



**UMF**  
UNIVERSITATEA DE  
MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
IULIU HAȚIEGANU  
CLUJ-NAPOCA



## RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

# PRACTICĂ MEDICALĂ

## Cazuistică

### Sindromul Leriche în practica medicului de familie

Dr. Ioana Cinpoeru<sup>1,3</sup>, Asist. univ. asoc. dr. Ana Dascăl<sup>1,2,3</sup>, Asist. univ. dr. Sorina Rodica Pop<sup>1,2,3,4</sup>, Asist. univ. dr. Bianca Cojan Mânzat<sup>1,2,3</sup>, Dr. Daniela-Carmen Vaida<sup>2,3</sup>, Conf. univ. dr. Aida Puia<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca, România, <sup>2</sup>Cabinet Medical Individual de Medicina Familiei, Cluj Napoca, <sup>3</sup>Medicină de familie, <sup>4</sup>Geriatric-gerontologie

Primit: 20.11.2024 • Acceptat pentru publicare: 15.12.2024

#### Rezumat

Sindromul Leriche și boala arterială periferică reprezintă entități clinico-biologice dificil de gestionat în cabinetul medicului de familie. Medicul de familie, ca prim contact al pacientului cu sistemul medical, are rolul de a contribui la un diagnostic timpuriu, de a sfătui pacientul și aparținătorii cu privire la importanța aderenței la tratament dar și de a le oferi sprijin psiho-emoțional. Diagnosticul precoce oferă posibilitatea unui tratament prompt și încetinirea evoluției bolii. Complicațiile bolii sunt grevate de multiple implicații profesionale și sociale; complexitatea îngrijirii și costurile generate devin tot mai mari iar pacientul poate să ajungă o povară pentru societate și familie. Cazul prezentat intenționează să evidențieze rolul medicului de familie în gestionarea unui pacient diagnosticat cu sindrom Leriche, pacient cunoscut de vreme îndelungată cu boală arterială periferică și să sublinieze importanța managementului factorilor de risc pentru această afecțiune la nivelul cabinetului de medicină de familie.

Cuvinte cheie: *sindrom Leriche, management boală arterială periferică în medicina de familie*

---

## MEDICAL PRACTICE

### *Complementary medicine*

### Clinical case presentation: Leriche Syndrome

#### Abstract

Leriche syndrome and peripheral arterial disease as clinical-biological entities are difficult to manage in the family doctor's office. The family doctor, as the patient's first contact with the medical system, has the role of contributing to an early diagnosis, to advise the patient and relatives about the importance of adherence to treatment but also to offer them psycho-emotional support.

Early detection of the diagnosis offers the possibility of an early treatment and thus slowing down the evolution of the disease. The complications of this disease engage multiple professional and social implications; the complexity of the care and the costs generated are getting higher and the patient can become a burden for society and the family. The presented case intends to highlight the attribution of the family doctor in the management of a patient diagnosed with Leriche syndrome, a patient known for a long time with peripheral arterial disease and to emphasize the importance of the risk factors management for this condition at the level of the family medicine office.

**Keywords:** *Leriche syndrome, peripheral arterial disease management in family medicine*

## Introducere

Sindromul Leriche cunoscut și sub denumirea de boala ocluzivă aorto - iliacă este consecința aterosclerozei severe de la nivelul aortei abdominale distale, arterelor iliace și femuro-popliteale. Este caracterizat prin triada: claudicație, impotență și absența pulsurilor femurale.

Simptomele acute cuprind cei 6 P: pain (durere), pulselessness (absența pulsului), pallor (paloare), paresthesia (parestezie), paralysis (paralizie), prostration (slăbiciune generalizată).

Prevalența exactă a sindromului Leriche este necunoscută (10% dintre pacienții cu boală arterială periferică sunt asimptomatici); totuși o prevalență mai mare este înregistrată la sexul masculin și la rasa neagră non-hispanică.

La fel ca și în boala arterială periferică, afectarea peretelui arterial apare secundar procesului de arteroscleroză determinând leziuni endoteliale și tromboze. Factorii de risc sunt reprezentați de prezența diabetului, a hipertensiunii arteriale, a hiperlipidemie și a statusului de fumător.

Simptomul caracteristic este claudicația la nivelul membrilor inferioare (crampe la nivelul șoldurilor, coapselor, feselor reproductibile prin exercițiu); semnul distinctiv al sindromului Leriche fiind reprezentat de diminuarea sau absența pulsurilor femurale.

Ischemia nu este mereu prezentă datorită dezvoltării vascularizației colaterale.

Disfuncția sexuală este o caracteristică clinică care se întâlnește la majoritatea pacienților.

În privința investigațiilor paraclinice ecografia Doppler abdominală (ecoDoppler) și angiografia prin computer tomografie (angioCT) sunt cele mai utile pentru diagnostic.

Bypass-ul aorto-bifemural a fost considerat tratamentul gold standard pentru boala ocluzivă aorto-iliacă, în prezent revascularizarea endovasculară fiind considerată terapia de primă linie (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

## Prezentare de caz

Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă 65 ani, din mediul urban, inactiv social în prezent (pensionat anticipat în urmă cu aproximativ 10 ani), care a avut profesia de decorator. Pacientul, cunoscut de aproximativ 6 ani cu arteriopatie cronică obliterantă, se prezintă în cabinetul medicului de familie pentru dureri la nivelul membrului inferior stâng prezente în repaus, parestezii membre inferioare bilateral, dureri abdominale difuze, cu debut insidios, cu caracter tranzitor, de intensitate moderată, fără iradiere și asteno-fatigabilitate.

Din antecedentele personale patologice reținem diagnosticele: arteriopatie cronică obliterantă stadiul IV membru inferior stâng prin ocluzie de arteră femurală superficială și arteră poplitee tratată chirurgical prin bypass femuro-popliteal distal cu grefon Vena Safenă Internă inversat (2023), ocluzie de arteră femurală superficială dreaptă; hipertensiune arterială esențială stadiul II risc adițional înalt; insuficiență ventriculară stângă NYHA II cu FEVS conservată; dislipidemie mixtă; limfom Non-Hodgkin difuz cu celule mari B chimiotratat; cecitate ochiul stâng, glaucom primar în unghi îngust; infecții repetate pe fondul imunodeficienței postchimioterapie, deficit de vitamina B12.

Pacientul este cunoscut ca fiind potator cronic, fumător activ de 30 de ani (indice Pachete-an=60). Complanța la tratament nu este adecvată (medicația cronică a pacientului : Apixaban 5 mg 1-0-1, Atorvastatină 40 mg 0-0-1, Cilostazol 100mg 1-0-1, Acid acetilsalicilic 75mg 0-1-0). În prezent nu urmează tratament antihipertensiv.

La examenul obiectiv pacientul prezintă stare generală influențată, supraponderie, stare de conștientă păstrată, paloare, tegumente ușor reci, eritem de declivitate și leziuni post flictene la gamba stângă, aspect de ischemie membru inferior stâng (paloare tegumentară, tegumente uscate, pilozitate redusă, leziuni ulcerative), edeme gambiere bilaterale și o leziune trofică ulcerativă persistentă la nivel maleolar intern drept. Examenul aparatului cardiovascular evidențiază valori ale tensiunii arteriale de 140/70 mmHg și o frecvență cardiacă de 82 bpm; absența pulsului la artera poplitee dreaptă, absența pulsului la arterele femurală superficială, poplitee și tibială posterioară stângă, pulsul la nivel distal (artera pedioasă) fiind absent bilateral. Examenul aparatului digestiv demonstrează prezența unui abdomen sensibil la palparea superficială în mezogastru.

Tabel 1 Diagnosticul diferențial în patologiile vasculare

Diagnostic	Argumente pro	Argumente contra
Sindrom de ischemie acută periferică	prezența durerii - cei „6P” șase simptome tipice ale ischemiei (10,11).	Durata simptomelor de peste 2 săptămâni
Sindrom de ischemie cronică periferică (Arteriopatie cronică obliterantă a mb inf de cauză aterosclerotică)	- claudicația intermitentă - durerea de repaus -factori de risc ateroscleroza, statusul de fumător, antecedente de bypass-uri - ulceratii, atrofia mușchilor durere care durează peste 2 săptămâni	
Tromboza venoasă profundă	- durerea de intensitate mare în membrul afectat - tegumentele palide/cianotice - pulsația periferică greu resimțită din cauza edemului	Lipsa factorilor de risc pt tromboză - imobilizare recentă, operații)
Claudicație intermitentă	- prezența de dureri ale membrelor inferioare la mers, sub formă de crampe musculare la nivelul gambelor, coapselor - durerea remite în repaus, la câteva minute de la oprirea mersului - prezența factorilor de risc: sexul masculin, hipertensiunea arterială, statusul de fumător, dislipidemia, vârsta înaintată (>65 ani), supraponderea - senzația de amorteală, slăbiciune la membrele inferioare -ulcere la nivelul membrelor inferioare -modificări ale culorii și temperaturii tegumentului la membrele inferioare	
Claudicația venoasă		Afectarea venelor membrelor inferioare, incompetența valvelor venoase, este ameliorată prin mers sau drenaj postural
Sindrom Leriche	p- factori de risc vârsta înaintată, este fumător activ, hipertensiunea arterială și hiperlipidemia, istoric îndelungat de Arteriopatie cronică obliterantă - triada caracteristică: claudicație, impotență și absența pulsului femurale - prezența celor 6 P	Nu s-a disfuncția sexuală
Sindromul aortic mijlociu	- apare la sau peste nivelul arterei renale, cu implicarea unui segment mai lung (2,8)	Apare la pacienții mai tineri de obicei, 10-30 de ani (2, 8)
Disecție arterială	- localizare preponderentă la nivelul arterelor iliace, claudicația și absența pulsului femural mimând tabloul clinic al sindromului Leriche, durerea la repaus este prezentă	Evoluția într-o perioadă definită de timp a simptomelor alături de examinarea imagistică US și angiografia CT pot elucida diagnosticul (1,4,6).
Anevrism arterial	-Prezența factorilor de risc: vârsta înaintată >65 de ani, sexul masculin, fumatul -Poate fi asimptomatic -Prezența edemelor -Prezența claudicației sau durerii abdominale în anevrism de arteră poplitee respectiv anevrism de arteră splenică (12).	
eEmbolism	- prezența factorilor de risc: vârsta înaintată, antecedente personale patologice neoplazice, insuficiență cardiacă care cresc riscul de embolie pulmonară	Absența simptomelor caracteristice dispneea, durere toracică, hemoptizie, tuse.(15)

Diagnosticul clinic formulat de către medicul de familie a fost de sindrom de ischemie acută periferică, sindrom de claudicație intermitentă, sindrom Leriche, sindrom dureros abdominal și îndrumă pacientul să efectueze un consult clinic de specialitate precum și investigații paraclinice.

Diagnosticul diferențial este reprezentat de o varietate de entități clinice cu caracteristici similare. Patologiile vasculare luate în calcul ar putea fi reprezentate de anevrismul arterial, disecția arterială, embolismul, arterita cu celule gigante, claudicația venoasă post-flebică, flux arterial cauzat de fistulă arterio-venoasă. Patologiile neurologice considerate în diagnosticul diferențial: sciatalgia, canal lombar îngustat: dureri/parestezii la nivel gambier care remite la repaus, apar la efort. Alte patologii considerate: durerea musculoscheletală, claudicația neurogenă, reumatism inflamator, tendinita, artroză (gonartroză/coxartroză) (2).

Argumentele pro și contra în diagnosticul diferențial puse în discuție se regăsesc în tabele 1 și 2.

Tabel 2. Diagnostic diferențial patologii nonvasculare

Diagnostic	Argumente pro	Argumente contra
Infecția de țesuturi moi	Infecția anaerobă - zone de modificări tegumentare asemănătoare cu cele ischemice fliclene, pete cianotice, cu modificări de sensibilitatea cutanată	Absența simptomelor inflamației durere, edem, hipertermie Pulsul este palpabil Lipsa tulburărilor de motilitate precum în ischemie
Claudicația neurogenă	Durerea poate afecta toată lungimea membrului inferior	Determinate de compresii ale rădăcinilor nervoase la nivel vertebral lombo-sacrat
Artroza	pVârsta înaintată	Lipsa durerii articulare, a redorii articulare, a impotenței funcționale la nivelul unei articulații, absența durerii la mobilizarea articulației, lipsa mării de volum a articulației (13)
Sciatalgie	Durerea și paresteziile membrelor inferioare	Absența durerii lombare, (14,15).

Boala arterială periferică ocluzivă se poate confirma prin investigații paraclinice, cei mai importanți parametri fiind hemoleucograma, profilul lipidic (Col total, LDL, HDL, TG), HbA1c (la pacienții diabetici), lipoproteina A, nivelul de homocisteină. Dislipidemia mixtă a fost susținută prin valori modificate ale lipidelor serice (colesterol total -250 mg/dl, LDL-col 290mg/dl, HDL-col=30mg/dl, trigliceride=320 mg/dl).

Indicele gleznă-braț este o investigație neinvazivă, cu cost redus, cu acuratețe diagnostică înaltă, ușor de efectuat în asistența medicală primară care evaluează perfuzia extremităților periferice. Conform ghidului American Heart Association din 2016, acesta este considerat un test screening pentru boala arterială, o valoare <0,9 indicând prezența unei boli arteriale periferice semnificative.

Ecografia Doppler și angiografia CT sunt utile pentru a determina localizare și gradul stenozei (1,6).

Ecografia doppler arterială evaluează aorta abdominală descendentă și ramurile sale (sensibilitate = 85% - 90% și o specificitate >95% pentru detectarea stenozelor arteriale).

Angiografia CT arterială prezintă avantaje precum vizualizarea calcificărilor, stenturilor, by-passurilor și a anevrismelor. În privința Angiografiei prin rezonanță magnetică arterială aceasta poate fi o opțiune care examinează vasele arteriale și venoase fără riscul iradierii pacientului. Electrocardiograma se impune a fi efectuată deoarece boala coronariană este prezentă la 10-71% dintre pacienții cu boala arterială periferică (1,16).

Investigațiile imagistice efectuate pacientului:

- Eco doppler: la nivelul membrului inferior stâng un bypass patent însă cu semnal Doppler diminuat prin posibilă hiperplazie intimală.
- Ecografie doppler arterială: flux trifazic din artera iliacă comună până în artera femurală comună, artera femurală profundă și artera femurală superficială proximală, ulterior artera femurală superficială, artera poplitee, artera tibială posterioară fără flux. Artera tibială posterioară permeabilă cu flux sistolo-diastolic.
- Eco doppler color: placa aterosclerotică la nivelul aortei abdominale descendentă cu flux sangvin minim
- Angio CT vascular: importantă ateromatoză vasculară, cu:
  - Subocluzie a aortei infrarenale (în porțiunea infrarenală realizând stenoze etajate, importante de până la 90-95% -subocluzie).
  - Ocluzie completă a arterei iliace comune stângi pe o lungime de 4 cm, cu reumplerea lumenului distal de segmentul ocluzat prin colaterale. Membru inferior stâng artera femurală superficială în porțiunea proximală permeabilă.

Conform literaturii de specialitate Angiografia-CT este cea mai bună metodă de evaluare (localizarea stenozei și ocluziei, tipul și extensia colateralelor); Angiografie RM cu contrast fiind o altă opțiune care prezintă avantajul lipsei iradierii (8,9).

În urma constatărilor anamnezei, examenului clinic și a investigațiilor paraclinice s-a stabilit **diagnosticul pozitiv** de:

- Sindrom Leriche tipul III prin afectarea segmentului aorto - iliac și a vaselor femuropopliteale;
- Arteriopatie cronică obliterantă stadiul IV membru inferior stâng prin ocluzie de arteră femurală superficială și arteră poplitee, tratată chirurgical prin bypass femuro-popliteal distal;
- Ocluzie de arteră femurală superficială dreaptă;
- Ateroscleroza arterelor extremităților cu ulcerare;
- Hipertensiune arterială esențială stadiul II risc adițional înalt;
- Insuficiență ventriculară stângă NYHA II cu FEVS conservată;
- Dislipidemie mixtă.

**Evoluția bolii** în prezența tratamentului este favorabilă, încetinindu-se progresia bolii. Fără tratament boala evoluează nefavorabil și poate fi urmată de următoarele complicații: asteno-fatigabilitate, impotență și disfuncție sexuală, ischemia membrelor, gangrenă, amputație insuficiență cardiacă, infarct miocardic, deces (1,4,6). Ischemia severă este rar întâlnită în sindromul Leriche în mare parte datorită unei evoluții lente ce permite dezvoltarea vascularizației colaterale.

Semnele de ischemie critică la nivelul membrelor trebuie evaluate periodic și recunoscute prompt: apariția bruscă a durerii la extremitatea afectată, parestezii, pulsuri diminuate/absente și tegumente reci și palide (1) (semne clinice evidențiate de medicul de familie în cazul prezentat).

**Complicațiile bolii ocluzive aorto - iliace:** impotență și disfuncție sexuală, asteno-fatigabilitate, slăbiciune generalizată (6).

**Complicațiile precoce** pot fi următoarele: tromboza precoce (apare în zona femuro-popliteală), hemoragiile, complicația septică (peritonită, infecția materialului protetic), complicații digestive (ocluzia intestinală paralică sau mecanică ce apare după reconstrucția aorto-iliacă), complicații renale (prin tromboembolia arterei renale).

**Complicații tardive** posibile sunt: tromboza tardivă (ocluzia după o lună sau mai mult de la o construcție inițial reușită), fistula aorto-intestinală, complicații renale (hipertensiunea reno-vasculară postoperatorie), complicații nervoase (nevralgii nerv ilioinghinal, hiperestezii pe partea internă a genunchiului) (2).

**Prognosticul pacientului vital, imediat (quo ad vitam)** este bun, cel al stării de sănătate fiind al unei boli cu evoluție cronică. În ce privește prognosticul funcțional există posibilitatea compensării, cu păstrarea integră sau parțială a capacității de muncă, în caz contrar se recomandă pensionarea de boală.

În lipsa tratamentului prognosticul este nefavorabil. Dezvoltarea unei circulații colaterale îmbunătățește prognosticul, în schimb localizarea distală a stenozei este asociată cu un prognostic mai nefavorabil (1,4,6). Managementul medical întârzie necesitatea tratamentului chirurgical (6).

Pacientul poate avea un prognostic bun dacă respectă recomandările medicale și controalele medicale periodice, evită traumatismele locale, efortul fizic moderat și intens. Prognosticul după intervenția chirurgicală este bun (mortalitate la 30 de zile 2-3%) (6).

**Tratamentul sindromului Leriche** are ca obiectiv ameliorarea simptomelor și prevenirea complicațiilor tromboembolice. Debutul și severitatea simptomelor reprezintă factorul decisiv care determină abordarea terapeutică și managementul bolii aortoiliace ocluzive. Diagnosticul ischemiei cronice care pune în pericol viabilitatea membrului impune intervenție de urgență pentru a preveni necroza și gangrena.

**Tratamentul conservativ** al pacientului presupune ca primă măsură optimizarea stării generale a pacientului, controlul factorilor de risc existenți: renunțarea la fumat, reducerea sau chiar abandonul alcoolului, dietă echilibrată pentru menținerea greutateii normale, controlul bolilor cronice: diabet, dislipidemie, hipertensiune arterială prin terapie medicamentoasă cu statine, utilizarea de antiagregante plachetare și antihipertensive (1,2,6). Obiectivul primar al managementului medical este scăderea nivelului lipidelor (LDL<100 mg/dl), respectiv a nivelului glucozei serice (HbA1c<7%).

Exercițiile de mers determină o îmbunătățire a abilității de a merge cu 50-200% conform studiilor. Programul de exerciții presupune sesiuni de mers de 30 min/zi. Apariția durerii de claudicație majoră este o indicație de oprire a exercițiilor (1,2,6).

**Tratamentul medicamentos** este reprezentat în principal de Cilostazol sau Pentoxifilină care tratează simptomele claudicației (primul cu eficiență superioară).

**Tratamentul chirurgical** are ca obiectiv revascularizarea arterială, realizată prin metode endovasculare, chirurgicale în funcție de localizarea, numărul și complexitatea leziunilor vasculare.

Angioplastia percutanată și stentarea sunt intervențiile de elecție la pacienții cu comorbidități multiple (1,16).

Tratamentul chirurgical de revascularizare al sindromului Leriche se poate realiza prin diferite tehnici: tromboendarterectomia, bypass aortoiliac, bypass aortobifemural, bypass axilobifemural și angioplastia transluminală percutanată (PTA) cu/fără stentare. Tratamentul chirurgical este principala opțiune în această patologie (1,4,6).

Metoda preferată este bypass-ul aortobifemural, mai ales pentru artere din pelvis (1,3); terapiile endovasculare, mai puțin invazive, sunt mai oportune la pacienții cu risc înalt în ceea ce privește mortalitatea și morbiditatea (3).

Revascularizarea endovasculară a înlocuit chirurgia bypass aortofemurală și este considerată drept terapie de primă linie. Totuși când tehnica endovasculară nu este oportună bypass-ul aortofemural are un rol important (7).

În cazul pacientului nostru s-au efectuat o serie de intervenții chirurgicale: bypass femuro-popliteu stâng, urmat peste 4 luni de tentativa unei endorevascularizări a membrului inferior stâng prin abord radial stâng. Acestea au avut un rezultat nesatisfăcător, ducând la necesitatea amputației coapsei stângii la un an de la prima intervenție.

### Managementul cazului

Medicul de familie are un rol decisiv în controlul factorilor de risc ai bolii arteriale periferice (17). Managementul pacientului se concentrează pe limitarea progresiei bolii prin tratarea acestor factori; evaluarea periodică a stării de sănătate a pacientului precum și creșterea complianței la terapie fiind esențiale.

Totodată medicul de familie are îndatorirea de a informa pacientului asupra indicațiilor absolute pentru intervenția chirurgicală sau a contraindicațiilor acesteia (tabelul 4). Este importantă și informarea pacientului asupra posibilității unor intervenții de necesitate (amputații ale degetelor, gambei, coapsei) (2,7).

Managementul pacientului implică o echipă multidisciplinară (coordonarea îngrijirilor include medici din asistența medicală primară, echipă de chirurgi, radiologi intervenționiști, cardiologi). Educația pacientului și a familiei se va face periodic, în mod activ prin chemarea pacientului la control. Cu fiecare ocazie se vor explica măsurile ce pot avea rol în evoluția favorabilă a bolii și a măsurilor ce permit o calitate a vieții satisfăcătoare.

Respectarea controalelor medicale periodice la fiecare 3-6 luni este indicată. Este importantă informarea pacientului asupra necesității de a opri fumatul, mai ales cu 4 săptămâni anterior intervenției chirurgicale pentru a preveni complicații pulmonare postoperatorii; de asemenea anterior intervenției chirurgicale se indică terapie antiplachetară, controlul dislipidemiei, a hipertensiunii arteriale esențiale, a diabetului și scădere ponderală.

Tabel 4. Indicații și contraindicații ale intervenției chirurgicale în boala arterială periferică

Indicații absolute pentru intervenție chirurgicală	Contraindicații intervenție chirurgicală
Ateroscleroză severă a aortei abdominale simptomatice	Infarct miocardic recent, în urmă cu 3 luni
Ateroscleroză severă de arteră iliacă simptomatică	Insuficiență respiratorie severă
Ocluzie acută de artera iliacă sau aortă abdominală	Insuficiență hepatică
Gangrenă membru inferior	Insuficiență renală
Impotență	Ciroză hepatică
SClaudicație severă în ciuda terapiei medicale	Insuficiență circulatorie grad III
Stadiu ulceronecrotic al ischemiei cronice	
Durerea în repaus	
Ischemie critică a membrului inferior	
Insuficiență circulatorie severă a membrului inferior	

În cazul în care tratamentul a impus protezarea prin grefă pacientul trebuie să fie informat asupra riscului de infecție a acesteia pe durata întregii sale vieți cu necesitatea antibioticoprofilaxiei înaintea unei proceduri cu risc de bacteriemie (proceduri stomatologice, gastrointestinale, urologice) (6,7).

Referitor la particularitățile cazului prezentat, pacientul a fost diagnosticat inițial cu o complicație a bolii arteriale periferice și anume ischemia membrului inferior stâng ce a necesitat în cele din urmă amputația coapsei stângi. Un alt aspect este faptul că nu s-a obiectivat disfuncția sexuală din triada caracteristică sindromului Leriche. Pacientul nu a menționat disfuncția sexuală, anamneza medicului de familie nu ar trebui să omită interogarea aspectelor ce țin de sănătatea sexuală.

### Discuții

Boala ocluzivă aorto-iliacă sau sindromul Leriche este definită prin triada claudicație, impotență și absența pulsurilor femurale având ca substrat etiopatogenic procesul de ateroscleroză de la nivelul aortei abdominale, arterelor iliace și femuropopliteale.

Pacienții pot fi asimptomatici astfel prevalența acestui sindrom este dificil de estimat; cu toate acestea se consideră că prevalența crește odată cu vârsta (1,18).

Este o variantă a bolii arteriale periferice, a cărei cauză este în principal prezența bolii aterosclerotice (19). Evaluarea riscului aterosclerotic este importantă în cazul oricărui pacient chiar și asimptomatic prin mijloace precum ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) 2013 Risk Calculator from AHA/ACC.

În cazul pacientului rezultatul a demonstrat un risc de evenimente cardiovasculare de 30,3% în următorii 10 ani (20).

Precum este menționat în literatura de specialitate și cazul prezentat în lucrarea de față evidențiază un pacient vârstnic diagnosticat cu sindrom Leriche cu antecedente îndelungate de boală arterială periferică.

Aceste antecedente personale patologice pot ridica suspiciunea apariției ulterioare a sindromului Leriche.

Triada specifică sindromului Leriche este reprezentată de impotență, claudicație și absența pulsurilor la nivel femural. Simptomele de debut în cazul pacientului au fost reprezentate de dureri la nivelul membrului inferior stâng prezente în repaus, parestezii membre inferioare bilateral, dureri abdominale difuze, cu debut insidios, cu caracter tranzitor, de intensitate moderată, fără iradiere iar în privința semnelor absența pulsului a fost notată.

De cele mai multe ori medicul de familie obiectivează cu ocazia examenului clinic la pacientul cu boală arterială periferică absența pulsurilor, tegumente reci, palide, întârzierea reumplerii capilare, o vindecare îngreunată a plăgilor, gangrenă a extremităților inferioare (19).

Diagnosticul sindromului Leriche este confirmat cu ajutorul investigațiilor paraclinice ecografia (Doppler color și angiografia CT) (8,18).

*Tratamentul cuprinde măsuri non-farmacologice și farmacologice.*

Printre măsurile terapeutice se numără renunțarea la fumat, tratamentul antihipertensiv, tratamentul dislipidemieii cu statine, terapia antiplachetară dar și administrarea de cilostazol sau pentoxifilin (19).

Este de asemenea de menționat procesul de revascularizare arterială prin metode endovasculare, chirurgicale (1,16).

Evoluția bolii arteriale periferice este frecvent rezervat; boala are un caracter progresiv în condițiile în care pacientul nu este doritor să-și modifice major stilul de viață.

Mortalitatea este ridicată în cazul acestor pacienți datorită coexistenței frecvente a bolii coronariene sau cerebrovasculare (21).

Managementul pacientului cu sindrom Leriche presupune un control bun al factorilor de risc ai bolii arteriale periferice (17). În acest scop medicul de familie trebuie să ofere educație pacientului cât și familiei cu privire la patologia sa: modificări ale stilului de viață, renunțarea la fumat, creșterea activității fizice, modificări ale dietei.

Îngrijirea pacientului cu sindrom Leriche este o sarcină dificilă care îi revine medicului de familie, acesta fiind nevoit să colaboreze constant cu medici de alte specialități (chirurg vascular, radiolog) în vederea unei evoluții bune a afecțiunii și întârzierii apariției complicațiilor.

## Concluzii

Boala aorto - iliacă ocluzivă sau sindromul Leriche reprezintă o variantă a bolii arteriale periferice care afectează cu predilecție aorta descendentă, cauza principală fiind obstrucția aterosclerotică aorto - iliacă.

Medicul de familie poate influența pozitiv prognosticul pacientului cu boală ocluzivă aorto - iliacă prin evaluarea periodică a riscului aterosclerotic, prin controlul factorilor de risc, creșterea complianței la tratament și educația pacientului.

Medicul de familie poate îmbunătăți calitatea vieții pacientului cu sindrom Leriche prin consilierea medicală și psihoemoțională oferită atât pacientului cât și familiei acestuia.

**Conflict de interese:** nu există

**Acknowledgments:** Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

## Bibliografie

1. Brown KN, Muco E, Gonzalez L. Leriche syndrome. *StatPearls*. 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538248/> [Accessed 29th September 2024].
2. Scribd. *Arteriopatiile periferice Sindromul Leriche*. Available from: [https://www.scribd.com/presentation/495878672/Arteriopatiile-e-Periferice-Sindromul-Leriche-Eu](https://www.scribd.com/presentation/495878672/Arteriopatiile-Periferice-Sindromul-Leriche-Eu) [Accessed 30th September 2024].
3. Pascarella L, Aboul Hosn M. Minimally invasive management of severe aortoiliac occlusive disease. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2018;28(5):562–8. Available from: doi:10.1089/lap.2017.0675.
4. Marak JR, et al. Leriche syndrome: Clinical and diagnostic approach of a rare infrarenal aortoiliac occlusive disease. *Radiol Case Rep*. 2024;19(2):540–6. Available from: doi:10.1016/j.radcr.2023.10.077.
5. Mohamed A, Mattsson G, Magnusson P. A case report of acute Leriche syndrome: Aortoiliac occlusive disease due to embolization from left ventricular thrombus caused by myocarditis. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021;21:235. Available from: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-021-02031-4> [Accessed 1th October 2024].
6. Heaton J, Khan YS. Aortoiliac occlusive disease. *StatPearls*. 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559086/> [Accessed 1th October 2024].
7. Dellehunt RE, Manna B. Aortofemoral bypass. *StatPearls*. 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542328/> [Accessed 2th October 2024].
8. Radiopaedia. *Aortoiliac occlusive disease*. Available from: <https://radiopaedia.org/articles/aortoiliac-occlusive-disease> [Accessed 2th October 2024].
9. Radiopaedia case. *Leriche syndrome*. Available from: <https://radiopaedia.org/cases/leriche-syndrome-2> [Accessed 2th October 2024].
10. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova. *Ischemia acută a extremităților la adult Protocol clinic național PCN-388*. Available from: <https://cemf.md/wp-content/uploads/2023/07/PCN-Ischemia-acuta-a-extremitatilor-la-adult.pdf> [Accessed 3th October 2024].
11. Hardman LR, Jazaeri O, Yi J, Smith M, Gupta R. Overview of Classification Systems in Peripheral Artery Disease. *Semin Intervent Radiol*. 2014;31(4):378–88. Available from: doi:10.1055/s-0034-1393976.
12. Sanador. *Totul Despre Anevrismul Arterial periferic*. Available from: <https://www.sanador.ro/anevrism-arterial-periferic>

- [Accessed 3th October 2024].
13. MedLife. *Artroză*. Available from: <https://www.medlife.ro/glosar-medical/afectiuni-medicale/artroza-cauze-simtome-tratament> [Accessed 3th October 2024].
  14. Davis D. *Sciatica*. *StatPearls*. 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507908/> [Accessed 3th October 2024].
  15. Vyas V. *Acute pulmonary embolism*. *StatPearls* 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560551/> [Accessed 3th October 2024].
  16. MedLife. *Claudicația intermitentă: CE Este, Cauze, simptome, Tratament*. Available from: <https://www.medlife.ro/articole-medicale/claudicatia-intermitenta-ce-este-cauze-simtome-tratament> [Accessed 3th October 2024].
  17. Sanador. *Boala arterială periferică - Totul Despre Arteriopatia obliterantă*. Available from: <https://www.sanador.ro/boala-arteriala-periferica> [Accessed 2th October 2024].
  18. Demirgan S, Şitilci AT, Solak S, Sevdı MS, Erkalp K, Köse E. Leriche syndrome. *Agri*. 2017;29(2):85–7. Available from: doi:10.5505/agri.2015.65983.
  19. Tummala S, Scherbel D. Clinical assessment of peripheral arterial disease in the office: What do the guidelines say? *Semin Intervent Radiol*. 2019;35(5):365–77. Available from: doi:10.1055/s-0038-1676453.
  20. MDCalc. *ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) 2013 Risk Calculator from AHA/ACC*. Available from: [www.mdcalc.com/calc/3398/ascvd-atherosclerotic-cardiovascular-disease-2013-risk-calculator-aha-acc](http://www.mdcalc.com/calc/3398/ascvd-atherosclerotic-cardiovascular-disease-2013-risk-calculator-aha-acc). [Accessed 13th November 2024].
  21. Zemaitis MR, Boll JM, Dreyer MA. *Peripheral arterial disease*. StatPearls. Treasure Island (FL):StatPearls Publishing 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538248/> (Updated 2023 May 23). [Accessed 2th October 2024].