

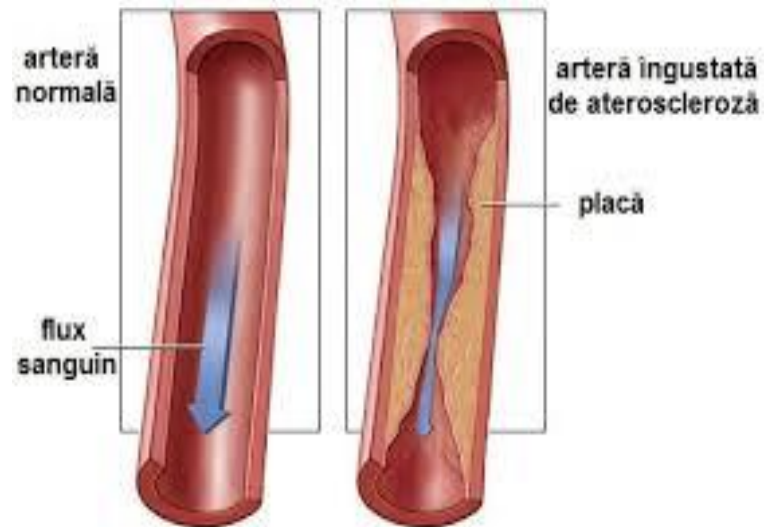


Arteriopatii periferice

Ateroscleroza= afecțiune difuză cu leziuni discontinue, cu o patogenie similară cu a bolii cardiace ischemice (coronare) - formarea plăcii de aterom

Factori de risc:

- fumat
- HTA
- DZ
- dislipidemie



Factorii care influențează tabloul clinic

1. Mecanismul lezional

- placa de aterom- cu evoluție lentă ,
- tromboza (ocluzia unei stenoza critice sau ruptura placii de aterom cu tromb)- agravare bruscă a unei evoluții lente
- embolie – cu evoluție acută

2. Circulația colaterală - dezvoltată în condiții de ischemie prin angiogeneză și dilatarea micilor anastomoze vasculare existente, între regiunile pre- si poststenotice ale arterei

3. Modul de debut - insidios cu evoluție lentă ă n timp, cu dezvoltare de circulație colaterală

- brusc - ischemie acută

Ischemie periferică cronică

Dpdv clinic are 2 entități clinice :

- Claudicația intermitentă
- Ischemia critică

CLAUDICAȚIA INTERMITENTĂ este o durere ischemică a musculaturii membrelor inferioare sub formă de crampă musculară, precipitată de mers și remisă în repaus, cu o localizare în funcție de localizarea obstrucției (picior, gamba, coapse, fese) apare după o distanță de mers

Clasificarea Leriche-Fontaine

Stadiul I	Asimptomatic. Obstrucția este descoperită întâmplător (obiectiv sau paraclinic)
Stadiul II	Claudicație intermitentă (ischemie de efort)
II a	Claudicație la peste 200 m de mers
II b	Claudicație la sub 200 m de mers
Stadiul III	Durere în repaus (decubit): ameliorată în poziție declivă
Stadiul IV	Durere în repaus (neameliorată de declivitate) + tulburări trofice majore

Examen obiectiv

- pulsuri diminuate sau absente (se precizează sediul de unde pulsațiile devin mai slabe, palpare bilaterala
- picioare reci, palide la ridicarea membrului inferior la 60-75 °, asociat cu mișcări în articulația gleznei :semnul Buerger
- timpul în care se recolorează picioarele (N : în 10 sec). În caz de obstrucție moderată în 25-30 s, iar în caz de obstrucție severă severă >40 s)
- atrofie musculară, cu reducerea pilozității, unghii friabile
- ulcere ischemice : cu margini neregulate, dureroase, de obicei pe fața dorsală a piciorului dar și pretibial

Ischemie cronică periferică



semnul Buerger



Determinarea tensiunii arteriale la nivelul membrelor inferioare



Se determină numai dacă nu există celulită sau tromboză venoasă profundă la nivelul piciorului

2. Pacientul în decubit dorsal

3. Manșeta standard (braț) pentru adulți se va potrivi în jurul majorității gleznelor și se va așeza în treimea inferioară a gambei

4. Se evaluează pulsațiile la nivelul a pedioase sau tibiale posterioare și se așează pulpa degetului la unul din cele 2 locuri în care au fost percepute pulsațiile

5. Se insuflă aer în manșetă până nu se mai percep pulsațiile sau cu peste 20mmHg mai mult decât valoarea TA de la nivelul membrului superior de aceeași parte

6. Se dezinsuflă aerul din manșetă și se consideră valoarea TA sistolice valoarea la care se percep din nou pulsațiile

Indice gleznă-braț (IGB)

IGB se calculează pentru fiecare membru inferior, ca raport al TA la membrul inferior/TA braț.

IGB normal variază între 0,9 și 1,3.

O valoare a IGB sub 0,9 presupune existența bolii arteriale periferice.

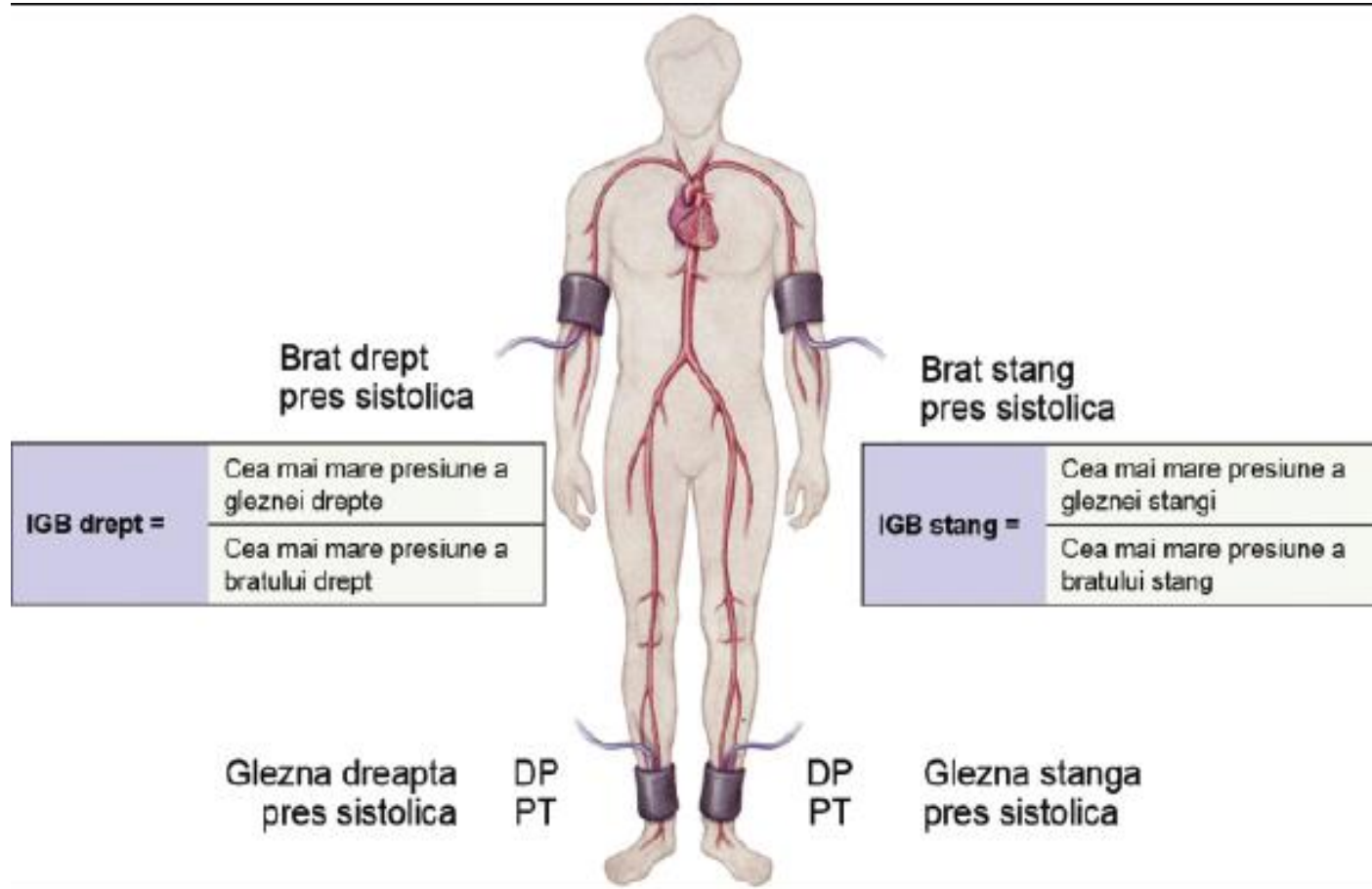
Mai mult decât atât, valoarea IGB cuantifică gradul afectării arteriale:

0,80-0,90: afectare ușoară.

0,50-0,80: afectare moderată.

sub 0,5: afectare severă.

Indice gleznă- braț



Alte evaluări paraclinice

Doppler vascular – evaluează viteza fluxului de curgere a sângelui în arteră, vizualizează stenoze

Arteriografie – evaluează topografia și severitatea obstrucției, starea patului vascular distal și a circulației colaterale,

Ischemia periferică critică

Este definită ca durere nocturnă (de repaus) care necesită analgezice și se asociază cu leziuni trofice(ulcerații, gangrenă) cu durată >2 săptămâni și cu IGB < 0,5



PICIORUL DIABETIC

Este boala vasculară diabetică, macroangiopatie diabetică care se asociază cu neuropatia diabetică, fiind un un spectru variat de afecțiuni ale picioarelor (care implică practic toate structurile anatomice și biomecanica piciorului), care pot duce la distrucții tisulare, culminând cu necesitatea efectuării de amputații ale membrelor inferioare.

Cauze si caracteristici:

- calcificări arteriale
- imunitate compromisă (celulită ,gangrene osteomielita)
- afectare arterială multisistemică (cerebrală, coronară, periferică)
- boala vasculară distală

PICIORUL DIABETIC – CLINIC

- sensibilitate crescută (hiperestezia), scăzută (hipoestezia) sau paretezii
- uscăciunea pielii (anhidroza)
- bățături (clavusuri) dezvoltate pe zonele cu presiune crescută de sub picior, care se transformă în ulcerații.
- ulcerele piciorului apar în special la nivelul călcâiului, capetelor plantare ale oaselor metatarsiene, pe pulpele degetelor – în special la nivelul degetului mare, pe proeminențele degetelor “în ciocan”, fiind acompaniate de unghii sfărâmicioase, fisuri ale pielii, formarea de vezicule și pierdere a epitelului. Acestea se datorează, în special, încălțăminte nepotrivite.

Picior diabetic



Ischemia arterială periferică - clinic

- durere brusc instalată
- Paloare (distal de obstrucție)
- lipsă puls distal de ocluzie
- temperatura scăzută
- paretezii-pareză ,
- paralizie ischemică a membrului respectiv
- locul în care dispare pulsul arterial și tegumentele devin mai reci este situat cam cu un nivel de articulație mai jos de locul obstrucției

Ischemia acută periferică = urgență medico- chirurgicală

cu cât tratamentul este instituit mai precoce cu atât recuperarea este mai bună, ideal este ca tratamentul să fie instituit în primele ore (maxim 6 ore) de la debut !!



Prezentare caz clinic

Mi-am propus să prezint cazul unui pacient diagnosticat cu hipertensiune arterială de la vârsta de 32 ani, cu factori de risc cardiovascular asociați : fumător, cu sindrom metabolic și care în evoluție prezintă o simptomatologie atipică de boală arterială periferică (BAP), fiind diagnosticat inițial cu coxartroză stângă.

Prezentare caz clinic

MI Pacientul în vârstă de 37 ani, din mediul urban, s-a adresat serviciului de urgență, datorită unor valori tensionale crescute (TA= 230/110mmHg), descoperite cu ocazia unei evaluări din cadrul consulturilor periodice de medicina muncii. În acel moment pacientul nu se afla pe nici o terapie medicamentoasă.

AHC - tata HTA , decedat de hepatocarcinom

- mama astm bronșic

APP Anterior acestei prezentări în serviciul de urgență, în urmă cu 5 ani, tot cu ocazia unui control de rutină, a fost diagnosticat cu HTA (hipertensiune arterială) TA= 150/90mmHg, motiv pentru care au fost efectuate evaluări suplimentare, reprezentate de monitorizare Holter TA/ 24ore cu valoarea TA medii= 126/85mmHg, TA diurnă= 124/83mmHg, TA nocturnă= 117/72mmHg. S-a interpretat că este vorba de " HTA de halat alb " Pacientului i se recomandă o dietă hiposodată, hipolipidică si monitorizarea TA fără a i se recomanda o terapie medicamentoasă.

Prezentare caz clinic

CVM Pacientul este fumător (20-30 țigări/zi), consumă ocazional alcool și nu respectă regimul igienico-dietetic. Este inginer constructor, căsătorit, locuiește la bloc, la 3 camere/ 2 persoane, lucrează în condiții de stres, desfășoară zilnic activitate fizică. Nu are alergii

Examenul obiectiv în serviciul de urgență :

Atitudine activă

tip constituțional hipersten, IMC= $28,4 \text{ kg/m}^2$, circumferința abdominală= 118cm,

TA= 220/130mmHg- braț drept, TA= 215/120mmHg- braț stg, FC= 100b/minut, regulat, fără sufluri supraadăugate, puls periferic prezent,

Torace normal conformat, FR-16resp/minut,

Prezentare caz clinic

Se administrează tratament de urgență cu Captopril 25mg sublingual, apoi Betaloc 5mg iv, sub care valoarea TA = 160/80mmHg, alături de renunțare la fumat și la consumul de alcool și respectarea unei diete hiposodate.

În același timp i se recomandă pacientului evaluări suplimentare, în eventualitatea diagnosticării unei HTA secundare.

Diagnosticul este de : Hipertensiune arterială gradul II, risc cardiovascular mediu . Sindrom metabolic . Steatoză hepatică

Evoluție Timp de 2 ani, evoluția pacientului este favorabilă, cu un control eficient al valorilor tensionale, până când din nou se decelează creșteri ale valorilor tensionale și tahicardie sinusală (valori maxime ale TA= 180/100mmHg, FC=90b/min, determinate dimineața, în repaus) acestea fiind însoțite de cefalee occipitală, vertij. Asociat, pacientul acuză durere la nivel fesier și a articulației coxo-femorale drepte, la efort mediu, durere care se ameliorează la încetarea efortului.

Prezentare caz clinic

Valorile tensionale se normalizează, dar persistă la efort durerile fesiere și la nivelul articulației coxo-femorale drepte, motiv pentru care se suspicionează o patologie la nivelul acestei articulații și se efectuează o radiografie la acest nivel care descrie îngroșarea conturului suprafeței articulare și subțierea liniei interarticulare, semne specifice artrozei. La examenul obiectiv la nivelul acestei articulații, nu se remarcă cracmente sau o reducere a mobilității articulare.

Se inițiază terapie antalgică, cu miorelaxante și cu antiinflamatorii nesteroidiene, pe o perioadă de o săptămână, care a nu a determinat o ameliorare semnificativă a simptomatologiei clinice, dar a influențat negativ controlul valorilor tensionale, motiv pentru care s-a sistat administrarea antiinflamatoriilor nesteroidiene.

Se efectuează indicele gleznă- braț = 0,75 la dreapta și de 0,82 la stânga. Pulsurile periferice la nivelul aretelor pedioase, poplitee, femurale superficiale sunt de amplitudine normală, tegumentele sunt calde, cu pilozitate de aspect normal, fără tulburări trofice.

Se efectuează angio-CT periferic, care descrie la nivelul 1/3 distale a arterei iliace comune drepte o leziune scurtă, stenoizantă >90% , iar la nivelul arterei femurale superficiale stângi, în 1/3 distală o leziune scurtă stenoizantă de 80-90%. Arterele poplitee și arterele trunchiurilor gambiere sunt permeabile bilateral, fără stenoze.

Prezentare caz clinic

Se decide efectuarea angioplastiei transluminale percutane cu stentare la nivelul arterei iliace comune drepte și dilatare cu balon la nivelul arterei femurale stângi, ambele proceduri având un rezultat angiografic final bun. La nivelul arterelor coronare și carotidiene se evidențiază plăci de aterom nesemnificativ stenozante.

Diagnosticul este de : Hipertensiune arterială gradul II, risc cardiovascular mediu . Sindrom metabolic . Steatoză hepatică. Boală arterială periferică cu implant de stent la nivelul arterei iliace drepte și angioplastie transluminală percutană cu balon la nivelul arterei femurale comune stângi.

Recomandările sunt : renunțarea la fumat, dietă hipolipidică, hiposodată, exerciții fizice regulate (mers, alergat). Pentru început s-a recomandat 30 de minute de mers in fiecare zi, ulterior mărindu-se timpul de mers la 60 de minute.

Prezentare caz clinic

Particularități : HTA esențială la un tânăr fumător, cu valori tensionale parțial controlate, cu lipidogramă în limite normale, dar cu fenomene de ateroscleroză diagnosticată angiografic și cu manifestări atipice ale bolii arteriale periferice, care s-a complicat cu coxartroză dreaptă secundar ischemică