

## Pacientka s kritickou končetinovou ischemií při Buergerově chorobě po 45 letech

Jiří Spáčil\*, Jaroslava Svobodová, Jiří Král

III. interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy,

\*Subkatedra angiologie IPVZ, Praha, Česká republika

Spáčil J\*, Svobodová J, Král J (III. interní klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, \*Subkatedra angiologie IPVZ, Praha, Česká republika). **Pacientka s kritickou končetinovou ischemií při Buergerově chorobě po 45 letech.** *Cor Vasa* 2006;48(5):198–201.

Popisujeme kasuistiku nemocné, která se od roku 1960 od svých 32 let léčila pro zánětlivé onemocnění projevující se zánětlivými infiltráty na končetinách a uzávěry všech bérceových tepen s kritickou končetinovou ischemií. Léčbou se dařilo stav stabilizovat, takže nedošlo ke vzniku gangrén ani k amputacím. Po definitivním zanechání kouření, před tím popíraném, po infarktu myokardu v roce 1994 se funkční stav dolních končetin značně zlepšil, nebyly klaudikace, distální tlaky nad kotníky byly jen mírně sniženy. Arteriografie v roce 2004 potvrdila uzávěry všech tří bérceových tepen s rozvojem kolaterálního oběhu. Domníváme se, že se u nemocné jednalo o Buergerovu chorobu. Přes uzávěr všech bérceových tepen nemusí dojít ke gangrénám a amputacím. Podmínkou úspěšného léčení je zanechání kouření.

**Klíčová slova:** Buergerova choroba – Kouření

Spáčil J\*, Svobodová J, Král J (Department of Medicine III, General University Hospital and Charles School of Medicine 1, \*Postgraduate Medical School, Unit of Angiology, Prague, Czech Republic). **A female patient with critical peripheral artery disease in the presence of Buerger's disease after 45 years.** *Cor Vasa* 2006;48(5):198–201.

This is the case report of a woman receiving treatment from 1960 when she was 32 years old for inflammatory disease manifesting itself with inflammatory infiltrates on the limbs and occlusion of all crural arteries with critical peripheral artery disease (PAD). Treatment was capable of stabilizing the patient's condition so she developed no gangrene and required no amputation. Once she stopped smoking, which the patient originally denied, after myocardial infarction in 1994, the peripheral artery functional status improved considerably. The patient reported no claudications, distal perimolar pressure values were only slightly decreased. Arteriography performed in 2004 confirmed occlusion of all three crural arteries with development of a collateral circulation. It is our impression the patient had Buerger's disease (thromboangiitis obliterans). Gangrenes and amputation need not necessarily occur despite the occlusion of all crural arteries. A precondition for successful management is smoking cessation.

**Key words:** Buerger's disease – Smoking

**Adresa:** MUDr. Jiří Spáčil, CSc., III. interní klinika VFN a 1. LF UK, Subkatedra angiologie IPVZ, U nemocnice 1, 128 08 Praha 2, Česká republika, e-mail: jiri.spacil@vfn.cz

### ÚVOD

Buergerova choroba byla po 2. světové válce poměrně časté, všeobecně známé a velmi obávané onemocnění vedoucí ke gangrénám a amputacím dolních i horních končetin. Tato choroba byla velmi studovaná na IV. interní klinice v Praze 2 (prof. Prusík, prof. Reiniš, doc. Pokorný, doc. Puchmayer, prof. R. Vaněček, a další). Doc. Přerovský s dr. Linhartem v Ústavu pro choroby oběhu krevního (nynější Klinika kardiologie IKEM) se této nemoci také věnovali a poukázali, že u části nemocných jde o tehdy vzácné aterosklerotické onemocnění u mladých mužů. V dalších desetiletích ve vyspělých západních zemích výskyt onemocnění postupně výrazně klesal, podle údajů z Mayo kliniky ze 104/100 000 v roce 1947 na 12,6 v roce 1986. Mezi nemocnými s onemocněním periferních

tepen tvoří Buergerova choroba nyní jen 0,5–5 %. Avšak v některých zemích (např. Indie, Japonsko, v Izraeli pak u některých skupin) tvoří 40–80 %.<sup>(1)</sup> Postižení žen bývalo velmi vzácné, nyní se uvádí že ženy tvoří 4–27 % nemocných.<sup>(2,3)</sup> Ve velkém souboru nemocných z Polska (Dolní Slezsko) ženy tvořily 9 %.<sup>(4)</sup> Klinický obraz je dán především postižením malých a středně velkých tepen končetin a rozvojem kritické končetinové ischemie a gangrén. Typické migrující flebitidy, dříve považované za nutnou součást klinického obrazu, se podle nynějších názorů vyskytují jen u 40–62 %.<sup>(1,4)</sup> Výjimečně choroba postihuje i jiné orgány.<sup>(5–11)</sup> Některí klinici se domnívají, že u nás v posledních letech mladých nemocných s uzávěry končetinových tepen a nekrózami přibývá. Kromě Buergerovy choroby a vaskulitid musíme myslet i na užívání drog.<sup>(12–14)</sup>

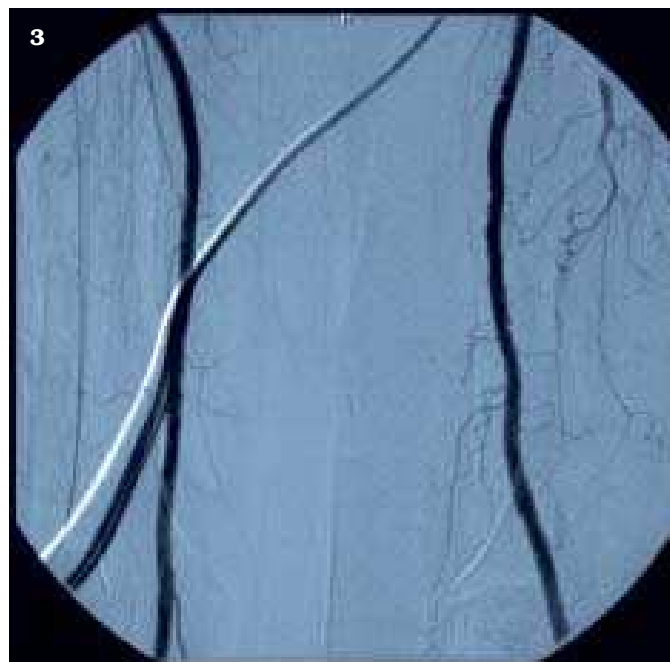
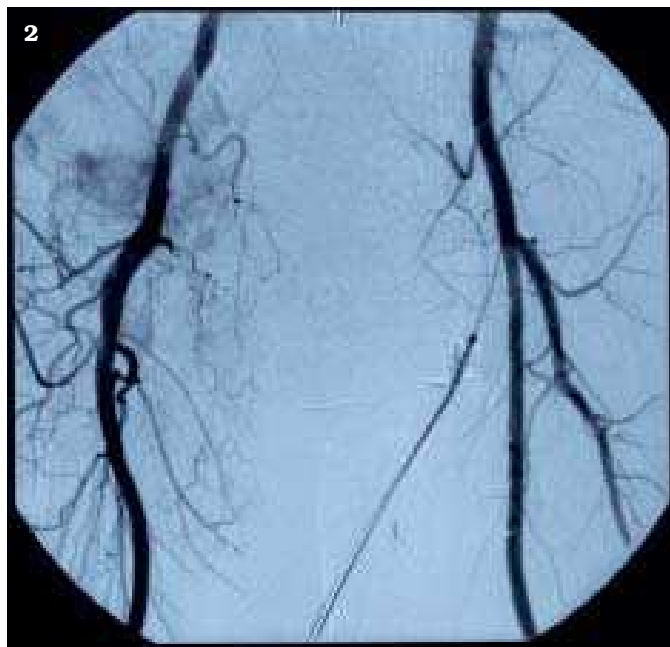
## KASUISTIKA

Uvádíme kasuistiku nemocné, u které je průběh choroby znám dosti přesně po dobu 45 let. Přes obdivuhodně zachovalou dokumentaci u praktické lékařky jsou některé okolnosti průběhu choroby nejasné a pokusíme se je dedukovat. Máme k dispozici lékařské zprávy, nikoli původní nálezy.

Onemocnění začalo v roce 1960 u 32leté ženy, která v ranném dětství měla tuberkulózu (TBC) stehenní kosti. V prvních čtyřech letech se onemocnění projevilo zánětlivými změnami na předloktí a zápěstí, které bylo diagnostikováno jako tendovaginitis TBC-etologie. Přes ústavní léčbu a antituberkulotika onemocnění recidivovalo. V roce 1966 specifická etiologie onemocnění byla vyloučena. V literatuře se uvádí, že prvním příznakem trombangiitis obliterans, a zvláště

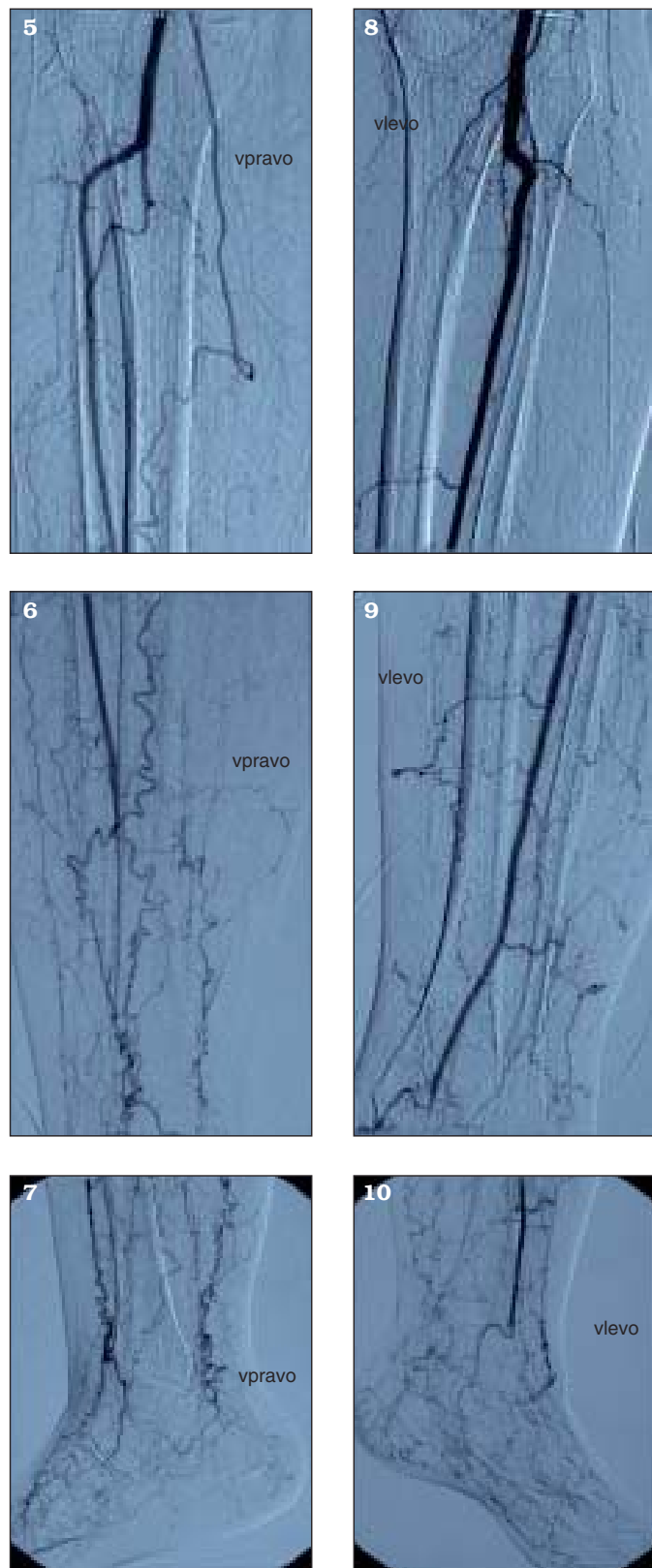
u žen, může být revmatické postižení.<sup>(5-8)</sup> Již v roce 1962 byla popisována tromboflebitis na pravém předloktí a v dalších letech občasné bolestivé infiltráty a erytémy velikosti 3 × 3 cm na předloktích i na dolních končetinách, spojené s teplotou a bolestí malých kloubů. Po několika dnech se stav zlepšoval. Je možné, že se jednalo o atypické migrující flebitidy při exacerbaci choroby, i když to v té době nebylo tak interpretováno. První histologické vyšetření z excise infiltrátu nad vnitřním kotníkem levé dolní končetiny v roce 1966 bylo nedignostické. Další vyšetření po půl roce z infiltrátu na vnitřní straně pravé nohy bylo uzavřeno jako arteritis. Tehdy poprvé bylo zaznamenáno, že pulsace na pravé noze nebyly hmatné.

Bolesti v lýtku při chůzi a klidové bolesti prstů pravé dolní končetiny jsou poznamenány v roce 1962 a dále v roce 1966. První arteriografie po šesti letech



Obr. 1 Pánevní tepny, obr. 2 Větvení stehenních tepen, obr. 3 Povrchní stehenní tepny s malými nerovnostmi, obr. 4 Podkolenní tepny a jejich větvení

trvání, v roce 1966, pravděpodobně translumbální aortografie, ukázala normální proximální tepny včetně podkolenní tepny. Trifurkace již nebyla zobrazena. Za pobytu v Ústavu pro choroby oběhu krevního



**Obr. 5, 6, 7** Bércové tepny a tepny nohy pravé dolní končetiny; uzávěr a. tibialis posterior a a. fibularis při odstupu, uzávěr a. tibialis anterior ve střední části

**Obr. 8, 9, 10** Bércové tepny a tepny nohy levé dolní končetiny; uzávěr a. tibialis posterior a a. fibularis při odstupu, uzávěr a. tibialis anterior v distální části

v Praze 4 Krči (nynější Klinika kardiologie IKEM) po dalších dvou letech jsou popisovány bolesti nohy a klaudikace v pravé dolní končetině po několika krocích a chladná lividní atrofická kůže na pravé noze s nehmátnými periferními pulsacemi. Při arteriografii pravé dolní končetiny byl potvrzen normální nález na proximálních tepnách a hladké uzávěry tří bércových tepen, zřejmě zánětlivé etiologie, bez kompenzatorní dilatace zbylého řečiště. V dalším roce při ambulantní kontrole je popisovaná tepenná insuficience i na levé dolní končetině.

Od roku 1966 byla pacientka léčena divascolem a pelentanem a v obdobích exacerbace kortikoidy. Stav se postupně mírně zlepšoval s občasným přechodným zhoršením, někdy i provázeným flebitidou nebo bolestivými infiltráty na dolních končetinách. V dokumentaci kupodivu nikde není zmínka o kouření, ač je známo, že tomu vždy byla věnována velká pozornost. Zřejmě nemocná kouření vytrvale popírala. Až v roce 1980 při hospitalizaci (v místě bydliště v západních Čechách) pro cervikokraniální syndrom a vertebro-bazilární insuficienci je zaznamenáno kouření 10–15 cigaret denně a pacientce je doporučeno zanechat kouření. V dalších letech byl stav dolních končetin kolísavý, jak je uvedeno výše. Byla zjištěna cholecystopatie, endogenní deprese a pak i revmatoidní artritida.

V roce 1994 pacientka prodělala difragmatický infarkt myokardu léčený streptokinázou, s poruchou funkce levé komory. V dalších měsících byla opakovaně hospitalizována pro klidové stenokardie, recidiva infarktu myokardu však nebyla potvrzena. Ve zprávě z lázeňského léčení je uvedeno že kourčila do infarktu myokardu! Od té doby zjištěna hypertenze, obezita, hyperlipidemie. V dalších letech byl kardiální stav i funkční stav tepen na dolních končetinách uspokojivý, při běžném životě neměla ani stenokardie ani klaudikace. Pohyblivost začala být omezována především koxartrózou. Byla zvažována náhrada tohoto kloubu a pro předoperační vyšetření byla přijata v roce 2004 na III. interní kliniku Všeobecné fakultní nemocnice. Kůže nohou byla chladná, lividní, bez defektu, pulsace hmatné v tříselech a v podkolenní jamce (ne na nohách), nebyly tepenné šelesty. Při polohovém a zátěžovém testu cvičila 90 sec., po svěšení dolních končetin hyperemie a náplň žil do 20 sec. oboustranně. Tlaky nad kotníky na pravé dolní končetině na arteria tibialis anterior 120 mm Hg a na arteria tibialis posterior 90 mm Hg. Na levé dolní končetině byly tlaky na odpovídajících tepnách 140 mm Hg, při tlaku krve na paži 140 mm Hg. Krevní obraz, sedimentace i biochemické vyšetření (při léčbě fenofibrátem) byly normální. Echokardiografie ukázala remodelovanou levou komoru bez hypertrofie a dilatace s výraznou asynergií kontrakce, především v povodí ramus circumflexus levé koronární tepny s EF 30 % a s mírnou diastolickou dysfunkcí. Při selektivní koronarografii byly zjištěny na levé větvi tepně jen iniciální aterosklerotické změny. Na pravé koronární tepně byly přítomny dvě hraničně významné stenózy, zřejmě jako následek rekanalizovaných uzávěrů po prodělaném infarktu myokardu spodní stěny. Pro něj svědčila též akineze spodní stěny levé komory.

Arteriografie obou dolních končetin (obrázky 1–10) ukázala jen nepatrné sklerotické změny na stehenní

ních tepnách a uzávěry zadních bérceových tepen a fibulárních tepen na obou stranách od bifurkace. Přední bérceová tepna vpravo byla uzavřena v polovině bérce a vlevo až ve výši hlezenního kloubu. Byly patrné četné kolaterály. Zvažovaná náhrada kyčelního kloubu byla doporučena. Při vyšetření na podzim 2005 byl klinický stav obdobný, k operaci dosud nedošlo.

## DISKUSE

U nemocné byla po celou dobu uváděna diagnóza vaskulitidy. Pro tuto diagnózu svědčil věk, ženské pohlaví, periferní tepenné uzávěry, tendovaginitida na předloktí, nejasné bolestivé infiltráty na končetinách, které nebyly považovány za migrující flebitidy a nepřítomnost kouření. Je téměř jisté, že otázka kouření byla s nemocnou opakovaně probírána, to však ve zdravotnické dokumentaci není poznamenáno. V průběhu onemocnění jsou nápadná období zhoršení a zlepšení, pravděpodobně způsobená různou intenzitou kouření. Až po definitivním zanechání kouření po infarktu myokardu v roce 1994 aktivita onemocnění vyhasla a končetiny byly zachráněny. Tento vliv kouření i přítomnost flebitid, i když ne vždy zcela typických, a nepřítomnost jiných známek vaskulitidy, svědčí pro diagnózu trombangiitis obliterans, tj. Buergerovou chorobu. Tato kasuistika je v naprosté shodě se zcela dominantním názorem ve světové literatuře, že léčení této nemoci má naději na úspěch jen při zanechání kouření. Přes dlouholeté kouření a jasně vyjádřený metabolický syndrom a přítomnost revmatoidní artritidy, která zvyšuje riziko aterosklerotických onemocnění 2–3krát (nezávisle na klasických rizikových faktorech),<sup>(15,16)</sup> byly na věnčitých tepnách i na tepnách dolních končetin jen malé aterosklerotické změny. Arteriografie také ukazuje, že výsledky měření krevního tlaku nad kotníky máme hodnotit v souladu s celým klinickým stavem. Mohou být jen mírně sníženy i u kompletních uzávěrů tepen při rozvinutém kolaterálním oběhu.

## LITERATURA

1. Olin JW. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *New Engl J Med* 2000;243:864–9.
2. Matsuhita M, Nishikimi N, Sakurai T, Nimura Y. De-

- crease in prevalence of Buerger's disease in Japan. *Surgery* 1998;124:498–502.
3. Štvrtinová V, Ambrózy E, Štvrtina S, Lesný P. 90 let Buergerovy choroby – co se změnilo? *Bratisl Lek Listy* 1999;100:123–8.
4. Wysokinski WE, Kwiatkowska W, Sapien-Raczowska B, et al. Sustained classic clinical spectrum of Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Angiology* 2000;51:141.
5. Kovacs-Bankowski M, Gerster JC. Thromboangiitis obliterans (Buerger disease) discovered by symptoms of arthralgia in young women. *Schweiz Rundsch Med Prx* 1997;86:1945–8.
6. Lambotte O, Chazerain P, Vinciguerra C, Meyer O, Ziza JM. Thromboangiitis obliterans with inaugural rheumatic manifestations. A report of three cases. *Rev Rheum Engl Ed* 1007;64:334–8.
7. Puechal X, Fiessinger JN, Kahn A, Menkes CJ. Rheumatic manifestations in patients with thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *J Rheumatol* 1999;26:1764–8.
8. Steib-Furno S, Bensoussan L, Parrado-Azulay J, Laforgue P. Inflammatory joint disease and severe ischemia of the extremities revealing thromboangiitis obliterans in a female. *Joint Bone Spine* 2005;72:69–72.
9. Adem C, Benamouzing R, Royer I, Chapel N, Martin A. Buerger's disease or thromboangiitis obliterans revealed by an enteric ischemia. Case report and literature review. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26:409–11.
10. Pil Cho Y, Mi Kwon Y, Won Kwon T, et al. Mesenteric Buerger's disease. *Ann Vasc Surgery* 2003;17:221–3.
11. Calguneri M, Ozturk MA, Ay H, et al. Buerger's disease with multisystem involvement. A case report and review of the literature. *Angiology* 2004;55:325–8.
12. Disdier P, Granel B, Serratrice J, et al. Cannabis arteritis revisited-ten new case reports. *Angiology* 2001;52:1–5.
13. Combemale P, Conasort T, Denis-Thelis L, et al. Cannabis arteritis. *Br J Dermatol* 2005;152:166–9.
14. Leithauser B, Langhenrich AC, Rau WS, et al. A 22-year-old woman with lower limb arteriopathy. Buerger's disease, or methamphetamine – or cannabis-induced arteritis? *Heart Vessels* 2005;20:39–43.
15. del Rincon ID, Williams K, Stern MP, et al. High incidence of cardiovascular events in a rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. *Arthritis Rheum* 2001;44:2737–45.
16. Maradit-Kremers H, Crowson CS, Nicola PJ, et al. Increased unrecognized coronary heart disease and sudden deaths in rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Arthritis Rheum* 2005;52:402–11.

Došlo do redakce 29. 12. 2005

Přijato k otištění 1. 3. 2006