

Diagnosi e trattamento dell'arteriopatia degli arti inferiori

Antonino Cartabellotta^{1*}

¹ Presidente Fondazione GIMBE

L'arteriopatia periferica (AP) degli arti inferiori è una malattia comune che colpisce il 3-7% della popolazione generale e il 20% dei soggetti di età superiore a 75 anni. Oltre a limitare fortemente le capacità funzionali e la qualità di vita, l'AP è associata all'aumento del rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare. L'AP è spesso asintomatica; il sintomo più comune è la *claudicatio intermittens*, dolore alle gambe, alle natiche o alle cosce scatenato dalla deambulazione e alleviato dal riposo; più raramente l'AP si presenta come ischemia critica degli arti inferiori, caratterizzata da grave compromissione circolatoria, dolore ischemico, ulcere, perdita di tessuto, e/o cancrena.

A seguito della rapida evoluzione delle tecnologie diagnostiche e dei trattamenti endovascolari, l'approccio ai pazienti con AP è oggi molto eterogeneo, con notevoli variabilità tra setting differenti. Al fine di uniformare l'approccio diagnostico-terapeutico nei pazienti con AP, questo articolo sintetizza le principali raccomandazioni delle linee guida del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)¹. Le raccomandazioni del NICE sono basate su una revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili e sull'esplicita considerazione della costo-efficacia degli interventi sanitari. Quando le evidenze sono limitate, le raccomandazioni si basano sull'esperienza del gruppo che ha prodotto la linea guida – *Guidelines Development Group* (GDG) – e sulle norme di buona pratica clinica. I livelli di evidenza delle raccomandazioni cliniche sono indicati in corsivo tra parentesi quadre.

1. Prevenzione secondaria di eventi cardiovascolari

Tutti i pazienti con AP dovrebbero ricevere informazioni, consigli, supporto e terapie finalizzati alla prevenzione secondaria di malattie cardiovascolari, seguendo le raccomandazioni cliniche di altre linee guida: disassuefazione al fumo; dieta, gestione del peso corporeo, esercizio fisico; dislipidemie e trattamento con statine; prevenzione, diagnosi e terapia del diabete; prevenzione, diagnosi e terapia dell'ipertensione; terapia antiaggregante. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

2. Diagnosi

- Valutare la presenza di AP nei pazienti:
 - Con sintomi e segni suggestivi: dolore alle gambe provocato dallo sforzo, dolore a riposo, perdita di tessuto, ulcere cutanee del piede
 - Diabetici con ferite che non guariscono o che lamentano inspiegato dolore alle gambe
 - Candidati a interventi alla gamba o al piede

- Che necessitano di calze elastiche a compressione graduata

[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Nel valutare i pazienti con sospetta AP:
 - Verificare l'eventuale presenza e severità di *claudicatio intermittens* e di ischemia critica degli arti inferiori: natura e sede del dolore alle gambe, distanza percorsa senza dolore e dopo la sua insorgenza, comparsa di dolore durante il riposo notturno
 - Esaminare gambe e piedi per identificare eventuali segni di ischemia critica degli arti, quali ulcere cutanee
 - Esaminare i polsi femorali, della poplitea e del piede
 - Nel paziente a riposo, possibilmente in posizione supina, misurare l'indice caviglia-braccio – *ankle-brachial index* (ABI) – con la seguente procedura:
 - Rilevare la pressione sistolica con un manico di adeguate dimensioni in entrambe le braccia, nell'arteria tibiale posteriore, nella dorsale del piede e, se possibile, nell'arteria peroneale
 - Effettuare le misurazioni manualmente, utilizzando una sonda Doppler con adeguata frequenza, piuttosto che un apparecchio automatico
 - Documentare la natura dei segnali doppler nelle arterie del piede
 - Calcolare l'indice caviglia-braccio per ciascuna gamba dividendo il valore di pressione più elevato rilevato nella caviglia per quello più elevato rilevato nel braccio
- [Raccomandazioni basate sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

2.1. Test diagnostici

- Effettuare l'eco-doppler come test di prima scelta in tutti i pazienti in cui si sta valutando l'opportunità di una rivascularizzazione.

Citazione. Cartabellotta A. Diagnosi e trattamento dell'arteriopatia degli arti inferiori. *Evidence* 2012;4(8): e1000029.

Publicato 28 dicembre 2012

Copyright. © 2012 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

- Effettuare l'angiografia RM con mezzo di contrasto nei pazienti che, dopo l'ecodoppler, necessitano di ulteriori indagini diagnostiche prima di considerare la rivascolarizzazione. Se l'angiografia RM con mezzo di contrasto è controindicata o non tollerata, effettuare l'angiografia TC. *[Raccomandazioni basate su evidenze di modesta qualità da studi diagnostici]*

3. Trattamento

3.1. Claudicatio intermittens

- Prescrivere a tutti i pazienti con *claudicatio intermittens* un programma di esercizio fisico con supervisione. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa e molto bassa da trial controllati randomizzati e su un modello originale di economia sanitaria con limiti minori e applicabilità diretta]*

- Prevedere un programma di due ore settimanali di esercizio con supervisione per tre mesi, con incoraggiamento all'esercizio nel momento di massimo dolore. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- L'angioplastica è indicata solo quando:
 - Il paziente è stato adeguatamente informato sui benefici conseguenti alla rimozione dei fattori di rischio e,
 - Il programma di esercizio con supervisione non ha determinato un significativo miglioramento della sintomatologia e,
 - I test di imaging confermano l'indicazione all'angioplastica.

[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità bassa e molto bassa da trial controllati randomizzati e su un modello originale di economia sanitaria con limiti minori e applicabilità diretta]

- Il by-pass chirurgico è indicato per le forme severe e fortemente limitanti di *claudicatio intermittens* solo nei casi in cui:

- L'angioplastica non è indicata e/o non è stata efficace e,
- I test di imaging confermano che l'intervento appropriato è il bypass chirurgico.

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità bassa e molto bassa da trial controllati randomizzati e su un modello originale di economia sanitaria con limiti minori e applicabilità diretta]

- Considerare il naftidrofuryl per i pazienti con *claudicatio intermittens*, iniziando dalla preparazione meno costosa, solo quando il programma di esercizio con supervisione non ha determinato miglioramenti significativi e gli interventi di rivascolarizzazione (angioplastica, bypass) non rientrano nelle preferenze del paziente. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

3.2. Ischemia critica degli arti inferiori

- Assicurarsi che tutti i pazienti con ischemia critica degli arti inferiori vengano valutati da un team multidisciplinare prima di prendere decisioni terapeutiche. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- Sottoporre ad angioplastica o a bypass chirurgico i pazienti con ischemia critica degli arti che necessitano di rivascolarizzazione, tenendo in considerazione comorbidità, caratteristiche della malattia, disponibilità di una vena e preferenze del paziente.

- Non effettuare un'amputazione maggiore nei pazienti con ischemia critica degli arti inferiori senza che un team multidisciplinare abbia considerato tutte le opzioni di rivascolarizzazione.

[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità bassa e molto bassa da trial controllati randomizzati e su un modello originale di economia sanitaria con limiti potenzialmente rilevanti e applicabilità diretta]

4. Quali potenziali ostacoli per l'implementazione?

Uno dei limiti principali nella gestione dei pazienti con AP è la mancata valutazione del rischio cardiovascolare e la sua conseguente modifica grazie a esercizio fisico, corretta alimentazione, abolizione del fumo, trattamento del diabete, dell'ipertensione e di altre patologie cardiovascolari correlate. Il GDG ritiene che la modifica dei fattori di rischio cardiovascolare sia una priorità fondamentale per l'implementazione e manifesta la preoccupazione che, nonostante l'AP rappresenti un rilevante fattore di rischio cardiovascolare, non sia adeguatamente riconosciuto e trattato attivamente come altri fattori di rischio.

La prescrizione di programmi di esercizio fisico con supervisione a tutti i pazienti con *claudicatio intermittens* può determinare un rilevante cambiamento della pratica. Tuttavia, la disponibilità e l'utilizzo di tali programmi è molto variabile: se, idealmente, dovrebbero essere disponibili nell'ambito delle cure primarie e facilmente accessibili ai pazienti, di fatto il loro utilizzo avviene prevalentemente in setting specialistici. Ovviamente, i costi per la loro attivazione possono costituire un ostacolo all'implementazione, ma le organizzazioni sanitarie dovrebbero tenere conto che la raccomandazione è sostenuta da un'analisi dettagliata che ne dimostra anche la costo-efficacia. Peraltro, potrebbero anche essere utilizzati o modificati programmi di esercizio per riabilitazione cardiaca o respiratoria già esistenti.

5. Quali raccomandazioni per la ricerca futura?

Il GDG ha identificato alcuni quesiti rilevanti che non trovano ancora risposte in letteratura:

- Nel trattamento dei pazienti con *claudicatio intermittens*, qual è l'efficacia e la costo-efficacia dei programmi di esercizio fisico con supervisione rispetto a quelli senza

supervisione, considerando sia gli outcome a lungo termine, sia la continuità dell'esercizio?

- Quali effetti hanno le attitudini dei pazienti e le loro convinzioni relative all'AP sul trattamento e gli esiti della loro condizione?
- Qual è l'efficacia e la costo-efficacia di una strategia terapeutica che preveda come primo intervento il bypass chirurgico, rispetto all'angioplastica, per trattare l'ischemia critica degli arti inferiori causata da patologie delle arterie infragenicolari?
- Nel trattamento dell'ischemia critica degli arti inferiori causata da patologie delle arterie infragenicolari, qual è l'efficacia e la costo-efficacia di uno stent selettivo rispetto all'angioplastica più uno stent primario?
- Nella gestione dei pazienti con ischemia critica degli arti, qual è l'efficacia e la costo-efficacia della simpatectomia chimica rispetto ad altri metodi di controllo del dolore?

Bibliografia

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Lower limb peripheral arterial disease: Diagnosis and management. (Clinical Guideline 147): August 2012. Disponibile a: <http://guidance.nice.org.uk/CG147>. Ultimo accesso: 7 gennaio 2013.