

FISTULA ARTERIO-VENOASĂ POPLITEE POSTTRAUMATICĂ. REZOLVARE CHIRURGICALĂ

dr. Gh. V. E. Bancu, dr. T. Maros, dr. T. Georgescu, dr. Lygia Ursace,
Z. Brassai, E. Bălint, V. Gliga

Fistulele arterio-venoase poplitee posttraumatice constituie incidențe chirurgicale deosebit de rare, fapt constatat de noi atît din cazuistica clinicii (unicul caz) cît și prin consultarea literaturii de specialitate. Nu am vrea să insistăm asupra mecanismelor patogenice ce duc la constituirea posttraumatică a șuntului, ele fiind cunoscute. Avem intenția să prezentăm circumstanțele în care s-a produs afecțiunea, evoluția ei și tratamentul chirurgical aplicat.

Bolnavul C. A. de 26 ani se internează în clinica noastră la 18 V 1973 (F. O. 1119/1973) cu diagnosticul de șunt arterio-venos popliteu posttraumatic. Din anamneză reiese că boala actuală debutează accidental în urmă cu 2 ani, bolnavul fiind victima unui accident de muncă. Un proiectil de nituire expulzat de pistolul de aer comprimat străbate tăbliile metalice de nituit și în traiectul său produce bolnavului o plagă transfixiantă a regiunii poplitee stîngi și se oprește în regiunea poplitee a membrului inferior drept. Bolnavul este transportat de urgență la un spital de provincie unde i se extrage nitul din membrul inferior stîng și după o toaletă chimică a celor două orificii ale plăgii poplitee drepte este pansat steril. La două săptămîni de la accident internat fiind și cu plăgile vindecate, palpîndu-și regiunea poplitee stîngă, percepe un fenomen neobișnuit (freamăt) care se accentuează progresiv în decursul lunilor următoare. Apar apoi o tumefiere progresivă a gambei respective și pe suprafața tegumentelor zone hiperpigmentate. În ultimele luni, bolnavul își dă seama că venele superficiale ale membrului inferior stîng devin tot mai turgescente, că piciorul stîng prezintă o răceală evidentă față de celălalt și că petele pigmentare se vindecă cu indurații ale pielii, apărînd altele noi. Remarcă de asemenea oboseală la cel mai mic efort (dispnee). După doi ani de la accident (18 V 1973) se internează în clinica noastră pentru acuzele de mai sus.

La examinarea bolnavului constatăm: membrul inferior stîng este de o grosime superioară celui drept, cu predominantă la nivelul gambei, unde diferența este pregnantă. Se constată de asemenea pete pigmentare alternînd cu zone cicatriceale pigmentate în brun închis. Pe traiectul safenei interne se observă dilatarea cilindrică a venei, iar la nivelul gambei, rețeaua venoasă subcutanată este mult dilatată. La palparea comparativă a celor două membre inferioare, constatăm o temperatură cutanată crescută la nivelul coapsei stîngi, față de cea dreaptă. Palparea arterei femurale stîngi la baza triunghiului Scarpa arată pulsații normale. În regiunea poplitee, pe o arie extinsă, palparea percepe un freamăt puternic cu tendință de propagare spre coapsă, freamăt ce dispăre la compresiunea digitală a unui punct localizat sub plica de flexie, pe linia mediană. Ascultatoric regiunea poplitee prezintă un suflu continuu foarte

aspru care se propagă ascendent. Oscilometria arată valori crescute la nivelul coapsei stîngi. Timpul de recolorare este de 10 sec. la membrul inferior drept și de 5 sec. la cel stîng. Timpul de reumplere venoasă: 10 sec. la membrul inferior drept și o secundă la membrul inferior stîng. Arteriografia prin puncție femurală în stînga vizualizează umplerea concomitentă a arterei și a venei femurale, prin comunicare în spațiul popliteu. Artera se vizualizează și distal pe cîțiva centimetri. În aval de comunicarea A—V, care este destul de largă, vena femurală superficială este mult dilatăată, luînd aspect sacciform. Se observă de asemenea și un reflux venos distal, segment mult dilatat.

Pe baza antecedentelor, a examenului local și a angiografiei, interpretăm cazul ca o comunicare A—V poplitee cu insuficiență venoasă consecutivă și manifestări de supraîncărcare a inimii drepte. Decidem rezolvarea chirurgicală a cazului. Operația: (18 VI 1973; Prot. op. nr. 822/1973). Echipa operatorie: prof. E. Bancu, E. Bălint, V. Gliga, anestezist E. Kesztenbaum, instrumentar aist. L. Duha): Incizie „în baionetă” cu ramura transversală sub plica de flexiune și cele două ramuri verticale pe marginea internă a coapsei și externă a gambei. După izolarea trunchiurilor nervoase și a ramurilor, descoperim pachetul arterio-venos popliteu. Vena acoperă artera pe o porțiune de 12—15 cm. Este de un calibru neobișnuit (police) avînd pe alocuri gîtuituri. Se disecă cu mare dificultate vena, atît deasupra cit și dedesubtul șuntului. Reușim să separăm artera de venă disecînd peretele anterior al arterei într-un țesut fibros, pentru a nu sacrifica un segment arterial prea mare. Clampăm proximal și sub șunt artera. Ligaturăm vena proximal și distal, extirpînd aproximativ 12 cm venă, împreună cu un fragment arterial de cca 4 cm, care conține șuntul. Repararea defectului arterial cu autotransplant venos (safenă internă). Declampare. Controlul hemostazei. Drenaj prin contracizie. Refacem planurile anatomic.

Evoluția postoperatorie a plăgii este simplă. Bolnavul prezintă o ușoară pareză a nervului sciatic popliteu extern, care cedează treptat la fizioterapie. Revăzut după 6 săptămîni, 3 luni și 6 luni, starea generală a bolnavului este bună, tumefacția gambei diminuează, desenul venos a dispărut iar tulburările trofice au cedat.

Examenul histopatologic al piesei. Pe secțiunile de 5—6 micrometri grosime, colorate cu H. E. și metodele Van Gieson, Székely—Goldner și rezorcină-fuxină Weigert, se remarcă lipsa endoteliului și îngroșarea intimei, cu platură neregulată și zone proeminente spre lumen. Intima este formată din celule conjunctive diferențiate și nediferențiate, cele dispuse superficial fiind orientate paralel cu suprafața internă a vasului. Musculatura mediei, mult subțiată și disociată de fasciculele colagene, este înlocuită de un țesut fibros compact cu aspect hialinos. Pe alocuri se evidențiază microfocare de necroză și fibre elastice cu traiect șerpuit. Aglomerări limfo-histiocitare apar sporadic în jurul vaselor din adventiție. Îngroșarea intimei, atrofia musculoasei și fibroza mediei sînt fenomene descrise și de alți autori în cazul fistulelor A—V (Nyhus și colab. 1955; Sauvage și colab. 1963; Dedomenico și colab. 1968). Imaginea în ansamblu a peretelui venos pe o secțiune transversală ilustrează clar că și în cazul nostru colagenizarea vasului reprezintă elementul major în cadrul transformărilor ce se produc în segmentul venos al fistulelor A—V.

Concluzii

1. Fistula arterio-venoasă poplitee posttraumatică are o incidență rară.

2. Deși repararea defectului venos este ușoară, extirparea segmentului bolnav se impune, datorită modificărilor histopatologice existente; condițiile anatomice nu impun înlocuirea segmentului venos extirpat.

3. Grefarea arterială deși nu pare obligatorie la doi ani de la accident, datorită circulației colaterale constituite, se impune pentru a preveni eventualele complicații ischemice grave, așa cum au observat și alți autori (*David Sutton*), în cazurile unde nu s-a efectuat repararea comunicării.

4. Îndepărtarea șuntului rezolvă modificările hemodinamice cu răsunet cardiac.

Sosit la redacție: 16 aprilie 1976.
