

Anemi bör uppmärksammas som differentialdiagnos vid claudicatio



PER HERRSTRÖM, distriktsläkare, docent i allmänmedicin, Halmstad
 Vårdcentralen Hertig Knut, per.herrstrom@lthalland.se

Claudicatio intermittens (fönstertittarsjuka, peripheral arterial disease, PAD) innebär sviktande cirkulation i benens artärer, och orsaken är åderförkalkningssjukdom [1]. Tillståndet finns framför allt bland mångåriga rökare och är också överrepresenterat bland diabetiker. Claudicatio kodas enligt ICD-10 med nummer I73.9 tillsammans med artärspasm under rubriken »Perifer vaskulär sjukdom, ospecificerad«, men klassificeringen av benartärsjukdom enligt ICD-10 har kritiserats [1]. Det klassiska och vanligaste symtomet är smärta i benen (ofta först i underbenen) vid promenad eller annan muskulär aktivitet. Smärtan lindras eller upphör efter kortvarig vila. Nedan beskrivs två patientfall som påminner om att andra tillstånd än åderförkalkningssjukdom kan utlösa dessa klassiska symtom. Båda patienterna har medgivit att nedanstående data publiceras.

FALLBESKRIVNINGAR

Fall 1 – yngre kvinna. En fysiskt mycket aktiv 37-årig kvinna sökte oktober 2006 för krampartad smärta i båda benens vadmuskler vid löpträning sedan ett par månader. Patienten tolkade själv besvären som fönstertittarsjuka, som hon hört att äldre människor kunde drabbas av. Smärtan kunde delvis övervinnas och försvann tämligen omedelbart vid vila. Det fanns inga bröstsmärtor men möjligen lätt andfåddhet vid trappgång. Patienten hade tre barn, arbetade nästan heltid och hade aldrig rökt. Hon hade aldrig haft någon allvarlig sjukdom och heller aldrig haft blodbrist. Under det senaste året hade patienten dock haft besvär med svullnadskänsla i buken, utan förstoppning eller diarré. Patientens menstruationer varade i fem dagar, varav två med kraftig blödning. Hon hade besökt sin gynekolog ett år tidigare, och Hb var då 125 g/l.

Vid akutbesöket var allmäntillståndet helt opåverkat, men patienten hade en anemi med Hb 79 g/l. Hjärtrytmen var lugn och regelbunden utan blåsljud och blodtrycket 140/90 mm Hg. Mycket goda pulsationer kunde palperas i både a tibialis posterior och a dorsalis pedis. Däremot var dessa pulsationer svåra att fånga med dopplerinstrument, som om kärlen var mycket känsliga för tryck.

Efterföljande utredning visade bland annat ferritin 12 µg/l, EVF (erytrocytvolymfraction) 0,29, MCV (mean corpuscular volume) 69 fl och B-erytrocyter $4,2 \times 10^{12}/l$. Fortsatta utredningar kunde inte påvisa gastrointestinal blödningskälla. Det fanns heller inga tecken till villusatrofi eller glutenintolerans men väl partiell laktasbrist. Behandling med järntabletter påbörjades, och Hb och ferritin ökade på ett förväntat sätt. Symtomen klingade av, och patientens funktionsnivå återställdes

»Patienten tolkade själv besvären som fönstertittarsjuka, som hon hört att äldre människor kunde drabbas av.«

stegvis. Hon kunde också börja löpträna. Vid restitution till Hb 128 g/l, ferritin 33 µg/l, EVF 0,40, MCV 86 fl och B-erytrocyter $4,6 \times 10^{12}/l$ var det betydligt enklare att fånga pulsationerna i fötternas kärl med dopplerinstrument. Ankel-brakialindex mättes till 0,98 i vänster fot och 1,00 i höger fot. Det fanns inga blåsljud över femoraliskärlen, men ankel-brakialindex efter arbete mättes inte.

Under fortsatt utredning, och efter gynekologisk behandling med hormonspiral, kvarstod tecken till ofullständig absorption av järn, och behandling med järntabletter fick fortsätta. Patienten fortsatte löpträna flera dagar i veckan under större delen av år 2007 och hela 2008 utan att återfå smärta i underbenen. Hon sökte emellertid på nytt i mars 2009 med återkomst av ursprungliga, men lindrigare symtom. Hb hade då sjunkit från 135 g/l till 122 g/l, och järndepåerna hade också minskat efter uppehåll med järntabletter under en längre period.

För att utesluta bidragande arteriella stenoser gjordes därför i juni 2009 MR-angiografi av aorta, bäcken- och benartärer. Undersökningen visade normala artärer i bäckenet och båda benen utan tecken till signifikanta stenoser eller andra väggförändringar. Symtomen försvann på nytt helt efter det att Hb-värdet återställdes till det normala.

Fall 2 – äldre kvinna. En synnerligen vital och fysiskt aktiv 92-årig kvinna rapporterade i januari 2008 kramp i båda ank-larna och underbenen vid allt kortare promenader och vid förflyttningar som till brevlådan. Patienten behandlades sedan lång tid med lågdosfelodipin för hypertoni, och tog sedan flera år naproxen 250 mg till natten mot värk och morgonstelhet på grund av lindrig artros i knä och höfter. Hon var symtomfri från buken och hade oförändrat regelbundet tarmmönster. Det fanns ingen känd kranskärlssjukdom och hon hade aldrig bröstsmärtor eller andnöd vid dagliga fysiska aktiviteter. Patienten bodde i eget hus som hon köpt relativt nyligen. Hon hade också under senare år bytt bil. Det fanns inget behov av hjälp i hushållet, men hon anlät trädgårdshjälp senaste sommaren. Patienten hade aldrig rökt.

SAMMANFATTAT

Claudicatio intermittens är definitionsmässigt en benartärsjukdom, och det finns ett flertal differentialdiagnoser. En föga beaktad sådan är anemi.

Här beskrivs två fall av claudicatio med varaktigt symtomfrihet efter behandling av järnbristanemi hos en ung och en gammal kvinna.

Båda patienterna hade i vila en till synes normal arteriell cirkulation i benen (ankel-brakialindex >0,94). MR-angiografi visade cirka tre år ef-

ter debut helt normala kärl hos den yngre kvinnan. Drygt ett år efter debut fanns hos den äldre kvinnan vid MR-angiografi begynnande stenoser i båda sidors iliaca interna och sannolikt kliniskt relevanta stenoser i vänster lårben. Båda hade normalt Hb och var symtomfria vid dessa undersökningar.

Anemi borde uppmärksammas som en viktig differentialdiagnos vid claudicatio intermittens hos såväl friska som kärlsjuka patienter.

Vid akutbesöket var allmäntillståndet helt opåverkat men patienten hade en anemi med Hb 98 g/l, och ferritin 9 µg/l. Behandling med NSAID avslutades och omeprazolbehandling påbörjades. Eftersom patienten inte tolererade järntabletter påbörjades också behandling med injektion av Venofer. Efter fem injektioner steg Hb till patientens normala nivå på 132 g/l och ferritin till 106 µg/l. Smärtan i underbenen försvann och gångförmågan återgick till det normala. Pulsationerna i fötternas kärl var under hela perioden välfyllda och lätta att identifiera. Ankel-brakialindex var 0,94 i vänster fot och 0,96 i höger fot. Det fanns inga blåsljud över femoraliskär-len, men ankel-brakialindex efter arbete mättes inte vid symtomdebuten.

Patienten hade fortsatt stabilt Hb och oförändrat god funktion i benen under sommaren, hösten och vintern 2008. I december promenerade hon cirka 1500 steg med stavar på ungefär trettio minuter. Under samma period auskultades blåsljud i båda ljumskarna, men ingen försämring av ankel-brakialindex kunde registreras efter fysisk ansträngning. Blåsljuden föranledde emellertid MR-angiografi av aorta, bäcken- och benartärer i mars 2009.

Undersökningen visade inga stenoser och inget aneurysm i arteria subclavia, bröstaorta eller bukaorta, men en avgångsstenos i höger njurartär. Det fanns en lätt dilaterad iliaca communis på vänster sida. Bilateralt fanns lätt förträngning i iliaca internavgången. Bilateralt i arteria femoralis superficialis mellersta och nedre del fanns tydliga arteriosklerotiska pärlbandsliknande förändringar. På vänster sida fanns möjligen kliniskt relevanta ringformade stenoser 20, 18 respektive 6 cm ovanför knäledsspalten. Med hänsyn till patientens aktuella situation bedömdes det emellertid inte finnas indikation för kärlkirurgiskt ingrepp.

DISKUSSION

Båda patientfallen är exempel på reversibel claudicatio vid behandlingsbar anemi. Den yngre kvinnan hade till synes helt friska kärl. Den äldre kvinnan hade vid symtomdebut sannolikt en etablerad perifer arteriell sjukdom, men troligtvis var den inte symtomgivande. Båda hade anemi och symtomen på claudicatio intermittens försvann varaktigt hos båda efter behandling av blodbristen. Anemi finns inte upptaget bland differentialdiagnoserna till claudicatio i det senaste internationella konsensusdokumentet [2]. Denna fallbeskrivning talar för att anemi borde uppmärksammas som en viktig differentialdiagnos hos friska såväl som kärlsjuka patienter.

Den funktionella svikten i patienternas benmuskler orsakades av allt att döma av järnbristanemins sviktande kapacitet för syrgastransport. Den yngre kvinnans symtom kan man förstå, med tanke på de höga krav hon ställde på sin muskulära funktion vid löpträningen. Hos den äldre kvinnan kan man misstänka att hjärtats kranskärl hade god funktion i förhållande till ställda krav, medan hennes krav på syrgastransport i underbenen överskreds. En bidragande men troligtvis inte tillräcklig orsak till hennes symtom var rimligen också kärlförändringarna i iliaca- och femoraliskär-len, men hennes ursprungliga besvär var i motsats till kärlförändringarna lika i båda benen enligt MR-angiografi.

En viktig felkälla vid ankeltrycksmätning är mediaskleros [1]. Båda patienterna hade emellertid normal njurfunktion och saknade tecken till diabetes. Risken för mediaskleros bedömdes därför som liten.

Vid sökning i PubMed får man få träffar i ämnet med sökorden »intermittent claudication anemia«. Den äldsta träffen (från 1954) är från Frankrike och beskriver enligt översatt titel ett liknande, reversibelt fenomen vid pernicios anemi [3].

Samma referens påminner om de kanske viktigare symtomen från kranskär-len vid anemi hos kärlsjuka patienter. En senare publikation från 1986 beskriver intermittent trötthet och svaghet i vänster ben utan smärta hos en kvinna med aplastisk anemi [4]. Efter blodtransfusioner förblev patienten symptomfri. En aktuell fallbeskrivning i Läkartidningen redovisar också symptom som vid claudicatio hos en patient med mycket lågt blodvärde [5]. I kapitlet om perifer artärsjukdomar i Läkemedelsboken beskrivs anemi som en riskfaktor vid fönstertittarsjuka, och man rekommenderar att Hb ska ingå i utredningen [6].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

REFERENSER

1. Benartärsjukdom – diagnostik och behandling. Stockholm: SBU; 2007.
2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al; TASC II Working Group. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease. *Int Angiol.* 2007; 26:81-157.
3. Cahen P, Brun F, Blanc J. [New observation of pernicious anemia with syndrome of intermittent claudication and effort angina disappearing after treatment of the anemia.] *Lyon Med.* 1954; 86:484-8.
4. Miyai I, Fujita M, Kitahara Y, Hirono N. Spinal intermittent claudication due to anemia. *Neurology.* 1986;36:1623.
5. Jansson S. Anemi hos äldre. Men hur lågt kan ett Hb-värde bli? *Läkartidningen.* 2009;106:189-90.
6. Mattiasson I, Mätzsch T, Thule-sius H. Perifer artärsjukdomar i extremiteterna. I: *Läkemedelsboken 2007/2008.* Stockholm: Apoteket AB; 2007. p. 311-9.