

Zásady péče o pacienty s intermitentními klaudikacemi

K. Roztočil

Klinika transplantací a cévní chirurgie IKEM Praha, přednosta prof. MUDr. Miloš Adamec, CSc.

Souhrn: Klaudikující pacienti mají vysoké kardiovaskulární riziko a vyžadují na prvním místě zavedení postupů zabraňujících progresi onemocnění a vzniku kardiovaskulárních příhod, a to na stejné úrovni jako u pacientů s koronárním nebo cerebrovaskulárním postižením. V léčbě samotných klaudikačních potíží jde o uplatnění chirurgických a endovaskulárních revaskularizačních výkonů, pohybovou léčbu a použití vazoaktivních látek s prokázanou klinickou působností.

Klíčová slova: ateroskleróza – intermitentní klaudikace – endovaskulární revaskularizace – vazoaktivní léčba

The principles of care for patients with intermittent claudication

Summary: Patients with claudication have a high cardiovascular risk and, foremost, require an introduction of the appropriate procedures to stop the progression of the disease and to prevent cardiovascular events as if these were patients with a coronary or cerebrovascular disease. To manage the claudication-associated complaints, surgery and endovascular revascularization procedures, exercise therapy and vasoactive agents with proven clinical efficacy are used.

Key words: atherosclerosis – intermittent claudication – endovascular revascularization – vasoactive treatment

Intermitentní klaudikace představují jeden z projevů obliterujícího tepenného onemocnění na dolních končetinách, kterým je v naprosté většině případů ateroskleróza. V typické podobě jde o potíže nutící k zastavení po přibližně stejné délce chůze a poměrně rychle ustupující – po odpočinku trvající ne více než desítky vteřin až několik minut. Klaudikujících pacientů je v populaci asi 3%, celkový počet osob s aterosklerózou končetinových tepen je ale podstatně vyšší a dosahuje nejmeně trojnásobku.

Pacienti s klaudikacemi se dostávají do péče lékařů různých odborností – cévních chirurgů, angiologů (cévních internistů), intervenčních radiologů, intervenčních angiologů, kardiologů, diabetologů a v neposlední řadě praktických lékařů. Každá z těchto odborností přistupuje ke klaudikujícím pacientům svým vlastním podílem a v průběhu vývoje onemocnění více nebo méně přispívá k jeho řešení.

Endovaskulární revaskularizace

To, co je charakteristické pro poslední 3 desetiletí, je enormní rozvoj perkutánních revaskularizačních technik, které se staly hlavním léčebným pří-

stupem v indikovaných případech. Jak ukázaly statistické údaje, ve Spojených státech amerických došlo za desetileté období od roku 1996 k trojnásobnému nárůstu endovaskulárních intervencí, na více než 450 výkonů na 100 000 obyvatel za rok [1]. I když došlo ve stejném období k určitému poklesu počtu rekonstrukčních operací (přibližně o 40%), je zřejmé, že růst počtu perkutánních intervencí je mnohem větší a není způsoben jen tím, že nahradily některé operace.

Také v našich podmínkách se odehrál, na poněkud nižší úrovni, podobný vývoj. Podle registru cévních intervencí a operací za rok 2008 bylo u nás provedeno více než 200 revaskularizačních výkonů, z toho 3/4 endovaskulárních. I když nás tyto zvyšující se počty výkonů uspokojují, je třeba mít stále na vědomí, že jejich provádění se týká jen zlomku celkového počtu osob v populaci, postižených obliterující aterosklerózou. U 95–98% pacientů buď není možnost revaskularizace, nebo jsou indikováni k nechirurgické a neinvazivní léčbě, případně nejsou léčeni vůbec, protože nejsou diagnostikováni.

Na první pohled je patrná zřetelná diskrepance: zatímco síť cévně chi-

rurgických pracovišť, týkající se menší části pacientů, je poměrně dobře vybudovaná, zřetelně hůře je na tom péče ze strany cévních internistů – angiologů, týkající se naprosté většiny případů. Důvodem je jistě okolnost, že cévní chirurgie po dlouhou dobu neměla na internistické straně odpovídajícího partnera. Angiologie se v rámci vnitřního lékařství začala vymezovat se značným opožděním ve srovnání s cévní chirurgií i jinými internistickými obory, jako je endokrinologie, gastroenterologie, kardiologie, nefrologie a další a její budování je dosud probíhající proces.

Síť angiologické péče u nás, podle přijaté koncepce oboru, by měla mít strukturu na dvou úrovních. Základem by měly být ambulantní angiologické ordinace, poskytující základní diagnostickou, léčebnou a preventivní péči pro pacienty s tepennými, žilními a lymfatickými onemocněními jak akutními, tak chronickými. Druhou úroveň by měla představovat centra angiologické péče, budovaná na pracovištích typu fakultních nemocnic, jako jedna ze součástí kardiovaskulárních center a zajišťující v multidisciplinární spolupráci a v nejsložitějších situacích kompletní péči o tyto pacienty.

Obecná strategie péče o pacienty s klaudikacemi

Současná strategie péče o pacienty s onemocněním končetinových tepen byla formulována řadou mezinárodních konsenzů a národních doporučení [2–4]. Všechny tyto dokumenty se shodují v tom, že na první místo kladou vysoké kardiovaskulární riziko u pacientů s aterosklerózou periferních tepen. Osud pacientů s klaudikacemi je velmi závažný a je srovnáván s maligními stavy – mortalita za 5 let od diagnózy onemocnění se u nich pohybuje okolo 30% [2]. Zatímco u osob bez klaudikací je 15leté přežití okolo 80%, u pacientů s klaudikacemi za stejné období přežívá jen o něco více než 20% nemocných [2]. Proto, i když pacienti s klaudikacemi přicházejí pro bolesti v dolních končetinách při chůzi, primární doporučená opatření se u nich týkají progresu jejich cévního onemocnění a zábrany vzniku kardiovaskulárních příhod, jakými jsou infarkt myokardu, cévní mozkové příhody nebo gangrény dolních končetin. Zlepšení výkonnosti při chůzi je jakoby posunuto až do druhé doby, ale není sporu, že samo o sobě má u klaudikujících pacientů mimořádný význam a může být současně považováno za součást preventivních opatření.

Aterosklerotické postižení končetinových tepen může působit méně závažným dojmem, protože nepostihuje životně důležité orgány. Avšak přímý dopad končetinové ischemie na mobilitu pacientů, s potenciací sedavého způsobu života, může být jedním z důvodů, proč má tato manifestace aterosklerózy tak vysoké kardiovaskulární riziko. Práce, které sledovaly vztah mezi fyzickou aktivitou a mortalitou u pacientů s klaudikacemi, skutečně ukázaly, že pokud je nějaký pohyb (chůze) provozován, je spojen s nižší úmrtností, ve srovnání s osobami nevěnujícími se vůbec nebo minimálně této činnosti [5]. Škodlivost sedavého způsobu života byla demonstrována také ve velké studii při 12letém sledování reprezentativního vzorku více než

17 000 obyvatel Kanady. Počty zemřelých celkově a na kardiovaskulární onemocnění se proporcionálně zvyšovaly v závislosti na délce denní doby strávené vsedě [6].

Rizikové faktory

Prevence kardiovaskulárních příhod a progresu onemocnění se týká rizikových faktorů aterosklerózy, které jsou stejné jako u pacientů s koronárním nebo cerebrovaskulárním postižením, pouze se mírně liší pořadí jejich významnosti. Jak je patrné z tab. 1, u pacientů s klaudikacemi se na prvním místě uplatňuje kouření a dále diabetes, hypertenze a dyslipidemie. Vzhledem k systémovému charakteru onemocnění a převážně difúznímu postižení tepenného řečiště je ale – z klinického hlediska – přístup k jednotlivým faktorům stejný a potřebný na všech úrovních.

Publikované doporučené postupy zdůrazňují, že prevence rizikových faktorů má být u pacientů s postižením končetinových tepen prováděna stejně intenzivně jako u nemocných s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrovaskulárním postižením. Tento požadavek není v současnosti samozřejmý. Skutečnost je taková, že pacienti s postižením končetinových tepen jsou léčeni významně hůře a dostávají méně často protidestičkové léky, statiny i antihypertenziva, než je tomu u nemocných s ischemickou chorobou srdeční [8–10]. Studie porovnávající dlouhodobou prognózu více než 2 700 pacientů s ischemickou chorobou srdeční a stejně velké skupiny osob

s ischemickou chorobou dolních končetin ukázala u nemocných s postižením periferních tepen 2,5krát horší přežití než u pacientů s koronárním onemocněním a tento nálezn byl dáván do souvislosti s významně nižším užíváním veškeré medikace – protidestičkových léků, statinů, beta-blokátorů, ACE-inhibitorů, kalciových blokátorů i nitrátů [11].

Léčba klaudikací

Léčebné přístupy ke zlepšení samotné ischemie jsou v zásadě založeny na provedení chirurgické nebo endovaskulární revaskularizace a na pohybové a medikamentózní léčbě.

Revaskularizace je rozhodně neúčinnější postup k odstranění ischemie a v případě úspěšného provedení vede okamžitě k úpravě hemodynamické poruchy a tímto způsobem ke zlepšení výkonnosti. Revaskularizační výkony jsou však při klaudikacích prováděny jen u pacientů s limitujícími potížemi a takových osob je menšina. Důvodů ke zdrženlivému postupu je celá řada:

1. revaskularizační výkon řeší aktuální situaci v prokrvení a neovlivňuje základní onemocnění,
2. je málo dokladů o dlouhodobém profitu z hlediska prevence amputací končetin,
3. revaskularizační výkony mají omezenou dobu průchodnosti,
4. dlouhodobý efekt revaskularizace pravděpodobně není významně lepší než při neinvazivní léčbě.

Pohybová léčba je akceptována jako základní nefarmakologická léčba

Tab. 1. Rizikové faktory u pacientů s klaudikacemi [7].

Neovlivnitelné

věk
pohlaví
cévní onemocnění v rodinné anamnéze

Ovlivnitelné

kouření
diabetes mellitus
hypertenze
dyslipidemie
obezita, nadváha
malá fyzická aktivita
dietní návyky
ischemická příhoda v anamnéze

klaudikací. Mechanismus zlepšení výkonnosti v tomto případě není spojen s ovlivněním hemodynamiky a dochází k němu i po cvičení jinými svalovými skupinami, než jsou postižené končetiny. Jde o postup, který je poměrně těžkopádný, s efektem při organizovaném skupinovém tréninku, prováděném po dobu několika měsíců a pod dozorem instruktora. Častou komplikací pro použití pohybové léčby představuje neschopnost pacientů ke cvičení, způsobená koincidencí dalších chorobných stavů.

Za této situace farmakoterapie nabízí další možný léčebný přístup v podobě skupiny vazoaktivních preparátů. Okolo jejich podávání jsou dlouhodobě vedeny diskuze, týkající se jejich léčebného významu u pacientů s klaudikacemi. Na základě Transatlantického konsenzu [2] byly existující vazoaktivní přípravky rozděleny do 3 kategorií:

1. na látky, u nichž je evidence o klinické efektivitě
2. látky potenciálně prospěšné
3. látky s nedostatečně prokázanou klinickou účinností

Ve skupině preparátů s prokázanou efektivitou je na prvním místě uveden preparát cilostazol, který je přednostním preparátem v USA. Už více než 10 let figuruje na 1. místě mezinárod-

ních doporučených postupů, ale do distribuce u nás i v řadě dalších evropských zemí se stále nedostal. Pentoxifylin, který dlouhou dobu u nás převládal, ztratil v léčbě klaudikací své postavení a není pro rutinní použití doporučován. Jediným u nás distribuovaným preparátem s prokázanou použitelností je tak v současnosti naftidrofuryl.

Dle algoritmu doporučovaného u pacientů s klaudikacemi je při použití vazoaktivní léčby poměrně dobrá odpověď u pacientů s krátkou anamnézou onemocnění. U nemocných dlouhodobě léčených, po mnoha revaskularizačních výkonech, bez možnosti další revaskularizace, vazoaktivní léčba většinou nepřináší efekt.

Literatura

1. Goodney PP, Beck AW, Nagle J et al. National trends in lower extremity bypass surgery, endovascular interventions, and major amputations. *J Vasc Surg* 2009; 50: 54–60.
2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33 (Suppl 1): S1–S75.
3. Sobel M, Verhaeghe R. Antithrombotic therapy for peripheral artery occlusive disease. *American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines* (8th Edition). *Chest* 2008; 133 (Suppl 6): 815S–843S.
4. Consensus of Central European Vascular Forum on Intermittent Claudication. *Milano: Adis International* 2005: 1–27.
5. Gardner AW, Montgomery PS, Parker DE. Physical activity is a predictor of all-cause mortality in patients with intermittent claudication. *J Vasc Surg* 2008; 47: 117–122.
6. Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL et al. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Med Sci Sports Exerc* 2009; 41: 998–1005.
7. Diehm C, Darius H. Atherothrombose – Risikoprädiktion und stratifizierung, Biomarker, nichtinvasive Diagnostik, multiple Ereignisse und Therapie. *Gefäßmedizin* 2007; 3: 4–28.
8. McDermott MM, Mehta S, Ahn H et al. Atherosclerotic risk factors are less intensively treated in patients with peripheral arterial disease than in patients with coronary artery disease. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 209–215.
9. D'Souza J, Patel NN, Rocker M et al. Management of cardiovascular risk factors by primary care physicians in patients with peripheral arterial disease. *Surgeon* 2008; 6: 144–147.
10. Selvin E, Hirsch AT. Contemporary risk factor control and walking dysfunction in individuals with peripheral arterial disease: NHANES 199–2004. *Atherosclerosis* 2008; 201: 425–433.
11. Welten GM, Schouten O, Hoeks SE et al. Long-term prognosis of patients with peripheral arterial disease: a comparison in patients with coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51: 1588–1596.

MUDr. Karel Roztočil, CSc.
www.ikem.cz
e-mail: karo@ikem.cz

Doručeno do redakce: 24. 5. 2010