

Inleiding

Deze richtlijnen betreffen alleen de arteriële claudicatio intermittens en niet de 'veneuze' en 'neurogene' claudicatio intermittens. Ze zijn gebaseerd op de consensus 'Diagnostiek en behandeling van arteriële claudicatio intermittens' die in 1997 op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie, volgens de systematiek van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) tot stand kwam.

Claudicatio intermittens is geen zelfstandig ziektebeeld, maar een symptoom, meestal als uiting van gegeneraliseerde atherosclerose, een aandoening die zelf niet te genezen is. Recente ultrageluid- en katheterinterventietechnieken bepalen in sterke mate de huidige diagnostiek en behandeling. Niet-operatieve interventies en begeleiding door niet-chirurgische specialisten en huisartsen zijn belangrijke onderdelen van de behandeling. Dankzij de interventieradiologie is het operatief-chirurgische aandeel bij de behandeling relatief afgenomen. De medische zorg rondom patiënten met claudicatio intermittens heeft tegenwoordig dan ook een sterk multidisciplinair karakter. Toch is in Nederland de traditioneel centrale rol van de (vaat)chirurg bij de primaire diagnostiek en de verschillende behandelingsvormen van patiënten met claudicatio intermittens behouden gebleven.

Definities

Claudicatio intermittens (letterlijk 'intermitterend hinken') is een symptoom dat ontstaat na een bepaalde hoeveelheid activiteit van de onderste extremiteit(en) en wordt gekenmerkt door een pijnlijke of onaangename sensatie of vermoeidheid in (gedeelten van) die extremiteit(en). Hierdoor wordt de patiënt gedwongen die activiteiten te staken of te verminderen, waarna de klacht snel afneemt om vervolgens weer op te treden enige tijd na hervatten van die activiteiten.

Onderscheiden kunnen worden arteriële, veneuze en neurogene claudicatio intermittens. Arteriële claudicatio intermittens, de meest voorkomende vorm van claudicatio, ontstaat als gevolg van verminderde spierdoorbloeding op basis van vernauwing(en) in de slagaders die het been van bloed voorzien en voldoet het meest aan de bovenstaande definitie van claudicatio intermittens.

Veneuze claudicatio, veroorzaakt door veneuze insufficiëntie, en neurogene claudicatio (ook wel genoemd het syndroom van Verbiest), veroorzaakt door een lokale wervelkanaalstenose, omvatten beide klachten die op die van arteriële claudicatio lijken, maar onderscheiden zich daar met name van door het niet snel afnemen van de klachten bij stilstaan.

Ziektebeeld

Perifeer arterieel vaatlijden met vernauwing of afsluiting van de (middel)grote slagaders van de benen is in meer dan 90% van de gevallen het gevolg van atherosclerose en leidt tot circulatiestoornissen waarvan de ernst op basis van klachten en symptomen is in te delen volgens de klassieke klinische classificatie van Fontaine:

- stadium 1: asymptomatische vaatziekte
- stadium 2: claudicatio intermittens
- stadium 3: pijn in rust
- stadium 4: ulcera en necrose

Patiënten met perifeer arterieel vaatlijden hebben een drie- tot viermaal verhoogde prevalentie van cardiale en/of cerebrovasculaire ziekte en een twee- tot driemaal verhoogde kans op cardiovasculaire sterfte in vergelijking met mensen zonder perifere vaatziekte. De meeste mensen met perifere arteriële vaatziekte overlijden dan ook aan de gevolgen van atherosclerose van de kransslagaders (50%), van de cerebrale vaten (15%) of de overige grote slagaders (10%).

Atherosclerose wordt (ook) in de benen eerder klinisch manifest bij aanwezigheid van de risicofactoren roken, diabetes mellitus, hypertensie, hyperlipidemie, hyperhomocysteinemie, hogere leeftijd en mannelijk geslacht. De belangrijkste risicofactoren voor snelle toename van vernauwingen van de beenslagaders zijn multipele ('etage'-)afwijkingen, diabetes mellitus en roken.

Diagnostiek

De gebruikelijke diagnostische methoden die ieder geschikt zijn voor het oplossen van een deel van de vragen in geval van claudicatio intermittens, zijn:

1. speciële vasculaire en sociale anamnese
2. arteriële polspalpatie
3. bepaling van de systolische enkel-armindex (EAI) met de Doppler-methode
4. looptest in combinatie met EAI-bepaling
5. segmentele Doppler-signaalanalyse aan het been
6. Doppler-echo- (of duplex-)scanning van het aorto-iliaco-femoro-popliteale traject
7. angiografie van de bekken- en beenarteriën (conventioneel of DSA)

De diagnostiek bij claudicatio intermittens is gericht op het vaststellen van:

- de aard van de claudicatio (is er arteriële pathologie?) (1,2,3,4)
- de mate van invalidering van de patiënt (1,4)
- de (functionele) ernst van het arteriële obstructieve vaatlijden (1,3,4)
- de lokalisatie(s) van hemodynamisch belangrijkere arteriële obstructies (5,6,7)
- de therapeutische mogelijkheden (katheterinterventie of operatie) (6,7) (tussen haakjes de meest geschikte diagnostische methoden voor de vraagstelling).

Daarnaast dient de aanwezigheid van de belangrijkste beïnvloedbare risicofactoren voor atherosclerose te worden vastgesteld (nicotinegebruik, diabetes mellitus, hypertensie en hyperlipidemie).

Therapie

De therapie bestaat uit twee componenten:

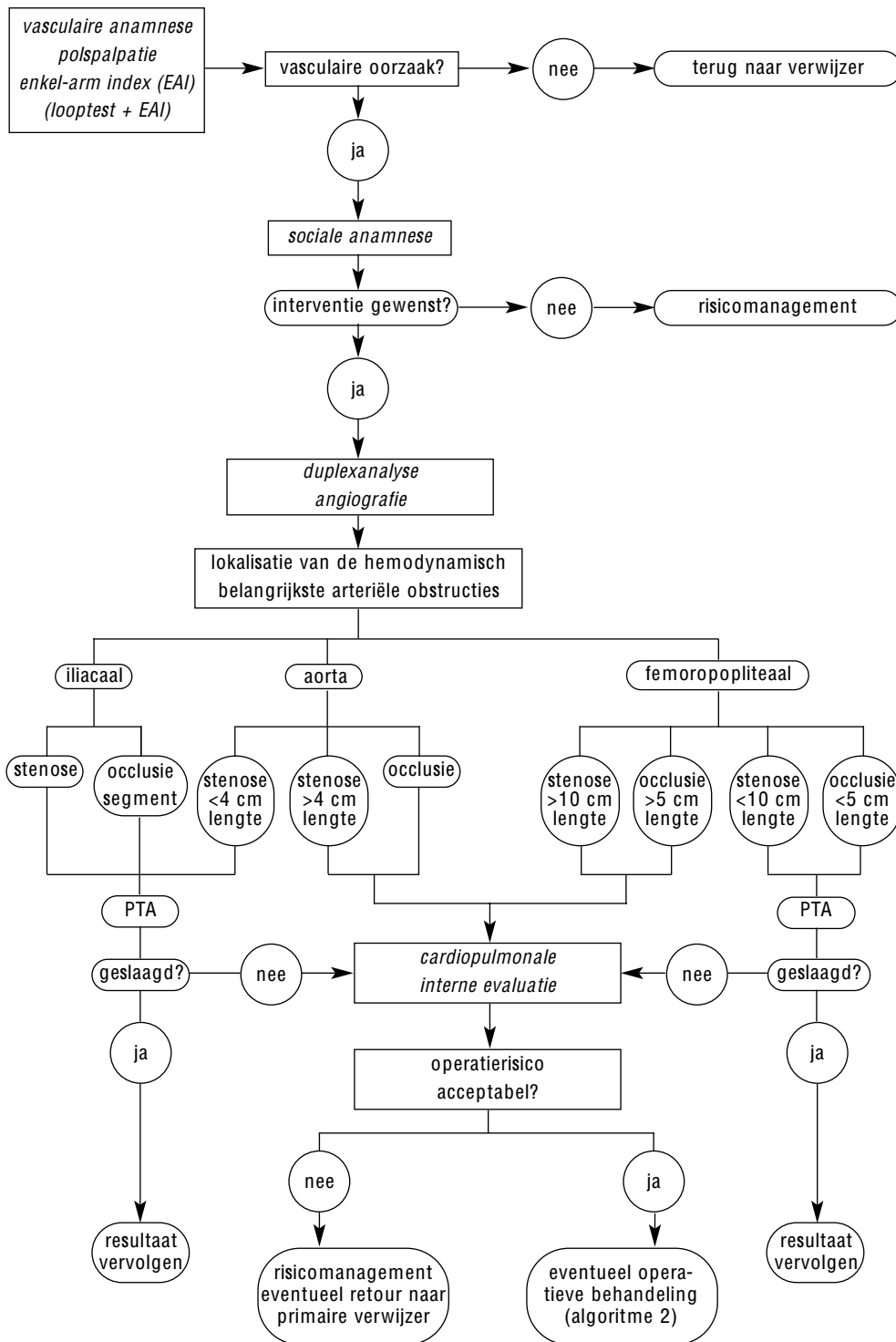
1. Leefstijladviezen en de daarbij behorende ondersteuning met name ten aanzien van looptraining en het stoppen met roken.

2. Vasculaire interventies (zie algoritme 1 op de volgende pagina).
Component 1 is altijd van toepassing, onderdeel 2 is optioneel en afhankelijk van het type vaatafwijking en de noodzaak vanuit de patiënt (zie algoritme 2).

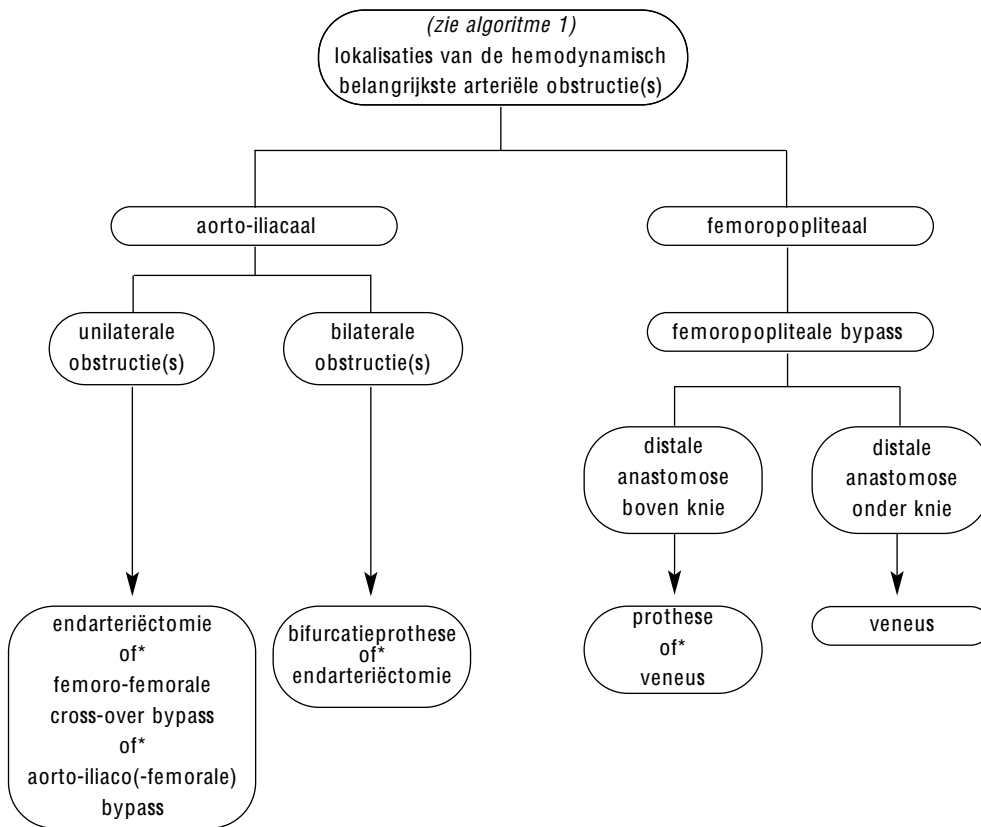
Uitkomsten van therapie

Looptraining:	heeft een bewezen gunstig effect op de pijnvrije loopafstand en dient steeds te worden aanbevolen.
Stoppen met roken:	geeft verbetering van de loopafstand en vermindering van het risico op andere manifestaties van atherosclerose.
PTA:	
– korte stenosen aorto-iliacaal:	3-jaars succespercentages circa 60%
– segmentele iliacale occlusie:	4-jaars succespercentage circa 70%
– femoropopliteale stenosen:	5-jaars patency 40-60%
– femoropopliteale occlusie:	5-jaars patency 25-45%
Vaatchirurgie:	
– aorto-iliacale reconstructies:	2-jaars prim. patency circa 95% 5-jaars prim. patency circa 85%
– femoropopliteale bypasses:	1-jaars prim. patency circa 90% (vene) 5-jaars prim. patency circa 65-80% (vene) 1-jaars prim. patency 50-75% (prothese) 5-jaars prim. patency 25-50% (prothese)

1. Chirurgische besluitvorming ten aanzien van de diagnostiek en behandeling van de patiënt met mogelijk arteriële claudicatio intermittens



2. Besluitvorming ten aanzien van de patiënt met bewezen claudicatio intermittens waarbij voor vaatchirurgische interventie wordt gekozen



* keuze vooral afhankelijk van de persoonlijke ervaring van de chirurg en de lokale condities in het operatiegebied

