

Arteriopatia periferica degli arti inferiori in Medicina Generale

Prevenzione e gestione: proposta di un modello operativo

Questa raccolta dati vuole rappresentare l'insostituibile ruolo della Medicina Generale nella prevenzione della malattia aterosclerotica, nello specifico dell'arteriopatia periferica degli arti inferiori, individuando gli assistiti con uno o più fattori di rischio per lo sviluppo della PAD.

La proposta di un modello operativo pro-attivo potrebbe anticipare di molto tempo l'identificazione della patologia aterosclerotica rispetto alla comparsa della sintomatologia clinica

Stefano Riccardi - Medico di medicina generale, Specialista Wound Care - Asl RM 6 distretto H1

L'arteriopatia periferica degli arti inferiori (PAD o AOP) rappresenta la lesione aterosclerotica dell'aorta, delle iliache, delle femorali, delle poplitee e delle arterie sotto-poplitee che, seppure molto diffusa, è contemporaneamente sottostimata e sottotrattata, anche in virtù del valore predittivo sugli eventi cardiovascolari maggiori, come l'infarto del miocardio e l'ictus. Il Documento di Consenso Intersocietario TransAtlantico (TASC) anche se datato al 2007 ha avuto un impatto importante tra gli specialisti della terapia vascolare e tra i medici di medicina generale che vedono pazienti con arteriopatia periferica. Specialisti in economia sanitaria, nel mantenimento della salute e nella medicina basata sulle evidenze hanno elaborato le seguenti sezioni:

- storia
- epidemiologia
- fattori di rischio e loro gestione
- claudicatio intermittens (CI)
- ischemia critica degli arti (CLI)
- ischemia acuta degli arti (ALI)
- tecnologie (interventi, rivascolarizzazione e imaging).

Il testo è presentato in modo che gli

specialisti vascolari possano trovare la maggior parte delle informazioni di cui hanno bisogno, mentre i medici di medicina generale possano avere una guida per la diagnosi e le procedure diagnostiche, il riferimento dei pazienti e gli esiti aspettati in base alle varie opzioni di trattamento.

La prevalenza totale della malattia ha un range che va dal 3% al 10% arrivando al 15-20% dopo i 70 anni. La PAD colpisce 200 milioni di persone nel mondo di cui 40 milioni in Europa; la mortalità in Europa occidentale è pari al 3.5 per 10.000 individui.

La prevalenza dell'AOP/PAD asintomatica della gamba può essere stimata misurando l'indice di pressione sistolica caviglia-braccio (ABI): un ABI <0,9 a riposo è causato da stenosi arteriose emodinamicamente significative e spesso è usato come definizione emodinamica di AOP/PAD.

L'ABI rappresenta pertanto l'approccio diagnostico di prima linea sia per lo screening che per la diagnosi di PAD.

Nello studio PARTNERS sono stati valutati soggetti con età maggiore di 70 anni e soggetti con età compresa fra 50-69 anni con fattori di rischio per patologia vascolare in

320 ambulatori di medicina generale degli Stati Uniti: l'AOP/PAD è stata diagnosticata in 1.865 pazienti (29%); la CI era presente nel 5,5% dei pazienti con AOP di nuova diagnosi e nel 12,6% dei pazienti con precedente diagnosi di AOP.

In studi autoptici di adulti non selezionati il 15% degli uomini e il 5% delle donne che erano asintomatici aveva una stenosi >50% di un'arteria della gamba. È interessante confrontare ciò con la constatazione che il 20-30% dei soggetti con occlusione completa di almeno un'arteria coronaria all'autopsia è stato asintomatico. Si può concludere che per ogni paziente con AOP sintomatica ci sono 3-4 soggetti con AOP che non soddisfano i criteri clinici per CI. La CI è il principale sintomo di AOP, ma l'entità di tale sintomo non sempre predice la presenza o l'assenza dell'arteriopatia. Un paziente con AOP severa può non avere il sintomo della CI perché altre condizioni limitano l'esercizio oppure conduce una vita sedentaria; una stenosi lieve si può manifestare solo quando il paziente svolge intensa attività fisica; al contrario una stenosi spinale si manifesta con una sintomatologia

logia clinica simile alla CI in assenza di patologia vascolare.

La prevalenza della CI appare aumentare con l'età: dal 3% nei pazienti di 40 anni e al 6% in pazienti di 60 anni.

Studi di screening di popolazione hanno rilevato che il 10-50% dei pazienti non ha mai consultato un medico per i loro sintomi.

La PAD è associata con un'alta prevalenza di aterosclerosi in altre sedi del letto vascolare. Le maggiori cause di morbilità e mortalità dei pazienti con PAD sono l'infarto miocardico e lo stroke.

I sintomi e i segni della PAD sono variabili. La maggior parte dei pazienti non presenta la classica CI: sono asintomatici oppure possono presentare dolore o malessere a riposo che peggiora con lo sforzo, dolore o malessere che non impedisce la deambulazione oppure dolore o malessere che inizia con lo sforzo ma non viene alleviato dal riposo (oltre 10 minuti).

Sulla base di queste premesse è possibile ipotizzare che la medicina generale possa rappresentare il cardine dell'analisi dei fattori di rischio dei propri assistiti permettendo una selezione dei pazienti da inviare ad esami di imaging avanzato e alla consulenza specialistica. I criteri utilizzati a supporto di un fattore di rischio richiedono uno studio prospettico e controllato che mostri non solo una associazione con la patologia, ma evidenzii le modifiche dello sviluppo o del decorso della patologia stessa, come è stato verificato per la cessazione del fumo o per il trattamento della dislipidemia. Il rischio può essere legato anche ad altre anomalie metaboliche o vascolari associate al diabete.

La relazione fra AOP e fumo è stata riconosciuta fin dal 1911; la severità dell'arteriopatia tende ad aumentare con il numero delle sigarette fumate: forti fumatori hanno un rischio 4 volte superiore ai non fumatori di sviluppare CI. Il numero di pacchetti fumati per anno è associato alla severità del-

la malattia, ad un aumento del rischio di amputazione, di occlusione di graft periferico e di mortalità.

Nello studio di Framingham livelli di colesterolo totale >270 mg/dl erano associati ad un raddoppiamento dell'incidenza di CI, ma il livello di HDL era il migliore predittore di insorgenza di AOP. C'è evidenza che il trattamento dell'iperlipemia riduca sia la progressione dell'AOP che l'incidenza di CI.

Molti studi hanno mostrato un'associazione tra il diabete mellito e lo sviluppo di AOP. La CI è circa 2 volte più comune tra i pazienti diabetici che tra i non diabetici; per ogni aumento dell'1% di emoglobina glicata c'è un incremento del 26% del rischio di AOP. L'insulino-resistenza è un fattore di rischio per AOP anche nei soggetti non diabetici aumentando il rischio del 40-50%.

L'ipertensione arteriosa è associata ad un rischio aumentato 2-3 volte per AOP. L'iperomocisteinemia è rilevata nel 30% dei soggetti giovani con AOP contro l'1% della popolazione generale. Nel contesto della medicina generale o nella comunità di una popolazione ad alto rischio i soggetti che dovrebbero essere considerati per uno screening dell'ABI sono:

- soggetti con sintomi da sforzo alla gamba,
- soggetti di 50-69 anni che hanno anche fattori di rischio cardiovascolare,
- tutti i pazienti di età superiore a 70 anni,
- soggetti con un rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni tra il 10 e il 20%, nei quali è giustificata un'ulteriore stratificazione del rischio (www.escardio.org; www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol).

La stratificazione del rischio mediante Framingham Risk Score consiglia di variare la stima, in senso peggiorativo, se l'ABI <0,9.

AHA/ACC 2016 identifica nei soggetti con rischio aumentato di PAD i seguenti fattori:

- età >65 anni,
- età fra 50 e 64 anni con fattori di rischio per aterosclerosi, diabete mellito, fumo, iperlipemia, ipertensione arteriosa, storia familiare di PAD,
- età <50 anni con diabete mellito e 1 fattore di rischio aggiuntivo per aterosclerosi,
- individui con malattia aterosclerotica nota presente in altri distretti vascolari.

► Materiali e metodi

Sulla base di tali premesse è stata progettata una indagine epidemiologica osservazionale sulla prevalenza della PAD in pazienti asintomatici nel bacino degli assistiti del Mmg; a tal fine è stata creata una griglia per la raccolta dei dati rivolta ad assistiti asintomatici con uno o più fattori di rischio per lo sviluppo dell'arteriopatia obliterante degli arti inferiori (*tabella 1*).

La raccolta dei dati è iniziata nel settembre del 2020.

In primo luogo è stata considerata la fascia di età degli assistiti per i quali la letteratura individua un rischio più elevato di sviluppare la PAD e precisamente fra i 50 ed i 69 anni: il numero di assistiti del Mmg che rientrava in questa fascia di età era rappresentata da 488 assistiti su 1.490 iscritti (32,7%).

Da questo primo gruppo di 488 assistiti sono stati esclusi (*figura 1*):

a) 3 pazienti (0,6%) già sottoposti a intervento di chirurgia vascolare:

- C.A. 60 anni donna nel 2015 PTA e stenting arteria iliaca esterna dx,
- T.M. 64 anni uomo nel 2018 bypass femoro-popliteo sx,
- P.L. 60 anni uomo nell'aprile 2020 angioplastica e stenting arterie iliaiche comuni e arteria iliaca esterna sx e nel novembre 2020 stenting arteria femorale superficiale dx.

b) 35 pazienti (7,2%) affetti da diabete mellito e quindi già in trattamento per la malattia di base e le note complicanze cardiovascolari.

La presenza dei fattori di rischio è

TABELLA 1

Griglia multiparametrica

Paziente	Sesso	Età	B.M.I. ≥ 30 kg/m ²		Fumo (pacchetti/anno) ≥ 30		Dislipidemia (nota 13 AIFA)		HDL < 40 mg/dL		Iperensione arteriosa severa		Iperomocistenemia > 17 μ mol/L		Malattia aterosclerotica in altre sedi	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Elaborazione Dr Stefano Riccardi 2021

stata registrata mediante la griglia per la raccolta dei dati (tabella 1) che prevede la registrazione della risposta mediante questionario chiuso multiplo (risposta si/no).

I fattori di rischio esaminati sono stati i seguenti:

1. Indice di massa corporea (BMI) uguale o superiore a 30 kg/m², le cui complicanze comprendono le patologie cardiovascolari soprattutto in soggetti con eccesso di grasso addominale.

2. Tabagismo: sono stati registrati solo forti fumatori, cioè con valori di pacchetti/anno uguali o superiori a 30 (numero di anni di fumo, continui o interrotti, per numero medio di sigarette fumate al giorno diviso 20).

3. Dislipidemia: in base alla nota 13

AIFA si è proceduto alla registrazione della presenza o assenza delle seguenti condizioni patologiche:

- ipercolesterolemia poligenica,
- ipercolesterolemia familiare monogenica FH,
- iperlipemia combinata familiare,
- disbetalipoproteinemia familiare.

4. Valore di colesterolo HDL < 40 mg/DL.

5. Iperensione arteriosa severa: sono stati individuati solo i pazienti in poli-trattamento antipertensivo con 3 o più farmaci.

6. Valore della omocisteina > 17 micromol/L.

7. L'ultimo fattore di rischio analizzato è stata la presenza o meno della **malattia aterosclerotica in altri distretti arteriosi** per la quale il paziente è già stato sottoposto a trattamento.

so nella griglia multiparametrica, il Mmg potrà contattarli con il fine di:

- ottenere il consenso informato e la liberatoria per la pubblicazione delle immagini fotografiche,
- fissare un appuntamento per effettuare l'esame obiettivo del piede e del trofismo cutaneo,
- calcolare l'indice ABI.

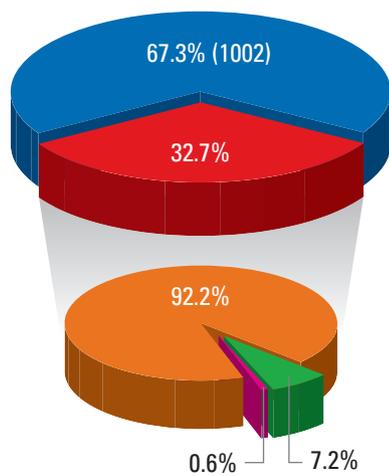
Naturalmente lo studio epidemiologico in questa fase pandemica è stato e sarà rallentato dalle vigenti norme di sicurezza che impediscono un afflusso incontrollato presso l'ambulatorio del Mmg e pertanto sia l'esame del piede che l'esecuzione dell'ABI richiederanno tempi più lunghi del previsto.

L'applicazione del modello operativo permetterebbe di valutare e confrontare i dati ottenuti dalla medicina generale soprattutto se utilizzato in diverse aree geografiche, rurali, urbane, industriali, agricole: tutto ciò richiederebbe un grande supporto logistico, organizzato e capillare, un centro epidemiologico di riferimento validato per l'elaborazione dei dati ed un grande impegno della medicina generale, talora indifferente alla mera raccolta dei dati anche perché non sempre le viene riconosciuto il grande impegno e la professionalità che essa richiede.

I risultati ottenuti potrebbero consentire una prescrizione razionale ed appropriata dei farmaci per il trattamento della PAD alla luce delle attuali conoscenze scientifiche.

FIGURA 1
Selezione dei pazienti

- Totale assistiti 50-69 anni
- Totale assistiti arruolati



► Discussione e conclusioni preliminari

In questa prima fase della raccolta dei dati si vuole rappresentare innanzitutto l'insostituibile ruolo della medicina generale nella prevenzione della malattia aterosclerotica, e nello specifico degli arti inferiori, individuando gli assistiti con uno o più fattori di rischio per lo sviluppo della PAD; a questo scopo la proposta di un modello operativo proattivo rivolto ad iscritti asintomatici potrebbe anticipare di molto tempo l'identificazione della patologia aterosclerotica rispetto alla comparsa della sintomatologia clinica.

Una volta individuati gli assistiti asintomatici inserendo i dati in suo posses-

Bibliografia disponibile a richiesta