

Italo Paolini<sup>1</sup>, Fabio Fichera<sup>1</sup>, Carlo Stramenga<sup>1</sup>, Vincenzo Moretti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Area Office Technology, Settore Ecografia, SIMG; <sup>2</sup> Chirurgia Vascolare, Ospedale Teramo

## Sciatica, statine o altro?

### Sintesi del caso

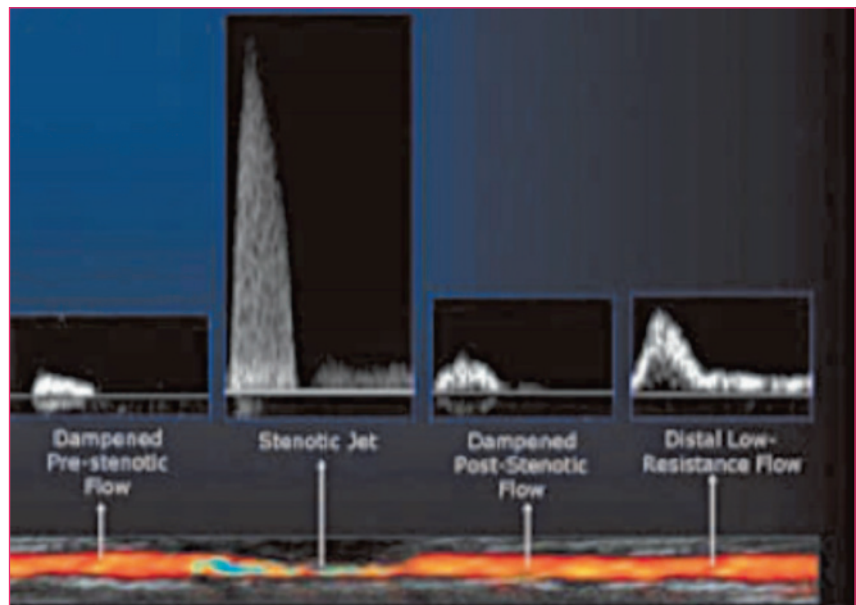
Paziente di 60 anni, buone condizioni generali, sportivo (ciclismo amatoriale 5-10.000 km/anno), assistito di recente acquisizione. Problemi rilevanti: diabete tipo 2 in terapia con metformina (emoglobina glicata nell'ultimo anno 6,8%), ipertensione arteriosa in terapia con amlodipina 5 mg e controllo pressorio accettabile (media dei valori annuali 132/81), dislipidemia in trattamento con pravastatina, non sufficiente per raggiungere un target accettabile (LDL 160). È passato alla pravastatina a dosaggio basso (20 mg) dopo un tentativo con atorvastatina sospeso per dolori (attribuiti al farmaco) agli arti inferiori. Viene in studio per dolori ricorrenti agli arti inferiori attribuiti, in passato, all'uso di statine poi a una discopatia compressiva documentata da esame TAC-RMN (protrusioni discali con impronta durale L-L4 e L5-S1). Il dolore, bilaterale, ma maggiore a destra, risponde poco ai FANS e ha caratteristiche anomale rispetto a un dolore sciatico classico o a una miopatia da statine. In particolare si accentua durante lo sforzo (bici) e si associa a una debolezza manifestata dalla riduzione delle performance atletiche. L'esame obiettivo è caratterizzato da: contrattura mm paravertebrali con dolenzia alla palpazione, Lasague negativo, normale mobilità articolare delle anche, normale trofismo muscolare e di cute e annessi, presenza di polsi arteriosi, anche se rilevabili con difficoltà a livello popliteo e tibiale posteriore. La presenza di dolori sotto sforzo mi inducono a valutare la situazione circolatoria agli arti inferiori con evidenza di un indice di Winsor bilateralmente inferiore ai valori normali (mag-

giore del 90% a destra e maggiore del 75% a sinistra). La valutazione ecodoppler evidenzia un flusso con caratteristiche anomale bilateralmente e in tutti i distretti esaminati (femorale comune, superficiale e profonda, poplitea, tibiale anteriore, posteriore con riduzione del flusso e aspetto post-stenotico (Fig. 1) della curva flussimetrica. Nel sospetto di una stenosi iliaca invio il paziente a consulto presso chirurgo-vascolare e l'esame angiotac evidenzia la presenza di stenosi iliaca bilaterale subtotale e destra e grave a sinistra (vedi referto preciso). Le Figure 2-8 mostrano il quadro ecografico e angiotac.

La valutazione viene estesa a tutto l'albero

arterioso con coronarografia, esame tronchi sopra-aortici e aorta addominale senza riscontro di lesioni, anche minime. Il chirurgo vascolare decide di sottoporre il paziente, previo accesso percutaneo sn, ad angioplastica transluminale percutanea (PTA) e stenting di entrambe le iliache comuni con stent auto espandibile. Intervento senza complicanze e con ottimo risultato, vista la scomparsa del dolore e la ripresa di una piena attività lavorativa e sportiva. La terapia attuale prevede: ASA, atorvastatina 40 mg, metformina 500x3; ramipril 5 mg, amlodipina 5 mg. Valori pressori, LDL colesterolo ed emoglobina glicata sono a target.

**FIGURA 1.**  
*Tipologia dello spettro doppler nelle diverse situazioni di flusso.*



**FIGURA 2-7.**

Ecodoppler arti inferiori: spettro doppler nelle diverse arterie.

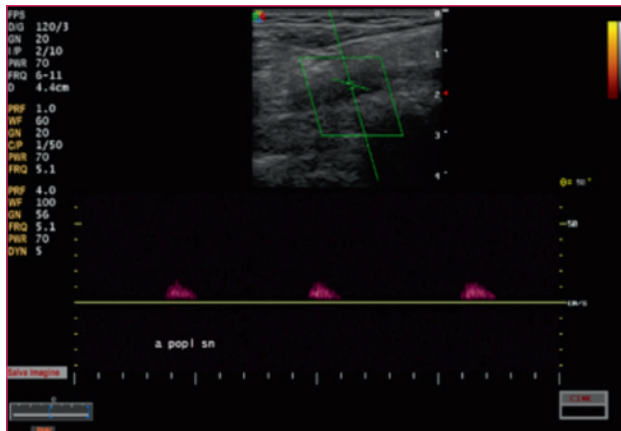


Fig. 2.

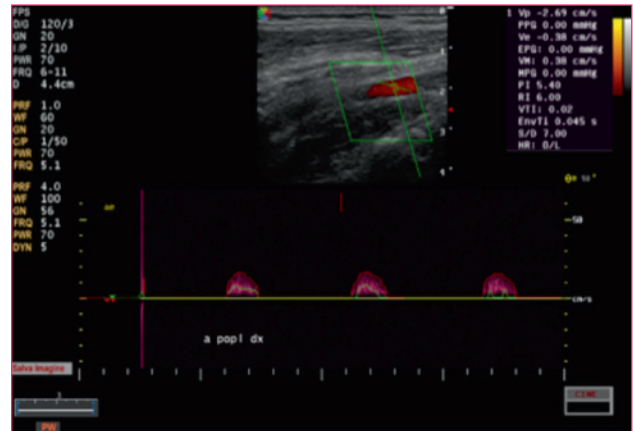


Fig. 3.



Fig. 4.

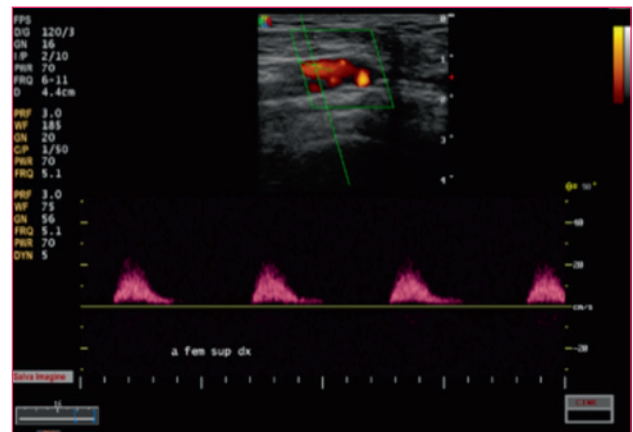


Fig. 5.

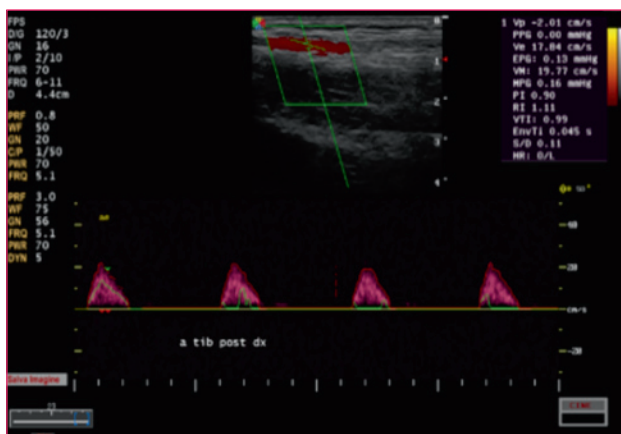


Fig. 6.

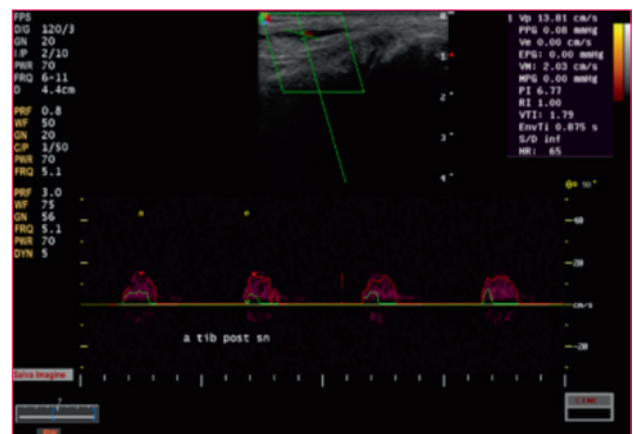


Fig. 7.

**Commento**

Le riflessioni indotte da questo caso sono:

1. L'importanza di un potenziamento diagnostico, possibile nell'ambito delle cure primarie, che consentono, mediante l'uso dell'indice ABI come metodica di

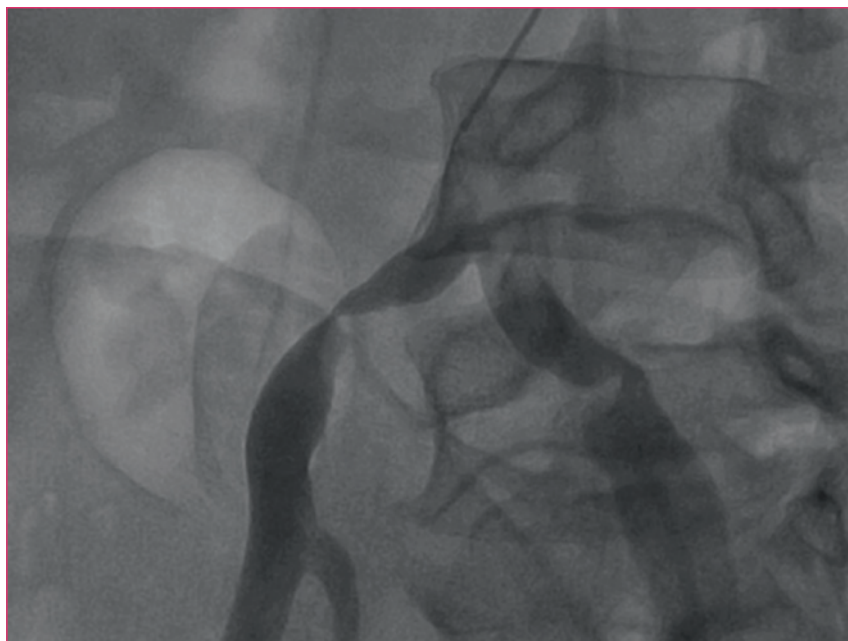
primo impiego e dell'esame ecodoppler in caso di risultato non normale dell'indice ABI, di orientare in maniera più rapida e precisa il successivo iter diagnostico terapeutico di secondo livello (angiotac, v. chirurgo-vascolare);

2. La particolarità dell'esclusivo coinvolgi-

mento delle arterie iliache comuni in un albero arterioso dimostratosi indenne da altre lesioni di tipo aterosclerotico. Questo induce a ritenere la possibile influenza di fattori locali a carico delle iliache comuni. Una ricerca bibliografica porta, in effetti, al riscontro di articoli e

## FIGURA 8.

Immagine da angiotac arti inferiori a livello delle iliache.



review nelle quali si evidenzia l'associazione tra la pratica del ciclismo a livelli rilevanti e il riscontro di stenosi a carico delle iliache comuni o dell'iliaca esterna. I fattori chiamati in causa sono: la posizione del ciclista che può condurre a un inginocchiamento delle arterie iliache associate a fattori anatomici individuali predisponenti consistenti in:

- ipertrofia del muscolo psoas;
- l'azione di stiramento da parte di rami arteriosi collaterali (circonflessa iliaca, a. epigastrica inferiore);
- lunghezza eccessiva e tortuosità delle arterie iliache.

- I sintomi possono includere dolore mal localizzato degli arti inferiori (in particolare alla coscia, piuttosto che al gluteo e gamba), crampi, intorpidimento, debolezza, claudicatio, peggioramento inspiegabile di prestazioni ciclistiche (particolarmente importante nel caso in esame). I polsi arteriosi possono essere, come nel caso in esame, presenti e rilevabili.

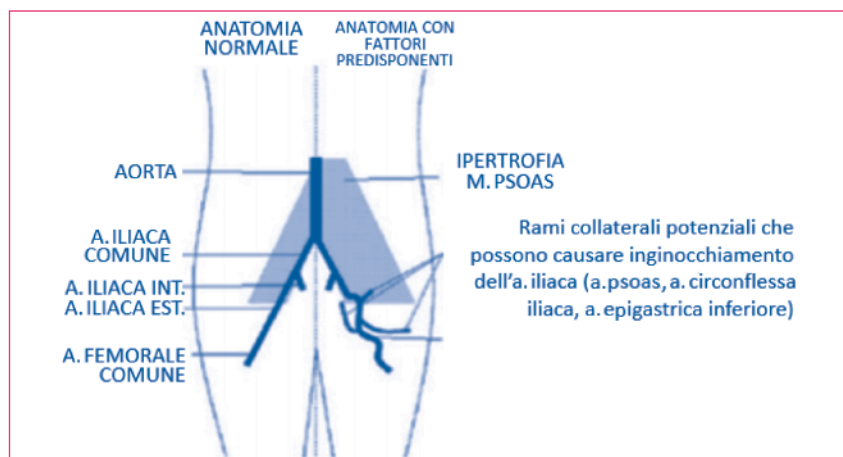
La sintomatologia a carico del nervo sciatico può condurre a errori diagnostici (con l'attribuzione dei sintomi a discopatie compressive spesso coesistenti e rilevate da esami RMN) per la presenza della cosiddetta "sciatic

claudicatio", in cui una ostruzione ischemica dell'iliaca, forse agendo sui *vasa nervorum* dello sciatico, può essere causa di un dolore con la tipica distribuzione e in questo caso il fattore chiave è l'esacerbazione o scomparsa dei sintomi sotto sforzo e a riposo.

I sintomi della miopatia indotta da statine sono rappresentati da affaticamento, dolore, tensione e debolezza muscolari, crampi notturni e dolore al tendine. I sintomi muscolari tendono a essere prossimali, generalizzati e peggiorano con l'esercizio.

## FIGURA 9.

Schema delle possibili alterazioni anatomiche predisponenti alla stenosi iliaca.



- La compressione delle arterie iliache, come conclude la review riportata in bibliografia, dovrebbero essere sospettati in presenza di dolori agli arti inferiori da parte di persone che praticano ciclismo, agonistico o amatoriale, in maniera continuativa (Fig. 9).

## Bibliografia

Bender MHM, Schep G, de Vries WR, et al. *Sports-Related Flow Limitations in the Iliac Arteries in Endurance Athletes. Aetiology, Diagnosis, Treatment and Future Developments* Sports Med 2004;34:427-42.

Gohel MS, Shepherd AC, Davies AH. *Iliac Artery Compression in Cyclists: Mechanisms, Diagnosis and Treatment* C.S. Lim. Eur J Vasc Endovasc Surg 2009;38:180-6.

Wijesinghe LD, Wijesinghe LD, Coughlin PA, et al. *Cyclist's iliac syndrome: temporary relief by balloon angioplasty*. Br J Sport Med 2001;35:70-1.

Arko FR, Harris EJ, Zarins CK, et al. *Vascular complication in high-performance athletes*. J Vasc Surg 2001;33:935-42.

Abraham P, Chevalier JM, Loire R, et al. *External iliac artery endofibrosis in a young cyclist*. Circulation 1999;100:e38.

Feugier P, Chevalier J-M. *Endofibrosis of the iliac arteries: an underestimated problem*. Acta Chir Belg 2004;104: 635-40.

Chevalier JM, Enon B, Walder J, et al. *Endofibrosis of the external iliac artery in bicycle racers: an unrecognized pathological state*. Ann Vasc Surg 1986;1 297-303.

Sessa A, Paolini I, Marulli CF, et al. *Medea: determinazione dell'indice caviglia-braccio nei diabetici tipo 2 con dispositivo automatico oscillometrico*. SIMG 2002;15:13-6.