

Κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της περιφερικής αρτηριακής νόσου

Ε. Δ. Αυγερινός, Χ. Δ. Λιάπης

Πρόσφατα ανακοινώθηκαν οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης της περιφερικής αρτηριακής νόσου, οι οποίες και δημοσιεύθηκαν στα επιστημονικά περιοδικά *European Journal of Vascular Surgery* και *Journal of Vascular Surgery*^{1,2}.

Οι οδηγίες αυτές αποτελούν κείμενο συμφωνίας των ακόλουθων εταιρειών: American College of Cardiology, American Diabetes Association, American Podiatric Medical Association, Canadian Society for Vascular Surgery, Cardiovascular and Interventional Radiology Society of Europe, CoCaLis collaboration, European Society for Vascular Surgery, International Diabetes Federation, International Union of Angiology, Interventional Radiology Society of Australasia, Japanese College of Angiology, Society for Cardiovascular Angiography and Intervention, Society for Vascular Surgery, Society of Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine and Biology, Vascular Society of Southern Africa, American College of Physicians.

Εκτιμάται ότι η επίπτωση της περιφερικής αρτηριακής νόσου (ΠΑΝ) είναι 3-10% στο γενικό πληθυσμό και αυξάνεται στο 15-20% στον πληθυσμό >70 ετών. Η πλέον χρήσιμη μη επεμβατική μέθοδος εκτίμησης της ΠΑΝ είναι ο σφυρο-βραχιόνιος δείκτης (ABI – Ankle Brachial Index). Δείκτης ABI <0.9 υποδηλώνει την ΠΑΝ.

Η σταθμισμένη βαρύτητα των κατευθυντήριων οδηγιών που ακολουθούν ταξινομείται σε 3 κατηγορίες:

A: Η οδηγία βασίζεται σε τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη κλινική μελέτη.

B: Η οδηγία βασίζεται σε καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες.

C: Η οδηγία βασίζεται σε αναφορές αρμόδιων επιτροπών (expert committee reports).

ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΟΔΗΓΙΑ 1. ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

- Όλοι οι καπνίζοντες ασθενείς πρέπει να παροτρύνονται να διακόψουν το κάπνισμα [B].
- Όλοι οι καπνίζοντες ασθενείς πρέπει να παροτρύνονται να παρακολουθήσουν

προγράμματα διακοπής καπνίσματος και να λάβουν θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης [A].

- Τα ποσοστά διακοπής μπορούν να αυξηθούν με την προσθήκη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και με θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης [A].

ΟΔΗΓΙΑ 2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΙΠΙΔΙΩΝ

- Όλοι οι συμπτωματικοί ασθενείς με ΠΑΝ πρέπει να ελαττώσουν την LDL χοληστερίνη <100mg/dl [A].
- Όλοι οι ασθενείς με ΠΑΝ και ιστορικό άλλης καρδιαγγειακής νόσου (π.χ. στεφανιαία νόσο) πρέπει να ελαττώσουν την LDL <70 mg/dl [B].
- Όλοι οι ασυμπτωματικοί ασθενείς με ΠΑΝ και χωρίς άλλη γνωστή καρδιαγγειακή νόσο πρέπει να ελαττώσουν την LDL χοληστερίνη <100mg/dl [C].
- Σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, όπου η LDL δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια, τα επίπεδα LDL πρέπει να υπολογίζονται άμεσα και να θεραπεύονται όπως παραπάνω. Εναλλακτικά η non-HDL χοληστερίνη θα πρέπει να ρυθμίζεται στο <130mg/dl και στους ασθενείς υψηλού κινδύνου στο <100mg/dl.
- Τροποποίηση της δίαιτας θα πρέπει να αποτελεί η αρχική προσπάθεια μείωσης των επιπέδων χοληστερίνης [B].
- Σε συμπτωματικούς ασθενείς με ΠΑΝ, οι στατίνες θα πρέπει να αποτελούν τα φάρμακα πρώτης γραμμής για τη μείωση της LDL χοληστερόλης και κατ'επέκταση του κινδύνου καρδιαγγειακών συμβαμάτων [A].
- Οι φιβράτες και/ή η νιασίνη για την αύξηση της HDL και τη μείωση των τριγλυκεριδίων θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με ΠΑΝ και αυξημένα επίπεδα των συγκεκριμένων λιπιδίων [B].

ΟΔΗΓΙΑ 3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

- Σε όλους τους ασθενείς η ΑΠ θα πρέπει να ρυθμίζεται σε επίπεδα <140/90mmHg και <130/80mmHg σε ασθενείς με συνυπάρχοντα ΣΔ ή νεφρική ανεπάρκεια [A].
- Η ρύθμιση της ΑΠ πρέπει να ακολουθεί τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες [A].
- Οι θιαζίδες και οι α-MEA θα πρέπει να αποτελούν τα αρχικά φάρμακα ελάττωσης της ΑΠ σε ασθενείς με ΠΑΝ, προκειμένου να περιορίσουν και τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων [B].
- Οι β-αδρενεργικοί αναστολείς δεν αντενδείκνυνται στην ΠΑΝ [A].

ΟΔΗΓΙΑ 4. ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

- Ασθενείς με ΣΔ και ΠΑΝ θα πρέπει να αντιμετωπίζονται επιθετικά για τον έλεγχο της γλυκόζης αίματος και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη να είναι πάντα <7% [C].

ΟΔΗΓΙΑ 5. ΧΡΗΣΗ ΦΥΛΛΙΚΟΥ ΟΞΕΩΣ

- Σε ασθενείς με ΠΑΝ και άλλα στοιχεία καρδιαγγειακής νόσου δεν πρέπει να χορηγείται φυλλικό οξύ (για περιορισμό της ομοκυστεΐνης), προκειμένου να περιοριστεί ο κίνδυνος καρδιαγγειακού συμβάματος [B].

ΟΔΗΓΙΑ 6. ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Όλοι οι συμπτωματικοί ασθενείς με ή χωρίς ιστορικό άλλης καρδιαγγειακής νόσου θα πρέπει να λαμβάνουν ένα αντιαιμοπεταλιακό φάρμακο για περιορισμό της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας [A].
- Η ασπιρίνη είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με ΠΑΝ και ταυτόχρονα κλινικά στοιχεία άλλης καρδιαγγειακής νόσου (ΣΝ ή καρωτιδική νόσο) [A].
- Η χρήση ασπιρίνης σε ασθενείς με ΠΑΝ αλλά χωρίς κλινικά στοιχεία άλλης καρδιαγγειακής νόσου μπορεί να χορηγηθεί κατά περίπτωση [C].
- Η κλοπιδογρέλη είναι αποτελεσματική στον περιορισμό των καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε μια υποομάδα ασθενών με ΠΑΝ, με ή χωρίς στοιχεία άλλης καρδιαγγειακής νόσου [B].

ΟΔΗΓΙΑ 7. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΝ

- Ασθενείς με κλινικές εκδηλώσεις ΣΝ (στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια) πρέπει να εκτιμώνται και να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες [C].
- Ασθενείς με ΠΑΝ που προορίζονται για χειρουργική επαναγγείωση του σκέλους θα πρέπει να εκτιμώνται προσεκτικά και αν ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου καλό είναι να προηγηθεί η επαναγγείωση του μυοκαρδίου (αγγειοπλαστική ή αορτοστεφανιαία παράκαμψη) [C].
- Η στεφανιαία επαναγγείωση ρουτίνας πριν την αγγειοχειρουργική παρέμβαση δεν συνιστάται [A].

ΟΔΗΓΙΑ 8. Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ Β-ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΝ

- Όταν δεν υπάρχουν αντενδείξεις, οι β-αδρενεργικοί

αναστολείς θα πρέπει να χορηγούνται περιεχειρητικά για τη μείωση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας [A].

ΟΔΗΓΙΑ 9. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΝ

- Η αντιμετώπιση της καρωτιδικής νόσου σε ασθενείς με ΠΑΝ θα πρέπει να βασίζεται στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες [C].

ΟΔΗΓΙΑ 10. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΕΦΡΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΝ

- Όταν η νεφραγγειακή νόσος είναι πιθανή σε ασθενείς με ΠΑΝ (νεφρική ανεπάρκεια, μη ελεγχόμενη υπέρταση) οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες [C].

ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑΣ ΧΩΛΟΤΗΤΑΣ

ΟΔΗΓΙΑ 11. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟΠΤΟΥΣ ΓΙΑ ΠΑΝ

- Σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για ΠΑΝ, σχετική συμπτωματολογία κατά την έγερση ή δυσλειτουργία του σκέλους θα πρέπει να λαμβάνεται αγγειολογικό ιστορικό για την εκτίμηση συμπτωμάτων χωλότητας που μπορεί να περιορίζουν την ικανότητα βάδισης [B].
- Ασθενείς υψηλού κινδύνου για ΠΑΝ με περιορισμένη λειτουργικότητα του σκέλους θα πρέπει να υποβάλλονται σε αγγειολογικό έλεγχο για εκτίμηση των περιφερικών σφύξεων [B].
- Ασθενείς με ιστορικό ή κλινική εξέταση υποδηλούσα ΠΑΝ θα πρέπει να υποβάλλονται σε αντικειμενική εξέταση, με προσδιορισμό του σφυρο-βραχιόνιου δείκτη [B].

ΟΔΗΓΙΑ 12. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ (ABI) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΠΑΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

- Ο ABI πρέπει να υπολογίζεται σε:
- Όλους τους ασθενείς με συμπτωματολογία των κάτω άκρων στην έγερση [B].
- Όλους τους ασθενείς ηλικίας 50-69 με συνοδούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (ειδικά ΣΔ ή κάπνισμα) [B].
- Όλους τους ασθενείς ηλικίας >70, ανεξαρτήτως παραγόντων κινδύνου [B].

- Όλους τους ασθενείς με δείκτη επικινδυνότητας Framingham 10%-20% [C].

ΟΔΗΓΙΑ 13. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑΣ ΧΩΛΟΤΗΤΑΣ

Το πιο σημαντικό μέτρο παρακολούθησης είναι η υποκειμενική αίσθηση βελτίωσης του ασθενούς (συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού βελτίωσης των συμπτωμάτων).

Παρόλ' αυτά αν απαιτούνται ποσοτικές μετρήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα παρακάτω:

- Αντικειμενικά μέτρα περιλαμβάνουν την αύξηση των επιδόσεων στον κυλιόμενο τάπητα [B].
- Βελτίωση του σκορ σε σταθμισμένο για τη νόσο ερωτηματολόγιο [B].

ΟΔΗΓΙΑ 14. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΧΩΛΟΤΗΤΑ

- Μέρος της αρχικής θεραπείας για όλους τους ασθενείς με ΠΑΝ αποτελεί η άσκηση υπό επίβλεψη [A].
- Στα πιο αποτελεσματικά προγράμματα χρησιμοποιείται μια επαναλαμβανόμενη άσκηση ή ο κυλιόμενος τάπητας με επαρκή ένταση ώστε να επέλθει χωλότητα. Μετά το πέρας της συνεδρίας διάρκειας 30-60 λεπτών ακολουθεί ανάπαυση. Οι συνεδρίες άσκησης τυπικά διεξάγονται τρεις φορές τη βδομάδα για τρεις μήνες [B].

ΟΔΗΓΙΑ 15. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑΣ ΧΩΛΟΤΗΤΑΣ

- Φαρμακευτική αντιμετώπιση πρώτης γραμμής για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της διαλείπουσας χωλότητας αποτελεί η σιλοσταζόλη, καθώς τα στοιχεία επιδεικνύουν βελτίωση τόσο στην εκτέλεση επαναλαμβανόμενης άσκησης, όσο και στην ποιότητα ζωής [A].
- Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της χωλότητας μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί η ναφτιδροφουρίλη [B].

ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΚΕΛΟΥΣ

ΟΔΗΓΙΑ 16. ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΚΙΣ)

- Ο ορισμός κρίσιμη ισχαιμία σκέλους πρέπει να χρησιμοποιείται για όλους τους ασθενείς με χρόνια ισχαιμικό άλγος ανάπαυσης, έλκη ή γάγγραινα, που

αποδίδονται σε αντικειμενικά αποδεδειγμένη αρτηριακή αποφρακτική νόσο. Ο όρος ΚΙΣ υποδηλώνει χρονιότητα και πρέπει να διαχωρίζεται από την οξεία ισχαιμία σκέλους [C].

ΟΔΗΓΙΑ 17. ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΚΙΣ)

- Πρέπει να γίνεται επιθετική αντιμετώπιση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στους ασθενείς με ΚΙΣ [A].

ΟΔΗΓΙΑ 18. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΠΑΝ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ

- Όλοι οι ασθενείς με εξέγκωση πρέπει να ελέγχονται για ΠΑΝ, χρησιμοποιώντας αντικειμενικές δοκιμασίες [C].

ΟΔΗΓΙΑ 19. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΚΙΣ)

- Η ΚΙΣ αποτελεί κλινική διάγνωση, αλλά πρέπει να συνοδεύεται και από αντικειμενικές δοκιμασίες [C].

ΟΔΗΓΙΑ 20. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΚΕΛΟΥΣ

- Όλοι οι ασθενείς με συμπτώματα ισχαιμικού άλγους ανάπαυσης ή έλκη του ποδός πρέπει να ελέγχονται για ΚΙΣ [B].

ΟΔΗΓΙΑ 21. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΠΑΝ)

- Η πρώιμη διάγνωση των ασθενών με ΠΑΝ με κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων του άκρου ποδός είναι ουσιαστική για τη διατήρηση του σκέλους [C]. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με καθημερινή επισκόπηση από τον ασθενή ή την οικογένειά του και σε κάθε επίσκεψη με υπόδειξη από τον ειδικό ιατρό άκρου ποδός.

ΟΔΗΓΙΑ 22. ΠΡΩΙΜΗ ΥΠΟΔΕΙΞΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΚΙΣ)

- Οι ασθενείς με ΚΙΣ πρέπει να απευθύνονται σε ειδικό αγγειοχειρουργό από τα αρχικά στάδια της νόσου, για προγραμματισμό των επιλογών επαναγγείωσης του σκέλους [C].

ΟΔΗΓΙΑ 23. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ (MULTIDISCIPLINARY) ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΙΜΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΚΕΛΟΥΣ

- Η διεπιστημονική προσέγγιση είναι η κατάλληλη επιλογή όσον αφορά στον έλεγχο του άλγους, στους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και στις άλλες συνυπάρχουσες νόσους [C].

ΟΔΗΓΙΑ 24. ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΚΙΣ)

- Η επαναγγείωση αποτελεί την κατάλληλη αντιμετώπιση για τους ασθενείς με ΚΙΣ [B].

ΟΔΗΓΙΑ 25. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΚΙΣ)

- Η συστηματική αντιβιοτική θεραπεία είναι απαραίτητη για τους ασθενείς με ΚΙΣ, οι οποίοι αναπτύσσουν κυτταρίτιδα ή μεταδοτική λοίμωξη [B].

ΟΔΗΓΙΑ 26. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ (MULTIDISCIPLINARY) ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΚΙΣ)

- Για τους ασθενείς με ΚΙΣ, οι οποίοι αναπτύσσουν εξέγκωση του άκρου ποδός, είναι απαραίτητη η διεπιστημονική περίθαλψη για την αποφυγή απώλειας του σκέλους [C].

ΟΔΗΓΙΑ 27. ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΚΙΣ)

- Μαζί με την απόφαση για ακρωτηριασμό και την επιλογή του επιπέδου που θα εκτελεστεί πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και η δυνατότητα επούλωσης, η αποκατάσταση και η ανάκτηση της ποιότητας ζωής [C].

ΟΔΗΓΙΑ 28. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΤΑΝΟΪΔΩΝ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΚΙΣ)

- Προηγούμενες μελέτες για τη χρήση των προστανοϊδών στην ΚΙΣ ανέδειξαν βελτίωση στην επούλωση των ισχαιμικών ελκών και περιορισμό των ακρωτηριασμών [A].
- Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες δεν υποστηρίζουν τα πλεονεκτήματα των προστανοϊδών στη βελτίωση της επιβίωσης ελεύθερης ακρωτηριασμού [A].

- Δεν υπάρχουν άλλες φαρμακευτικές επιλογές που να ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση της ΚΙΣ [B].

ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΚΕΛΟΥΣ

ΟΔΗΓΙΑ 29. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΟΙΣ)

- Λόγω ανακρίβειας ψηλάφησης του σφυγμού, σε όλους τους ασθενείς με υποψία ΟΙΣ πρέπει να γίνεται εκτίμηση των περιφερικών σφύξεων με υπερηχοτομογραφία Doppler, αμέσως μόλις τεθεί η υποψία για τη νόσο, ώστε να καθοριστεί εάν υπάρχει σήμα ροής [C].

ΟΔΗΓΙΑ 30. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΥΠΟΨΙΑΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΟΙΣ)

- Όλοι οι ασθενείς με υποψία ΟΙΣ πρέπει να ελέγχονται αμέσως από ειδικό αγγειοχειρουργό, ο οποίος οφείλει να λάβει άμεσα απόφαση και να εκτελέσει επαναγγείωση, λόγω της μη αναστρέψιμης βλάβης του νευρικού και του μυϊκού ιστού που μπορεί να συμβεί εντός λίγων ωρών [C].

ΟΔΗΓΙΑ 31. ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΣΚΕΛΟΥΣ (ΟΙΣ)

- Ενδείκνυται η άμεση παρεντερική αντιπηκτική θεραπεία σε όλους τους ασθενείς με ΟΙΣ. Επί τη αμφίβου, πρέπει να χορηγείται ηπαρίνη στους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε επικείμενο απεικονιστικό έλεγχο/θεραπεία [C].

ΟΔΗΓΙΑ 32. ΑΡΤΗΡΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Εάν δεν υπάρχουν στοιχεία αποκατάστασης επαρκούς κυκλοφορίας, πρέπει να εκτελείται διεγχειρητική αγγειογραφία για την αναγνώριση οποιασδήποτε υπολοίπομνης απόφραξης ή κρίσιμων αρτηριακών βλαβών που χρήζουν περαιτέρω αντιμετώπισης [C].

ΟΔΗΓΙΑ 33. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ

- Σε περίπτωση κλινικής υποψίας του συνδρόμου διαμερισματοποίησης, η θεραπεία εκλογής είναι η διατομή περιτονίας σε τέσσερα διαμερίσματα [C].

ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΠΑΝΑΓΓΕΙΩΣΗΣ

ΟΔΗΓΙΑ 34. ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟ-ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ

- Εάν υπάρχει αμφιβολία για την αιμοδυναμική σπουδαιότητα της μερικής αποφρακτικής αορτολαγονίου νόσου, αυτή θα πρέπει να ελέγχεται με μετρήσεις ενδο-αρτηριακής πίεσης στη στένωση, στην ηρεμία και στην προκλητή υπεραϊμία [C].

ΟΔΗΓΙΑ 35. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΜΕ ΙΣΟΤΙΜΑ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΑ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Σε περίπτωση όπου η ενδαγγειακή επαναγγείωση και η ανοικτή αποκατάσταση/παράκαμψη συγκεκριμένης βλάβης που προκαλεί συμπτώματα περιφερικής αρτηριακής νόσου αποδίδουν ισότιμη βραχύχρονη και μακρόχρονη βελτίωση των συμπτωμάτων, πρέπει πρώτα να εκτελούνται οι ενδαγγειακές τεχνικές [B].

ΟΔΗΓΙΑ 36. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΟΡΤΟΛΑΓΟΝΙΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

- Βλάβες τύπου A και D κατά TASC: Για τις βλάβες τύπου A θεραπεία εκλογής είναι η ενδαγγειακή αντιμετώπιση και για τις βλάβες τύπου D θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική επέμβαση [C].
- Βλάβες τύπου B και C κατά TASC: Για τις βλάβες τύπου B κατάλληλη θεραπεία είναι η ενδαγγειακή αντιμετώπιση και για τις βλάβες τύπου C κατάλληλη θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση. Όταν γίνονται συστάσεις αντιμετώπισης για τις βλάβες τύπου B και C, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι άλλες παθολογικές νόσοι του ασθενούς, η προτίμηση του πλήρως ενημερωμένου ασθενούς και τα ποσοστά επιτυχίας του χειρουργού [C].

ΟΔΗΓΙΑ 37. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΗΡΟ-ΙΓΝΥΑΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

- Βλάβες τύπου A και D κατά TASC: Για τις βλάβες τύπου A θεραπεία εκλογής είναι η ενδαγγειακή αντιμετώπιση και για τις βλάβες τύπου D θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική επέμβαση [C].
- Βλάβες τύπου B και C κατά TASC: Για τις βλάβες τύπου B η κατάλληλη θεραπεία είναι η ενδαγγειακή αντιμετώπιση και για τους ασθενείς χαμηλού κινδύνου με βλάβες τύπου C η κατάλληλη θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση. Όταν γίνονται συστάσεις αντιμετώπισης

για τις βλάβες τύπου Β και C πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι άλλες παθολογικές νόσοι του ασθενούς, η προτίμηση του πλήρως ενημερωμένου ασθενούς και τα ποσοστά επιτυχίας του χειρουργού [C].

ΟΔΗΓΙΑ 38. ΑΡΤΗΡΙΑ ΕΙΣΡΟΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗΡΟΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

- Οποιαδήποτε αρτηρία, ανεξαρτήτως του επιπέδου (δηλαδή όχι μόνο η κοινή μηριαία αρτηρία), μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αρτηρία εισροής για μια περιφερική παράκαμψη, δεδομένου ότι η ροή προς την αρτηρία αυτή και την έκφυση του μοσχεύματος δεν τίθεται σε κίνδυνο [C].

ΟΔΗΓΙΑ 39. ΑΓΓΕΙΟ ΑΠΟΡΡΟΗΣ ΣΤΗ ΜΗΡΟΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

- Σε μια μηρο-κνημιαία παράκαμψη, ως αγγείο απορροής πρέπει να χρησιμοποιείται η λιγότερο προσβεβλημένη περιφερική αρτηρία με την καλύτερη συνεχή απορροή προς το σφυρό/άκρο πόδα, ανεξαρτήτως της εντόπισης, δεδομένου ότι είναι διαθέσιμο επαρκές μήκος κατάλληλης φλέβας [C].

ΟΔΗΓΙΑ 40. ΜΗΡΟ-ΙΓΝΥΑΚΗ ΚΑΤΩΘΕΝ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΥ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ ΚΑΙ ΜΗΡΟΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗ

- Ο κατάλληλος αγωγός στη μηρο-ιγνυακή κάτωθεν του γονάτου παράκαμψη και τη μηροπεριφερική παράκαμψη είναι μία σαφηνής φλέβα επαρκούς μήκους (μειζων σαφηνής) [C]. Επί απουσίας της, πρέπει να χρησιμοποιείται άλλη φλέβα εξίσου καλής ποιότητας [C].

ΟΔΗΓΙΑ 41. ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΩΣ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΑΝΑΓΓΕΙΩΣΗ

- Η αντιαιμοπεταλιακή αγωγή πρέπει να ξεκινά προεγχειρητικά και να συνεχίζεται ως επικουρική θεραπεία μετά από μια ενδαγγειακή ή χειρουργική επέμβαση [A]. Εάν μεταγενέστερα δεν αντενδείκνυται η χορήγηση της, πρέπει να συνεχίζεται επ' αόριστο [A].

ΟΔΗΓΙΑ 42. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ ΠΑΡΑΚΑΜΨΗΣ

- Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε παρακαμπτήριο επέμβαση του σκέλους με τοποθέτηση μοσχεύματος

για την αντιμετώπιση χλωτότητας ή ισχαιμίας απειλητικής προς το σκέλος, πρέπει να μπαίνουν σε πρόγραμμα κλινικής παρακολούθησης. Το πρόγραμμα αυτό πρέπει να περιλαμβάνει:

- Το ιστορικό στο μεσοδιάστημα (νέα συμπτώματα).
- Αγγειολογικό έλεγχο του σκέλους με ψηλάφηση των κεντρικών σφύξεων, καθώς και των σφύξεων του μοσχεύματος και του αγγείου απορροής.
- Περιοδική μέτρηση των σφυρο-βραχιονίων δεικτών στην ανάπαυση και, εάν είναι δυνατό, μετά από άσκηση.
- Τα προγράμματα κλινικής παρακολούθησης πρέπει να διεξάγονται στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο και σε τακτά χρονικά διαστήματα (συνήθως κάθε 6 μήνες) για τουλάχιστον 2 χρόνια [C].

ΟΔΗΓΙΑ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

ΟΔΗΓΙΑ 43. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

- Οι ασθενείς με διαλείπουσα χλωτότητα που εξακολουθούν να βιώνουν περιορισμούς στην ποιότητα ζωής μετά από κατάλληλη ιατρική αντιμετώπιση (φυσικοθεραπεία και/ή φαρμακοθεραπεία) ή οι ασθενείς με κρίσιμη ισχαιμία σκέλους, μπορεί να θεωρούνται υποψήφιοι για επαναγγείωση εάν πληρούν τα παρακάτω συμπληρωματικά κριτήρια: α) υπάρχει κατάλληλη βλάβη για επαναγγείωση, β) ο ασθενής δεν έχει συστηματικές αντενδείξεις για την επέμβαση και γ) ο ασθενής επιθυμεί συμπληρωματική θεραπεία [B].
- Η αρχική εντόπιση της νόσου μπορεί να επιτευχθεί με αιμοδυναμικές μετρήσεις, συμπεριλαμβανομένου της καταγραφής των τμηματικών πιέσεων του σκέλους ή του όγκου παλμού [B].
- Όταν η ανατομική εντόπιση των αρτηριακών αποφρακτικών βλαβών είναι απαραίτητη για τη λήψη αποφάσεων, συνιστώνται οι ακόλουθες απεικονιστικές τεχνικές: η Duplex υπερηχοτομογραφία, η μαγνητική αγγειογραφία και η αξονική αγγειογραφία (ανάλογα με την περιφερειακή διαθεσιμότητα, την εμπειρία και το κόστος) [B].

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Χ. Δ. Λιάπης, Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Βασ. Σοφίας 131, 11 521 Αθήνα
Τηλ.: 210 - 64 67 409, Fax: 210 - 68 47 949
E-mail: liapis@med.uoa.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG. TASC II Working Group, Bell K, Caporusso J, Durand-Zaleski I, Komori K, Lammer J, Liapis C, Novo S, Razavi M, Robbs J, Schaper N, Shigematsu H, Sapoval M, White C, White J. TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur Vasc Endovasc 2007; 33 supplement.
2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG. TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). J Vasc Surg 2007; 45 supplement.