

Ischemická choroba dolních končetin – diagnóza v primární péči?

21.11.2013

Souhrn

Periferní tepenné onemocnění je převážně způsobeno aterosklerotickým procesem a jeho komplikacemi. Je spojeno s výrazně vyšší kardiovaskulární mortalitou a morbiditou. Přestože dnešní medicína kráčí mílovými kroky kupředu a „umí zázraky“, jsou kardiovaskulární nemoci stále nejčastější příčinou úmrtí v ČR. Ischemická choroba dolních končetin je ve srovnání s ICHS a CMP podceněna a méně léčena. Při hledání a definování míry rizikových pacientů již v primární péči hráje nesporné významnou roli všeobecný praktický lékař.

Klíčová slova ischemická choroba dolních končetin * všeobecný praktický lékař * kardiovaskulární riziko * intenzifikace léčby * Ankle Brachial index (ABI)

V primární péči se setkáváme s celou škálou pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin (ICHDK), jejichž symptomy jsou velice pestré od zcela asymptomatických forem přes typické klaudiaciční bolesti (lokalizované dle výši postižených tepen). S kritickou končetinovou ischémii, která se vyznačuje klidovými bolestmi, případně vznikem kožních defektů, se však setkáváme jen výjimečně. Možnou amputaci končetiny literatura uvádí v méně než 5 % případů. Informovanost o nemoci a jejích symptomech je nízká, nejen v populaci, ale i mezi odbornou veřejností. Přestože ICHDK je hodnocena jako závažný marker celkového kardiovaskulárního rizika, bývá nemoc bagatelizována a podeceňována. Víme však, že pacienti s ICHDK mají vyšší mortalitu jsou více ohroženi srdečním infarktem i mozkovou mrtvicí než pacienti bez ICHDK. Identifikace rizik a sekundární prevence by proto měly být stejně jako u pacientů s aterosklerózou koronárních nebo cerebrálních tepen. Také příslušná terapie by měla být víceúrovňová. V roce 2008 byl uveden do praxe Doporučený postup ICHDK v primární péči a na něj následně navázaly projekty (MOET ICHDK, Czech ABI Project), které jasné prokázaly, že právě všeobecný praktický lékař (VPL) má nezastupitelnou roli ve vyhledávání rizikových a asymptomatických pacientů. V rámci pravidelně prováděné preventivní prohlídky by měl VPL cíleně zjištět stav tepenného řečítství dolních končetin, aby mohl eventuálně odhalit počínající stadia ICHDK. Včasnou diagnózu a brzkou optimální léčbou může praktický lékař významně ovlivnit další osud pacienta. ICHDK je nejčastější lokalizací periferní aterosklerózy. Stenózy vznikající ukládáním ateromových plátů do stěny tepen se projevují klaudiacemi, klidovými ischemickými bolestmi až ztrátou tkané (dle pokročilosti stenózy – 50 % a více). Aktuálně uváděná prevalence choroby v populaci je od 0,6 do 10 % a progreseje s přibývajícím věkem. Ve věku pod 60 let jsou to cca 3 %, zatímco nad 75 let až 20 %. Muži jsou postiženi výrazně častěji a závažněji než ženy. Zhruba u čtvrtiny nemocných dochází k revaskularizaci. Ztráta končetiny z důvodu kritické končetinové ischémie je výjimečná (méně než 5 %). Více než polovina nemocných s periferní lokalizací aterosklerózy umírá na komplikace způsobené ICHS nebo CMP. Chronické formy ICHDK jsou v 98 % způsobeny obliterujícím aterosklerotickým procesem. Vzácně jsou příčinou jiné (trombangitis obliterans, vaskulitidy, kompresivní symptomy, traumaticky a iatrogeně podmíněné tepenné uzavřery nebo myeloproliferativní nemoci).

Klasifikace ICHDK

V angloamerických zemích se v posledních letech užívá klasifikace Rutherfordova (dělení dle tří klaudiací na 7 stadií). U nás je vžitá klasifikace dle Fontaina s rozdělením do čtyř stadií, od stadia asymptomatického přes mírné klaudiace až po ulcerace a gangrénu. Stadium I. Pacient může být zcela bez obtíží – stadium asymptomatické. Stadium II. Objevují se klaudiaciční bolesti lokalizované obvykle v lýtku. Nutí k zastavení, zatímco v klidu mizí. Stadium III. Klidové bolesti jsou i v leži, bez zátěže, v noci progredují a úlevu přináší svěšení končetiny z postele. Stadium IV. Omezený přítok krve do končetiny způsobuje trvalou klidovou bolest se vznikem trofických změn. Zde je možný vznik kritické končetinové ischémie.

Diagnostika

I zdánlivé asymptomatické stadium může být odhaleno již v ordinaci všeobecného praktického lékaře. Pečlivým fyzikálním vyšetřením zjištějeme oslabení periferních pulzací, tepenné šestky, pokles periferního tlaku. Údaj o případných klaudiacičních bolestech nás správně naviguje ke stanovení diagnózy. Praktický lékař zde může zohlednit znalost pacienta, jeho rodiny i rodinné anamnézy včetně životního stylu, rizikových faktorů a schopnosti spolupráce (užívání léků, ovlivnění kuráctví i míru fyzické zátěže). Fyzikálním vyšetřením dále zjištějeme symetrii končetin, barevné a teplotní změny. Nezapomínáme na kůži a její adnexa s případnými trofickými poruchami a kožními defekty. Vyšetřovat bychom měli palpací i auskultaci, přestože vyšetření jsou jen orientační. Při palpací periferních tepen porovnáváme nález na obou končetinách. Palpovat femorální tepny v třísech je jednoduché, v janci podkolenném je to mnohem obtížnější. Palpace tepen akrálních (art. dorsalis pedis a art. tibialis posterior) je často neúspěšná i u zdravých jedinců. Doporučenou součástí fyzikálního vyšetření je polohový test (barevné změny končetiny při elevaci a následném svěšení). Jeho hodnocení však často činí problémy a vyžaduje alespoň minimální zkušenosť vyšetřujícího lékaře. Přibývají však ordinace VPL vybavené tužkovým dopplerovským průtokovým měřením kotníkových tlaků. Měření indexu kotník-paže ABI (Ankle Brachial Index), určujícího poměr mezi systolickým tlakem na horní a dolní končetině stejné strany, se provádí na každé končetině zvlášť pomocí sondy zachycující akustický signál. Celé vyšetření trvá 5–10 minut. Je nejjednodušším a nejcitlivějším diagnostickým přístrojem k posouzení průchodnosti tepen dolních končetin. ABI (Ankle Brachial Index) index je hodnocen jako nezávislý ukazatel rizika rozvoje kardiovaskulárních onemocnění. Normální hodnota ABI je 1–1,29 (za hranici hodnotu považujeme 0,91–0,99). ABI index pod 0,9 je zcela jednoznačně patologická hodnota svědčící pro přítomnost ICHDK. Snížená hodnota ABI indexu není pouze ukazatelem již přítomné ischemické choroby dolních končetin, ale je i významným prediktorem zvýšeného kardiovaskulárního rizika. V mnoha všeobecných praxích se dnes můžeme setkat i s automatickým přístrojem (ABI BOSO 100) s manžetami na čtyři končetiny, které během několika minut vyhodnotí oboustranné ABI index. Vyšetření je snadno proveditelné během ordinace (většinou ho provádí sestra). Právě projekty prováděné v ordinacích primární péče v letech 2008–2011 (MOET ICHDK, Czech ABI Project) výrazně přispěly do diskuse o využití vyšetření ABI indexu v blízké budoucnosti jako screeningové metody prováděné u osob ve věku 50–69 let s přítomností rizikových faktorů nebo u všech nemocných nad 65 let. Stanovení ABI indexu se jeví jako nejjednodušší možnost stanovit subklinickou aterosklerózu. Je to vyšetření vhodné pro záchyt i pro sledování nemoci. Celá řada dalších zejména přístrojových vyšetření spadá již do kompetence specializovaných angiologických ambulancí [jedná se o duplexní sonografii, vyšetření klaudiaciční vzdálenosti na běžícím pásu za standardních podmínek, magnetickou rezonanci (MR), CT angiografií (CTA), případně digitální substrakční angiografií (DSA)].

Léčba

Zcela zásadním přístupem je snaha zabránit rozvoji systémových komplikací generalizované aterosklerózy a zlepšení obtíží nemocného. Celozivotní léčebná intervence je nezbytná a intenzivní ovlivnění rizikových faktorů kouření, arteriální hypertenze, dyslipidémie, diabetes mellitus a nadváhy může předejít vzniku závažných komplikací, jako jsou infarkt myokardu a cévní mozková příhoda. U pacientů s kritickou končetinovou ischémii stále platí pravidlo „First Call“, tj. okamžitý převoz RZS (155) do nejbližšího spádového angiologického, internistického či chirurgického pracoviště stanoveného dle místních podmínek. Praktický lékař je povinen do přjezdu RZS zajistit základní životní funkce a neodkladně zahájit empirickou léčbu heparinem 5–10 000 jednotek i. v. Podání analgetik je možné dle aktuálního stavu postiženého pacienta. Transportní pravidla v České republice nejsou jednotná a řídí se dostupností specializovaných pracovišť v různých regionech. Chceme-li shrnout zásady léčby ICHDK, je třeba zdůraznit, že léčba těchto pacientů má být stejná jako u pacientů s ostatní lokalizací aterosklerózy, tedy intenzivním ovlivňováním rizikových faktorů a prováděním rádné sekundární prevence. Režimová opatření, byť jsou velmi žádoucí, jsou nepopulární a přes trvale intenzivní osvětu se je nedáří dobrě prosazovat a výsledky nejsou příliš optimistiké. Zvýšení fyzické aktivity, redukce váhy a omezení kouření přitom vedou k významnému snížení kardiovaskulárního rizika a jsou klíčovým bodem v péči o pacienty s ICHDK. Pravidelné kontroly hypertenze k cílovým hodnotám, hladin LDL, glykémie u diabetiků a užívání protidiabetických látek by dnes měly být u všech pacientů samozřejmé. Podle aktuálních doporučení mezinárodních i českých pro léčbu dyslipidémie podáváme statiny k cílové hodnotě pro LDL pod 2 mmol/l. V léčbě hypertenze si dlouhodobě významnou roli drží preparáty ze skupiny ACE-inhibitörů. Podávání protidiabetických látek prokazatelně snižuje výskyt kardiovaskulárních příhod. Všechny výše uvedené skutečnosti spolu s tvorbou nového Doporučeného postupu (ICHDK) byly nosnou myšlenkou pro realizaci projektů, které proběhly v ordinacích primární péče v ČR v letech 2008–2011. Projekt MOET ICHDK (monitoring efektivity terapie ischemické choroby dolních končetin) a poté volně navazující Czech ABI Project byly iniciovány Angiologickou společností ČLS JEP ve spolupráci s Ústavem všeobecného lékařství 1. LF UK jako odpověď na existující a přetrávající problémy v péči o pacienty s postižením končetinových tepen. Doporučený postup i oba projekty měly zvýšit povědomí a poslat edukaci všeobecných praktických lékařů o základních principech diagnostiky a léčby ICHDK. Odhalování časnéjších stadií choroby v primární péči a intenzifikace léčby rizikových faktorů již na této úrovni zabránil progresi aterosklerózy. Zvýšení počtu zachycených případů a posílení léčby rizikových faktorů zkvalitní péči o nemocné. Dalším z úkolu uvedeného projektu bylo vyhodnocení komorbidit (ICHs, hypertenze, CMP, DM) s myšlenkou poslat možnosti sekundární prevence v kardiovaskulární oblasti, posílit kompetence VPL a zlepšit mezioborovou spolupráci mezi praktickými lékaři a angiologi. Projekt MOET ICHDK byl zahájen na jaře roku 2008. Jednoduché dotazníkové průzkumy v úvodní části projektu ukázaly skutečnost, že v ordinacích VPL je sledována malá část z předpokládaného počtu případů a tisíce zbyvající nejsou podezřeni. Bylo zjištěno, že pouhých 30 % VPL si je vědomo prognostické významnosti ICHDK a jen 10 % českých VPL bylo obeznámeno s možností detekce

asymptomatických případů pomocí měření ABI indexu doporučovaného k provádění na základě mezinárodního konsenzu rizikových pacientů. V první fázi projektu MOET ICHDK praktičtí lékaři vyhledávali nemocné s ICHDK, kteří nebyli adekvátně léčeni nebo léčba (intervence rizikových faktorů aterosklerózy) nebyla dosud vůbec nasazena.

Vyhodnocení MOET ICHDK

Uvedený projekt ukázal, že rizikové faktory ATS jsou u pacientů s ICHDK dosti podcenovány a kontrola hypertenze, glykémie, cholesterolémie je významně horší než u pacientů s ICHS. Obecně lze říci, že pacienti s ICHDK mají horší prognózu a nižší desetileté přežití. Projekt MOET ICHDK poukázal na významné snížení kardiovaskulárního rizika u těchto pacientů, pokud zasabujeme na několika úrovních současně. Následující Czech ABI Project byl zaměřen na záchyt nemocných v časných asymptomatických stadiích a vyšetření měla být prováděna ve skupinách osob s vysokým rizikem ICHDK – tedy u diabetiků, kuřáků, hypertoničů, nemocných s poruchou metabolismu lipidů a u pacientů s postižením koronárních nebo cerebrálních tepen. Cílovou skupinou v Czech ABI Project byli pacienti nad 50 let s jedním rizikovým faktorem atherosklerózy a všechni pacienti nad 60 let. Za pozitivní pro ICHDK byla považována hodnota ABI 0,9 alespoň na jedné končetině. Dokumentaci studie tvořil dotazník pacienta, záznamový list lékaře (demografie, fyzické hodnoty, rizikové faktory, komorbidity, záznam o zvoleném postupu lékaře) a zápis vyšetření ABI indexu automatickým přístrojem ABI BOSO 100.

Vyhodnocení Czech ABI Project

Cílem bylo prokázat, že v ordinaci VPL lze pomocí jednoduchého měření periferních tlaků a stanovení indexu kotník – paže (ABI) oscilometrickou metodou (přístrojem ABI BOSO) identifikovat pacienty s periferní atherosklerózou, a to ve skupině osob nad 50 let s jedním rizikovým faktorem, resp. nad 60 let v rámci systematických preventivních prohlídek. Za pozitivní hodnotu pro ICHDK byla považována hodnota ABI 0,9 alespoň na jedné končetině. Jednalo se o multicentrickou průřezovou studii probíhající v ordinacích na celém území ČR. Czech ABI Project využil spolupráce s 98 lékaři, kteří zařadili a vyšetřili 6885 osob. Záchyt nových pacientů s ICHDK, u kterých by choroba jinak v této fázi zjištěna nebyla, činil 9,8 %. Míra nového záchytu ICHDK měřením ABI indexu u pacientů v rámci preventivních prohlídek ve studii rostla s přítomností komorbidit, počtem rizikových faktorů, aktuální farmakoterapí, výšším kardiovaskulárním skóre, abnormálním EKG, denní konzumací alkoholu a s aktivním kuřáctvím.

Závěr

Studie ukázala potenciál všeobecných praktických lékařů v identifikaci a ovlivnění míry kardiovaskulárního rizika. Zvýšily současně povědomí VPL o diagnóze ICHDK, podpořily rozvoj včasné diagnostiky a vytvořily podmínky pro výšší efektivitu mezioborové spolupráce. Od 1. 1. 2014 bude kód pro použití oscilometrické metody měření ABI k dispozici VPL pro včasnu diagnostiku ICHDK a pro sledování diabetiků.

Autorka se podílela na řízení projektů MOET ICHDK a Czech ABI, které byly podpořeny nezávislým grantem společnosti APOTEX. Literatura k dispozici u autorky. e-mail: janav.doktor@volny.cz

Summary

Vojtiskova, J. Lower limb ischemia – diagnosis in primary treatment? Peripheral arterial disease is mostly caused by the atherosclerotic process and its complications. It is associated with significantly elevated cardiovascular morbidity and mortality. Even though contemporary medicine is making large strides forward and is able to do things that would have been considered miraculous in the past, cardiovascular diseases still represent the most common cause of death in Czech Republic. Chronic lower limb ischemia is, in comparison to the ischemic heart disease and cerebrovascular accidents, relatively underestimated and less frequently treated. In identifying risk patients and estimating their risk levels in primary care, a general practitioner undoubtedly plays a significant role.

Key words chronic lower limb ischemia * general practitioner * cardiovascular risk * intensification of treatment * Ankle Brachial Index (ABI)

O autorovi| MUDr. Jana Vojtíšková, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav všeobecného lékařství

Autoři

MUDr. Jana Vojtíšková

Mladá fronta

ZDN.cz

Sledujte nás

O společnosti

Internetová inzerce

RSS

Produkty

Redakce

Pro média

Kariéra

Kontakty



Abecedazahradы.cz AutoRevue.cz AVmania.cz CoChceš.cz Connect.cz Dáma.cz DiGlarena.cz Dítěroku.cz Doupě.cz E15.cz EURO.cz F1Sport.cz FinExpert.cz Fitweb.cz Hledejcenty.cz KdeSportovat.cz Kniha.cz JNP.cz LetenkyLevně.cz LidéAzemě.cz Maminka.cz Metropol.cz MobilMania.cz MotoGPsport.cz Ocvíčení.cz Orbion.cz Profit.cz Recepty.cz SportRevue.cz Strategie.cz VTM.cz ZDN.cz Ženy.cz Živě.cz



Copyright 2013 Mladá fronta a. s.
Publikování nebo další šíření obsahu v ebu je bez písemného souhlasu redakce zakázáno.
Zásady používání souborů cookie.

mladá fronta
jsme s námi již 68 let