



TROMBOZA VENOASĂ PROFUNDĂ ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA POST-PARTUM

Marcel Sochircă¹, Evghenii Guțu², Igor Donțu³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală - Semiologie nr. 3, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală - Semiologie nr. 3, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

³ IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, medic imagist-sonografist

Cuvinte-cheie: tromboză venoasă profundă, sarcină, perioadă post-partum

Introducere

Tromboza venoasă profundă (TVP) a membrelor inferioare dezvoltată pe parcursul sarcinii sau post-partum are o incidență de 1,72 cazuri la 1000 de nașteri, reprezentând un factor important ce sporește morbiditatea și mortalitatea maternă. TVP este o manifestare a tromboembolismului venos (TEV) care poate duce la o complicație acută și severă – embolia pulmonară (EP). Sarcina este o stare fiziologică hipercoagulantă în care TEV determină un risc crescut de morbiditate și mortalitate maternă, cu 13,5% de decese în țările dezvoltate și 3,2% la nivel mondial. În 2/3 din cazuri, TVP prezintă o distribuție relativ egală în toate cele trei trimestre de sarcină, în timp ce EP apare în 60% din cazuri post-partum, fiind cea mai importantă complicație a TVP în 10% din cazuri și a șaptea cauză de mortalitate maternă (9%). Creșterea riscului de a dezvolta TVP în timpul sarcinii poate fi influențată de modificări ale nivelurilor hormonale și ale compoziției sângelui care influențează coagularea, precum și scăderea fluxului sanguin în membrele inferioare din cauza presiunii exercitate de făt asupra venelor. În timpul nașterii, fie pe cale naturală, fie prin cezariană, se pot produce leziuni ale venelor, la fel și inactivitatea lăuzelor având un rol important în acest context.

Scopul

Analiza particularităților clinice, imagistice și evolutive ale TVP survenite în timpul sarcinii sau lăuziei, pentru elucidarea importanței lor în managementul acestei afecțiuni. În cadrul studiului, au fost examinați factorii de risc pentru dezvoltarea TVP în timpul sarcinii, complicațiile asociate, strategiile de management, precum și rolul tratamentului anticoagulant în TVP în sarcină și în perioada post-partum.

Materiale și metode

Studiul a inclus 24 de paciente cu TVP confirmată prin examenul Duplex scanare. În toate cazurile, a fost inițiată o medicație anticoagulantă în asociere cu compresia elastică. În situațiile în care examenul imagistic primar a fost dificil sau atunci când manifestările clinice s-au agravat pe fundalul tratamentului, Duplex scanarea s-a repetat la intervale de 3-5 zile.

Rezultate

Vârsta medie a pacientelor a fost de 30,4 ani. TVP a fost depistată la primipare în 8 cazuri, pe durata celei de-a doua sarcini – în 11 sarcini, la gravidele cu a treia sarcină – în 4 cazuri, iar într-un caz – pe durata celei de-a patra sarcini. Trei paciente (12,5%) aveau antecedente de TVP. Tromboza a survenit în primul trimestru al gestației la 4 (16,6%) paciente, în al doilea la 5 (20,83%), în al treilea trimestru la 9 (37,5%) și post-partum la 6 (25%). Afectarea extremității stângi s-a înregistrat în 18 (75%) cazuri. Localizarea TVP: vv. tibiale – 5 cazuri, v. poplitee – 3, v. femurală – 2, v. femurală comună – 2, vv. iliace – 10, v. cavă inferioară – 2 cazuri. Duplex scanarea repetată a evidențiat progresia trombozei spre segmentul anatomic venos proximal (n=3; 12,3%) sau extinderea în sens descendent (n=2; 8,3%). În lotul de cercetare, tromboza flotantă a fost observată la 4 (16,6%) paciente aflate în al treilea trimestru de sarcină, la o gravidă (4,16%) – în al doilea trimestru de gestație și la 2 (8,3%) lăuze, ambele traversând perioada de lăuzie tardivă. În 2/3 din cazuri, tromboza a survenit la nivelul extremității inferioare stângi. Riscul de tromboză venoasă este de 5-6 ori mai mare la femeile însărcinate decât la cele care nu sunt gravide de aceeași vârstă. Chiar și în timpul sarcinii fiziologice, în special în al treilea trimestru, se dezvoltă o stare de hipercoagulare, care este asociată cu o creștere de aproximativ 200% a factorilor de coagulare I, II, VIII, IX, X în combinație cu o scădere a activității fibrinolitice și a celei de anticoagulare naturală (antitrombină III, proteina S). Starea fiziologică hipercoagulantă la gravide implică o

abordare diferită a TVP față de celelalte femei. Totodată, în al treilea trimestru al sarcinii, viteza fluxului sanguin în venele membrelor inferioare este redusă la jumătate. Acest lucru se datorează obstrucției mecanice a fluxului venos de către uterul gravid și scăderii tonusului venos, determinate de modificările hormonale din organism în timpul sarcinii. În același timp, diagnosticul precoce și includerea acestor paciente în anumite grupuri de risc determină scăderea riscului de dezvoltare a emboliei pulmonare acute în timpul nașterii sau post-partum. USG de compresie și examenul Doppler permit localizarea precisă a trombului și evaluarea gradului de obstrucție a vasului, iar în asocierie cu testarea D-dimerilor este posibilă stratificarea riscului și determinarea grupului pentru profilaxia anticoagulantă.

Concluzii

TVP se poate dezvolta în orice trimestru al sarcinii, precum și în perioada post-partum, având tendința de a se localiza inițial mai frecvent în regiunea iliacă sau tibială și cu potențial de progresare chiar și pe fundalul anticoagulării inițiale adecvate. Evaluarea continuă a factorilor de risc pentru TVP, atât înainte și în timpul sarcinii, cât și după aceasta, influențează considerabil rata de apariție a bolii. Tratamentul conservator rămâne opțiunea de elecție pentru managementul TVP în timpul sarcinii.