



Les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs



Dr Koutchoukali R.A.

PLAN

- I) Définition
- II) Etiologie
- III) Epidémiologie
- IV) Anatomopathologie
- V) Physiopathologie
- VI) Diagnostic positif
 - A) Interrogatoire
 - B) Signes fonctionnels
 - C) Examen clinique
 - D) Classification
- VII) Examens complémentaires
- VIII) Formes cliniques
- IX) Diagnostic différentiel
- X) Complication
- XI) Traitement
 - A) Traitement médical
 - B) Traitement chirurgical
 - C) Indications
- XII) Conclusion

I) Définition :

- L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs est une affection artérielle principalement d'origine athéromateuse, entraînant un rétrécissement progressif des artères pouvant aboutir à leur oblitération complète.
- Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique et la mesure de l'IPS cheville-bras confirmé par l'écho doppler.
- Le traitement médical est indispensable.
- La revascularisation chirurgicale est surtout indiquée en cas d'ischémie critique.

II) Etiologie :

A) L'athérosclérose : 95 % des cas

B) Les maladies inflammatoires : la maladie de Buerger, la maladie de Takayasu et les collagénoses.

C) Les causes infectieuses. : le syphilis, les rickettsioses

III) Epidémiologie :

A) La prévalence : 1 % avant 50 ans, 2 % à 3 % de 50 à 65 ans et 6 % à 7 % après 65 ans.

B) Facteurs de risque de l'athérosclérose :

- ✓ Age
- ✓ Sexe masculin
- ✓ Tabac++++
- ✓ Diabète
- ✓ Hypertension artérielle
- ✓ dyslipidémie
- ✓ Sédentarité
- ✓ Obésité

IV) Anatomopathologie :

- Les lésions d'athérosclérose se constituent progressivement à partir de dépôts lipidiques microscopiques de l'intima, puis de stries lipidiques macroscopiques peu saillantes, pour constituer enfin la lésion la plus évoluée : la plaque athéromateuse.
- Les plaques confluent entre elles, et peuvent s'ulcérer en laissant échapper des embolies de cristaux de cholestérol.
- Elles se recouvrent de caillots fibrinocruoriques, qui accentuent leur effet sténosant et favorisent l'occlusion de la lumière artérielle.
- La rupture d'une plaque peut aussi favoriser l'issue de sang dans la paroi artérielle, réalisant un hématome disséquant qui accentue la sténose et peut provoquer une occlusion aiguë.

V) **Physiopathologie :**

- Au début de la maladie le patient est asymptomatique, le retentissement hémodynamique des lésions artérielles étant minime.
- Puis lors d'un effort, le flux sanguin est réduit ce qui entraîne une souffrance tissulaire et l'apparition de claudication : **c'est le stade d'ischémie d'effort.**
- L'évolution se fait parfois vers une souffrance tissulaire permanente, le flux sanguin étant très réduit. A ce stade il existe des douleurs de décubitus et des troubles trophiques : **c'est le stade d'ischémie permanente.**
- Le développement de la collatéralité artérielle au fur et à mesure que la sténose s'aggrave va réinjecter le lit artériel en aval de la zone atteinte et peut éviter aggravation sévère ou même permettre une amélioration clinique.

VI) **Diagnostic positif :**

A) **Interrogatoire :**

- Rechercher les facteurs de risques cardiovasculaires.
- Antécédents personnels et familiaux médicaux et chirurgicaux.
- Rechercher d'autres localisations de l'athérosclérose : coronaire et cérébrale.

B) **Signes fonctionnels :**

1) Claudication intermittente :

- Douleur à type de crampe siégeant au mollet, déclenchée par la marche, après une certaine distance, elle disparaît à l'arrêt et se reproduit pour un périmètre fixe.
- Il faut préciser :
 - La distance au bout de laquelle la douleur commence à apparaître : périmètre de gêne.
 - La distance à laquelle la marche doit être stoppée : périmètre de marche maximum.

2) Douleurs de décubitus : douleurs du pied ou de la jambe surviennent lorsque le patient est allongé, et sont soulagées par la position « jambes pendantes » qui entraîne un œdème de stase aggravant l'insuffisance circulatoire.

3) Impuissance sexuelle : Il s'agit le plus souvent plus d'une instabilité de l'érection que d'une impuissance.

C) **Examen physique :** doit se faire d'une façon bilatérale et comparative

- Inspection :
 - Analyse de la couleur du pied : normale, pâle ou cyanosée.
 - Recherche des signes d'insuffisance artérielle : une amyotrophie, des ongles secs et cassants, une peau sèche et fissurée, des poils rares.
 - Recherche des troubles trophiques : ulcère voir une gangrène.
- Palpation
 - La palpation appréciera la température cutanée.
 - La palpation des pouls (fémoraux, poplités, tibiaux postérieurs et pédieux) à la recherche d'une diminution voir une abolition des pouls.
 - Etablir une cartographie lésionnelle.
- Auscultation : recherche un souffle systolique de sténose.
- Mesure de la pression artérielle distale = IPS (index de pression systolique)

○ $IPS = \frac{P.A.S \text{ cheville}}{P.A.S \text{ humérale}}$

VALEUR IPS	SIGNIFICATION
0.9 - 1.3	Artères normale
0.75 - 0.9	Artériopathie compensée
0.40 - 0.75	Artériopathie moyennement compensée
< 0.40	Ralentissement sévère

D) **Classification :**

1) **Fontaine et Leriche :**

STADE	
Stade I	Malade asymptomatique
Stade II	Claudication intermittente Stade IIa : claudication légère avec périmètre de marche > à 200m Stade IIb : claudication sévère avec périmètre de marche < à 200m
Stade III	Douleur de repos
Stade IV	Troubles trophiques : ulcère ou gangrène

2) Cette classification peut être complétée par la notion de:

- **L'ischémie critique chronique** : l'association de douleurs de décubitus ou de troubles trophiques depuis au moins 15 jours avec une pression artérielle systolique < 50 mm Hg à la cheville ou < 30 mm Hg à l'orteil
- Cette situation clinique comporte un risque d'amputation de membre très élevé.

VII) **Examens complémentaires**

A) **Les explorations hémodynamiques :**

- 1) Le test de marche sur tapis roulant : permet d'évaluer le périmètre de début de la claudication puis le périmètre maximal d'arrêt de la marche.
- 2) La mesure transcutanée de la pression en oxygène (tcpO²) :

VALEUR TCP O2	SIGNIFICATION
>60 mmHg	Normal
35-60 mmHg	AOMI compensée
10-35 mmHg	Hypoxie continue
< 10 mmHg	Ischémie critique

B) **Les explorations par ultrasons : L'échographie Doppler**

- Examen de première intention
- La localisation précise des lésions, leur étendue, l'état de la paroi
- L'existence d'une circulation collatérale, l'état du réseau d'aval.

C) Les autres techniques d'imagerie :

- 1) **Angio-TDM**: Examen de choix pour confirmer les lésions trouvées à l'écho doppler.
 - 2) **Angio-IRM** : de plus en plus utilisée, L'IRM présente l'avantage de ne pas être irradiante, mais elle reste coûteuse
 - 3) **Artériographie** : Examen de référence si un geste de revascularisation est envisagé.
- D) **Exploration des autres localisations athéromateuses**: cardiaque, cérébrale et rénale

VIII) Formes cliniques:

A) Localisation particulière : Syndrome de Leriche

- L'occlusion de la bifurcation aortique.
- Pâleur, une fatigabilité des deux membres inférieurs, une érection instable et une abolition des pouls fémoraux.

B) AOMI diabétique

- Les troubles trophiques sont fréquents du fait de l'atteinte artériolaire, ainsi que de la neuropathie associée.
- La gangrène est souvent peu algique et surinfectée.
- Le diabète multiplie six le risque d'amputation.

C) AOMI emboligène

- Des migrations emboliques de caillots, de fibrine ou de cholestérol, peuvent se produire à partir de plaques ulcérées de l'aorte, des artères iliaques, voire des artères fémorales.
- Ces emboles peuvent passer inaperçus ou se manifester par des petites taches plantaires purpuriques, un orteil bleu ou encore un livédo.
- Ces migrations risquent de détruire le lit d'aval.

IX) Diagnostic différentiel :

A) Au stade de la claudication :

- Canal lombaire étroit.
- Séquelles de phlébite majeure.

B) Au stade des troubles trophiques

- Angiodermite nécrotique.
- Ulcère veineux de l'insuffisance veineuse superficielle.

X) Complication :

A) Passage à un stade d'ischémie plus avancé : traduit un accident évolutif local (aggravation de l'obstruction artérielle) ou une dégradation de la circulation de suppléance (réduction activité)

B) Ischémie aiguë

XI) Traitement :

A) Traitement médical

1) Contrôle des facteurs de risque :

- Suppression totale et définitive du tabac
- Traitement d'une HTA, d'une obésité, d'un diabète
- Marche quotidienne assez lente et prolongée

- 2) **Prévention de la thrombose** : le traitement antiagrégant
 - 3) **Stabilisation des plaques** : statines.
 - 4) **Les vasodilatateurs artériels**
 - 5) **Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)**
 - 6) **Les soins locaux**
 - 7) **Le traitement anticoagulant** : complications thromboemboliques aiguës.
- B) Traitement chirurgical**
- 1) **Les techniques endovasculaires** : l'angioplastie
 - 2) **La thrombo-endarterectomie** : consiste à enlever le séquestre athéromateux.
 - 3) **Les pontages** : Court-circuitent une artère pathologique.
 - 4) **Les amputations**
- C) Indications :**
- **Au stade I** : correction des facteurs de risque, la marche quotidienne et la prescription d'aspirine
 - **Au stade II** : le traitement est d'abord médical pendant 6 mois.
 - Evolution favorable : on continue le traitement médical
 - En l'absence d'amélioration : Angioplastie ou la chirurgie de revascularisation
 - **Au stade III et IV** : la revascularisation dans les plus brefs délais s'impose par angioplastie percutanée ou chirurgie de revascularisation avec poursuite des mesures hygiéno-diététiques et du traitement médical après revascularisation
 - **En cas de gangrène** : l'amputation en urgence est indiquée.
- XII) Conclusion :**
- L'AOMI est une des expressions de l'athérosclérose.
 - Le tabac est le facteur de risque le plus important.
 - Le diagnostic clinique est facile.
 - Le traitement médical se base sur la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire et la réadaptation par la marche
 - La revascularisation est surtout indiquée dans l'ischémie critique.