

Un indice semplice e poco costoso svela l'arteriopatia ostruttiva

La semplice misurazione dell'indice caviglia-braccio, poco costosa ed eseguibile anche in Medicina Generale, conferma la presenza di arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori, esprime la sua gravità, fornisce il più importante indicatore di rischio cardiovascolare e identifica pazienti che meritano una profilassi alla pari di chi ha subito un infarto

Adriana Visonà

Presidente Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare (SIAPAV)

La diagnosi di arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori (AOP) è una diagnosi clinica, che si ottiene già con un'accurata anamnesi e un esame obiettivo approfondito, ciò che viene dichiarato molto chiaramente dalle linee guida più autorevoli sulle arteriopatie. Bisogna peraltro sottolineare che l'anamnesi può sottostimare e l'esame obiettivo può sovrastimare la presenza di AOP. Pertanto, una stima corretta che confermi la presenza di AOP necessita di un parametro, obiettivo e confrontabile, che si può ottenere misurando la pressione alla caviglia e al braccio e, facendo il rapporto tra i suddetti valori, definire l'indice caviglia-braccio (ABI). La semplice misurazione dell'ABI, poco costosa ed eseguibile anche dai Medici di medicina generale, conferma la presenza di AOP, esprime la sua gravità, fornisce il più importante indicatore di rischio cardiovascolare e identifica pazienti che meritano una profilassi alla pari di chi ha subito un infarto. Sulla rivista *Circulation* è stato pubblicato uno "Scientific Statement" dell'*American Heart Association* (AHA) sulla misurazione e interpretazione dell'indice caviglia-braccio (ABI) (Aboyans V et al. *Circulation* 2012; 126: 2890-909).

Il metodo è semplice, ma richiede un'esecuzione precisa e ripetitiva. La strumentazione minima necessaria consta di uno sfigmomanometro a bracciale di 10-12 cm da posizionare alla caviglia e un Doppler ad onda

continua (CW) per rilevare il polso alle arterie tibiali anteriori e posteriori. La rilevazione va effettuata a paziente supino, in ambiente con temperatura costante di circa 22°.

Dopo aver posizionato il manicotto dello sfigmomanometro alla caviglia al di sopra dei malleoli, vanno palpati i polsi arteriosi ai reperi tibiale anteriore e posteriore, va applicata una sufficiente quantità di gel e va quindi posizionata la sonda del Doppler CW in corrispondenza dei suddetti reperi, cercando di mantenere un angolo di insonorizzazione di 60°. Si misura quindi la pressione alla caviglia con rilevazione del polso sia all'arteria tibiale posteriore sia all'arteria tibiale anteriore di ciascun arto. Il manicotto va insufflato fino a 20-30 mmHg sopra il valore in cui scompare il segnale. Il manicotto va sgonfiato lentamente in modo da rilevare accuratamente il segnale che indica la pressione sistolica. Il valore più elevato di queste pressioni viene quindi rapportato al valore della pressione al braccio più elevata per calcolare l'ABI. Il test va eseguito prima e dopo l'esercizio fisico, per ottenere dei risultati più attendibili.

Bisogna sempre rilevare la pressione ad entrambe le braccia per evitare di calcolare l'ABI con una pressione arteriosa inferiore a quella controlaterale quale espressione di ostruzione dell'arteria succlavia omolaterale.

I valori di normalità vengono considerati quelli compresi tra 0.90 e 1.40. Con riferimento alla scelta del valore di *cut-off* ideale viene posto l'ac-

cento sull'opportunità di non considerare il valore più accettato di 0.90 come un dato assoluto ed imm modificabile, poiché la sensibilità è piuttosto variabile nei vari studi di validazione; il valore dell'ABI va contestualizzato e interpretato in relazione alla probabilità pre-test di AOP. Per esempio un range di valori fra 0.90 e 1.00 non ha lo stesso significato in una donna giovane senza fattori di rischio con dolore atipico durante la deambulazione e in un maschio sessantenne con fattori di rischio e dolore "tipico". Si consiglia dunque una valutazione più "elastica" dei valori di ABI, mai disgiunta da un giudizio clinico.

Per valori di ABI >1.40, viene raccomandata la misurazione alluce-braccio oppure tecniche non invasive di immagine, quali l'ecocolorDoppler.

► Test dopo esercizio fisico

La misurazione dell'ABI dopo sforzo risulta particolarmente utile nella diagnosi iniziale di AOP nei casi dubbi, ma non è chiaro quali criteri sono da considerare più affidabili:

gli autori che hanno redatto lo statement dell'AHA raccomandano una riduzione assoluta della pressione alla caviglia >30 mmHg oppure una riduzione relativa dell'ABI >20%. Con riferimento alla modalità dell'esercizio fisico richiesto per eseguire il test la flessione plantare ripetuta è considerata un eccellente surrogato dell'esercizio al tappeto mobile, poco praticabile in ambulatorio.

► Predittività dei valori di ABI

Una riduzione della pressione alla caviglia del 15-20% è sintomo di arteriopatia obliterante periferica. Un basso ABI è spesso associato all'aumento del rischio di ictus cerebrale e di infarto del miocardio. Con riferimento all'utilità di misurare l'ABI nel follow-up del paziente con AOP e della valutazione prognostica dei valori di ABI gli autori dello *statement* evidenziano che l'indice di progressione più affidabile sia una riduzione di ABI >0.15, che si associa ad un rischio pari a 2.5 volte di bypass e di 1.8 volte di

peggioramento dei sintomi. Di converso, l'aumento dell'ABI non assume un grande valore informativo perché non correla bene con il miglioramento clinico. Viene confermato il valore prognostico negativo di un ABI <0.50 per la successiva amputazione d'arto e il forte valore prognostico negativo di un ABI ≤0.90 per successiva amputazione nei pazienti diabetici. L'ABI non viene invece considerato di alcuna utilità nella sorveglianza dopo rivascolarizzazione.

Con riferimento all'utilità della misura dell'ABI quale marcatore di rischio cardiovascolare globale, si conferma che il *cut-off* più usato è il valore di 0.90; mancano dati sulla possibilità di identificare un gradiente di rischio in base ai valori di ABI e, questione rilevante, che il valore predittivo dell'ABI scompare, almeno in alcuni studi, nel sesso femminile. Dobbiamo invece assolutamente sottolineare la riconosciuta importanza dell'ABI quale parte di sistemi di punteggio per la stratificazione del rischio cardiovascolare futuro nella popolazione.

THE IJPC CONFERENCES

4th GERIATRICS
IN PRIMARY CARE



Cure Primarie e Paziente Anziano

18/19 OTTOBRE 2013

VENEZIA