

## Arteriopatia Cronica Ostruttiva

Patologia largamente diffusa, con maggiore incidenza tra i 40 ed i 60 anni. I fattori etiopatogenetici coinvolti sono arteriosclerosi (94%); altre cause meno frequenti sono tromboangiite obliterante, intrappolamento dell'arteria poplitea, coartazione aortica, small aorta syndrome.

I fattori di rischio principalmente associati sono fumo diabete, dislipidemia, ipertensione, iperfibrinogenemia.

Fisiopatologia. In termini emodinamici una stenosi diventa potenzialmente capace di provocare una sintomatologia ischemica quando il restringimento del lume arterioso è tale da provocare un gradiente pressorio a monte e a valle della lesione con una riduzione del flusso. Ciò si verifica quando l'area trasversa del vado è ridotto almeno del 75%

Clinica. Dal punto di vista sintomatologico è tutt'ora valida la classificazione della malattia in 4 stadi clinici:

- *Stadio 1:* pazienti completamente asintomatici. Le lesioni steno-ostruttive non sono emodinamicamente significative e vengono riscontrate occasionalmente oppure lo sviluppo di circoli collaterali garantisce un adeguato compenso sia a riposo che durante l'esercizio fisico.
- *Stadio 2:* dolore che si sviluppa durante la deambulazione, in genere riferito come crampiforme. Insorge prevalentemente al polpaccio oppure alla coscia o in regione glutea in base alla sede, estensione e valenza emodinamica della lesione. La claudicatio intermittens stadio 2a: dolore a meno di 200mt; stadio 2b a più di 200mt. Parestesie al piede.
- *Stadio 3:* dolore continuo anche a riposo localizzato al piede; spesso impedisce il sonno.
- *Stadio 4:* necrosi tissutale con la comparsa di ulcere ischemiche e nelle forme più gravi, di gangrena vera e propria. L'ulcera è molto dolorosa, con localizzazione più frequente alla punta delle dita e nelle aree sottoposte a maggiore pressione.

### Esame obiettivo

All'ispezione la cute è ipotermica, lucida, sottile. Piede di colorito blu-cianotico in ortostatismo. Peli rari o assenti.

Metodica valida per valutare l'entità dell'ipoperfusione distale è il test di Burger che si esegue sollevando l'arto interessato di 45°. In condizioni normali la comparsa di un modesto pallore al piede avviene con oltre 60 secs di ritardo, mentre in caso di patologia il pallore è molto intenso e si verifica in un tempo più ridotto. Le vene del dorso del piede si svuotano lasciando un solco nella pelle.

Altra metodica valida per valutare il grado d'ischemia è il tempo di riempimento venoso: dopo l'elevazione a 45° il piede viene fatto pendere dal piano del letto e si osserva il tempo necessario per il riempimento venoso che nel soggetto normale è < 15sec, superiore in presenza di arteriopatia obliterante.

La palpazione dei polsi arteriosi (a livello della femorale comune, della poplitea, della pedidea, della tibiale posteriore) con pz in posizione supina. Distinguiamo 4 gradi d'intensità, da presenti, diminuiti ad assenti.

### Diagnosi strumentale

Doppler CW, EcoColorDoppler, Treadmill test. Quest'ultimo permette di valutare la fase di compenso del circolo collaterale in condizioni di sforzo.

Angiografia per una corretta diagnosi topografica e programmazione intervento chirurgico.

### Terapia

Nello stadio I correzione fattori di rischio, e nello stadio II somministrazione di ASA, prostanoidi, analgesici.

La terapia chirurgica si effettua negli stadi III e IV con tromboendarterectomia e bypass che oggi iniziano a cadere in disuso, preferendosi la chirurgia endovascolare con cateteri a palloncino, stent ed endoprotesi.