

TROMBANGEITA OBLITERANTA (BOALA BUERGER)

DR. CIUNGU ALINA-LUMINITA

DEFINITIE:

Trombangeita obliteranta este o boala inflamatorie si obstructiva segmentara, nonaterosclerotica, ce afecteaza arterele si venele mici si mijlocii ale extremitatilor.

Von Winiwarker a descris pentru prima data un pacient cu trombangeita obliteranta, in anul 1879, iar 29 de ani mai tarziu, Leo Buerger a furnizat o descriere detaliata a modificarilor morfopatologice gasite dupa efectuarea a 11 amputatii de membre.

PREVALENTA

Desi boala Buerger este o afectiune cu distributie globala, are o prevalenta mai mare in Orientul Mijlociu, Estul Americii de Nord si Europa de Vest.

ETIOPATOGENIE

- Cauza este necunoscuta
- Factori asociati cu o prevalenta crescuta:
 - ~ sexul masculin(aproape exclusiv)
 - ~varsta tanara(20-40 ani)
 - ~predispozitia genetica
 - ~tutunul(99% din pacienti sunt sau au fost mari fumatori de tigarete) .Desi unii autori considera ca boala Buerger poate aparea si la nefumatori, majoritatea vad in fumat sau istoric de fumator un criteriu de diagnostic pozitiv.

Utilizand o reactie imunologica, Adar si colab. au descoperit existenta unei hipersensibilitati celulare fata de tipul I si III de colagen(constituent normal al arterelor) la pacientii cu tromboangiita obliteranta, fata de pacientii cu ateroscleroza obliteranta si persoanele sanatoase.

MORFOPATOLOGIE

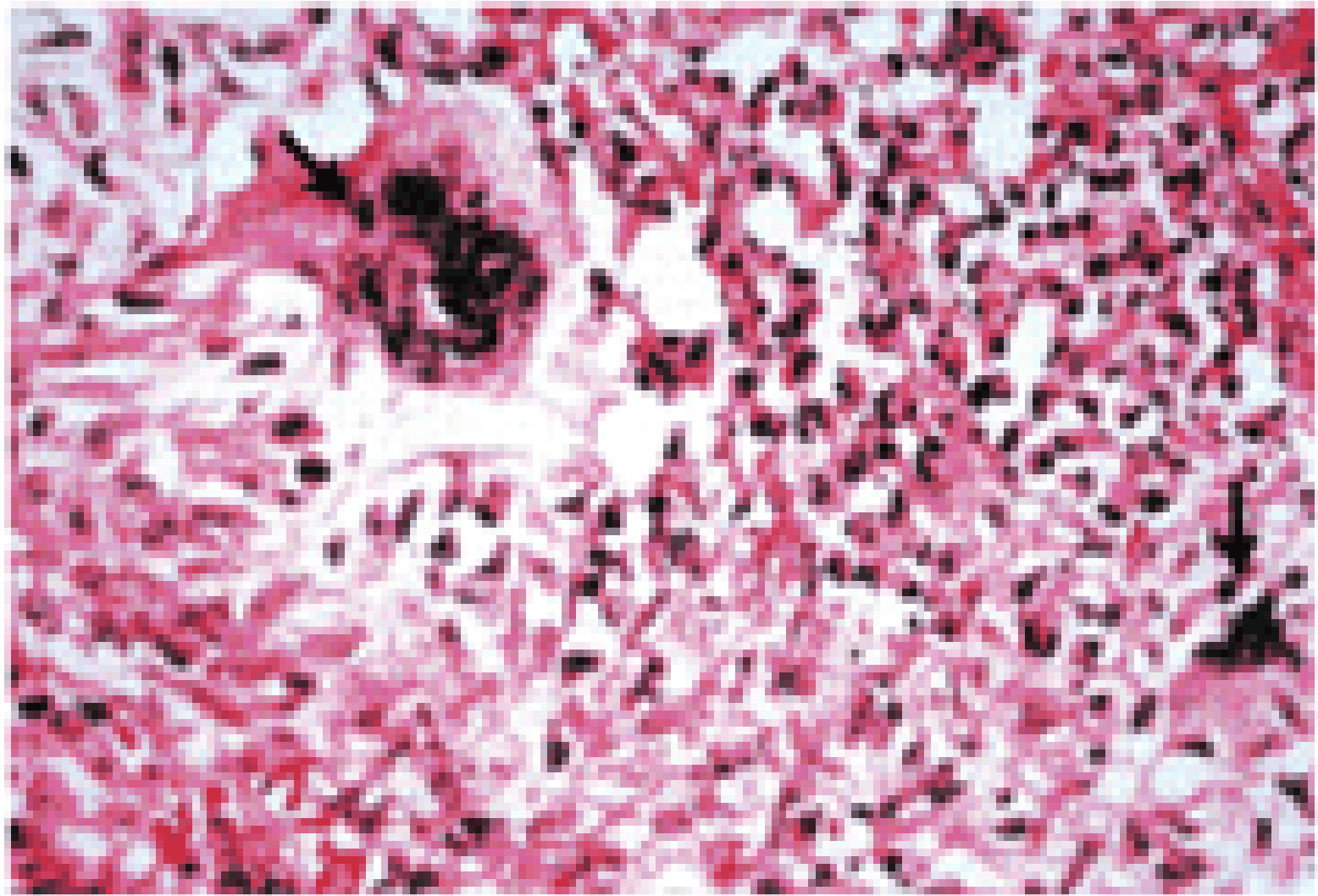
Modificari morfopatologice din trombangita obliteranta difera de cele intalnite in alte boli vasculare prin cateva caractere specifice:

- ~ afectare vasculara predominanta la nivelul extremitatilor
- ~ boala debuteaza intotdeauna la nivelul arterelor de calibru mic sau mediu, care pot fi singurele afectate
- ~ afectarea venoasa pe vene de calibru mic si mediu este mai putin frecventa decat cea arteriala
- ~ leziunea vasculara este de tip inflamator asociata cu tromboza, fara necroza peretelui afectat

Din punct de vedere microscopic, leziunile evolueaza in trei stadii: -acut (cel mai caracteristic)

- subacut (de regresie)
- cronic

Caracteristic: proliferarea endoteliului si infiltrarea tunicii vasului cu limfocite si fibroblasti. In stadiul acut se pot gasi si celule gigante



Proliferarea endoteliului si infiltrarea intimei prin prin limfocite reduc lumenul vasului;obstructia finala este realizata printr-o tromboza intens celulara cu microabcese in interiorul sau, considerate specifice pentru boala.

- In etapele tardive predomina leziunile fibroase
- Aspectele patologice ce diferentiaza trombangeita obliteranta de periarterita nodoasa, alte vasculite sau ateroscleroza:
 - nu exista necroza peretelui arterial
 - limitanta elastica interna este normala in toate etapele evolutive ale bolii
 - formarea de anevrisme este foarte rara

FIZIOPATOLOGIE

- Alterarea locala a fluxului sangvin arterial- cea mai importanta!- este produsa de obstructia organica arteriala si spasm arterial (*claudicatie intermitenta*)
- Progresiunea rapida a bolii si localizarea leziunilor pe vase mici- gangrena

TABLOU CLINIC

- Caracteristic apare la barbati tineri, varsta sub 40 ani, fumatori
- Claudicatie intermitenta(mai frecventa la nivelul piciorului si mai rar la muschii gambei)
- Durere de decubit, nocturna
- Modificari de coloratie si temperatura cutanata
- Tulburari trofice de origine ischemica(ulceratie sau gangrena)
- Atingerea concomitenta a membrelor superioare-asiptomatica
- Tromboflebita superficiala(40%), frecvent cu caracter migrator
- Fenomene de tip Raynaud

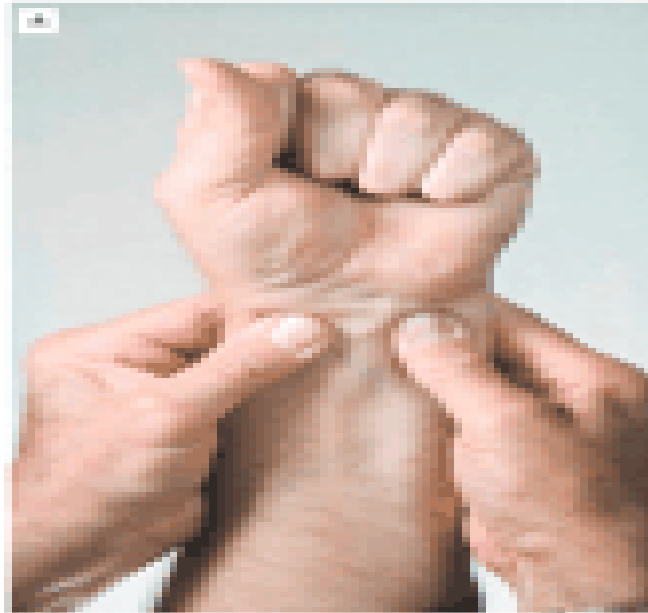


TABLE 1. DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND PRESENTING SYMPTOMS AND SIGNS OF 112 PATIENTS WITH THROMBOANGIITIS OBLITERANS, 1970 THROUGH 1987.*

VARIABLE	VALUE
Mean age — yr	42
Male sex — no. (%)	86 (77)
Intermittent claudication — no. (%)	70 (62)
Pain at rest — no. (%)	91 (81)
Ischemic ulcers — no. (%)	85 (76)
Arm	24 (21)
Leg	39 (35)
Both	22 (20)
Thrombophlebitis — no. (%)	43 (38)
Raynaud's phenomenon — no. (%)	49 (44)
Sensory findings — no. (%)	77 (69)
Abnormal Allen-test result — no. (%)	71 (63)

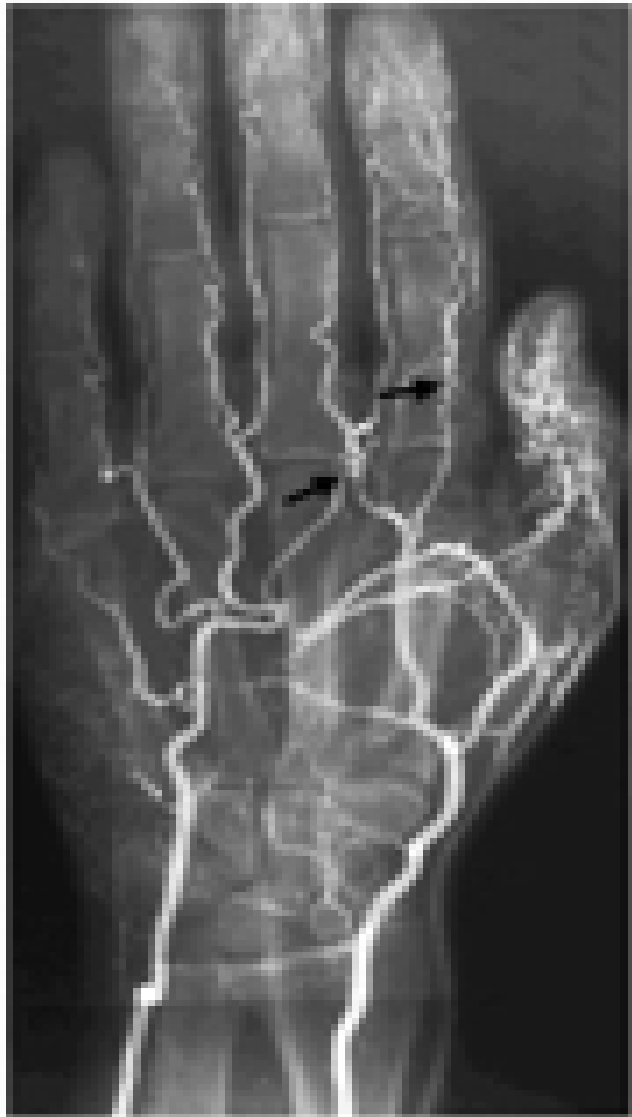
*Data are from Olin et al.¹¹

TESTUL ALLEN



EXPLORARI

- Nu exista teste specifice de laborator
- Trebuie efectuat: profil serologic complet (hemoleocograma, teste functionale hepatice si renale, analiza urinii, glicemie `a jeun, reactanti de faza acuta, Ac antinucleari, FR, complementul seric, markeri serologici pentru sindromul CREST si sclerodermie, screening pentru hipercoagulabilitate incluzand Ac antifosfolipidici
- O sursa de emboli poate fi detectata cu ajutorul ETE , ETT si arteriografie
- Arteriografia in cadrul bolii Buerger: gracilitate arteriala distala, ingustare endoarteriala si tromboza de intindere variabila incepand cel mai adesea de la periferie, leziuni obstructive alternand cu segmente strict normale de vas, aspect normal al vaselor mari (aorta, iliace, femurale), aspect tipic “in tirbuson”, al colateralelor in jurul zonei de obstructie
- Examenul Doppler permite demonstrarea neinvaziva a reducerii fluxului arterial prin arterele distale



- Boala este de obicei limitata la nivelul circulatiei sangvine distale si aproape intotdeauna este infrapopliteala la membrele inferioare si distal de artera brahiala la membrele superioare.
- Modificarile arteriografice pot fi sugestive, dar nu sunt patognomonice si ele pot fi identice cu cele intalnite in sclerodermie, sindrom CREST, LES, vasculita reumatoida.
- Prezenta diabetului zaharat exclude diagnosticul de tromboangeita obliteranta

CRITERII DE DIAGNOSTIC POZITIV

- Barbat < 40 ani, fumator, fara alti factori de risc pentru ateroscleroza
- Manifestari de boala ocluziva arteriala distala de arterele poplitee si istoric de tromboflebite superficiale
- Eventual semne de ischemie cronica la unul sau mai multe degete ale mainii, asociate sau nu cu sindrom Raynaud

DIAGNOSTIC DIFERENTIAL

- Arteriopatie obliteranta aterosclerotica
- Tromboza arteriala idiopatica
- Embolii arteriale
- Unele vasculite cu determinari periferice

TRATAMENT

- **Obiective:** -oprirea evolutiei bolii
-ameliorarea fluxului sangvin in regiunea afectata

Suprimarea fumatului este cea mai importanta masura pentru stabilizarea bolii!!! Fumatul chiar a 1-2 tigarete/zi, mestecatul sau prizatul tutunului, sau utilizarea de inlocuitori de nicotina pot mentine activitatea bolii. Medicii trebuie sa-si educe si consilieze pacientii in mod repetat in ceea ce priveste importanta intreruperii fumatului si a consumului de tutun sub orice forma. Corelatia intre fumat si activitatea bolii este atat de puternica incat daca pacientul afirma ca a renuntat la fumat, iar boala este inca activa, masurarea nicotinei in urina si a cotininei (produs metabolic al nicotinei) trebuie efectuata. Aceste teste vor ajuta sa se stabileasca daca pacientul inca fumeaza, foloseste inlocuitori de nicotina sau s-a expus la fum de tigara. Cu exceptia intreruperii consumului de tutun nici o forma de terapie nu este completa.

- Tratatamentul medical are indicatii si rezultate limitate.
- Tratatamentul chirurgical – Simpatectomia regionala reprezinta procedeul chirurgical de electie pentru tratamentul formelor avansate de boala cu ischemie de repaus si/sau ulceratii limitate. Interventia trebuie efectuata cat mai departe de episodul acut, inflamator al bolii. Ea nu are indicatii in formele medii de boala sau in cazurile avansate cu gangrena importanta.
- Cand gangrena este limitata se poate incerca simpatectomie inainte de amputatie. Rezekcia leziunilor necrotice sau amputatiile limitate trebuie incercate inainte de a decide o eventuala amputatie a gambei. Necesarul de amputatie este mai mare decat la bolnavii cu arteriopatie obliteranta aterosclerotica.
- Procedeele de repermeabilizare vasculara, reconstructie arteriala sunt de exceptie din cauza localizarilor distale ale leziunilor

