

Caso clinico 2. Sclerosi sistemica e arteriopatia ostruttiva arti inferiori

A. Marcoccia

L'associazione tra una patologia del microcircolo, quale la sclerodermia, e lesioni ateromasiche del macrocircolo (tratto iliaco-femorale) è rara, ma aumentano le evidenze in proposito. L'impiego sinergico della terapia con prostanoidi, contestualmente alla procedura chirurgica od interventistica endovascolare, risulta determinante per il miglioramento dei risultati terapeutici.

Casistica di SSC e ischemia critica trattati con trattamento endovascolare

10 pazienti, di cui:

5 pazienti affetti da Artrite Reumatoide

1 paziente affetto da LES

3 pazienti affetti da SSC

1 paziente affetto da panarterite nodosa

Il trattamento endovascolare è tecnicamente riuscito in tutti i casi. Nessun paziente è stato sottoposto ad amputazione di arto ed è in corso la guarigione delle lesioni.

Casistica di SSC e ischemia critica trattati con trattamento chirurgico

8 pazienti, 1 uomo e 7 donne, di età media 68 aa, che presentavano lesioni delle arterie distali, sono stati trattati:

5 con bypass su pedidia

1 con bypass su peroniera

2 con amputazione primaria.

Si sono verificate poi:

1 trombosi precoce con necessità di amputazione dell'arto;

in 5 casi guarigione dell'ulcera e risoluzione del dolore, ma successive 4 trombosi a distanza per iperplasia della anastomosi, 2 trattate con amputazione di gamba, 1 ha presentato ulcera recidiva persistente, 1 trattata con amputazione digitale. In conclusione un alto grado di fallimento terapeutico e di amputazioni di arto.

Presentiamo un *caso clinico* di sclerodermia associata a patologia steno-ostruttiva femorale.

CP di anni 65.

In *anamnesi patologica remota* presenta dall'età di 30 aa diagnosi di Sclerosi Sistemica in forma limitata (CREST) ANA centromerico. All'età di 45 aa amputazione del III dito della mano destra e all'età di 52 aa amputazione dell'avampiede sinistro.

In *anamnesi patologica prossima* presenta ischemia critica dell'arto inferiore destro con lesione necrotica del piede; circa 10 aa prima inizio di lesioni trofiche acrali delle dita e vasta ulcerazione del moncone di amputazione su deiscenza della ferita chirurgica mai guarita (Fig. 1 e 2). Inoltre stenosi bilaterale 40-50% delle arterie carotidi interne. Gli esami colturali delle lesioni evidenziavano la presenza di *Staphylococcus Aureus* e *Pseudomonas Aeruginosa*. A causa di dolore a riposo il paziente assumeva terapia antalgica massimale con oppioidi. All'ecodoppler si dimostravano estese calcificazioni, steno-ostruzione iliaca e femorale destra, stenosi della femorale superficiale.



Figura 1



9 mesi dopo



Figura 2

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Deguchi J, Shigematsu K, Ota S, Kimura H, Fukayama M, Miyata T. Surgical result of critical limb ischemia due to tibial arterial occlusion in patients with systemic scleroderma. *J Vascular Surg* 2009; 49: 918-23.

Hettema ME, Bootsma H, Kallenberg CJM. Macrovascular disease and atherosclerosis in SSc. *Rheumatology* 2008; 47: 578-83.

Obara H, Matsubara K, Fujimura N, Sekimoto Y, Kitagawa Y. Preliminary report of endovascular treatment for critical limb ischemia patients with connective tissue disease: cases series and review of the literature. *Int J Angiol* 2015; 24: 137-42.

Dott.ssa Antonella Marcoccia Dirigente Medico U.O.S.D. Angiologia, Ospedale Sandro Pertini, Roma

Per la corrispondenza: antonella.marcoccia@aslromab.it