

Clinica chirurgicală nr. II și Chirurgia cardiovasculară din Tirgu Mureș  
cond.: prof. dr. I. Pop D. Popa, doctor în medicină, membru corespondent  
al Academiei de științe medicale)

### FORME RARE ALE OBLITERĂRII VENOASE

dr. I. Pop D. Popa, dr. T. Georgescu, dr. C. Pană, dr. Rodica Georgescu

Procesul de obliterare venoasă poate fi localizat în orice segment venos. El interesează însă de predilecție membrele și în special pe cele inferioare. Când procesul flebitic este cantonat pe alte rețele venoase, realizează formele particulare ale obliterării venoase.

În acest cadru nosologic au fost incluse de noi 3 din varietățile rare de obliterare venoasă. Particularitatea acestora constă în localizarea și evoluția neobișnuită.

Primele două varietăți aparțin trombozelor venoase recente, superficiale, reprezentate fiind de a) *Flebita Mondor* și b) *Flebita venei jugulare externe*, a căror instalare este de cele mai multe ori în plină sănătate aparentă, iar vindecarea se produce în marea majoritate a cazurilor spontan; cea de a treia formă rară a obliterării venoase pe care o prezentăm, este c) *asocierea trombozei venei cave inferioare cu vena portă*.

#### a) *Flebita Mondor sau boala lui Mondor*

Interesează rețeaua venoasă superficială toracoabdominală, deseori limitată la ramura toracoepigastrică descrisă de *Braune* (citată de *Olivier*, 5) (fig. 1). Este o formă topografică particulară, o tronculită subcutanată, subacută a peretelui toracic anterolateral.

Afecțiunea nu este excepțională, dar în orice caz rară. *Mondor* citează în 1950, 40 de observații, la care *Cl. Olivier* adaugă 37, strinse din literatură.

Boala Mondor apare deseori la femei în jurul vârstei de 50 de ani, fiind în legătură cu eforturi repetate (sportive-tenis) sau alte traumatisme. O jenă discretă sau o senzație de tensiune, atrage atenția bolnavului asupra afecțiunii. Alteori o deformare a tegumentelor observată întâmplător, sau prezența unui cordon dur vertical, palpat de asemenea întâmplător, situat în regiunea toraco-abdominală.

Diagnosticul de obicei simplu, dacă afecțiunea este cunoscută, se face prin palparea regiunii respective, unde vom găsi un cordon vertical sau ușor încurbat, dur, cartilaginos, sensibil. Tracționind tegumentele din regiunea interesată, pe traectul cordonului descris, ne va apare aspectul cojii de portocală (fig. 2).

Se poate realiza uneori o dispoziție reticulară, cind în procesul trombotic sînt interesate mai multe vene paralele.

Localizarea mai frecventă este submamară, regiunea claviculară sau periumbilicală.

De obicei benignă, afecțiunea poate sugera uneori posibilitatea existenței unui neoplasm mamar, forma inaparentă sau latentă.

La cazurile descrise în literatură, adăugăm și noi 3 cazuri de flebită Mondor.

Obs. nr. I: K. E., 26 de ani, țesătoare, consultă medicul pentru apariția unui cordon dur, vertical, submamar drept, foarte dureros. Bolnava este la 5 luni după naștere, în plină perioadă de alăptare, motiv pentru care se suspicionează o mastită acută cu limfangită. Se instituie un tratament cu antibiotice, comprese locale, însă fără rezultat.

Ulterior este diagnosticată de noi ca o flebită Mondor, localizată la nivelul venei toracoepigastrice și internată în clinică. După un tratament de 6 zile cu heparină, asociat cu aplicații locale de teracortil-spray, cordonul flebitic este în netă regresie, iar sensibilitatea a cedat. Revăzută după 10 zile, cordonul flebitic este abia perceptibil, pentru ca după o lună și jumătate să fie complet dispărut.

Obs. nr. II: N. I., 48 de ani, tehnician, tenisman pasionat, după ce consultă fără rezultat mai mulți medici, se prezintă la serviciul nostru pentru apariția unui cordon dur, dureros, ce se întinde de la arcolă pînă la două laturi de deget sub rebordul costal drept.

Simptomul unic descris se instalează relativ brusc, în urma unui efort fizic susținut (joc de tenis).

Examenul local evidențiază prezența unei flebite superficiale toraco-abdominale. Examinările clinice și de laborator au exclus prezența altei suferințe. Diagnosticul este de flebită Mondor. Se instituie un tratament anticoagulant și antiinflamator (heparină + alindor, infiltrații locale cu cortizon) în urma căruia, la 6 zile interval, bolnavul părăsește clinica vindecat.

Obs. nr. III: F. A., 55 de ani este internată în Clinica chirurgicală nr. II din Tîrgu Mureș, pentru un neoplasm mamar drept, stadiul II. După iradierea preoperatorie se efectuează mastectomia Willy-Mayer-Halsted. În ziua a 10-a postoperator se observă submamar drept un cordon dur, dureros cu caracteristicile amintite anterior, ceea ce pledează pentru flebita Mondor. Iradierea postoperatorie nu influențează cordonul flebitic.

Se instituie aplicații locale cu unguent heparinat și cortizon, după care se observă o regresie netă. Proba terapeutică pledează în favoarea suspiciunii noastre de flebită Mondor, excluzându-se astfel posibilitatea unei limfangite neoplazice.

Observațiile clinice prezentate ilustrează în mod elocvent particularitățile acestei afecțiuni.

Tratamentul este de regulă asociat: anticoagulant-antiinflamator. În caz de eșec tratamentul chirurgical este tranșant, extirpînd întregul cordon flebitic. Vindecarea în acest caz este foarte rapidă, avînd în același timp posibilitatea să efectuăm și un examen histologic al piesei.

#### b) Tromboflebita venei jugulare externe

Ca localizare unică este extrem de rară. Forma intilnită de noi nu am găsit-o în literatura consultată. O redăm tocmai pentru raritatea ei, pentru apariția ei în plină sănătate aparentă și pentru rezolvarea deosebit de simplă.

Obs. nr. IV: Bolnava în vîrstă de 24 de ani, observă în plină sănătate apariția unui cordon dur laterocervical drept însoțit de dureri, frisoane și subfebrilitate. La 4 zile interval apare un edem al brațului drept, ceea ce ne face să suspționăm o cointeresare în procesul trombotic și a segmentului venos axilosubclavicular.

Flebografia brațului (fig. 3) exclude această cointeresare, sistemul venos fiind permeabil. Flebografia intraoperatorie a venei jugulare externe (fig. 4) evidențiază o obliterare completă a segmentului venos respectiv, pînă la nivelul subclaviei, aspect ce se observă și pe piesă (fig. 5 și 6).

Intervenția constă în ablația segmentului venos, respectiv sub protecția heparinoterapiei pre- și postoperatorii.

Evoluția postoperatorie foarte bună, bolnava părăsește clinica vindecată.

#### c) Asocierea trombozei venei cave inferioare cu vena portă

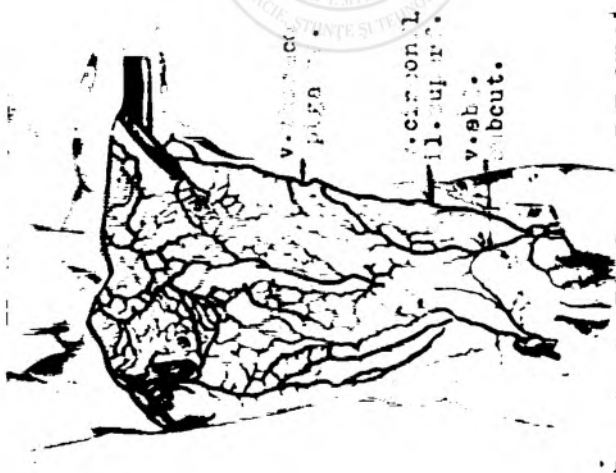


Fig. nr. 1: Venele superficiale ale peretelui anterior toracoabdominal după W. Braune (Cl. Olivier)



Fig. nr. 2: Obs. III. F. A. cordonare flebitice paralele evidențiate prin tracțiunea supra și subiacentă a tegumentelor. Flebita Mondor.



Fig. nr. 3: Flebografia membrului superior drept prin punctia venei bazilice. Aspect normal.



Fig. nr. 4: Piesa operatorie. Vena jugulară externă extirpată în totalitate. Obliterare completă.



Fig. nr. 5: Secțiune longitudinală a piesei operatorii. Se observă trombul care ocupă lumenul vascular în totalitate

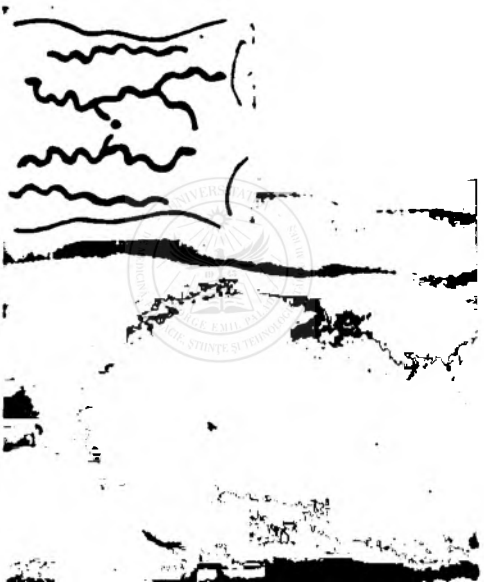


Fig. nr. 6: Circulația colaterală de tip portocav



Fig. nr. 7: Cavografia în asociere cu urografia  
i. v. Aspect de obliterare a trunchiului v. cave  
inferioare. Circulație colaterală prin venele lom-  
bare ascendente și hemiazigos. Hidronefroză  
dreaptă

Apariția semnelor digestive în cursul sindromului de obstrucție al venei cave inferioare este cunoscută încă din secolul trecut de către *Lancereaux*, *Maurice* și *Raynaud*. Ei le atribuie obliterării venelor lombare și încălcării sistemului port. Ulterior și alți autori relatează cazuri de hemoragii digestive și chiar deces în cursul trombozelor cave inferioare. Se ridică astfel problema unei flebite simultane a cavei inferioare și a teritoriului port. Această asocieră este admisă de *Ducuing* în cursul flebitelor cu debut pelvian.

În formele extinse la venele profunde ale membrului inferior *Farah*, *Douglas* citați de *Cl. Olivier* (5), au observat apariția semnelor abdominale grave în legătură cu un infarct intestinal.

Sindromul de obstrucție al venei cave inferioare este dominat de 3 simptome: varice ale membrelor inferioare, edem bilateral, circulație colaterală la nivelul peretelui abdominal. Dacă obstacolul este situat în porțiunea mijlocie a venei cave inferioare vor fi interesate și venele renale, simptomele completându-se cu hematurie microscopică și albuminurie, sau chiar cu un sindrom nefrotic (2, 4, 6). Localizarea superioară a obstacolului se manifestă prin sindromul Budd-Chiari.

Interesarea în procesul trombotic al teritoriului portal se va manifesta prin dureri abdominale, hepatomegalii cu ascită, la care se adaugă o circulație colaterală de tip portocav, sub tegumentele peretelui abdominal anterior.

Cazul nostru *M. I.*, 42 de ani, a realizat tabloul clinic mai sus-amintit. Debutul flebitic a fost pelvian, după o apendicectomie. Cu toată medicația anticoagulantă se instalează ulterior edeme ale ambelor membre inferioare, dureri lombare, disurie, balonare, constipație.

Examinările de laborator evidențiază o hematurie microscopică cu albuminurie și o alterare a probelor funcționale hepatice.

Procesul de obstrucție a venei cave inferioare a interesat pe rând venele renale și vena portă. Simptomele sînt completate de apariția unei circulații colaterale de tip portocav, în peretele abdominal anterior (fig. 7).

Simpptomatologia clinică pledează pentru obliterarea portocavă. Pentru a preciza extinderea procesului trombotic am efectuat cavografia, prin cateterism femural bilateral. Se constată: o obliterare completă a trunchiului venei cave inferioare de la nivelul bifurcației iliace. Circulația de reîntoarcere se face, de o parte și de alta, prin venele lombare ascendente și hemiazigos, care sînt dilatate compensator. Corespunzător venei renale drepte, o pată de substanță opacă. Pentru a demonstra flebografic cointeresarea renală am recurs la un artificiu de tehnică; am combinat cavografia cu urografia, ceea ce ne-a permis să evidențiem concomitent și o hidronefroză mijlocie în dreapta.

În afara circulației colaterale abdominale de tip portocav și a fenomenelor digestive amintite, la care s-a adăugat în ultimul timp și o hematemeză pentru a demonstra cointeresarea portală ar fi fost indicată splenografia, investigație însă refuzată de bolnav.

Situația bolnavului este în afara oricăror resurse chirurgicale. Singurul tratament care îi mai poate aduce ameliorări pasagere este cel anticoagulant.

### Concluzii

Formele de obliterare venoasă descrise de noi au fost reprezentate de localizări mai puțin obișnuite (flebita Mondor, flebita venei jugulare externe).

Apariția lor de cele mai multe ori în plină sănătate aparentă și unele vindecări spontane, reprezintă alte particularități.

Terapia este simplă (fenilbutazonă + anticoagulant, la care se poate asocia cortizonul) și de regulă salutară.

Nu trebuie omis faptul că aceste flebite superficiale, tronculare, pot fi revelatoare a unui neoplasm (mamar, pulmonar).

Asociația trombozei venei cave inferioare cu vena portă reprezintă o leziune foarte rară, de o gravitate deosebită, de regulă depășind resursele terapeutice.

*Sosit la redacție: 2 martie 1971.*

#### *Bibliografie*

1. BOURDE C. și colab.: Angéiologie pratique, Ed. Masson, Paris, 1968;
  2. DELACRÉTAZ J., MAILLARD G. F.: Schw. Med. Wschr. (1969), 99, 14, 476;
  3. FISCHER R. F.: Schw. Med. Wschr. (1951), 81, 49, 1198;
  4. FLETCHER E. W. L., THOMAS M. L.: Amer. Journ. of Roentg. (1968), 102, 2, 363;
  5. OLIVIER CL.: Maladies des veines. Diagnostic et traitement. Ed. Masson, Paris, 1957;
  6. PANĂ C., GEORGESCU T.: Sindromul de obstrucție al venei cave inferioare. Comunicare U.S.S.M., Secția chirurgie. Filiala Mureș, 1970;
  7. REBOUL J., DELORME G., TAVERNIER J., ROUSSEAU J.: Journ. de radiol. (1966), 47, 12, 773.
-