

Ostre niedokrwienie kończyn

Objawy

- ból – ostry, bardzo silny, zwykle pojawia się nagle i nie zmniejsza się po zatrzymaniu ani opuszczeniu nogi na dół (w przeciwieństwie do zmian w przebiegu przewlekłego niedokrwienia); ból nasila się wraz z upływem czasu;
- bladość skóry nasila się z czasem, aż w końcu dochodzi do sinicy;
- po około 2 godzinach od początku niedokrwienia pojawia się uczucie zziębnięcia, mrowienia i drętwienia kończyny;
- średnio po 6 godzinach następuje zniesienie czucia;
- po kolejnych 2 godzinach dochodzi do porażenia mięśni: na początku nie można ruszać palcami stopy, a później całą stopą; od tego momentu mówimy o ciężkim niedokrwieniu, które wiąże się z większym ryzykiem amputacji;
- długo utrzymujące się niedokrwienie kończyny (>10 godzin) prowadzi do rozległej martwicy tkanek. W tej fazie pacjent może już nie odczuwać bólu, a kończyna jest sina, często pokryta wybroczynami

Przyczyny

- 1) zatory (najczęściej zamykają miejsce podziału tętnicy biodrowej wspólnej, tętnicę udową, rozwidlenie aorty brzusznej, tętnicę podkolanową) pochodzenia sercowego (80% przypadków; najczęściej związane z migotaniem przedsionków) lub materiałem z aorty i dużych tętnic (z tętniaków lub blaszek miażdżycowych)
- 2) zakrzepica pierwotna (na ogół powikłanie miażdżycowego zwężenia tętnicy lub tętniaka)
- 3) zakrzepica w pomoście naczyniowym lub naczyniu poddanym rewaskularyzacji
- 4) uraz lub rozwarstwienie tętnicy
- 5) zespół usidlenia
- 6) stany nadkrzepliwości.

Diagnostyka

- Podczas badania lekarz ocenia niedokrwioną kończynę: kolor skóry (blada, sina), temperaturę (chłodna, zimniejsza niż druga noga), napływ kapilarny (wydłużenie czasu do ponownego zaróżowienia płytki paznokciowej po jej uciśnięciu) oraz obecność lub brak tętna na kolejnych odcinkach kończyny dolnej.
- W USG techniką duplex (coraz częściej wykonywane w ramach wstępnej diagnostyki) stwierdza się brak przepływu krwi w tętnicach kończyny i można zlokalizować miejsce niedrożności, a niekiedy rozróżnić zator od zakrzepu; badanie szczególnie pomocne w ocenie drożności pomostów naczyniowych.
- Angio-TK (często wykonywana) pozwala określić lokalizację zmian będących przyczyną ostrego niedokrwienia, ocenić stan łożyska naczyniowego poniżej miejsca niedrożności i często wykryć bezpośrednią przyczynę niedrożności, jest również bardzo pomocna w planowaniu leczenia inwazyjnego.

Różnicowanie

- zakrzepica w przebiegu miażdżycy zarostowej tętnic, czynnikiem różnicującym jest obecność u pacjenta z miażdżycą chromania przestankowego.
- chromanie neurogenne to efekt tzw. stenozy (stenoza lędźwiowa) – czyli zwężenia kanału kręgowego. Zwężenie powstaje poprzez zwyrodnienie dysku i zwyrodnienie stawów międzykręgowych (osteofity), wego w wywiadzie.

Leczenie

Postępowanie przedoperacyjne:

- 1) jak najwcześniej heparyna niefrakcjonowana 5000–10 000 IU, następnie ciągły wlew i.v.
- 2) leki przeciwbólowe (analgetyk opioidowy np.. Tramadol 50-100mg sc.)
- 3) nawodnienie chorego (pozajelitowe).

Postępowanie operacyjne:

- 1) zabieg chirurgiczny – niezwłoczna operacja rewaskularyzacyjna wskazana w stadium II i wczesnym III, najczęściej trombektomia (powinno się wykonać w ciągu 6–8 h od wystąpienia pierwszych objawów niedokrwienia)
- 2) zabiegi wewnątrznaczyniowe – dotętnicza tromboliza miejscowa przez cewnik, którego koniec jest umieszczony w skrzeplinie, polegająca na ciągłym wlewie małych dawek streptokinazy lub alteplazy (metoda pierwszego wyboru u chorych w stadium I lub IIa, szczególnie u chorych z zakrzepicą tętniczą; może wyeliminować konieczność lub zmniejszyć zakres leczenia operacyjnego; każde pogorszenie ukrwienia w trakcie trombolizy sygnalizuje konieczność przerwania wlewu i przeprowadzenia operacji; po udrożnieniu naczynia można wykonać angioplastykę przezskórną lub operację rekonstrukcyjną w celu zapewnienia trwałej drożności); przezskórna trombektomia aspiracyjna; przezskórna trombektomia mechaniczna.