

GHIDUL
pacientului

Arteriopatia obliterantă



Arteriopatia obliterantă

Dr. Adina Stoica

Dr. Ileana Arsenescu

Coordonator:

Prof. dr. Carmen GINGHINĂ

Clinica de Cardiologie

Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof. C. C. Iliescu“

București

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

STOICA, ADINA

Arteriopatia obliterantă / Adina Stoica, Ileana Arsenescu;
coord.: prof. dr. Carmen Ginghină. - București: Editura Medicală
Antaeus, 2007

Bibliogr.
ISBN 978-973-88434-0-0

I. Arsenescu, Ileana
II. Ginghină, Carmen (coord.)

616.13-007.271

Adina Stoica, Ileana Arsenescu

ARTERIOPATIA OBLITERANTĂ

Colecția **Ghidul pacientului**[®]

Coordonator proiect: Dr. Ruxandra Jurcut

Coordonator ghid: Dr. Ioana Pop

Layout: Irina Caraivan 

ISBN 978-973-88434-0-0

Puteți accesa colecția Ghidul Pacientului[®] și afla alte informații utile pe site-ul:

www.ghidulpacientului.ro

© Editura Medicală Antaeus

Reproducerea integrală sau parțială a textului, tabelor sau figurilor din această carte este posibilă numai cu acordul prealabil al Editurii Medicale Antaeus.

Drepturile de distribuție în țară și străinătate aparțin în exclusivitate Editurii Medicale Antaeus.

Editura Medicală Antaeus

email: editura.antaeus@gmail.com

Acest material a fost publicat cu sprijinul companiei Terapia-Ranbaxy



Ce este arteriopatia obliterantă?

Arteriopatia obliterantă (sau „arterita” cum e numită uneori impropriu) este o boală arterială care determină reducerea progresivă a diametrului arterelor, cu scăderea fluxului sanguin ce ajunge la țesuturi.

Arteriopatia obliterantă este mai frecventă la persoanele vârstnice (peste vârsta de 70 de ani - 18,8%, față de persoanele sub 60 de ani - 2,5% fac arterită). De asemenea este mai frecventă la bărbați, dar și femeile cu factori de risc pot fi afectate.

Boala afectează în primul rând arterele membrelor inferioare (picioare) și mai rar arterele membrelor superioare.

Arteriopatia obliterantă este o boală cu evoluție gravă, putându-se ajunge în stadiile avansate la amputația membrului afectat și chiar la deces!

Care sunt simptomele?

La începutul bolii, pacienții pot să nu aibă simptome o perioadă îndelungată de timp, mai ales dacă sunt sedentari; pe măsură ce îngustarea arterială se agravează, apare durerea.

În stadiile inițiale, durerea este resimțită ca o „crampă musculară” (termenul medical este „claudicație intermitentă”), care apare în diferite grupe musculare (în funcție de localizarea îngustărilor/obstrucțiilor arteriale), cel mai frecvent în gambă (în molet), dar și în coapsă, șold sau fese sau în picior. În mod caracteristic, durerea apare la efort, este reproductibilă (apare la aceeași distanță) în timpul mersului, și se ameliorează sau dispare la scurt timp după încetarea efortului.

Durerea și disconfortul variază de la persoană la persoană. Severitatea simptomelor depinde de sediul îngustării arteriale, de numărul vaselor care pot aduce sânge mai jos de zona afectată (dezvoltarea circulației colaterale) și de intensitatea efortului.

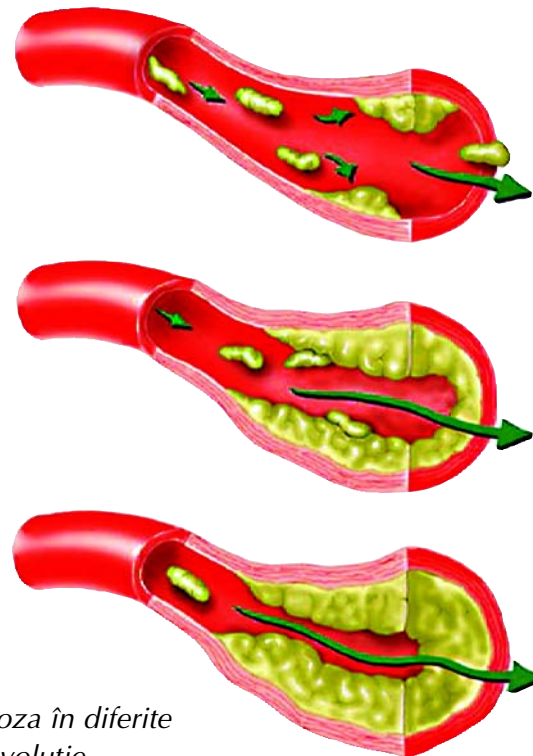
Inițial, durerea apare la distanțe de mers mari, pentru ca, pe măsură ce boala avansează, să apară la distanțe din ce în ce mai mici.

La pacienții cu boală mai avansată, cu capacitate de efort limitată, în afara durerii la mers, pot apare și alte simptome - amorțeli, furnicături, senzație de răceală a membrului afectat.

Acest simptom este caracteristic pentru ischemia arterială cronică!

Boala progresa în timp și durerea apare și în repaus!

Inițial, durerea de repaus apare la nivelul degetelor și piciorului, este mai accentuată noaptea și se ameliorează prin menținerea picioarelor atârinate la marginea patului. Ulterior durerea devine permanentă, intensă, bolnavul nu se poate odihni. În această etapă apar modificări în colorația pielii - devine cianotică (se învinețește) și ulterior apar răni, și apare chiar gangrena extremităților.



Ateroscleroza în diferite stadii de evoluție

Nu orice durere la nivelul membrelor inferioare înseamnă „arterită“!

Alte boli ce pot provoca dureri la nivelul membrelor inferioare sunt:

- lombosciatica (afecțiunea coloanei vertebrale),
- insuficiența venoasă,
- bolile musculare,
- bolile articulare.

O greșeală frecventă este atribuirea durerii din arteriopatie acestor cauze, aceasta întârziind diagnosticul și permițând avansarea bolii spre stadiile grave.

Pentru un diagnostic corect adresați-vă medicului încă de la debutul simptomelor!

*Întârzierea prezentării la medic poate avea consecințe grave.
Nu trebuie să ajungeți așa!*



Care este cauza?

Cea mai frecventă cauză a bolii este ateroscleroza.

Ateroscleroza înseamnă depunerea de grăsime în peretele arterelor ducând la îngustarea acestora și chiar obstrucția (înfundarea) lor.

Ateroscleroza începe devreme în cursul vieții, avansează fără manifestări, uneori o perioadă îndelungată de timp, până la apariția îngustărilor arteriale semnificative.

Ateroscleroza este un proces generalizat la nivelul arterelor, putând afecta și alte teritorii vasculare: coronare (arterele inimii) cu apariția anginei pectorale sau a infarctului miocardic, arterelor carotide (vasele cerebrale) cu apariția accidentului vascular cerebral, arterelor renale etc.

Astfel, la pacienții cu arteriopatie obliterantă se întâlnește mai frecvent afectarea concomitentă a arterelor coronare sau carotide decât la cei fără arteriopatie.

Riscul de deces de cauză cardiovasculară este mai mare în comparație cu pacienții fără arteriopatie (de 6 ori mai mare), iar la pacienții cu simptome severe prin afectarea vaselor mari riscul crește de până la 15 ori.

De ce apare arteriopatia obliterantă?

Factorii de risc pentru dezvoltarea acestei boli sunt aceiași cu cei din boala coronariană, în principal:

- fumatul,
- diabetul zaharat,
- dislipidemia,
- hipertensiunea arterială.

ATENȚIE!
FUMATUL este cel mai important factor de risc pentru arteriopatia obliterantă!

Pacienții cu DIABET ZAHARAT au în general un risc mai mare de boală arterială mai severă și rezultate mai proaste ale tratamentului (mai frecvent sunt necesare amputații) comparativ cu persoanele fără diabet.



Diagnostic

Diagnosticul de arterită este sugerat de simptomele descrise!

**În caz de apariție a simptomelor
ADRESAȚI-VĂ MEDICULUI!**

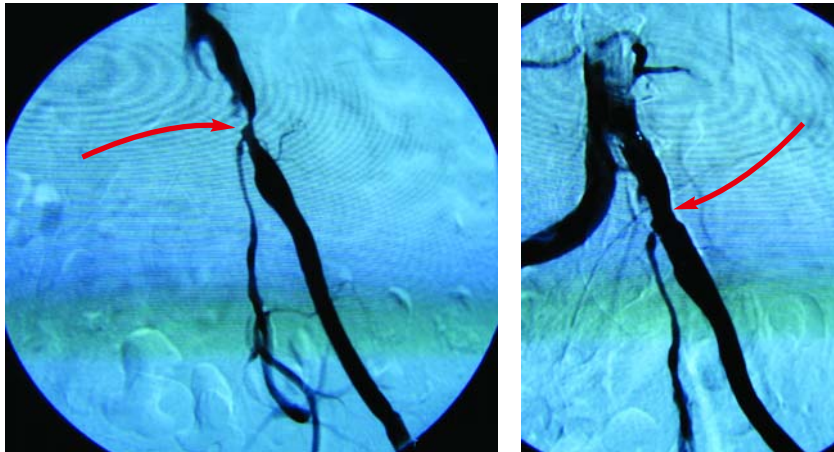
Simpla palpare a pulsului arterial de către medic poate pune diagnosticul!
Diminuarea sau dispariția pulsului arterial poate fi singurul semn la bolnavii cu claudicație intermitentă!

Testele noninvazive pot să confirme diagnosticul și să aprecieze extensia bolii.

Măsurarea tensiunii arteriale la nivelul membrelor inferioare și superioare cu calcularea **indicelui gleznă-braț** (raportul dintre tensiunea sistolică de la nivelul membrelor inferioare și superioare) poate fi utilă pentru diagnostic și poate fi efectuată rapid în orice cabinet medical.

Ecografia Doppler vasculară poate fi folosită pentru vizualizarea anatomiei arterelor și localizarea îngustărilor sau ocluziilor arteriale. Are avantajul de a fi o metodă neinvazivă, nedureroasă, neiradiantă și ușor repetabilă.

La pacienții cu simptome la efort la care se apreciază că este necesară o intervenție de revascularizare (vezi mai jos) și la pacienții cu dureri de repaus, pentru evaluarea severității și localizării îngustărilor arteriale, este necesară arteriografia.



Imagine de arteriografie, de la un pacient cu arteriopatie obliterantă, care arată o stenoză strânsă pe o arteră iliacă

Angioplastie percutană cu stent, la nivelul arterei îngustate, cu reluarea fluxului sanguin la acest nivel (vezi mai jos în text)

Arteriografia este o procedură invazivă (se „înțeapă” vasul), nechirurgicală, care se efectuează cu anestezie locală, cu injectare de substanță de contrast iodată pentru vizualizarea arterelor. Poate avea riscuri de complicații locale, la locul de puncție (hematom, mobilizare de material ateromatos), renale (insuficiență renală acută din cauza substanței de contrast) sau reacții alergice la substanța de contrast, complicații care apar la un număr mic de pacienți. Din aceste cauze, pacientul necesită urmărire atentă și manevra se efectuează în condiții de spitalizare.

Care este tratamentul în arteriopatia obliterantă?

Tratamentul pentru arteriopatia obliterantă poate fi medical și/sau chirurgical; se pot efectua de asemenea și proceduri intervenționale.

Este importantă pentru decizia terapeutică distanța de mers la care apar simptomele.

Mulți pacienți cu claudicație sunt tratați inițial medical (în funcție de simptome și de distanța de mers parcursă până la apariția acestora).

Tratamentul medical

Scopul tratamentului medical este ameliorarea simptomelor și încetinirea evoluției bolii.

Tratamentul medical include: controlul factorilor de risc, antrenamentul fizic și tratamentul medicamentos.

Ce înseamnă controlul factorilor de risc?

Primul lucru care trebuie făcut este modificarea stilului de viață.

Abandonați fumatul!

IMPORTANT! Fumatul este cel mai important factor de risc asociat cu arteriopatia obliterantă și trebuie făcute toate eforturile ca pacientul arteritic să înceteze definitiv fumatul!

Controlul dislipidemieii

Valorile normale ale grăsimilor din sânge sunt:

- colesterol total < 200 mg/dl;
- LDL-colesterol < 100 mg/dl;
- HDL-colesterol > 60 mg/dl;
- trigliceride < 150 mg/dl.

Scăderea colesterolului oprește progresia bolii și reduce simptomele.

Scăderea lipidelor poate fi obținută prin modificarea stilului de viață (dietă și exercițiu fizic) și medicație hipolipemiantă.

Dieta

Mâncați alimente cu un conținut scăzut în grăsimi!

Evitați alimentele ce conțin grăsimi animale (carne de porc, de oaie, pieliță de pui, mezeluri – salam, cârnați, organe – ficat, rinichi, creier, slanină, unt, smântână, frișcă, brânzeturi fermentate, lapte, gălbenuș de ou).

Evitați alimentele prăjite și adăugarea de grăsimi la gătit (untură, margarină, ulei); preparați alimentele mai degrabă la cuptor, la grătar sau prin fierbere. Folosiți mai degrabă alimente bogate în grăsimi mono- și polinesaturate (ajută la scăderea colesterolului când sunt folosite cu moderație): pește, ulei de măsline, uleiurile din plante, nuci, semințe, alune, avocado.

Consumați cât mai multe fructe și legume.



Tratamentul prescris pentru scăderea grăsimilor trebuie asociat cu regimul alimentar și nu va fi oprit decât la indicația medicului!

Limitați cantitățile de glucide din alimentație (pâine, cartofi, paste făinoase, dulciuri etc.), mai ales dacă aveți diabet zaharat sau sunteți obez.

Medicul este cel care va stabili ce tip de medicamente trebuie să luați pentru scăderea grăsimilor din sânge!

Există mai multe clase de medicamente:

- **STATINE:** sunt medicamente care ajută la scăderea colesterolului total și a LDL-colesterolului („colesterol rău“);
- **FIBRAȚI:** ajută la scăderea trigliceridelor și la creșterea HDL-colesterolului („colesterolul bun“);
- **INHIBITORI AI ABSORBȚIEI DE COLESTEROL.**

Controlul tensiunii arteriale

Valorile normale ale tensiunii arteriale sunt <130/80 mm Hg.

Pentru controlul tensiunii arteriale este necesară scăderea cantității de sare din alimentație (trebuie evitate alimentele cu conținut crescut de sare – murături, brânzeturi sărate, conserve, aditivi alimentari sărați) și normalizarea greutateii corporale.

Adesea pacienții hipertensivi necesită tratament medicamentos pentru scăderea tensiunii arteriale.

Tratamentul va fi recomandat de medic și va fi continuat fără pauză conform recomandării acestuia!

Obținerea unor valori normale ale tensiunii arteriale înseamnă tratament eficient și nu vindecare!

Controlul glicemiei la pacienții cu diabet zaharat

La persoanele diabetice glicemia pe nemâncate trebuie să fie <108 mg/dl și hemoglobina glicozilată <6.5 g/dl pentru un control bun al diabetului.

Respectați strict regimul alimentar: excludeți din alimentație zahărul și derivatele și limitați cantitățile de glucide (pâine, cartofi, paste făinoase etc.)

La respectarea dietei se adaugă, la sfatul medicului, tratament adecvat.

Controlul greutateii corporale

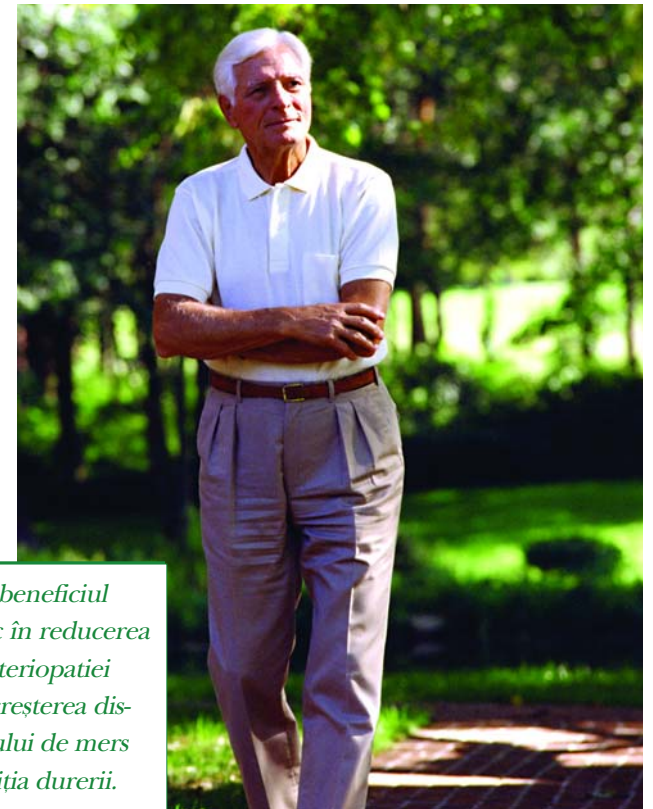
Importante sunt:

ALIMENTAȚIA (se va limita cantitatea de calorii, dulciurile, grăsimile, excesul de alcool) și ACTIVITATEA FIZICĂ REGULATĂ.

Antrenamentul fizic

Se recomandă plimbarea (poate fi utilizată și banda rulantă), urmând un program regulat: ședințe de 40-60 minute de cel puțin 3 ori pe săptămână. Ședința inițială este de 30-35 minute de mers întrerupt la apariția durerii și reluat după ameliorarea acesteia; creșterea duratei ședințelor se va face progresiv, cu câte 5 minute pe ședință.

Acest program trebuie să continue pentru cel puțin 3 luni.



S-a demonstrat beneficiul exercițiului fizic în reducerea simptomelor arteriopatiei obliterante cu creșterea distanței și a timpului de mers înainte de apariția durerii.

Îmbunătățirea simptomelor apare la mulți pacienți în aproximativ 2 luni.

Beneficiul exercițiului fizic diminuează când se oprește antrenamentul.

O atenție deosebită trebuie acordată menținerii unei igiene optime a piciorului ischemic, în special la pacienții diabetici!

Trebuie să se elimine orice factor care ar putea favoriza infecția: traumatismele membrilor inferioare prin încălțăminte inadecvată, tratarea corectă a leziunilor interdigitale, a unghiilor încarnate, a micozelor, tratarea corectă a suprainfecțiilor.



Tratamentul medicamentos

Ce medicamente sunt recomandate în arterita obliterantă?

- **TRATAMENT ANTIAGREGANT** cu aspirină, care are rol în prevenirea formării de trombi (cheaguri de sânge în interiorul vaselor) este recomandat la toți pacienții cu arteriopatie obliterantă. Deși acest tratament poate îmbunătăți numai puțin simptomatologia, are beneficii certe prin reducerea necesarului de intervenții chirurgicale și reducerea riscului de infarct miocardic, accident vascular cerebral sau deces de cauză cardiovasculară. În caz de intoleranță sau contraindicații la aspirină se vor utiliza alte antiagregante (clopidogrel, ticlopidina). De asemenea, după angioplastie este necesară asocierea aspirinei cu clopidogrel sau ticlopidina o perioadă de timp, conform indicației medicului.
- **TRATAMENT HEMOREOLOGIC** cu pentoxifilină poate fi de ajutor la pacienții cu claudicație, deoarece scade vâscozitatea sangvină și crește fluxul în țesuturile ischemice, ameliorând astfel distanța de mers până la apariția durerii.
- **TRATAMENTUL DURERII** – când boala este severă, cu durere de repaus, se va administra medicație antialgică pentru calmarea durerii.

La mulți pacienți cu claudicații, respectarea recomandărilor pentru modificarea factorilor de risc, exercițiul fizic și tratamentul medicamentos îmbunătățesc simptomatologia, întârziind momentul necesității terapiei de revascularizare.



Tratamentul de revascularizare

La pacienții cu simptome care apar la o distanță mai mică de 200 metri de mers și la cei cu dureri de repaus se recomandă proceduri de revascularizare intervențională (angioplastie) sau chirurgicală.

Angioplastia percutană

Angioplastia percutană (dilatarea arterelor) este o procedură nechirurgicală care presupune umflarea pentru câteva secunde a unui balonaș la nivelul zonelor de îngustare arterială, având ca rezultat reluarea unui flux sanguin acceptabil. Uneori se utilizează un stent (tub metalic fin ce se montează în interiorul vasului pentru menținerea acestuia deschis după dilatare).

Manevra se face în timpul spitalizării, în laboratorul de cateterism cardiac. Se efectuează cu anestezie locală și necesită repaus ulterior la pat de 12 ore pentru prevenirea complicațiilor locale. Fiind o procedură invazivă, se impun aceleași precauții ca în cazul arteriografiei.

Tratamentul chirurgical

La unii pacienți cu arteriopatie obliterantă este necesară intervenția chirurgicală de revascularizare arterială. Există mai multe tehnici chirurgicale:

- **by-pass arterial:** se bazează pe scurtcircuitarea segmentului arterial obstruat, folosind o proteză vasculară artificială sau naturală (venoasă - vena safenă internă recoltată de la pacient);
- **trombendarterectomia** – constă în curățarea zonei cu depunere de grăsimi de la nivelul arterei (doar în cazul arterei femurale);
- **simpatectomia lombară** (are în prezent indicații limitate);
- **amputația membrului inferior:** este ultima soluție chirurgicală în cazurile foarte avansate de boală, cu gangrenă. Intervenția poate fi limitată la amputația unui deget, a piciorului, la nivelul gambei sau, în cazurile mai severe, la nivelul coapsei. După vindecare, se poate monta o proteză care să permită mersul.

În loc de concluzii

Arteriopatia obliterantă este o boală severă, ce se poate complica în timp cu amputații sau chiar deces.

La acești pacienți riscul de apariție al infarctului miocardic sau accidentului vascular cerebral este mai mare decât la persoanele de aceeași vârstă fără arteriopatie.

În caz de apariție a simptomelor adresați-vă rapid medicului pentru un diagnostic corect și un tratament adecvat.



Controlul factorilor de risc cardiovascular și activitatea fizică sunt necesare atât pentru prevenirea bolii și a complicațiilor în alte teritorii vasculare, cât și pentru stoparea sau încetinirea evoluției acesteia și după tratamentul intervențional sau chirurgical.

Această publicație reprezintă o sursă de informare generală pentru dumneavoastră, dar nu poate substitui un consult medical. Pentru întrebări despre sănătatea dumneavoastră, tratament și alte aspecte ale îngrijirii, discutați cu medicul de familie sau cu un medic specialist.



Terapia | **RANBAXY**

Terapia SA

O companie Ranbaxy

București: Splaiul Independenței nr. 319C, Sector 6, București 060 044, România,

Tel/Fax: +40 (21) 300 0297, 300 0298, +40 (725) 179 628

Cluj: Str. Fabricii nr. 124, Cluj-Napoca 400 632, România,

Tel: +40 (264) 501 500, Fax: +40 (264) 415 097

www.terapia-ranbaxy.ro