

Cammina che ti passa

Due cose soprattutto: smettere di fumare e camminare e ancora camminare. Sono i consigli prioritari suggeriti ad Ornella, 60enne fumatrice accanita, con crampi al polpaccio destro che le causano anche interruzione al cammino, alla quale al doppler arterioso e all'ABI viene posta diagnosi di arteriopatia obliterante agli arti inferiori

Domenica Basile

A.S.P. La Quiete (Azienda Pubblica di Servizi alla Persona) - Udine

Cammina, cammina, arrivano vicino a una casetta fatta tutta di dolci... No, questa è un'altra storia. Hansel e Gretel mi pare. Che brutta scena, quando il dito esce dalla gabbietta e la strega lo palpa per vedere se è bello grassoccio... *vabbé*, non perdiamoci come al solito nei meandri della mente.

Ma parliamo di Ornella, 60enne in gamba (e come vedrete dal caso clinico, definizione veramente azzeccata), amante dello shopping. Fuma come un turco. O meglio, una turca. Anche se con tutti i flussi migratori attuali, questa espressione comune forse non è tanto politicamente corretta.

Ma torniamo a Ornella. Dicevamo che è amante dello shopping. Cioè cammina e si ferma ad ogni vetrina per vedere i vestiti in mostra.

Il centro di Udine è piccolino, i negozi sono attaccati, e - se vogliamo essere più precisi - si ferma una vetrina ogni quattro.

Non perché le interessino veramente i negozi, ma perché dopo circa 100 metri, le compaiono importanti crampi al polpaccio destro che le impediscono di proseguire la marcia.

E visto che si vergogna a dirlo e a farlo capire, fa finta di guardare le vetrine. Si ferma qualche minuto, il dolore passa, e lei riparte. Magari ogni tanto in queste pausette, si fuma pure la sua sigaretta.

Il marito è stufo di queste sue pause e ad un certo punto le urla di tutto.

È solo allora che Ornella gli urla contro e gli dice: "Sei proprio un mona, non vedi che mi fermo perché non riesco a camminare?". Dico mona, per non scrivere epitepi peggiori che gli lancia.

A quel punto il marito si attiva e parla con il suo amico medico, che parla con un altro collega, che gli consiglia un doppler arterioso agli arti inferiori. Ed è così che conosco la cara signora Ornella.

► La visita

Entra in ambulatorio. Puzza di fumo. Appare molto scocciata da dover fare quell'esame.

Si toglie le calze contro voglia e si stende sul lettino.

E vai di sonda e vai di eco.

Presenta un'ateromasi diffusa delle arterie femorali superficiali bi-

lateralmente, maggiormente all'arto di destra dove presenta una stenosi significativa poco dopo l'origine con flusso ridotto distalmente.

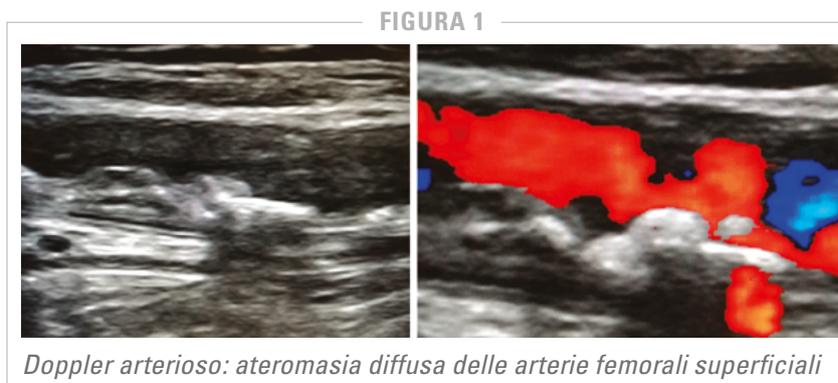
Ora facciamo un ABI. Vi ricordate cos'è? Con il dopplerino e uno sfigmomanometro, valuto la pressione a livello delle arterie del piede e rapporto la pressione rilevata con la pressione sistolica presente all'arto superiore.

Ornella presenta un ABI di 0.6 a destra e 0.8 a sinistra.

E ora cosa consigliamo a questa donna amante forzata dello shopping?

Due cose soprattutto: smettere di fumare e camminare e camminare. Voi direte...ma come camminare? Se non riesce!!

Le date dei consigli precisi: cioè deve camminare fino a poco prima che insorga il dolore (ormai conosce bene la distanza di marcia che le sue gambe le consentono prima di provare



dolore), fermarsi un attimo, e riprendere a camminare. Deve fare questo esercizio almeno 3 volte settimana per almeno 30-45 minuti la volta.

E poi la rivedo a breve (3-6 mesi) per vedere se c'è stato un certo miglioramento (clinico e di ABI).

A cosa sarà legato un eventuale miglioramento? Alla creazione di circoli collaterali.

► Gestione dell'arteriopatia obliterante degli arti inferiori

Ma ora parliamo un po'di come va gestito il paziente con arteriopatia obliterante degli arti inferiori (spero abbiate capito che stavamo parlando di questa patologia, e non della lombosciatalgia... altrimenti vi rimane sempre l'ippica).

Classificazione

Dividiamo i pazienti con PAD in 4 stadi secondo Leriche-Fontaine:

- 1° stadio: asintomatici
- 2° stadio: con claudicatio (2A lieve >200 metri - 2B moderata e severa < 200 metri)
- 3° stadio: con dolore ischemico a riposo
- 4° stadio: presenza di ulcere ischemiche o gangrena.

Nel 1° stadio rientrano i pazienti asintomatici, con riscontro occasionale di calcificazioni a livello dell'asse arterioso degli arti inferiori.

Terapia

La terapia fondamentale consigliata è l'esercizio fisico (camminare almeno 30-45 minuti per almeno 3 volte alla settimana), e -se fumatore - viene consigliata l'astensione dal fumo.

■ **I pazienti con PAD asintomatica** traggono beneficio dalle terapie mediche (ASA, statine, antipertensivi dove indicato) in quanto riducono il rischio di IMA, stroke, decesso.

■ **Nei pazienti in 2° stadio (con claudicatio)** bisogna consigliare:

- cessazione dal fumo;
- mantenere la pressione arteriosa <140/90 mmHg;
- mantenere il colesterolo LDL <100 mg/dL in prevenzione primaria o <70 mg/dL in prevenzione secondaria e nei diabetici;
- mantenere HbA1c <7%.

Va inoltre consigliato, specie nei pazienti con stadio 2B (claudicatio <200 metri):

- trattamento farmacologico (cilostazolo o maftidrofurile: gli unici due farmaci con qualche evidenza scientifica di beneficio sulla claudicatio);
- esercizio fisico (secondo le indicazioni consigliate alla signora Ornella);
- trattamento chirurgico (da considerare in caso di fallimento del trattamento conservativo).

■ **I pazienti in 3° e 4° stadio** presentano dolore ischemico a riposo mentre i pazienti al 4° stadio hanno già evidenza di lesioni trofiche. Per entrambi gli stadi l'ABI rilevato è <0,5.

In questi casi è indicato il ricovero in ambiente medico sia per effettuare mappatura e severità delle lesioni (ecocolodoppler arterioso degli arti inferiori e approfondimento tramite esame di secondo livello quale l'angiogramma) sia per avviare terapia medica e valutazione del chirurgo vascolare per indicazione a rivascolarizzazione chirurgica/endovascolare. Per quanto concerne la terapia medica, non vi sono studi che abbiano riscontrato un beneficio del trattamento con anticoagulanti: è indicato pertanto solo dosaggio con LMWH a dosaggio profilattico nei pazienti allettati/scarsamente mobilizzati.

Se già non in atto, viene avviata terapia antiaggregante con cardioaspirina 100 mg/die.

Là dove non è indicata la rivascolarizzazione, può essere utile un ciclo di prostanoidi: la somministrazione parenterale di iloprost sembra mi-

gliorare le lesioni ulcerose e la sopravvivenza nei soggetti con CLI nei quali non sia possibile attuare un intervento di rivascolarizzazione.

Uno dei rilievi più classici di questi due stadi è il dolore ischemico a riposo associato frequentemente a ulcerazioni dolorose. Il dolore di norma scompare dopo la rivascolarizzazione, ma è fondamentale pianificare un adeguato controllo del dolore in attesa dell'intervento oppure nei casi in cui la rivascolarizzazione non sia indicata o non sia stata risolutiva. Si possono utilizzare paracetamolo o FANS, ma spesso è necessario l'utilizzo di narcotici, e - specie nei casi di dolore resistente alle comuni terapie - è indicata la loro presa in carico presso l'ambulatorio di terapia antalgica. È più efficace l'assunzione costante degli analgesici, piuttosto che la terapia "al bisogno". Nei soggetti con ischemia critica spesso il dolore migliora o scompare con le gambe in posizione declive.

► Conclusioni

Bene ragazzi, anche questo caso è terminato. Spero di avervi dato qualche consiglio utile... almeno per distinguere un'arteriopatia da una flebopatia o da una lombosciatalgia.

Quando mi arriva un paziente con algie non meglio specificate alle gambe e con richiesta di "ecodoppler venoso e arterioso degli arti inferiori"... e magari il giorno prima ha fatto RX dei piedi bilaterali, ed è in attesa di RM rachide L-S ... direi che non ci siamo.

La clinica deve guidare gli esami da fare. Sempre. La clinica viene al primo posto sempre. Quindi toccate sempre i piedi ai vostri pazienti... tranquilli, nessuno vi darà dei feticisti.

- *Articolo pubblicato anche in <https://medicinainterna.blog>*