

# ARTERIOPATHIES OBLITERANTES DES MEMBRES INFERIEURS

## DEFINITION

Oblitération partielle ou totale de l'Aorte et du réseau artériel destiné à l'irrigation des membres inférieurs. L'étiologie prédominante de cette affection est représentée dans 90% par l'athérosclérose et la symptomatologie observée est l'expression d'une insuffisance circulatoire.

## PHYSIOPATHOLOGIE, ETIOLOGIES ET FACTEURS DE RISQUE

### PHYSIOPATHOLOGIE

Une oblitération artérielle > 75% entraînerait par insuffisance circulatoire, d'abord une hypoxie aiguë musculaire à l'effort qui deviendrait avec le temps chronique, à l'effort comme au repos, pour enfin aboutir à des troubles trophiques.

### ETIOLOGIES

- Athérosclérose+++
- Artérite inflammatoires (Takayasu, Buerger...)
- Collagénoses (lupus....)
- Artérite post radique
- Artérite post embolique

### FACTEURS DE RISQUE

- Tabac+++
- Diabète
- HTA
- Hyperlipidémie
- Homme de plus de 50 ans
- hyperhomocystéinémie

## DIAGNOSTIC

### Interrogatoire

Rechercher

- les facteurs de risque d'athérosclérose
- les ATCD du patient
- les signes fonctionnels : impression de froideur des pieds, dysesthésies, claudication intermittente, douleur permanente de décubitus.....

### Examen clinique

- Bilatéral et comparatif
- Inspection : état cutané →troubles trophiques (ulcère, gangrène, nécrose, atrophie de la peau et des phanères, amyotrophie....)
- Palpation : pouls+++ (fémoral, poplité, tibial post), sensibilité, temps de recoloration du gros orteil, veines collabées, froideur des extrémités, masse pulsatile paraombilicale
- Auscultation : cardiaque, aortique, iliaque, fémoral, poplité
- Prise de la pression artérielle pour calculer l'IPS (index de pression systolique = PAS cheville/ PAS humérale.
- Examen général complet à la recherche de tares associées.

### Classification de LERICHE et FONTAINE

#### Stade I : normal ou latence clinique

Asymptomatique, rarement dysesthésies, froideur des extrémités, pâleur, souffle iliaque et/ou fémoral, absence d'un ou de plusieurs pouls.

#### Stade II : Claudication intermittente

= maître symptôme de l'AOMI. Il s'agit de douleurs à type de crampes, de brûlures, de striction, d'engourdissement survenant progressivement au cours de la marche, imposant l'arrêt et disparaissant au repos. Cette douleur réapparaît à la reprise de la marche, après la même distance (périmètre de marche = pm).  
Siège : fesse (artère iliaque interne ou commune), cuisse (iliaque), mollet (artère fémorale > ou poplité), pied (jambière), dysérection associée (aorto-iliaque = syndrome de Leriche). Il existe 2 stades II :

- Stade II fort : pm <200m
- Stade II faible : pm > 200 m

#### Stade III : Douleurs de décubitus

Calmées par la position jambes pendantes, le plus souvent nocturnes, distales, gênant le sommeil.

#### Stade IV : Troubles trophiques

Gangrène, nécrose, ulcère

### Examens paracliniques

#### Test de marche sur tapis roulant

Evalue le périmètre de marche. Il est complété par le doppler artériel.

#### Doppler artériel :

Apprécie le degré d'ischémie et le quantifie par la mesure de la PA distale au niveau des artères de la cheville (calcul de l'index de pression systolique = IPS)

si IPS < 0,9 = diagnostic ; possibilité de mesure le pression du gros orteil si IPS > 1,3 car les artères sont incompressibles.

#### Mesure de la pression transcutanée en O2 (TCPO2)

Utilisée au stade III et IV, se fait au niveau du dos du pied et évalue la sévérité de l'anoxie tissulaire.

#### Echo-doppler de repos et d'effort des membres+++ :

Localise et identifie les lésions, apprécie le retentissement hémodynamique et le degré de compensation par la circulation collatérale.

#### Artériographie ou angio-IRM +++

Fait le bilan lésionnel et apprécie la qualité du lit d'aval et la circulation collatérale.

#### Bilan général de l'artérite ou de l'athérome

- Biologie sanguine: NFS, plaquettes, TP, TCA, groupe rhésus, RAI, ionogramme, glycémie, bilan hépatique, rénal, lipidique.
- Autres : ECG, échocardiographique, scintigraphie myocardique, coronarographie, échodoppler des troncs supra-aortiques, TDM cérébrale, le reste des examens sera fonction des signes d'appel notamment induit par le tabac (cancer ORL, pulmonaire, vésical, BPCO....)

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

**Vasculaires** : artère poplitée piégée, claudication veineuse post-phlébitique, syndrome des loges, endofibrose iliaque, vol artériel par fistule artério-veineuse.... ;

**Neurologique** : canal lombaire étroit, sciatique, compression neurologique radiculaire, neuropathie sensorielle diabétique ;

**Rhumatologie** : arthrose (gonarthrose ou coxarthrose...), rhumatisme inflammatoires, tendinites, anomalies de la voûte plantaire....



## CONDUITE A TENIR

### TRAITEMENT MEDICAL

#### ■ **Contrôler les facteurs de risque**

##### **Arrêt du tabac**

Apprécier le degré de dépendance (test de Fagestroem) et éventuellement prise en charge par une structure d'aide au sevrage tabagique.

##### **Equilibrer un diabète**

Objectif : Hb A1c < 7%, glycémie post prandial < 180 mg/l, glycémie à jeun entre 80-120 mg/l

Au-delà de 75 ans et en cas de présence de troubles trophiques, le recours à l'insuline est souvent nécessaire.

##### **Corriger une dyslipidémie**

A rechercher et si LDL cholestérol  $\geq 100$  mg/l ou 2,6 mmol/l :

- Règles hygiéno-diététiques
- Traitement médicamenteux à vie: objectif ↓ LDLc

Fibrates (si hypercholestérolémie + HDL bas) ou Statines (si hypercholestérolémie + HDL élevé)

Surveillance : CPK (éviter une  $\uparrow > 5$  fois la normale)

##### **Lutter contre l'HTA**

Objectif : PAS < 140 mmHg, PAD < 85 mmHg

En cas d'ischémie critique, ne pas faire chuter brutalement la TA.

Utiliser les médicaments suivants : Inhibiteurs calciques, Inhibiteurs de l'angiotensine II, Vasodilatateurs.

Eviter les  $\beta$  bloquants au stade d'ischémie permanente.

##### **Lutter contre l'hyperhomocystéinémie**

Acide folique, vit B 12 et B6 (efficacité non démontrée).

- **Exercice physique (marche libre ou programme de rééducation)**
- **Soins locaux (devant l'apparition de troubles trophiques)**
- **Traitement médicamenteux**

##### **Antiaagrégants plaquettaires**

Clopidogrel (plavix) : 1 cp de 75 mg/j +++ ou Aspirine : 160 à 325 mg/j ou Ticlid : 1 cp x 2 /j

##### **Prostanoïdes**

Iloprost (ilomédine®)

Efficacité non démontrée dans l'AOMI en per os mais à évaluer en iv en cas d'ischémie critique.

##### **Médicaments vasoactifs**

A utiliser seulement chez les patients symptomatiques et pendant une durée de 3 mois après correction des FDR et une rééducation bien conduite. Ils augmentent le périmètre de marche d'environ 20-40%.

- Buflomédil 300 (Fonzylane) : 1 cp x 2/j ou
- Naftidrofuryl 200 (Praxilène): 1 cp x 3/j ou
- Ginko biloba 40 (Tanakan): 1 cp x 3/j ou
- Pentoxifylline 400 (Torental): 1 cp x 2/j.

La voie iv est utilisée dans un but antalgique dans la phase aiguë.

##### **Antalgiques**

Antalgiques de niveau 2 ou 3.

##### **Les statines et les IEC**

sont utiliser de manière systématique, même en dehors d'un état symptomatologique.

##### **anticoagulants**

- HNF ou HBPM seulement dans les cas d'oblitération aiguë ou après restauration artérielle.
- Fibrinolytiques : si oblitération aiguë grave sans signe sensitivomoteur où la vitalité du membre n'est pas menacée. Utilisation limitée.

### TRAITEMENT CHIRURGICAL

#### ■ **Restauration chirurgicale conventionnelles**

- Thrombo-endartériectomies
- Pontages
  - Artério-bifémoral
  - Fémoro-poplités
  - Extra-anatomiques

#### ■ **Chirurgie endovasculaire**

Angioplastie endoluminale

#### ■ **Chirurgie hyperhémiante**

La sympathectomie lombaire : Obtention d'une vasodilatation des artères distales, d'une  $\uparrow$  de la chaleur cutanée et d'une collatéralité musculaire par annulation du tonus vasoconstricteur sympathique.

#### ■ **Les amputations**