevalență.
- Ortostatismul prelungit, activitatea statică sau pe scaun creşte prevalența la 67,08% față de cei cu activități mobile 9,41%.



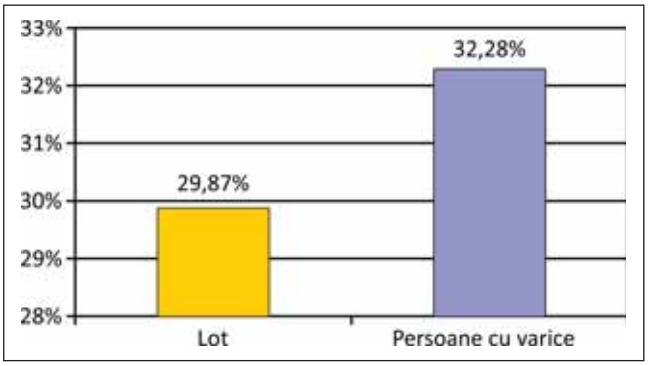
GRAFICUL 10. *Prevalența bolii varicoase în funcție de nivelul activității fizice desfăşurate*



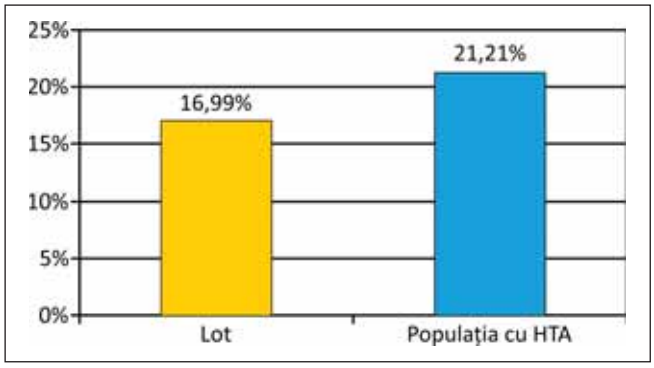
GRAFICUL 11. *Prevalența bolii varicoase pe grupe de vârstă şi total*



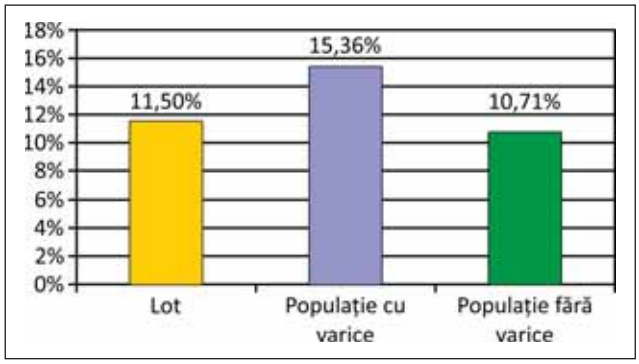
GRAFICUL 12. *Prevalența bolii varicoase pe lot şi pe grupe de IMC*



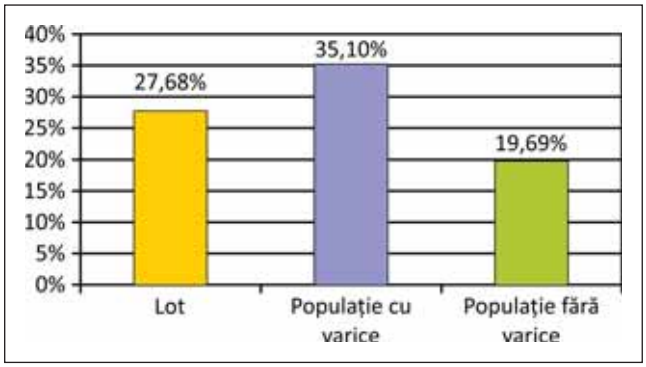
GRAFICUL 13. *Prevalența comparativă a hipertensiunii arteriale la pacienții lotului şi la pacienții cu varice*



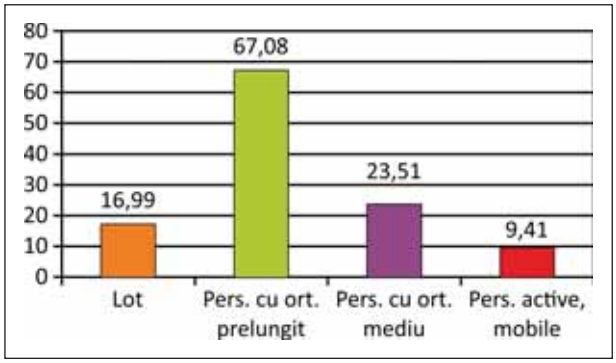
GRAFICUL 14. *Prevalența bolii varicoase la populația lotului şi la hipertensivi*



GRAFICUL 15. *Prevalența hipercolesteromiei patologice la populația celor trei loturi*



GRAFICUL 16. *Prevalența hipercolesteromiei de risc la populația cu varice şi la populația fără varice*



GRAFICUL 17. *Prevalența bolii varicoase la populația cu activități prelungite în ortostatism şi fără*

- Antecedentele familiale sunt un factor de risc nemodificabil, dar de luat în seamă în activitățile de prevenție primară (AHC prezente înregistrează 75,88%, față de cele absente, cu prevalență de 10,49%).
- Sarcina constituie un factor de risc; dacă la femei prevalența varicelor atinge 24,27% (de 2,5 ori mai mare decât la bărbați), la femeile cu > de o sarcină prevalența creşte la 52,46%.

MANAGEMENTUL PREVENȚIEI PRIMARE

A. În activitatea de prevenție primară:

- Implică din partea medicului de familie o bună cunoaştere a pacienților şi a factorilor de risc implicați şi apariția şi evoluția spre complicații.
- Factorul familial, antecedentele familiale sunt deosebit de importante pentru a selecta persoanele cu predispoziție de a face boala. Nu se poate acționa asupra factorului familial, genetic, dar cunoscând predispoziția, celelalte măsuri de prevenție adresate factorilor de risc modificabili intră în prim plan.
- Ostostatismul prelungit sau poziția şezândă în programul de muncă necesită din partea medicului de comunitate, a medicului de familie un program de educație medicală şi explicarea necesității ca periodic să facă plimbări scurte, eventual pauze cu poziții adecvate unei bune circulații venoase (profesiuni expuse: stomatologi, cosmeticieni, frizeri, textiliste).
- Sedentarismul necesită a fi combătut printr-un program de activități fizice compesatorii, jocuri sportive (natație, ciclism, alergări sau simple plimbări)
- Excesul ponderal, în special obezitatea ca factor de risc important, necesită un program complex cu regim dietetic, redus caloric cu activități fizice şi tratament medicamentos. Controlul indicelui de masă corporală (IMC) e absolut necesar să fie monitorizat şi ținut la valori acceptabile, iar obezitatea morbidă (IMC ≥ 40 kg/m2) necesită chiar indicații chirurgicale.
- Dispensarizarea femeii gravide şi supravegherea stării de sănătate şi a măsurilor profilactice ce se impun la fiecare sarcină.
- Recomandarea măsurilor de contenție cu o fașă elastică sau ciorapi elastici cu compresie diferențiată uşoară (12-17 mmHg) sau compresie diferențiată medie (18-22 mmHg) sau

cu compresie diferenţiată puternică (23-32 mmHg).
- Hidratare optimă.
- Evitarea abuzului de diuretice.
- Evitarea cordoanelor sau hainelor prea strânse.
- Evitarea încălzirii locuinţei prin podea.
- Evitarea contracepţiei estrogen progestative.
- Tratament antiagregant plachetar (în unele cazuri e indicat).
- Controlul hematocritului şi fibrinogenului la persoanele cu risc trombembolic.
- Tratament venotrop peventiv la grupele populaţionale cu risc poate fi benefic.

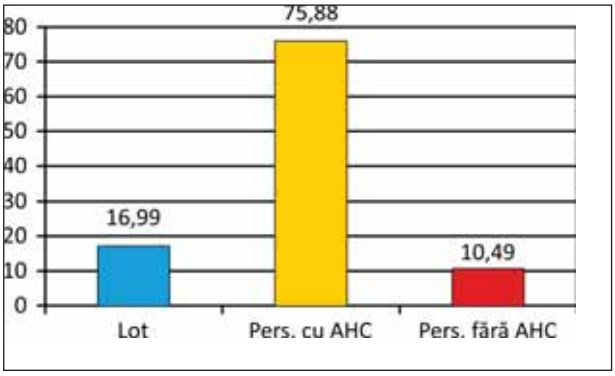
B. Prevenţia secundară – depistarea precoce a bolii varicoase şi tratamentul adecvat spre a opri evoluţia spre complicaţii

Tratamentul necesită măsurile de prevenţie primară respectate şi educaţia pacientului.

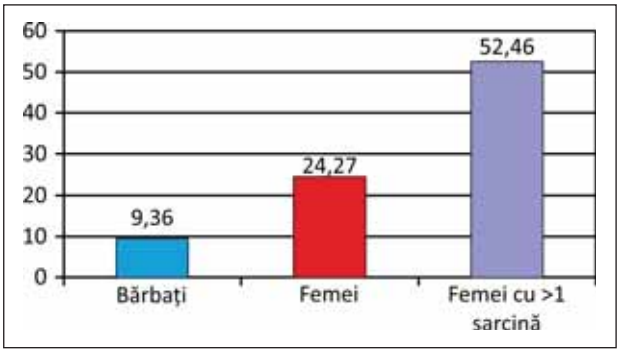
Tratamentul medicamentos

A. Tratamentul venotrop (puţin eficient) şi antiedematos cu o multitudine de preparate per os, injectabile sau unguente locale:

a. Diosminum (Revada) 600 mg, 1 cpr/zi înainte de micul dejun. Biflavonid şi vasculoprotector, reduce staza venoasă, distensibilitatea şi permeabilitatea capilară, creşte rezistenţa capilară. Ind: simpt. insuf. venolimfatică, criza hemoroidală (2-3 cpr/zi în timpul meselor).
b. Troxirutinum (Troxevasin, Troxsal, Troxerutin, Venoruton) venotrop ce protejează peretele venelor şi capilarelor de atacul oxidativ al celulelor de sânge activate. Medicaţia simptomatică în boala venoasă. Doza: cps 300 mg 2-3/zi iniţial, de întreţinere şi tratament local gel 2%, 2x/zi 2-3 săpt.
c. Detralex (Diosmina 450 mg şi hesperidină 50 mg) Ind. în insuficienţa veno-limfatică, tratăm simpt. Doza 2x1 cpr/zi în timpul meselor prânz şi seara (în criza hem 6 cps/zi 4 zile, 4 cps/zi 3 zile).
d. Ginkor Fort (extract de ginkgo biloba 14 mg + troxerutin 300 mg + heptaminol clorhidrat 300 mg) Ind: insuf. venolimfatică, criza hemoroidală. Act: vasodilatator, antiagregant, antiinflamator, creşte întoarcerea venoasă. Doza: cps 2x1/zi în insuf. venoasă, în criza hemoroidală 4 cps/zi 5 zile, apoi 2x1/zi 5 zile.
e. Cyclo 3 Fort (extr. Ruscus aculeatus 150 mg + Hesperidin 150 mg + Ac. Ascorbic 100 mg) cps. 2-3/zi în timpul meselor. Ind. în afecţ. venoase, crize hemoroidale.



GRAFICUL 18. *Prevalenţa varicelor în funcţie de AHC cu prezenţa varicelor la rudele de gr. I*



GRAFICUL 19. *Prevalenţa varicelor la femeile cu > 1 sarcină*

f. Reparil (drajee cu escina 20 mg, gel) Acţ: vasculoprotector, creşte rezistenţa vasculară, scade permeabilitatea capilară. Ind: af. inflamatorii post traumatice. Doza 3x1/zi.
g. Vessel Due (heparinoid) – sol. inj. 600 uls/2 ml şi cps. moi 250 uls. (heparinoid alcătuit din heparina cu masă moleculară mică şi dermaton sulfat cu acţiune antitrombotică şi hipolipemiantă. Ind. în patologia venoasă cu risc crescut de tromboză. Doză: 1 f/zi iv sau im 15-20 de zile, apoi se continuă cu cps 2x1/zi 30 de zile, se repetă de 2x/an (la 6 luni).
h. Rutinoscorbin (Rutin 25 mg+ Ac. ascorbic 100 mg). Ind: protector vascular, creşte rezistenţa capilarelor 1-2 cpr/zi.

Heparine sau heparinoizi de **uz topic**:
- Antiflebitic MK (cremă, gel) cremă 25.000 UI heparină sodică, 1 g diclofenac sodic, 50.000 heparină sodică + 1 gr diclofenac sodic. Ind: varice, tromboflebite, tromboze superficiale, flebite;
- Hepathrombin (30.000, 50.000): heparină + alantoidă + dexapantenol 30/50.000 UI + 250/300 mg + 250/400 mg;
- Markoton gel: heparină sodică 100.000 UI + dexpantenol 50 mg. Ind: afecţ. trombotice superficiale, sindr. varicos şi complicaţii, ulcer varicos, profilaxie. Local 2-3x/zi

Alte măsuri:

- evitarea abuzului de diuretice;
- tratament antiplachetar în cazul evoluției spre complicații tromboembolice;
- controlul hematocritului şi fibrinogenului la persoanele cu risc tromboembolic;
- hidratare optimă;
- cure termale (crenoterapie);
- sclerozarea varicelor cu agenți chimici;
- sclerozarea varicelor cu agenți fizici – laser.

C. Tratamentul chirurgical (recomandat de chirurgul flebolog) cu tehnicile adecvate.

BIBLIOGRAFIE

1. **Balzer K.** – Chronic Venous Insufficiency. In: Liapidis C. (ed.). European Manual of Medicine: Vascular Surgery. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2007, 539-550
2. **Bergan J.J., Schmid-Schonbein G., Colleridge-Smith P. et al.** – Chronic venous disease. *N Engl J Med* 2006; 355: 488-498
3. **Brunicardi C.F.** – Schwartz's Principles of Surgery, 9th ed. The McGraw-Hill Companies Inc, 2010
4. **Bucur G.** – Flebologie practică (medicală şi dermatologică).Varicele simple, vol. I. Bucureşti: Infomedica, 2003
5. **Campbell W.B., Decaluwe H., Boecxstaens V.** – The symptoms of varicose veins: difficult to determine and difficult to study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 34:741-744
6. **Candea V.** – Chirurgie vasculară. Bolile venelor şi limfaticelor. Bucureşti: Ed. Tehnică, 2001
7. **Chiesa R., Marone E.M., Limoni C. et al.** – Chronic venous disorders: Correlation between visible signs, symptoms, and presence of functional disease. *J Vasc Surg* 2007; 46: 322-330
8. **Chiesa R., Marone E.M., Limoni C. et al.** – Chronic Venous Insufficiency in Italy: the 24-Cities Cohort Study. *Eur J Vasc Endovasc* Surg 2005; 30: 422-429
9. **Greenberg J.I., Angle N., Bergan J.** – The anatomy, epidemiology, and pathophysiology of venous disease. In: Heuser R. (ed.). Textbook of Peripheral Vascular Interventions, 2nd ed. London: Informa UK Ltd, 2008, 829-834
10. **Harrison** – Principiile medicinei interne, Ed. a 14-a, Teora, Bucureşti
11. **Jompan A.** – Medicina familiei, ed. a VII-a, Eurostampa, Timişoara, 2012
12. **Jompan A.** – Manager, lider şi indici ai stării de sănătate, Ed. Eurostampa, Timişoara, 2011
13. **Jompan A.** – Pacientul bolnav în medicina familiei, Ed. Eurostampa, Timişoara, 2014
14. **Karila L. (red.)** – Le book des ECN, Ed. Med. Univ. „Iuliu Hațieganu", Cluj, 2011
15. **Matei D.** – Esențialul în medicina familiei, Ed. Med. Amaltea, Bucureşti, 2010
16. **Metcalfe M., Baker D.** – Varicose veins. Surgery 2007; 26(1): 4-7
17. **Restian A.** – Bazele medicinei de familie, Ed. Medicală, Bucureşti, Vol. I, II, III
18. **van Rij A.M., de Alwis C.S., Jiang P.** – Obesity and impaired venous function. Eur J Vasc Endovasc Surg 2008; 35: 739-744