



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

Abordarea manifestărilor bolii aterosclerotice în medicina de familie – prezentare de caz

Dr. Maria Bursan^{1,4}, Dr. Teodora Onofrei^{1,4}, Dr. Anca Vlad^{1,4}, Asist. univ. dr. Mădălina Moldoveanu^{1,4}, Asist. univ. dr. Zegreanu Iustinian^{1,3}, Conf. univ. habil. dr. Aida Puia^{1,2,4}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca Iuliu Hațieganu, România, ²Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ³Medicină legală, ⁴Medicină de familie

Primit: 10.08.2025 • Acceptat pentru publicare: 1.09.2025

Rezumat

Boala aterosclerotică reprezintă substratul bolilor cardiovasculare cauzate de placa ateromatoasă. Una din consecințele acesteia o reprezintă boala arterială periferică, cu localizări în diferite teritorii arteriale. Boala arterială a membrelor inferioare este una din patologiile frecvent întâlnite în practica medicului de familie, boală care necesită un plan de management bine structurat și abordare multidisciplinară. Vom prezenta cazul unui bărbat adult tânăr cu afectare arterială a membrelor inferioare, cu detalii pe aspecte legate de diagnostic, terapie nonmedicamentoasă și medicamentoasă și urmărire în cabinetul medicului de familie.

Cuvinte cheie: *boală arterială a membrelor inferioare, medic de familie*

MEDICAL PRACTICE

Case presentation

Addressing the manifestations of atherosclerotic disease in family medicine – case presentation

Abstract

Atherosclerotic disease is the substrate of cardiovascular diseases caused by atheromatous plaque. One of its consequences is peripheral arterial disease, which affects different arterial territories. Arterial disease of the lower limbs is one of the pathologies frequently encountered in the practice of family physicians. This condition requires a well-structured management plan and a multidisciplinary approach. We will present the case of a young adult man with arterial damage to the lower limbs, with details on aspects related to diagnosis, non-drug and drug therapy, and follow-up in the family physician's office.

Keywords: *lower extremity arterial disease, family physician*

Introducere

Bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză a mortalității globale și o cauză majoră de morbiditate, atât la nivel global cât și la nivel național.

Boala cardiovasculară aterosclerotică (BCVA) reprezintă substratul bolilor cardiovasculare cauzate de placa ateromatoasă. Se discută de patru localizări majore ale aterosclerozei care conduc la următoarele categorii de diagnostic:

- boala coronariană (manifestă prin infarct miocardic fatal sau non-fatal și angină pectorală);
- boala cerebrovasculară (manifestă prin accident vascular cerebral ischemic și atac ischemic tranzitoriu);
- boala arterială periferică - BAP (manifestă prin claudicație intermitentă și ischemie critică a membrelor) și,
- ateroscleroza aortică (anevrismul aortic toracic sau abdominal).

Conform Ghidului Societății Europene de Cardiologie (ESC) pentru Diagnosticul și Tratamentul Bolilor Arterelor Periferice, partea a II-a (care acoperă boala aterosclerotică de artere carotide extracraniene și vertebrale, artere mezenterice, artere renale, arterele extremităților superioare și inferioare), din 2017 BAP cuprinde boala arterelor carotide și vertebrale, boala arterelor membrelor superioare, boala arterială mezenterică, boala arterelor renale și boala arterelor membrelor inferioare (BAMI) (1). Astfel din această perspectivă se recomandă pentru evaluarea corectă a BCVA, atât identificarea factorilor de risc tradiționali pentru ateroscleroză cât și estimarea riscului aterosclerotic pe 10 sau 30 de ani folosind un calculator de risc validat. La fel evidențierea afectării unui anumit teritoriu arterial impune evaluarea tuturor teritoriilor arteriale care pot fi afectate în cazul unei BAP.

Vom prezenta cazul unui adult tânăr, bărbat cu afectare arterială periferică, punând accent pe evaluarea în cadrul cabinetului de medicină de familie.

Prezentare caz

Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă de 47 ani, din mediu urban, căsătorit, de profesie inginer constructor. Se prezintă la cabinetul medicului de familie cu durere la nivelul ambelor membre inferioare și o plagă la nivelul degetului V al piciorului stâng. Debutul durerii a fost în urmă cu câteva luni, cu accentuare în ultimele 3-4 săptămâni. Localizată la nivelul moletului, uneori la nivelul coapselor, durerea se accentuează la mers (după 100 m de mers pe plan drept) și se ameliorează în repaus și uneori la menținerea unei poziții declive. Este percepută ca o cramă dureroasă, intensă (scala VAS 7/8 din 10) și este însoțită de disestezii nocturne, cu răspuns parțial, uneori deloc, la antalgicele utilizate (paracetamol, ibuprofen). Plaga menționată a apărut, afirmativ, fără traumatism fiind sesizată în urmă cu câteva zile anterior consultației.

Din antecedentele patologice personale ale pacientului reținem diagnosticele de Hipertensiune arterială esențială de grad II cu risc cardiovascular înalt, diagnosticată în urmă cu 3 ani, parțial controlată medicamentos (perindopril 5mg/zi); Dislipidemie mixtă sub tratament hipolipemiant diagnosticată la același moment cu hipertensiunea arterială, fără atingerea țintelor terapeutice (atorvastatină 20 mg/zi) și un Lumbago cronic diagnosticat în urmă cu un deceniu. Antecedentele familiale sunt ne semnificative.

Din comportamentele și condițiile de viață subliniem că pacientul nostru este fumător (indice pachet an =30), consumă cafea, alcool (3 unități standard de alcool zilnic – bere) și neagă consumul altor substanțe interzise. Dieta este echilibrată, calitatea somnului a fost afectată în ultima perioadă fiind marcat de treziri frecvente din cauza durerii. Are activitate fizică 5 zile pe săptămână fiind antrenor de fotbal la grupe de copii 10-14 ani. Lucrează 8 ore/zi fără ture, fără expunere la toxice/substanțe/zgomot/stress (administrează un depozit de construcții).

La examenul clinic observăm un pacient ușor supraponderal (IMC=26kg/m²) cu o circumferință abdominală =91cm, valoarea TA=160/82mmHg, AV=76 bpm, SPO₂=99%. Examenul clinic al aparatului cardiovascular evidențiază zgomote cardiace ritmice, bine bătute, suflu sistolic de grad I II/VI la nivelul arterelor carotide comune bilateral; puls prezent la nivelul arterelor radiale bilateral, sincrone cu bătăile cordului; puls filiform la nivelul arterelor femurale, pulsuri nedecelabile la nivelul arterelor pedioase și tibiale posterioare bilateral.

Alte aspecte patologice constatate la examenul clinic sunt tegumente reci, mai palide, la nivelul gambelor și picioarelor, lipsa pilozității, teleangiectazii la nivel perimaleolar extern bilateral, vene reticulare și vene varicoase cu diametru sub 3mm la nivel gambier bilateral și o ulceratie la nivelul degetului V picior stâng, nedureroasă, fără prezența semnelor celsiene. Testul Buerger este pozitiv la ambele membre inferioare (pacientului poziționat în decubit dorsal i se ridică ambele picioare la 45° timp de 1-2minute; dezvoltarea paloare indică afectarea perfuziei membrelor; se notează la ce unghi se produce paloarea - unghiul Buerger, un unghi Buerger mai mic de 20° indicând ischemie severă a membrelor) (2).

Coroborând datele obținute din anamneza pacientului cu examenul clinic, s-au formulat următoarele diagnostice de etapă: Arteriopatie cronică obliterantă a membrelor inferioare stadiul III (sau IV, având în vedere ulceratia de la nivelul degetului V) după clasificarea Fontaine sau Boală arterială a membrelor inferioare (BAMI); Insuficiență venoasă cronică stadiul CEAP 2, Hipertensiune arterială esențială grad II cu risc cardiovascular foarte înalt; Dislipidemie mixtă sub tratament hipolipemiant; Lumbago cronic și Tabagism cronic.

S-au luat în discuție următoarele diagnostice diferențiale, evidențiate în tabelul 1.

Diagnosticul pozitiv a fost confirmat prin tehnici imagistice ca ecografia Doppler a vaselor membrelor inferioare și angioCT abdomen – pelvis - membre inferioare bilateral. Acestea au evidențiat depozite moi aterosclerotice ce produc stenoze de 50-75% pe artera iliacă comună, artera iliacă internă, artera tibială anterioară și posterioară la membrul inferior drept iar la cel stâng ocluzia treimii distale a arterei femurale și ocluzia din treimea medie până la periferie a a arterei tibiale anterioare și posterioare. La nivelul cabinetului de medicină de familie se poate performa indicele gleznă - braț, pacientul nostru având un indice gleznă - braț de 0,65 la ambele membre inferioare, ceea ce corespunde cu afectare moderată a circulației arteriale.

Evoluția este grevată de posibile complicații cum ar fi: risc crescut de evoluție spre stadiul IV - clasificarea Fontaine, amputație dacă ischemia devine critică, risc de suprainfecție bacteriană a leziunilor tegumentare. Extrem de important este evaluarea riscului pentru alte localizări ale BAP, astfel ghidul ne recomandă un screening prin examen clinic complet al teritoriilor arteriale și screening pentru anevrismul de aortă prin examinare ecodoppler.

Tabelul 1. Diagnostic diferențial în BAMI

Diagnostic diferențial	Argumente pro	Argumente contra
Sindromul de ischemie arterială acută	Dispariția pulsului arterial la nivelul arterei obstruate Durere de repaus, intensă și progresivă la nivelul membrului afectat Hipoestezie/parestezii	Senzație de răcire Paloare tegumentară, ulterior colorație violacee, negricioasă și gangrene
Sindrom Leriche	Claudicație intermitentă a membrelor inferioare bilateral	Absența disfuncției erectile Puls femural bilateral prezent
Anevrism de aortă abdominală	Factori de risc comuni - sexul masculin - fumatul	Lipsa durerii de intensitate foarte mare, cu localizare la nivelul etajului abdominal mijlociu/inferior În cazul disecției aortei abdominale apare subit oboseala marcată, dispnee de efort
Tromboza venoasă profundă	Pulsurile periferice greu decelabile (uneori nu se pot decela din cauza edemului) Durere în gambă la dorsiflexia piciorului Fumatul se poate menționa, ca factor predispozant comun	Creștere în volum a gambei unilaterale, de cel mai multe ori Tegumente calde, mai eritematoase Fără factori predispozanți în istoricul recent (imobilizare prelungită, status neoplazic, status post-traumatic);
Trombangeita obliterantă Buerger	Sexul masculin și fumatul sunt factori de risc comuni	Componentă genetică Debut între 20-40 ani Pacienți fără APP de dislipidemie Durere de repaus precoce cu localizare distală, atingere frecventă a membrelor superioare Evoluează cu ulceratii la nivelul degetelor mâinilor

Mortalitatea prin evenimente cardiovasculare asociate este crescută, cu atenție sporită pentru depistarea precoce a unei posibile fibrilații atriale; examinarea pulsurilor și efectuarea unui EKG trebuind să facă parte din evaluarea periodică a pacientului.

Evaluarea riscului de amputații se poate face conform clasificării Wlfi (Wound - leziune trofică; I - ischemie; fi - foot infection - infecția piciorului) (3).

În prezent prognosticul vital, funcțional, al capacității de muncă este păstrat dar pacientul trebuie să fie educat pentru abordarea factorilor de prognostic negativ în mod susținut. Astfel fumatul activ, ischemia critică și tulburări ale metabolismului glucidic sunt factori de prognostic nefavorabili. În contrast, renunțarea la fumat, controlul strict al greutății, controlul TA ≤140/90mmHg, depistarea precoce a complicațiilor, atingerea țintelor terapeutice LDL colesterol ≤70mg/dl și menținerea unor glicemii normale sunt considerați factori de prognostic bun.

Tratamentul nonfarmacologic combină renunțarea la fumat, alimentație echilibrată pentru menținerea greutății și exercițiu fizic.

Tratamentul farmacologic cuprinde triada statine, terapie antiplachetară și terapia hipertensiunii arteriale cu alegerea de primă intenție a inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei sau blocanți ai receptorilor de angiotensină. Tratamentul vasoactiv (pentoxifilin, cilostazol, naftidrofuril) sau vasodilatator (alprostadil) și revascularizarea (by-pass, endarterectomie, angioplastie/stent) completează tratamentul în diferite stadii ale BAMI.

Managementul pacientului cu BAMI în cabinetul medicului de familie presupune:

- renunțare la fumat (consiliere, sfat minimal, tratament de substituție cu nicotina, bupropion sau trimitere către servicii de specialitate);
- controlul TA<140/90 mmHg (beta blocantele se vor administra cu prudență);
- obținerea și menținerea unei ținte a LDL colesterol <70mg/dl;
- controlul glicemiei și depistarea precoce a diabetului zaharat, consiliere pentru scădere în greutate sau menținerea greutății;
- încurajarea mersului până la pragul de claudicație și menținerea igienei piciorului ischemic cu tratament de specialitate imediat a oricăror leziuni apărute la acest nivel.

Discuții

Pe măsură ce înțelegem mai bine substratul fiziopatologic al diferitelor afecțiuni, abordarea pacientului devine un continuum multidisciplinar. Medicul de familie oferă o îngrijire de tip longitudinal, are o abordare holistică, menținând pacientul în centrul îngrijirii.

De aceea, practica medicală bazată pe recomandările ghidurilor profesionale este un sprijin de neprețuit și facilitează planul de management al unui pacient complex.

În cazul unui pacient cu BAMI medicul de familie, trebuie să își aducă aportul în diferite etape de îngrijire a pacientului. Anamnezic, medicul de familie evidențiază antecedentele heredocolaterale din punct de vedere cardiovascular, antecedentele personale de hipertensiune arterială, dislipidemie, diabet zaharat, boală renală cronică, boli oncologice (mai ales cele radiotratate) și comportamente favorizante ca fumatul, chiar și cel pasiv, dietă necorespunzătoare, consum de alcool, sedentarism. Este important să interogăm pacientul despre simptome neurologice tranzitorii sau permanente, durere în brațe la efort (mai ales dacă sunt asociate cu amețeli, vertij), durere de tip anginos, dureri abdominale, dureri la nivelul membrelor inferioare, leziuni ale extremităților care se vindecă dificil, disfuncție erectilă.

Trebuie apreciat mersul și apariția claudicației, caracterizate prin:

- tipul de simptom (oboseală la mers, durere, crampe, arsură, disconfort);

- localizarea (fese, coapse, gambe sau picioare); momentul apariției (declanșate de exerciții, la urcare sau coborâre, ameliorată rapid după repaus);
- distanța de mers la care apar aceste simptome.

Examenul clinic al pacientului cu suspiciune de BAMI, trebuie să cuprindă examinarea tuturor teritoriilor arteriale de la extremitatea cefalică, cervicală, membre superioare, abdomen și membre inferioare. Se vor palpa pulsurile la toate nivelele, se vor observa modificările de temperatură, culoare, pilozitate, leziuni la nivelul membrelor inferioare. Este recomandată testarea sensibilității cu monofilament, abilitatea de a simți durerea și vibrația (ac, diapazon).

Investigațiile de laborator pentru susținerea diagnosticului pozitiv dar și pentru controlul bolii sunt glicemia, profilul lipidic, creatinina și estimarea ratei de filtrare glomerulară, raportul albumină/creatinină urinară, hemoleucogramă completă, acidul uric.

Indicele gleznă - braț (IGB) este un test noninvaziv ce permite formularea diagnosticului de BAMI. La persoanele sănătoase IGB este >1,0. Valoarea IGB< 0,9 sugerează puternic BAMI. Testul are o sensibilitate de 79% și o specificitate de 96%. În practica generală, se consideră că un IGB< 0,8 sau valoarea medie a trei determinări IGB< 0,9 au o valoare predictivă pozitivă de ≥95% iar un IGB>1,10 sau valoarea medie a trei determinări IGB>1,00 au o valoare predictivă negativă de ≥99%. În plus, valoarea IGB se corelează cu severitatea BAMI, cu un risc înalt de amputație atunci când IGB este <0,5 (5).

Ecografia doppler este metoda imagistică de primă intenție pentru confirmarea leziunilor arteriale.

Plecând de la conceptul nou de BAP, este de reținut că în managementul modern al claudicației intermitente, statinele și exercițiile supravegheate sunt recomandate în toate formele de BAMI (inclusiv după revascularizare) iar beneficiul medicamentelor vasoactive este incert în privința îmbunătățirii de mers (1). Statinele trebuie recomandate în doza necesară atingerii și menținerii țintei LDL-colesterolului.

Exercițiile de mers recomandate de Societatea Română de Chirurgie Vasculară se regăsesc în cadranul 1.

Cadranul 1. Recomandări de mers pentru pacientul cu BAMI

- Mergeți zilnic pe jos.
- Îmbunătățiți distanța la care apare durerea, crescând progresiv atât ritmul cât și distanța de mers.
- Renunțați complet la fumat
- Mențineți greutatea corporală în limitele normale.
- Ședința tipică conține următoarele elemente:
 - La început, ar trebui să mergeți până când simțiți o durere ușoară în picioare
 - Continuați să mergeți până când durerea ușoară devine moderată (pe o scală de la unu la cinci, durerea este cel mult trei)
 - Apoi opriți-va și odihniți-va până când durerea dispare, de obicei după câteva minute
 - După ce durerea dispare, începeți să mergeți din nou
 - Repetați acest ciclu de exerciții cu pauze iar apoi odihniți-vă 30 de minute
 - Creșteți progresiv timpul zilnic de mers până la o oră, în sesiuni de minim 10 minute fără pauză dacă nu intervine durerea.
 - Ritmul de mers e recomandat să fie unul moderat.

Exercițiile de mers trebuie recomandate consecvent la fiecare consultație a pacientului cu BAMI (4). Exercițiile se reîncep sub supraveghere la două săptămâni postoperator.

Terapia medicamentoasă este formată din statine, antihipertensive și antiagregante plachetare.

Statinele se recomandă în doză adecvată pentru a obține și menține ținta de LDL-colesterol sub 70mg/dl la toți pacienții diagnosticați cu BAMI, meta-analize demonstrând o creștere a distanței de mers de până 100 metri (6).

Antihipertensivele de tipul inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei sau blocanți ai receptorilor angiotensinei se prescriu în dozele necesare pentru a controla valorile TA la valori mai mici de 140/90mm Hg.

Antiagregantele plachetare se recomandă la pacienții cu BAMI/BAP simptomatică, acid acetilsalicilic 100mg, ticlopidină sau clopidogrel 75mg, distanța maximă de mers crescând cu 59 metri (6).

Managementul pacientului cu BAP presupune controale periodice cu examen clinic complet la trei luni (verificarea teritoriilor arteriale, control TA), EKG periodic, investigații de laborator la șase luni (hemoleucogramă completă, INR, lipidogramă, glicemie, Hb1Ac, creatinina, e -RFG, RACU) și investigații imagistice la 12 luni (ecografie doppler, angio - CT, angio - RMN). Pacientul cu ischemie cronică amenințătoare a membrului necesită controale cu frecvență mai mare.

Concluzii

Medicul de familie poate diagnostica BAMI prin coroborarea datelor anamnestice, a examenului clinic, paraclinic și efectuarea indicelui gleznă-braț, confirmarea leziunilor arteriale realizându-se prin metode imagistice, ecografia doppler fiind examinarea de primă intenție.

Evaluarea clinică a pacientului cu afectare vasculară de origine aterosclerotică trebuie să fie efectuată în toate teritoriile arteriale.

Terapia nonfarmacologică are o importanță majoră, renunțarea la fumat și consilierea pentru exerciții de mers fiind principalele recomandări valabile în toate stadiile de boală.

Statinele sunt recomandate tuturor pacienților cu BAMI, fiind recunoscut beneficiul pentru creșterea distanței de mers. Antihipertensivele de tip inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei sau blocanți ai receptorilor angiotensinei alături de terapia antiplachetară întregesc triada terapeutică medicamentoasă în BAMI.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Bibliografie

1. Societatea Romana de Cardiologie. *Ghidul ESC pentru Diagnosticul și Tratamentul Bolilor Arterelor Periferice (partea a II-a) Documentul acoperă boala aterosclerotică de artere carotide extracraniene și vertebrale, artere mezenterice, artere renale, arterele extremităților superioare și inferioare* Comitetul Societății Europene de Cardiologie (ESC) pentru Diagnosticul și Tratamentul Bolilor Arterelor Periferice Ghid aprobat de Organizația Europeană a Stroke-ului (ESO). Available from: <https://revista.cardioportal.ro/wp-content/uploads/2016/02/ghid-4-22.pdf> [Accessed July 2025].
2. Geeky Medics. *Peripheral vascular examination*. Available from: <https://geekymedics.com/peripheral-vascular-examination/> [Accessed July 2025].
3. Cerqueira LO, Duarte EG, Barros ALS, Cerqueira JR, de Araújo WJB. Wifl classification: the Society for Vascular Surgery lower extremity threatened limb classification system, a literature review. *J Vasc Bras*. 2020;19:e20190070. Available from: doi: 10.1590/1677-5449.190070. PMID: 34178056; PMCID: PMC8202158.
4. Societatea Romana de Chirurgie Cardiovasculara. *Exercițiile de mers*. Available from: <https://www.srcv.ro/exercitiile-de-mers.php> [Accessed 5th August 2025].
5. Stoffers HE, Kester AD, Kaiser V, Rinkens PE, Kitslaar PJ, Knottnerus JA. The diagnostic value of the measurement of the ankle-brachial systolic pressure index in primary health care. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(12):1401-5. doi: 10.1016/s0895-4356(96)00275-2. PMID: 8970490.
6. Momsen AH, Jensen MB, Norager CB, Madsen MR, Vestersgaard-Andersen T, Lindholt JS. Drug therapy for improving walking distance in intermittent claudication: a systematic review and meta-analysis of robust randomised controlled studies. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009;38(4):463-74. Available from: doi: 10.1016/j.ejvs.2009.06.002. Epub 2009 Jul 7. PMID: 19586783.