

Kvinna med diffusa ben- och ryggbesvär

MISSTÄNK HINDER I BÄCKENKÄRL!

I dessa två, och flera andra, fall tog det flera år innan kvinnor med bäckenkärlsförträngning fick en riktig diagnos och behandling. Trots många läkarbesök och omfattande utredningar hade man inte gjort den enkla undersökning som kan avslöja kärlsjukdomen: palpering av ljumskpulsar.

Arteriosklerotisk bäckenkärlsförträngning är mindre vanligt förekommande än förändringar i lårets och underbenets kärlträd, och patienterna som drabbas är i genomsnitt tio år yngre. Enligt Svenska Kärlregistret (Swedvasc), där 61 procent av Sveriges sjukhus deltog 1993, behandlades detta år 350 kvinnor och 534 män för bäckenkärlsförträngning. Motsvarande siffror för kärlrekonstruktion nedanför ljumsknivå var 1 216 kvinnor och 1 374 män. I Sverige förefaller således bäckenkärlsjukdom hos kvinnor vara mindre vanligt, både jämfört med män och med andra manifestationer av ateroskleros hos kvinnor.

Av kvinnorna med bäckenkärlssjukdom hade 211 behandlats med perkutan transluminal angioplastik, PTA, medan 139 hade genomgått någon form av kärlrekonstruktion. Enligt registret blev 88 procent (284) förbättrade och endast 4 patienter amputerades inom 30 dagar efter ingreppet.

Dilatation av en stenosis i kärnen ovanför ljumsknen med PTA ger mycket goda

Författare

ERIC WAHLBERG

avdelningsläkare, med dr, kärlsektionen, kirurgkliniken, Karolinska sjukhuset

CLAES BERGMARK

biträdande överläkare, kirurgkliniken, S:t Görans sjukhus

PÄR OLOFSSON

överläkare, docent, kärlsektionen, kirurgkliniken, Karolinska sjukhuset; samtliga Stockholm.

Palpation av femoralispuls som lättast hittas 1 1/2–2 tvärfingrar lateralt om tuberculum pubicum. Vid svårpalpabel puls hos t ex muskulösa eller obesa patienter kan palpation underlättas av utätrotation i höftleden.

resultat till ringa risk för patienten (90 procent öppetstående efter 7 år) [1]. Behandlingsresultatet efter en kirurgisk kärlrekonstruktion är lika gott, men ett sådant ingrepp innebär ett betydligt större kirurgiskt trauma och en större risk. Dessutom kräver det en noggrann preoperativ utredning [2]. Även kostnaderna skiljer sig. Enligt DRG-systemet i Stockholm, som baseras på självkostnadsberäkning, ersätts för närvarande en PTA med 33 600 kronor medan till exempel en aortobifemoral rekonstruktion utan bidiagnoser ger ungefär det dubbla. Det skulle troligen vara en stor vinst för både sjukvård och patient om korrekt diagnos ställdes tidigt. När kärnen väl ockluderar minskar förutsättningarna för PTA.

För att rätt bedöma anamnesen krävs att undersökaren är medveten om arteriell insufficiens som en möjlig differentialdiagnos vid gångbesvär samt att kunskap om symtombilden föreligger. Symtomen utlöses av funktionell ischemi i muskulaturen. Patienten erfar domningar, kraftlöshet och/eller smärta i den aktuella extremiteten, typiskt omfattande glutéer, höft, lår och vad. Till skillnad från spinal stenosis och lumbago ischias utlöses besvären initialt vid gång, nästan aldrig i stående läge, men senare i förloppet kan det uppstå domning och värk även i vila. Hos patienter med aortaokklusion är värken i regel lokaliserad bilateralt lumbalt, och i extremfall kan symtom på spinal, intestinal och vaginal ischemi föreligga.

Kontroll av ljumskpuls och ankeltryck

Diagnosen ställs genom att i ett vanligt fysikaliskt status inkludera palpa-

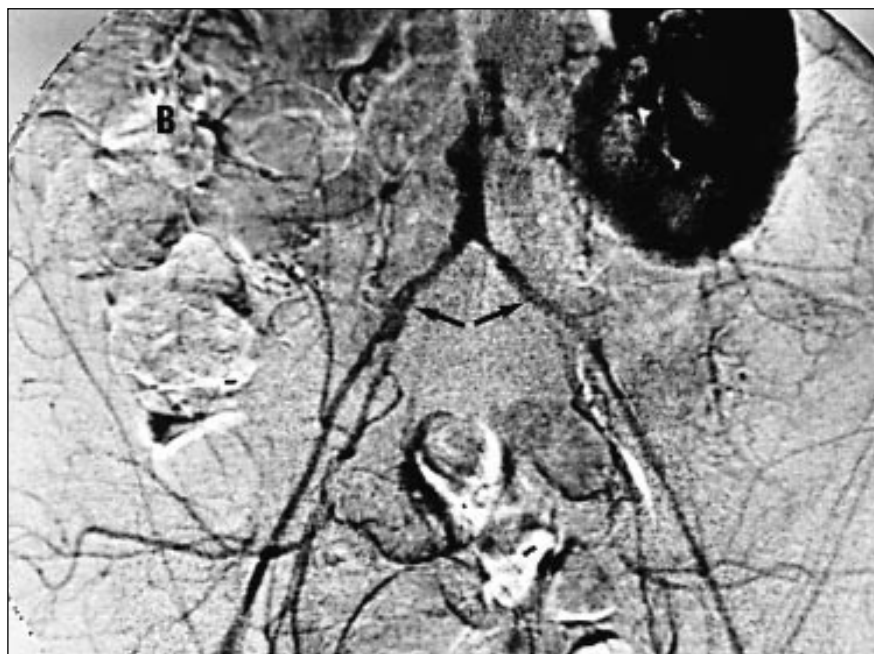
tion av ljumskpuls. Avsaknad av sådan är patognomiskt för bäckenkärslssjukdom och bör föranleda remittering. Även på mycket obesa personer kan man lätt hitta en puls ungefär två tvärfingrar lateralt om tuberculum pubicum. Sidoskillnad i pulsstyrka eller blåsljud vid auskultation talar för förträngning av varierande grad och stöder diagnosen. Om möjlighet till ankeltrycksmätning finns kan ett ankel-armtrycksindex mindre än 0,8 styrka diagnosen ytterligare. Dock utesluter inte ett normalt ankeltryck i vila bäckenkärslssjukdom. Hos patienter med misstänkt anamnes men normalt ankel-armtrycksindex bör detta därför mätas även efter arbete. Detta är den enda diagnostik som är nödvändig. Misstänker man bäckenkärslssjukdom men fortfarande är osäker kan man komplettera utredningen med ultraljudsdoppler av bäckenkärslerna alternativt segmentell blodtrycksmätning. Ofta är det dock bättre att remittera patienten direkt till kärlkirurgisk klinik.

Vi presenterar här två utvalda fall från vår egen verksamhet de senaste fem åren. Det är fall som vi anser väl belyser de diagnostiska problemen.

Storökare med värk i höft och ben

Den första patienten är en sjukpenionerad, fränskild kvinna född 1938, som varit storökare sedan 16 års ålder. Hon laparotomerades på 1960-talet, nefrektomerades 1977, vårdades för en hjärtinfarkt 1988 och genomgick året efter en koronar bypass-operation. Efter den operationen började patienten besvär av höftvärk i samband med gång och remitterades därför via distriktsläkare till reumatolog på grund av misstanke om pelvospondylit. Under hösten 1990 drabbades hon av övergående blå missfärgningar på fötterna. Till symtombilden adderades i januari 1991 gångrelaterade ischiasliknande smärtor i höger ben, lokaliserade lågt lumbalt och kombinerade med domningar och sensibiliteitsnedsättning.

En defekationsstörning föranledde en månad senare remittering av patienten till proktolog och gynekolog. De föreslog rektocel som orsak till besvären. I september 1991 fick patienten domningar även i vänster ben samt runt perineum, och remitterades då vidare till ortoped våren 1992. Denne misstänkte spinalstenos, vilket inte kunde verifieras genom datortomografi eller myelografi. I februari 1993 blev patienten inkontinent och fick samtidigt en mer eller mindre konstant sensibiliteitsnedsättning nedanför naveln, parat med smärtor i bägge benen i vila. Vid varje försök till gång föll patienten ihop. Hon blev då uppmanad att söka neurolog på



Figur 1. Translumbal angiografi av buk/bäckenregionen på en kvinna född 1938. Bild A: Ocklusion av buk- och bäckenregionen (pilen visar välfylld arteria mesenterica inferior). Bild B: Återfyllnad ovanför aorta-bifurkationen med dålig fyllnad av bägge iliaka kärl (pilmarna visar avgångarna av iliaka interna, vilka är ockluderade).

akutmottagningen. Denne fann inget onormalt i status förutom avsaknad av pulsationer i ljumskarna. Patienten remitterades då till en kärlkirurg, vilken verifierade grav ischemi i bägge benen, bland annat saknades pulsar och mätbara ankeltryck. Angiografi visade aorta-ocklusion (Figur 1).

Efter några dygn på avdelning komplicerades symtombilden av ischemisk kolit, vaginal nekros och en septisk feber. Man utförde då en akut kärlrekonstruktion, en axillobifemoral bypass-operation. Ett år efter operationen hade

samtliga symtom gått i regress, utom en claudicatio som uppträder vid promenader längre än 400 meter.

Troligtvis har patienten lidit av höft-claudicatio sedan 1989 efter hjärtoperationen. Sedan dess har ett stort antal specialister skött patienten, men diagnosen kunde inte ställas förrän i februari 1993 då palpation utfördes för första gången. Fallet illustrerar karakteristiska symtom på embolisering samt att domning i samband med ansträngning är ett symptom som ibland förekommer under utvecklingen mellan claudicatio och vilovärk.

Värk vid promenader

Det andra fallet är en 48-årig fränskild kvinna som rökt sedan 14 års ålder. Förutom övervikt och en »social

fobi», som medfört täta läkarkontakter under 20 år, har patienten tidigare varit frisk.

Våren 1989 debuterade hos patienten bilateral värk i glutéer och lår i samband med promenader, men hon var utan besvär i vila. Successivt ökade symtomen med samma värk vid allt kortare gångsträcka. 1992 tillkom lumbal ryggvärk i samband med gång. Patienten sökte då distriktsläkare, vilken bedömde besvären som lumbago och inledde behandling med sjukgymnastik och analgetika. Efter flera års sjukskrivning sjukpensionerades patienten i februari 1993 under diagnoserna ryggbesvär och fobi. I april tvingades patienten på grund av smärtan att börja använda rullstol utomhus. Flera läkarbesök gjordes och slätröntgen av ländryggen utfördes i maj 1993 utan några patologiska fynd. Patientens besvär accentuerades alltmer, och i juni noterades en gångsträcka på endast tio meter, vilket föranledde remittering till ortoped under frågeställningen spinal stenosis. Denne föreslog myelografi, som utfördes i september 1993. Rygg- och benvärk gjorde att fobin med ångest och sömnsvårigheter förvärrades. Ortopeden avgav slutsvar i januari 1994 med utslutande av spinal stenosis eller annan rotpåverkan.

Ansvarig läkare remitterade då till neurologmottagningen, där hon undersöktes i april 1994. En neurologisk förklaring bedömdes osannolik, men i status noterades avsaknad av puls i ljumskarna, och cirkulationsutredning föreslogs. Utredningen sattes dock aldrig igång då patienten i maj tvingades söka akutmottagningen på grund av en plötsligt påkommen andnöd. Man konstaterade lungemboli och djup ventrombos, vilket föranledde vård på medicinavdelning i sju dagar och behandling med dikumarol. Under vårdtiden utfördes datortomografi av buken, och man fann stora förkalkningar i aorta. Patienten remitterades därför i juli 1994 till kärnkirurg, som fann att hon led av grav claudicatio på gränsen till vilovärk, med avsaknad av pulsar i bägge benen och ankeltryck på endast 30 mm Hg bilateralt. Fynden vid en translumbal angiografi, en aortaokklusion i njurartärnivå med återfyllnad i femoralis communis bilateralt, låg till grund för en aortobifemoral bypass-operation.

Anamnesen försvårades säkerligen av patientens psykiska besvär. Trots detta förefaller det sannolikt att diagnosen kunde ha ställts genom pulspalpation i ljumskarna redan 1990.

Dålig kännedom om symtomen

Vi har under de senaste två åren behandlat tolv patienter med liknande

sjukdomsbild, varav alla utom en har varit kvinnor. Gemensamt för dem har varit en kraftig försening av diagnos och behandling. Flera av patienterna har haft ett avsevärt lidande under flera år som i några fall lett till långtidssjukskrivning och sjukpensionering med felaktig diagnos och med avsaknad av adekvat föregående utredning. Utredningarna har paradoxalt nog varit omfattande, inkluderande ett stort antal läkarbesök under lång tid samt röntgenundersökningar av rörelseapparaten och myelografi. De har alla en och samma brist: kärlstatus och palpation av ljumskpulsar har aldrig utförts.

Sannolikt beror det på att arteriell insufficiens aldrig ingått i det differentialdiagnostiska övervägandet. Vi tror att medvetande och kunskap om symtom vid stenoserande aortoiliakal kärlsjukdom kunde vara bättre. Det faktum att vi i Sverige behandlar färre patienter per år än vad vi borde, mot bakgrund av epidemiologiska studier [3] och i jämförelse med andra delar av världen [4], talar också starkt för att dessa former av vår vanligaste folksjukdom sällan övervägs som differentialdiagnos. Mot bakgrund av de beskrivna symtomen förstår man att dessa patienter kan dyka upp inom vilka specialiteter som helst på sjukhus eller mottagningar.

Större problem hos kvinnor än hos män

Det är väl känt att det föreligger klara skillnader mellan könen i hur hjärt-kärlsjukdom yttrar sig. Frånsett att andelen kvinnor med perifer kärlsjukdom ökar jämfört med män är könskillnaderna avseende perifer kärlsjukdom dåligt kartlagda. Egna och andras resultat antyder att långtidresultaten av femoropopliteala rekonstruktioner på kvinnor är sämre än hos män [5]. Högre mortalitet vid kirurgi i samband med bukaortaaneurysm hos kvinnor har också rapporterats [6]. Vårt intryck är att problemen kring diagnostik av aortoiliakal kärlsjukdom är större hos kvinnor än hos män.

Då detta verkar röra något yngre kvinnor kan en av förklaringarna till en lägre grad av »differentialdiagnostisk misstänksamhet» vara avsaknad av två klassiska riskfaktorer för kärlsjukdom: manligt kön och hög ålder. Man skall då betänka att proportionen kvinnor bland patienter i yngre åldrar med bäcken-kärlsjukdom under en lång tid varit större än i motsvarande äldre patientkategorier [7]. Då det dessutom förefaller obligatoriskt att vara rökare för att få denna sjukdom, och att rökning ökar bland kvinnor jämfört med män, kan man också misstänka att risken för en ökad incidens är stor.

Andra förklaringar till diagnostiska

svårigheter kan vara att män ofta har högre krav på fysisk förmåga för såväl yrke som fritidssysselsättningar i form av sport och jakt.

Vissa könsskillnader i det biokemiska riskfaktormönstret har påvisats. Sålunda har kvinnor med perifer kärlsjukdom en högre frekvens av fosfolipidantikroppar, vilket är relaterat till utveckling av ateroskleros [8]. Kvinnor har dessutom en annorlunda lipoproteinriskfaktor- och hemostas/fibrinolysprofil än män. Detta kan förklaras av att dessa faktorer modifieras av östrogen [9]. Diabetes har visat sig vara en starkare riskfaktor hos kvinnor, och kvinnliga diabetiker har ett aggressivare sjukdomsförlopp vad gäller de vasculära manifestationerna [10]. Studier pågår för att ytterligare klarlägga dessa skillnader, och möjligen kan resultaten påverka den framtida handläggningen av kvinnliga patienter med perifer kärlsjukdom.

Att misstänka aterosklerotisk bäckenkärlsjukdom hos kvinnor med diffus symtomatologi i rygg och ben kan bespara mycket lidande. På grund av förenklad utredning och behandling kan kostnaderna för behandling nedbringas. Palpera ljumskpulsar!

Litteratur

1. van Andel GJ, van Erp WFM, Krepel WM. Percutaneous transluminal dilatation of the iliac artery: Long term results. *Radiology* 1985; 156: 321-5.
2. Szilagy D, Hageman J, Smith R. A thirty-year survey of reconstructive surgical treatment of aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg* 1986; 3: 421-6.
3. Ljungman C, Adami HO, Bergquist D, Berglund A, Persson I. Time trends in incidence rates of acute, non-traumatic extremity ischemia. Institutionen för kirurgi, Uppsala universitet, 1992. Thesis.
4. Tunis SR, Bass EB, Steinberg EP. The use of angioplasty, bypass surgery, and amputation in the management of peripheral vascular disease. *N Engl J Med* 1991; 325: 556-62.
5. Magnan J, Cronenwett J, Walsh D. Surgical treatment of infrainguinal arterial disease in women. *J Vasc Surg* 1994; 17: 67-78.
6. Katz D, Stalee J, Zelenock G. Operative mortality rates for intact and ruptured aortic aneurysms in Michigan: A 11 year state wide experience. *J Vasc Surg* 1994; 17: 804-17.
7. Wallentine R. Premature atherosclerosis. *Cardiovasc Surg* 1993; 1: 473-9.
8. Weklser BW. Hemostasis and thrombosis. In: Douglas D, ed. Cardiovascular health and disease in women. Philadelphia: WB Saunders, 1993: 231-51.
9. Gewer-Loewen J. Sex steroids and lipoprotein metabolism. *Pharmacol Ther* 1994; 64: 99-126.
10. Kannel W, d'Agostino R, Wilson P. Diabetes, fibrinogen and risk of cardiovascular disease. *Am Heart J* 1990; 120: 672-6.