

Prise en charge de l'artérite des membres inférieurs

François Bellenot

1

Artérite = artériopathie oblitérante des membres
inférieurs : AOMI

Cause de l'AOMI : l'athérosclérose

Définition : AOMI si index de pression systolique (IPS) < 0,9

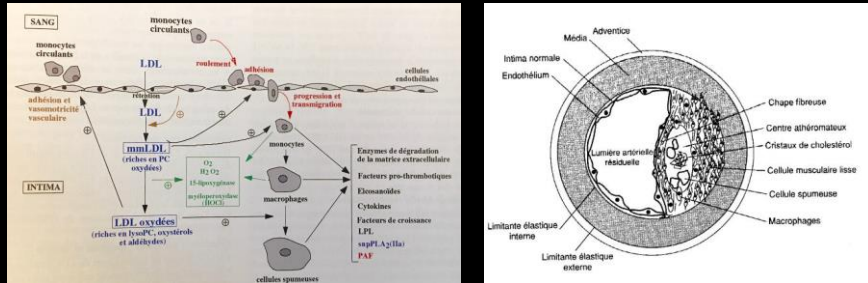
Le risque cardio vasculaire est corrélé à l'IPS

IPS \leq 0,9 = morbi mortalité CV X 2 à 10 ans

L'athérosclérose, est une maladie générale des artères (dont l'AOMI est une des localisations), qui impose de rechercher des atteintes des vaisseaux coronaires et à destinée cérébrale.

2

Athérosclérose

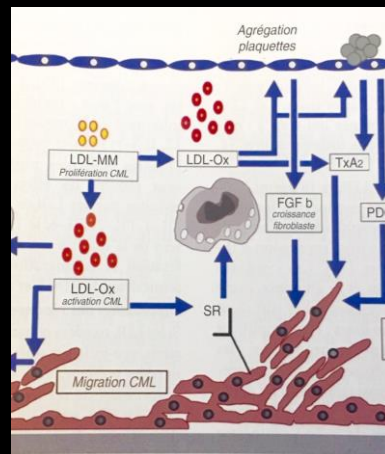


- Remaniements de l'endothélium et de la média du au LDL cholestérol oxydé
- Migration des monocytes aboutissant à une inflammation chronique de la paroi artérielle
- Sur expression des molécules d'adhésion, des chémokines et des facteurs de croissance de la matrice extra cellulaire
- Fibrose, sténose et rétention de lipides dans la plaque

3

Athérosclérose

- D'où sur expression des métalloprotéases avec pour effets:
 - remodelage et fragilisation de la plaque
 - sur expression des protéines de l'hémostase avec effet pro thrombotique.



4

Facteurs de risque de l'athérosclérose

- Age
- Sexe masculin
- Tabagisme, cannabis, (gaz d'échappement)
- HTA
- Diabète
- Hypercholestérolémie, dyslipidémies, surpoids, syndrome métabolique



5

« Stades » de l'AOMI

- Patient asymptomatique
 - Lésions débutantes
 - le patient ne marche pas assez pour être symptomatique (âge, arthrose, dyspnée)
- Ischémie d'effort
 - Claudication intermittente
- Ischémie critique (ischémie persistante chronique)
 - Douleurs de repos
 - Pression à la cheville < 50 mm de Hg ou pression au gros orteil < 30 mm de Hg
 - Signes existants depuis plus de 15 jours



6

Dépistage de l'AOMI

- Pour qui?
 - Antécédent vasculaire cardiaque ou cérébral
 - Facteur de risque d'athérosclérose dont le diabète +++
 - Sujet âgé
- Comment
 - Interrogatoire
 - Examen clinique
 - Echo doppler
- Quand
 - Répéter le dépistage en fonction des facteurs de risque et des lésions découvertes

7

Claudication intermittente

- Douleur du membre inférieur survenant à la marche et cédant rapidement à l'arrêt de l'effort
- Périmètre de marche (PM)
- PM modifié par la pente, la température



8

Examen clinique

- Interrogatoire : gêne fonctionnelle, périmètre de marche, caractère de la douleur (siège, conditions de survenue, caractère permanent...?), douleur de repos
- Mode de vie : tabagisme, sédentarité, activité physique, profession...
- Antécédents personnels et familiaux : diabète, maladies CV...
- Examen vasculaire : coloration et température des membres, recherche des pouls, palpation abdominale, auscultation des trajets vasculaires, prise de la pression artérielle aux 2 bras
- Recherche de troubles trophiques (examen des pieds!)
- Mesure de l'IPS

9

Mesure de l'IPS

PA distale /PA humérale

Normale >1

Technique : doppler de poche (ou manuel si pouls périphériques palpables)

Pièges :

artères rigides : diabétiques, insuffisants rénaux

Sténose de l'artère sous clavière



10

Diagnostic différentiel

- **Douleurs d'origine articulaires**
 - Dès le début de la marche
 - au niveau d'une articulation
 - Cèdent +/- après « dérouillage »
- **Douleurs d'origine veineuse**
 - Lourdeur
 - Cèdent à la position repos, jambes surélevées

11

Diagnostic différentiel

- **Douleurs d'origine neurologique**
 - Canal lombaire étroit
 - Faiblesse ou dérobement des membres inférieurs plutôt que douleur
 - Sciatalgies
 - Cruralgies : diabète
 - Neuropathie périphérique : diabète, éthylisme
- **Douleurs du pied**
 - Névrome de Morton
 - Epine calcanéenne

12

Prise en charge au stade de claudication

• Traitement médical

- Arrêt du tabac
- Traitement des autres facteurs de risque
 - TA < 14/8
 - IMC ≤ 25
 - Diabète équilibré
 - LDL < 1 g/l
- Activité physique : 30 mn/j (marche +++)
- Possibilité de prescrire une activité physique adaptée depuis 1/3/2017 Art 1172.1 du CSP
- Traitement médicamenteux
 - antiagrégant plaquettaire (Kardégic)
 - statine
 - IEC (surveillance PA et créat)
 - *Vaso actifs (Praxilène®, Fonzylane®, Vadilex®, Torental®) ne sont plus remboursés (SMR insuffisant)*
- Demande d'ALD



13

Prise en charge au stade de claudication

• Examens biologiques

- Bilan lipidique
- glycémie
- créatinimémie, calcul du DFG

• Imagerie

- Examen écho doppler
 - aorte abdominale et artères des membres inférieurs au repos +/- à l'effort
 - par un angiologue ou un cardiologue



14

Prise en charge au stade de claudication

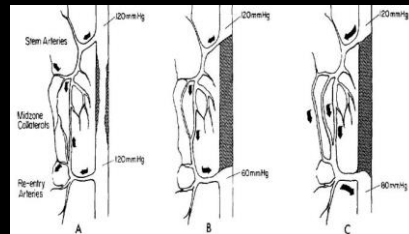
- **Bilan d'extension de la maladie athéromateuse**
 - Echo doppler des troncs supra aortiques
 - Recherche d'une atteinte coronaire : CS cardio
- **Dépister d'autres complications du tabac**
 - Rx et / ou TDM pulmonaire KBP, BPCO
 - K de vessie
 - K ORL



15

Prise en charge au stade de claudication

- **Quand adresser le patient au chirurgien vasculaire?**
 - Si l'écho doppler montre une lésion dangereuse
 - Anévrisme...
 - plaque potentiellement emboligène
 - compléter alors le bilan par un angioscanner de l'aorte et des artères des membres inférieurs
 - En l'absence d'amélioration après 3 à 6 mois de traitement médical.



16

Prise en charge au stade de l'ischémie critique

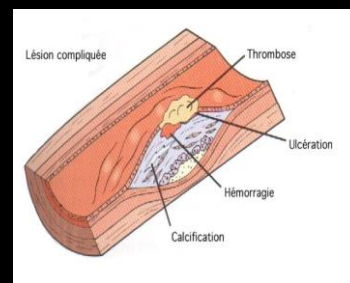
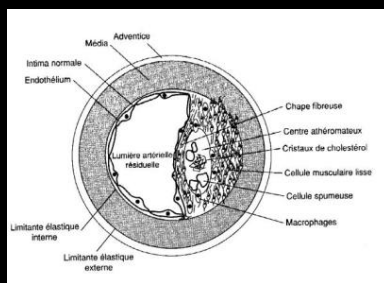
Ischémie persistante chronique

- Instaurer le traitement médical
- Adresser au chirurgien vasculaire dès l'écho doppler réalisé
- En chirurgie vasculaire
 - Traitement par Héparine IV, antalgiques IV
 - Recherche d'une solution de revascularisation
 - Optimisation de l'EG
 - TTT douleur, insuffisance cardiaque, infection, nutrition...
 - Revascularisation si possible
 - Ilomédine si pas de revascularisation
 - Amputation en dernier recours

17

Complications évolutives de l'AOMI

- **Syndrôme de l'orteil bleu**
 - Embolies de cholestérol
 - Plaque emboligène
 - Parfois après traitement anti thrombotique ou geste endovasculaire
 - Bilan: écho doppler +/- angioscanner
 - Traitement: antalgiques, colchicine et avis vasculaire urgent



18

Complications évolutives de l'AOMI

- **Ischémie Aigüe**
 - Clinique: douleur brutale, impotence fonctionnelle
 - Abolition des pouls périphériques
 - Pied froid, pale,
 - Recherche de signes de gravité: troubles neurologiques, douleur à la pression des masses musculaires
 - **CAT: Héparine 5000 UI en IV et adresser en urgence en chirurgie vasculaire :**
 - **Astreinte vasculaire départementale: 01 30 75 40 40** et demander le chirurgien vasculaire d'astreinte
 - Causes:
 - thrombose artérielle sur artère pathologique (ischémie sub aigüe) par évolution de la plaque, déshydratation...
 - Embolie d'origine cardiaque, thrombose d'anévrisme poplité

19

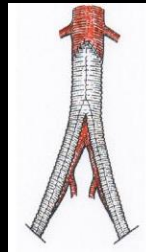
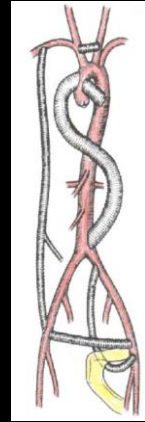
Artérites particulières

- **Artérite diabétique**
 - souvent peu symptomatique: à rechercher ++
 - bilan de l'AOMI avant tout geste sur un trouble trophique
 - Artères de jambe calcifiées pression distale au gros orteil
- **Maladie de Buerger** (Thromboangéite oblitérante)
 - Sujet jeune, tabac +++, atteinte distale, artères hélicines, Iloprost
- **Artérite et cannabis**
 - Proche de la maladie de Buerger
- **Artérite du sujet âgé**
 - Souvent peu symptomatique voir cachée par le patient
 - Prise en charge des facteurs de risque

20

Techniques de revascularisation

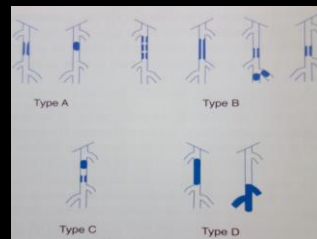
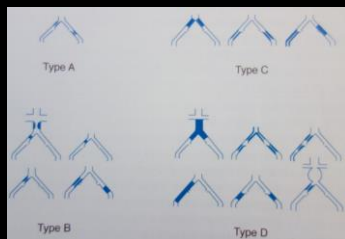
- **Endovasculaires**
 - Angioplasties trans lumenales +/- stent
- **Endartériectomies**
 - Bifurcation fémorale
- **Pontages**
 - Anatomiques ou extra anatomiques
 - Prothétiques ou veineux
- **Techniques combinées**



21

Indications de revascularisation

- **Lésions symptomatiques** invalidantes après échec du traitement médical
- **Lésions dangereuses**
- **Chirurgie fonctionnelle VS chirurgie de sauvetage**
- **Technique selon**
 - L'atteinte artérielle (TASC): ED, angioscanner, artériographie. Par étage dans le sens du flux.
 - Etat général, troubles trophiques, fonction cardiaque...
 - Matériel veineux disponible
 - Bénéfice / risque



22

Amputation

- Indications
 - Gangrène
 - Ischémie dépassée
 - Ischémie permanente non revascularisable ne répondant pas au traitement médical et cause d'une AEG
- Niveau
 - Le plus bas possible après évaluation des possibilités de cicatrisation et de rééducation
 - Débat sur le niveau fixé au mieux en RCP



23

Suivi après revascularisation

- Poursuivre les efforts pour
 - TA < 14/8 (<13/7 chez le diabétique)
 - IMC ≤ 25
 - Diabète équilibré
 - LDL < 1 g/l
 - Reprendre l'activité physique dès que possible suivant le type de revascularisation
- Traitement médicamenteux
 - Si stent : Kardégic + Plavix 1 à 4 mois puis un seul AAP
 - Si pontage : AAP simple ou double suivant la qualité du lit d'aval
 - Sauf exception pas d'association AVK AAP

24

Avenir ?

- Etude COMPASS
 - **Xarelto 2,5 X 2 + Aspégic 100 mg** / Xarelto 5 X2 seul / Aspégic seul
 - 27000 patients (9000 par groupe) pathologie coronaire ou AOMI
 - Critère de jugement : réduction des décès CV, accidents coronaires et cérébraux
 - Arrêt prématuré de l'étude (21 mois) car réduction de 24% des évènements CV dans le groupe Xarelto faible dose + Aspégic.
 - Augmentation de 0,7% par an du risque d'hémorragie non fatale
 - Diminution significative de la mortalité (- 0,4% par an)
 - **Amélioration du pronostic local des AOMI (diminution des évènements majeurs et amputations)**

25

Suivi après revascularisation

- **Surveillance clinique**
 - Obtenir le CRO / CRH
 - Dépister les complications
 - Diminution des durées de séjour en chirurgie
 - HAD
 - Voies d'abord
 - hématomes, lymphorées, retard de cicatrisation, séromes, infection, éventration
 - Thrombose
 - Contrôler les pouls
 - Signes d'ischémie
 - Faux anévrisme
 - Si complication : avis chirurgical

26

Suivi après revascularisation

- **Si pansement à domicile:**
 - Infirmière libérale
 - HAD
 - Prestataire privé en lien avec le service de chirurgie
 - consultation de pansement plaies et cicatrisation à l'hôpital
- **Examens de contrôle**
 - Echo doppler avant J 30
 - Préciser dans la prescription le geste réalisé +++
 - Puis écho doppler tous les 6 mois
 - Consultation chirurgicale à J30

27

Suivi après amputation

- **Pour les amputations majeures**
 - Prise en charge en centre spécialisé pour appareillage et rééducation
 - Parfois après passage en SSR
- **Pour les amputations d'orteil ou trans métatarsiennes**
 - pansements à domicile
 - Suivi en consultation plaies et cicatrisation
 - Parfois HAD si VAC
 - Chaussure orthopédique



28

Suivi après amputation

- But :
 - préserver l'autre côté
 - Traiter les douleurs (membre fantôme)
- Traitement
 - Comme AOMI
 - Lyrica®, Tégrétol® si membre fantôme
 - Si problème d'appareillage : voir avec le centre
- Examens
 - Echo doppler

29

Conclusion

• **Le médecin généraliste et l'AOMI**

- Dépistage AOMI (facteurs de risque, atteinte coronaire ou cérébrale)
- Bilan et traitement initial suivant le stade
- Surveillance après revascularisation
- Adresser au chirurgien vasculaire si
 - Ischémie critique
 - Lésion dangereuse (anévrisme) ou échec du traitement médical
 - Complication post opératoire

30

Merci de votre attention