

# LES ARTÉRIOPATHIES OBLITÉRENTES DES MEMBRES INFÉRIEURS

**Dr Koutchoukali**

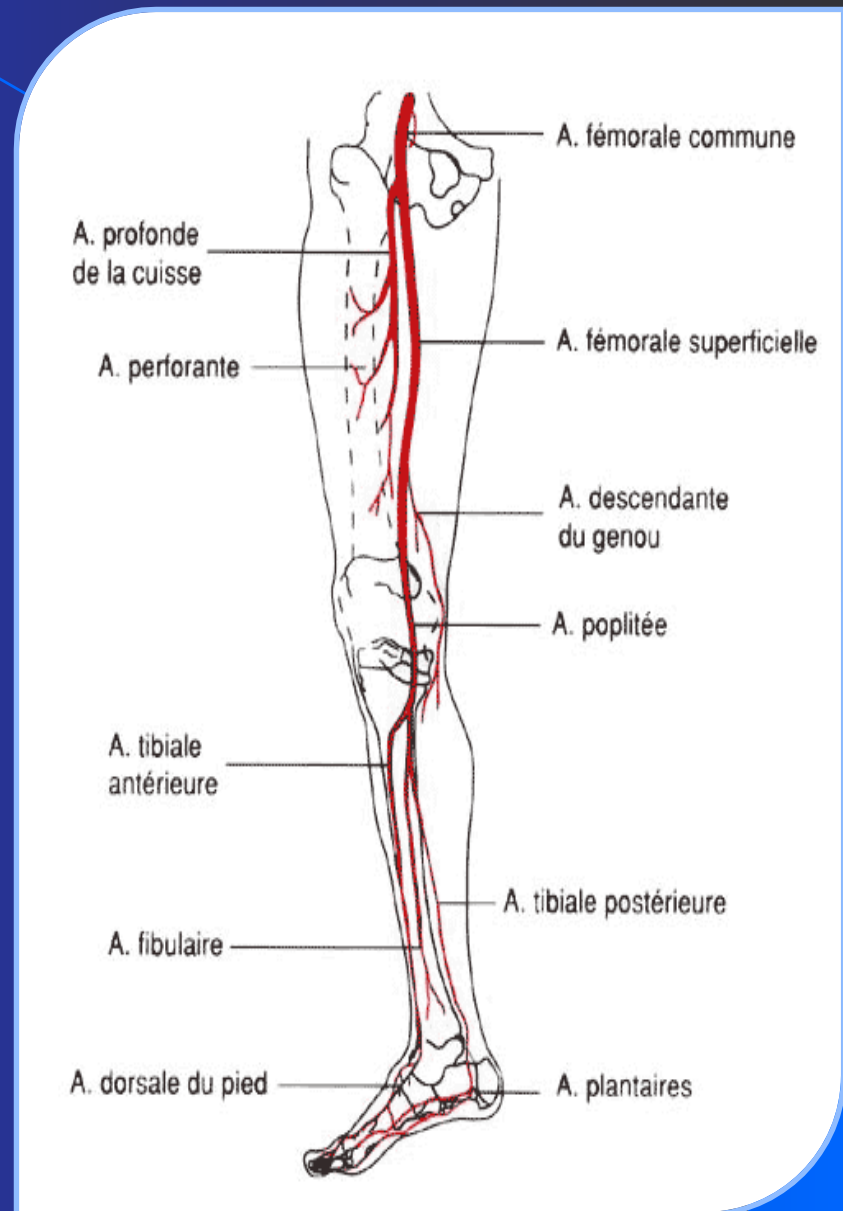
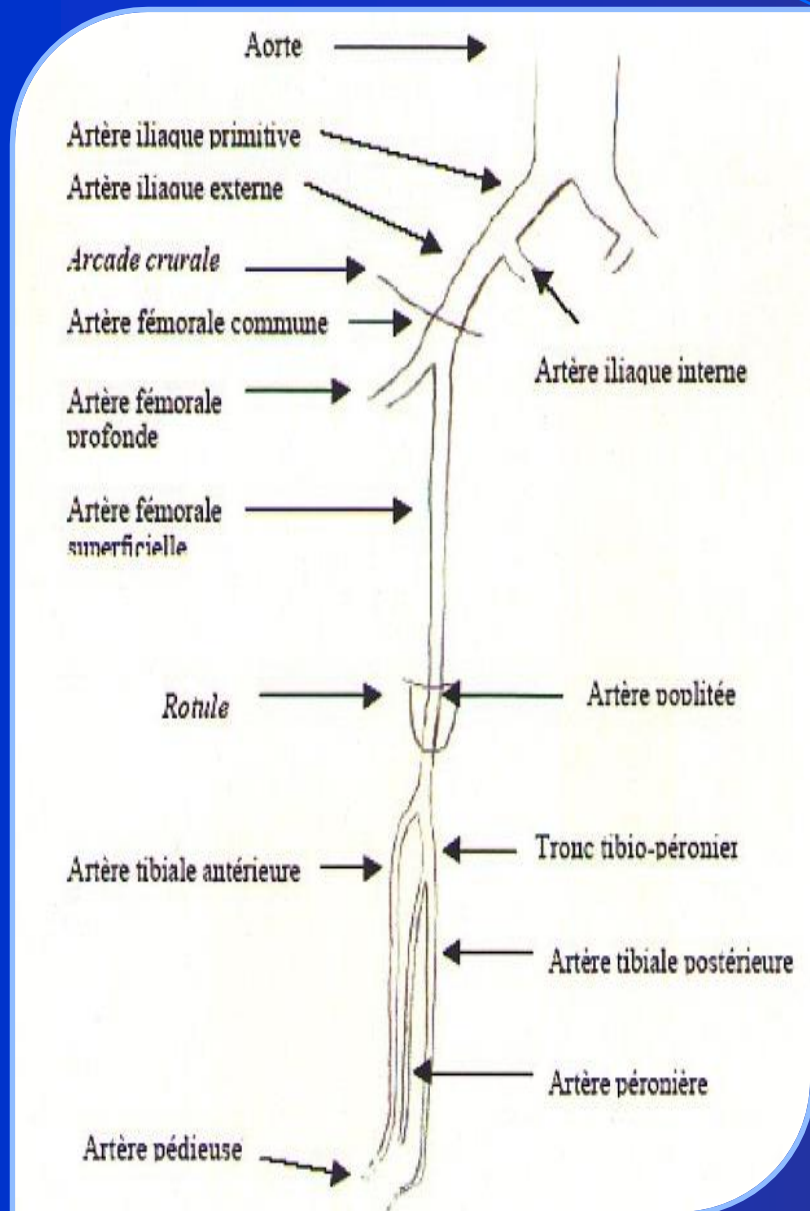
# Plan

- I) **Introduction/Définition**
- II) **Etiologie**
- III) **Epidémiologie**
- IV) **Anatomopathologie**
- V) **Physiopathologie**
- VI) **Diagnostic positif**
- VII) **Examens complémentaires**
- VIII) **Formes cliniques**
- IX) **Diagnostic différentiel**
- X) **Complication**
- XI) **Traitement**
- XII) **Conclusion**

# I. Introduction

- 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, confirmé par l'écho doppler.
- Le traitement médical : toujours indispensable
- Le traitement chirurgical : en cas d'ischémie permanente.

# II. Rappel anatomique



# III. Etiologie :

- A. **L'athérosclérose** : 95 % des cas
- B. **Les maladies inflammatoires** : la maladie de Buerger, la maladie de Takayashu et les collagénoses.
- C. **Les causes infectieuses.** : le syphilis, les rickettsioses

# IV. Epidémiologie

## A. La prévalence:

1% avant 50ans  $\longrightarrow$  7% après 65ans

## B. Facteurs de risque de l'athérosclérose :

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

# V. Anatomopathologie

**Dépôt lipidiques microscopique de l'intima**

**Stries lipidiques macroscopiques peu saillante**

**Plaque athéromateuse**

Ulcérée

Embolie de  
cristaux de cholestérol

Caillot  
fibrinocruorique

*Rupture*

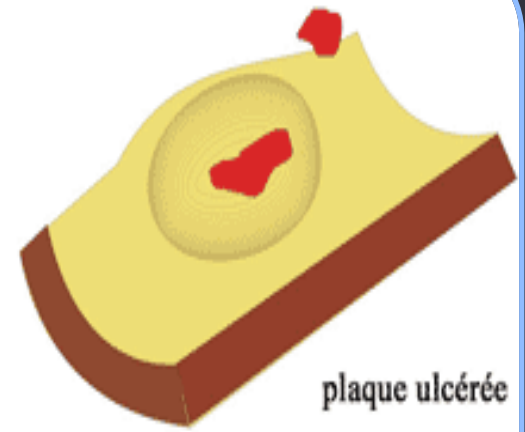
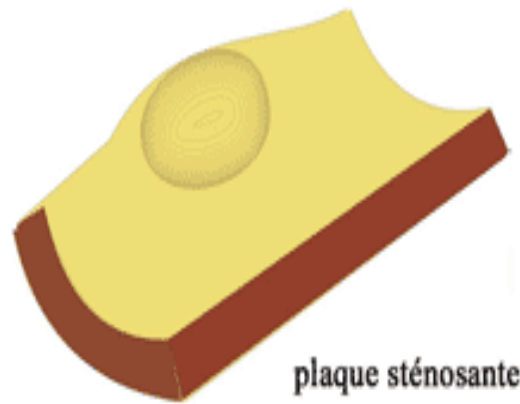
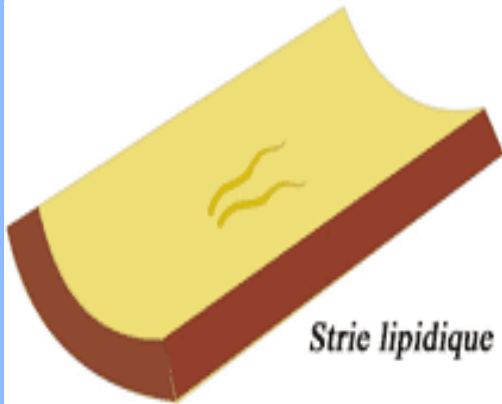
Issu du sang  
Dans la paroi

Oblitération du lit  
d'aval

Occlusion de la  
lumière artérielle

Hématome  
disséquant

# anatomo-pathologie de la plaque athéromateuse



## Rupture de la plaque

Plaque d'athérosclérose



Incorporation  
avec progression  
de la sténose



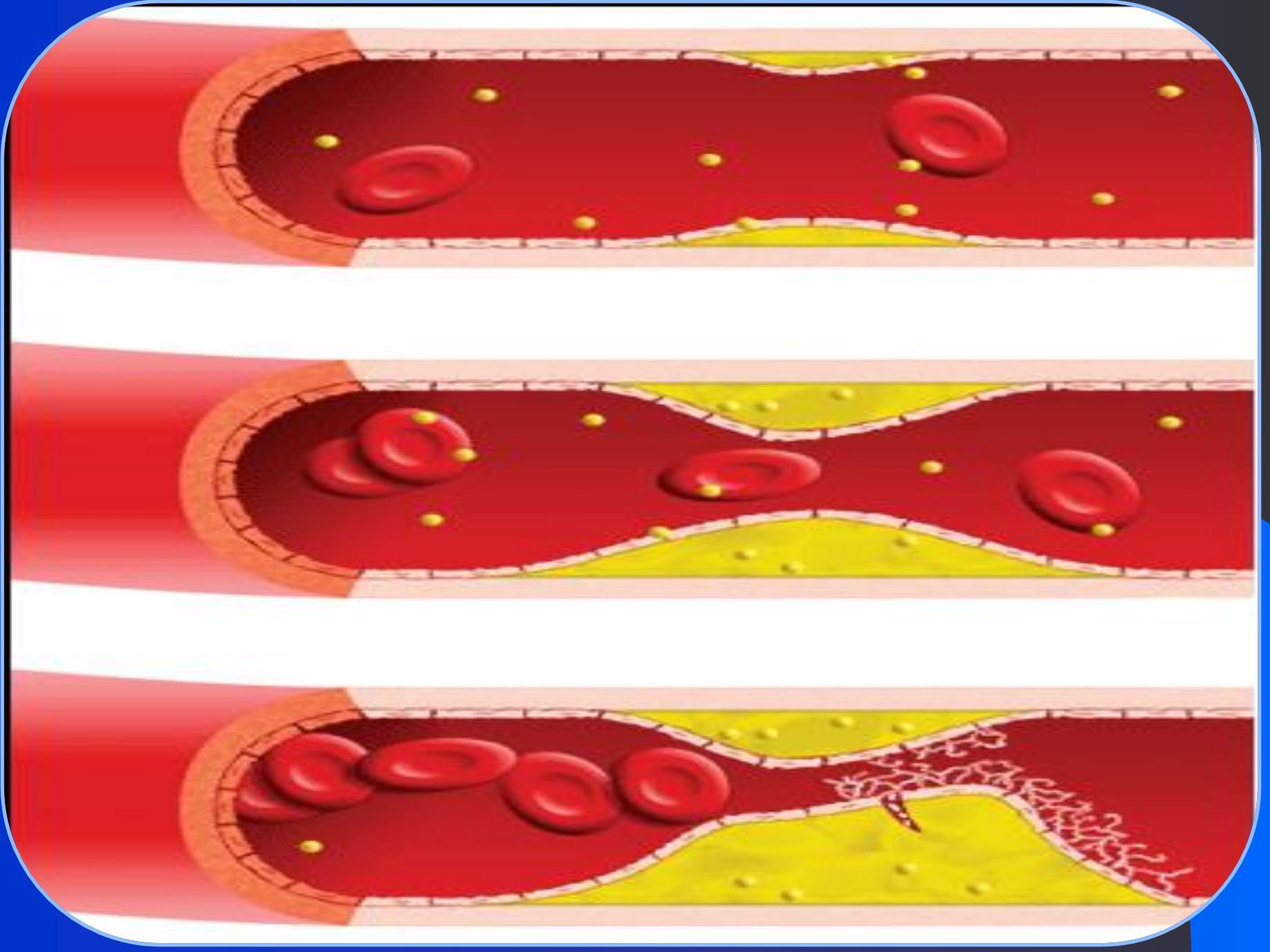
Thrombose sur ulcération  
et hématome intraplaque





# VI. Physiopathologie

- Au début, le retentissement hémodynamique des lésions artérielles est minime: le patient est **asymptomatique**
- Puis lors d'un effort, le flux sanguin est réduit entraînant une souffrance tissulaire d'effort : **ischémie d'effort**.
- L'évolution se fait parfois vers une souffrance tissulaire permanente, le flux sanguin étant très réduit : **ischémie permanente**.
- Le développement de la collatéralité artérielle : réinjecter le lit artériel en aval de la zone atteinte +++++

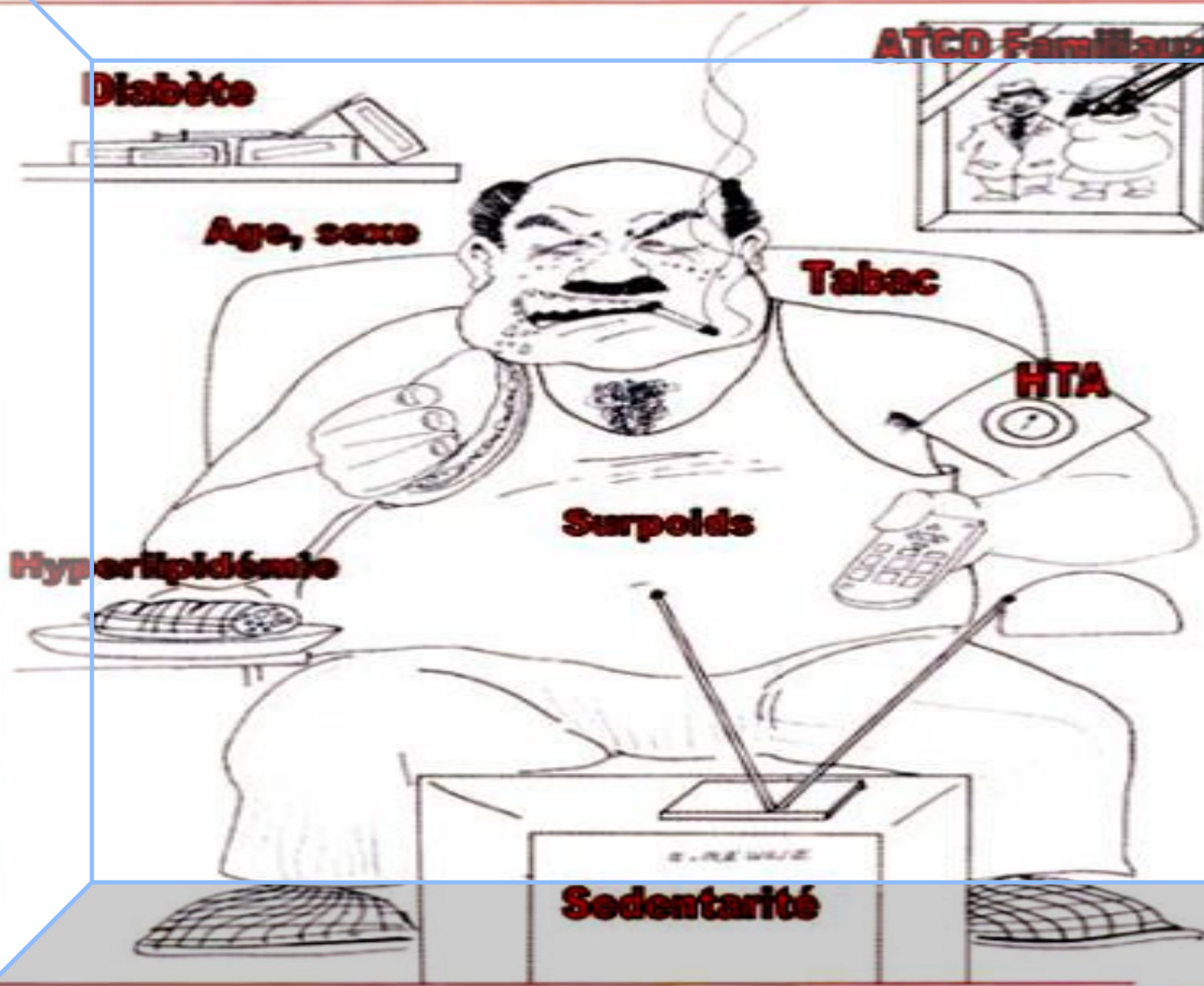


# VII. Diagnostic positif

## A. Interrogatoire :

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

# • Facteur de risques de l'athérosclérose



## B. Signes fonctionnels

### 1) Claudication intermittente d'effort :

- 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.**

### 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 :Instabilité de l'érection qu'une impuissance.

Un dépistage gratuit aura lieu le **jeudi 8 novembre 2007** à Montpellier, Lille et Grenoble.  
Pour tout renseignements, contactez le **01 40 00 00 00**



# CETTE DOULEUR QUAND VOUS MARCHEZ...

## ...et si c'était vos artères ?



des pas pour la vie

**Parlez de cette douleur à votre médecin.** Après 60 ans, le tabagisme, le manque d'activité physique, le diabète ou le surpoids sont des facteurs favorisant les maladies artérielles, pour les femmes comme pour les hommes.



# C. Examen physique

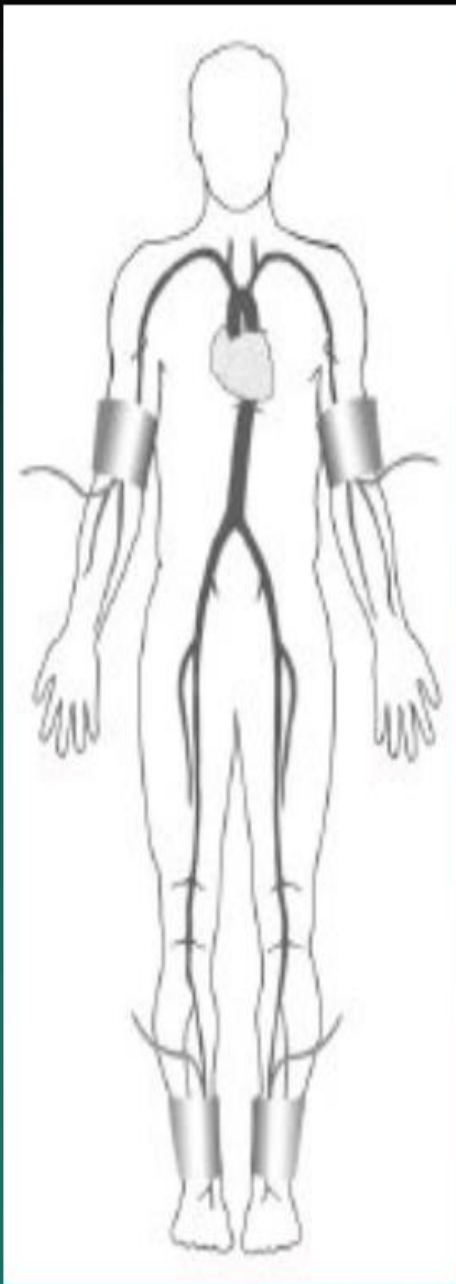
- Inspection :
  - La couleur du pied : Normale, pâle ou cyanosée.
  - Recherche des signes d'insuffisance artérielle : Amyotrophie, des ongles cassants, une peau sèche et fissurée, des poils rares.
  - Recherche des troubles trophiques : ulcère, gangrène.
- Palpation:
  - La température cutanée.
  - La palpation des pouls : diminution voir abolition des pouls.
  - Etablir une cartographie lésionnelle.
- Auscultation : souffle systolique de sténose.
- Mesure de la pression artérielle distale = IPS











❖ Mesure des IPS

- Brassard à tension

- Doppler continu (8/10MHz)



# IPS=PAS Cheville / PAS Humérale

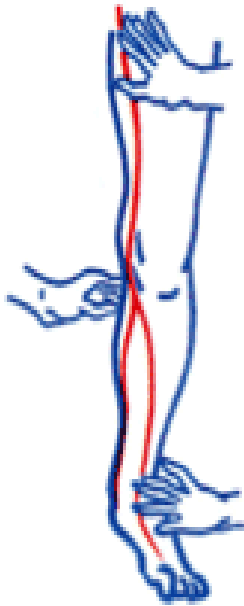
VALEUR IPS	SIGNIFICATION
<b>0.9 - 1.3</b>	Artères normale
<b>0.75 – 0.9</b>	Artériopathie compensée
<b>0.40 – 0.75</b>	Artériopathie moyennement compensée
<b>&lt; 0.40</b>	Ralentissement sévère

# D. Classification

- Fontaine et Leriche

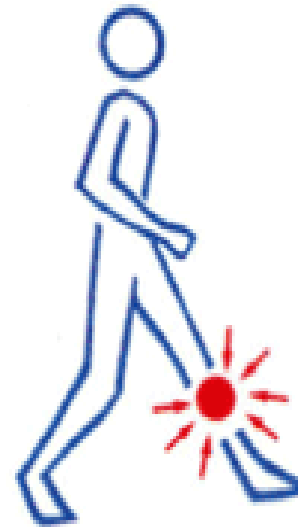
STADE	MANIFESTATION
Stade I	Malade asymptomatique
Stade II	Claudication intermittente Stade IIa : claudication légère avec périmètre de marche > à 200m Stade IIb : claudication sévère avec périmètre de marche < à 200m
Stade III	Douleur de repos
Stade IV	Troubles trophiques : ulcère ou gangrène

**STADE I**



**Diminution  
des pouls**

**STADE II**



**Claudication  
intermittente**

**STADE III**



**Douleur même  
au repos**

**STADE IV**



**Troubles trophiques :  
ulcérations**

- **Actuellement on parle d'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.

# VIII.Examens complémentaires

1. Les explorations hémodynamiques :
  - a. Le test de marche sur tapis roulant :
    - ✓ La vitesse du tapis roulant est de 3,2 km/h et la pente de 12 %.
    - ✓ Evaluer le périmètre de gêne et de marche max
  - b. La mesure transcutanée de la pression partielle en oxygène (tcpO<sup>2</sup>) :







## VALEUR TCP 02

## SIGNIFICATION

**>60 mmHg**

Normal

**35-60 mmHg**

AOMI compensée

**10-35 mmHg**

Hypoxie continue

**< 10 mmHg**

Ischémie critique

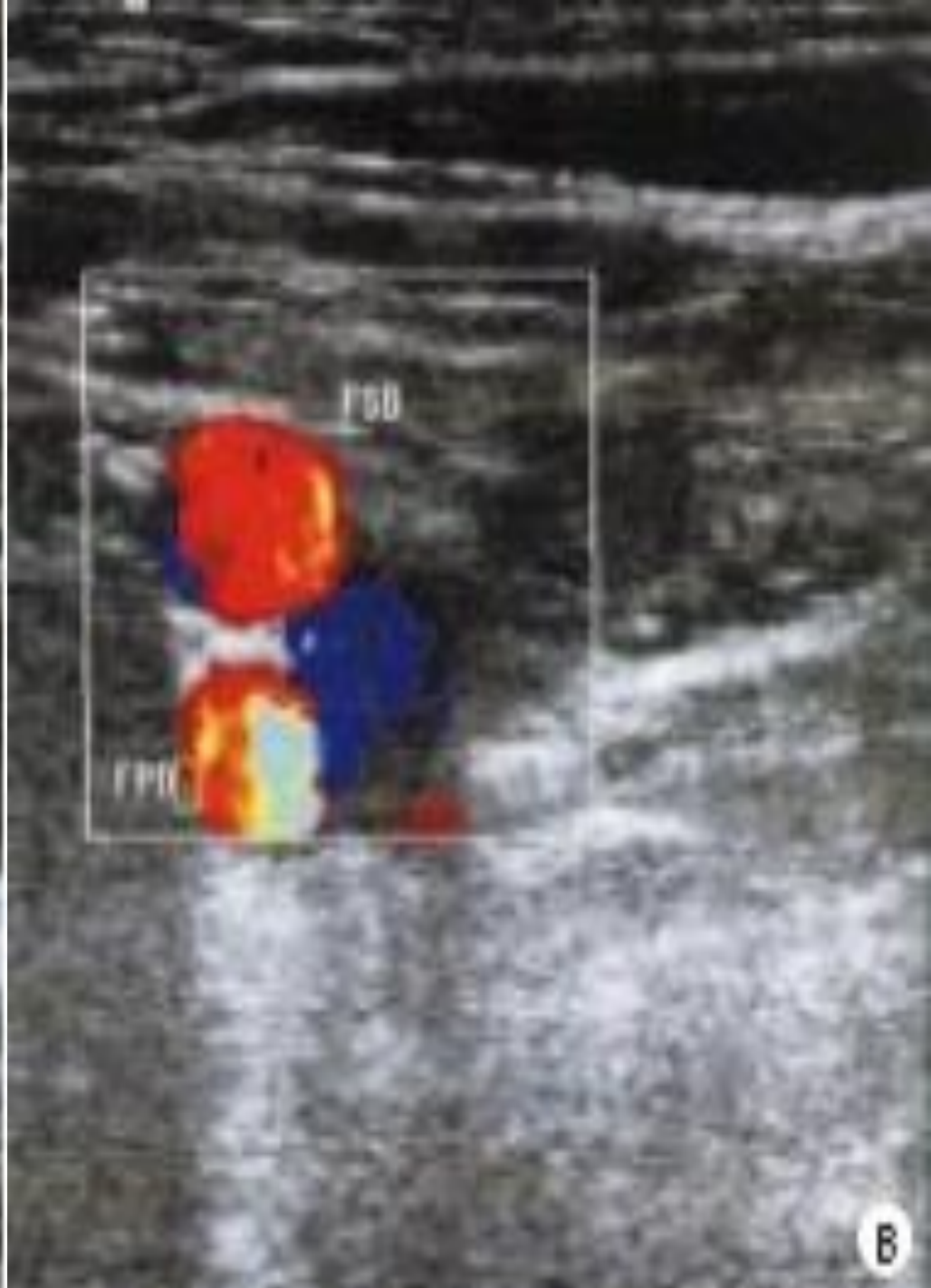
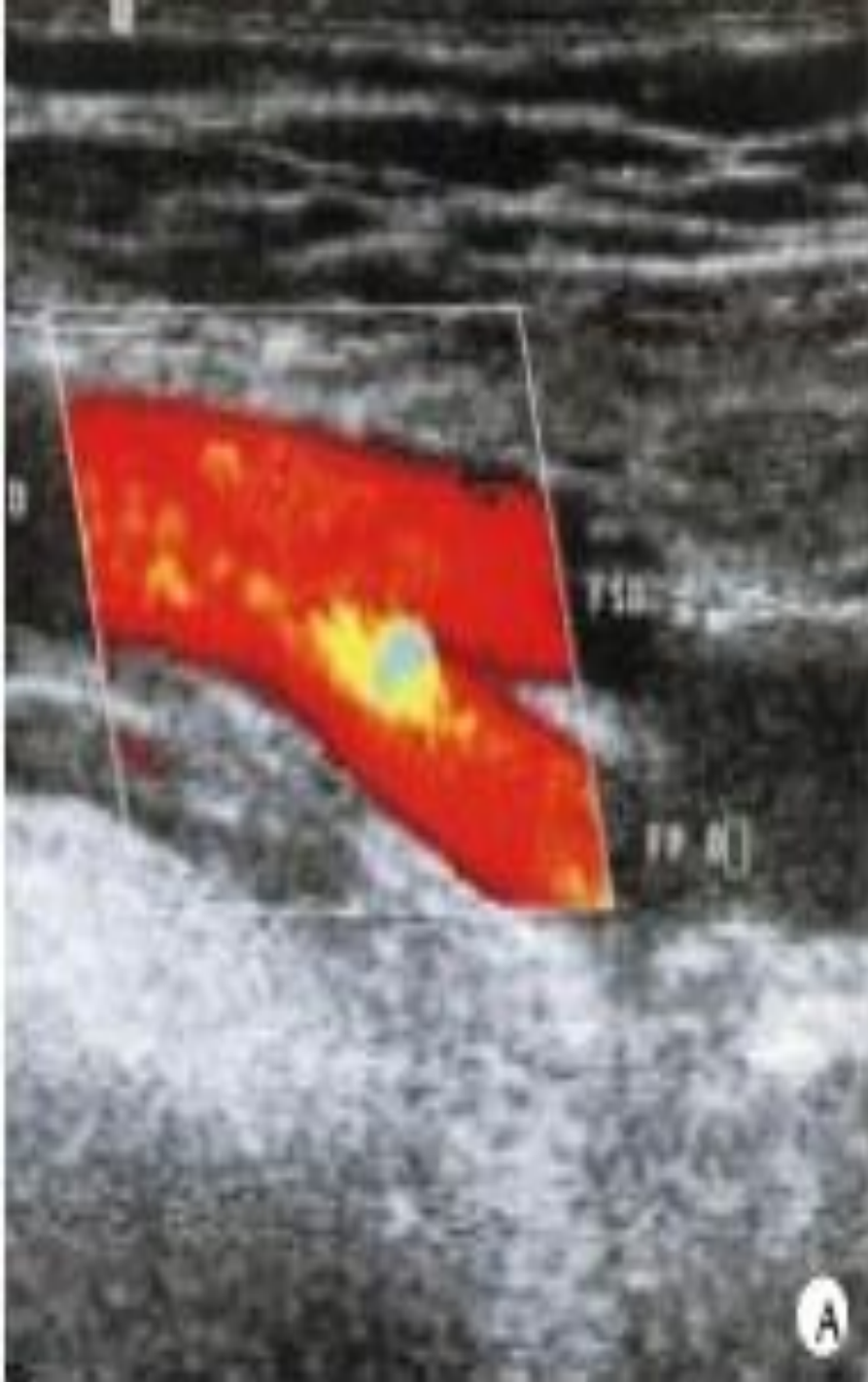
## 2. **Les explorations par ultrasons : L'échographie Doppler**

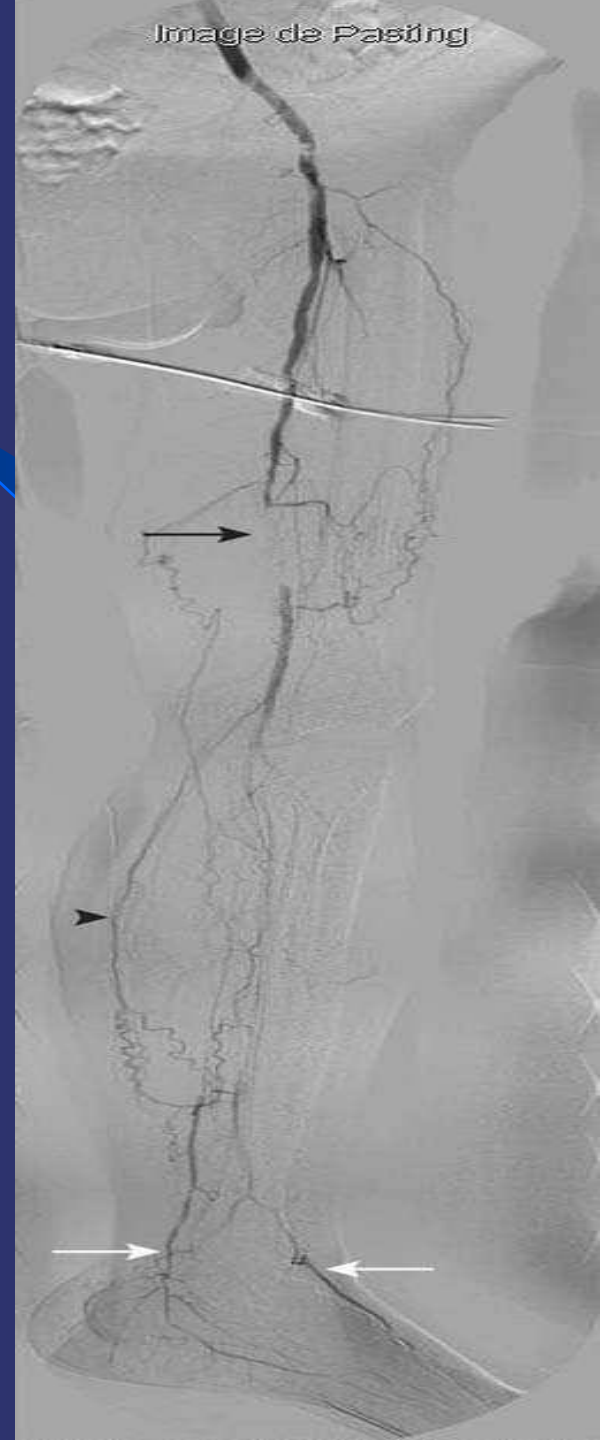
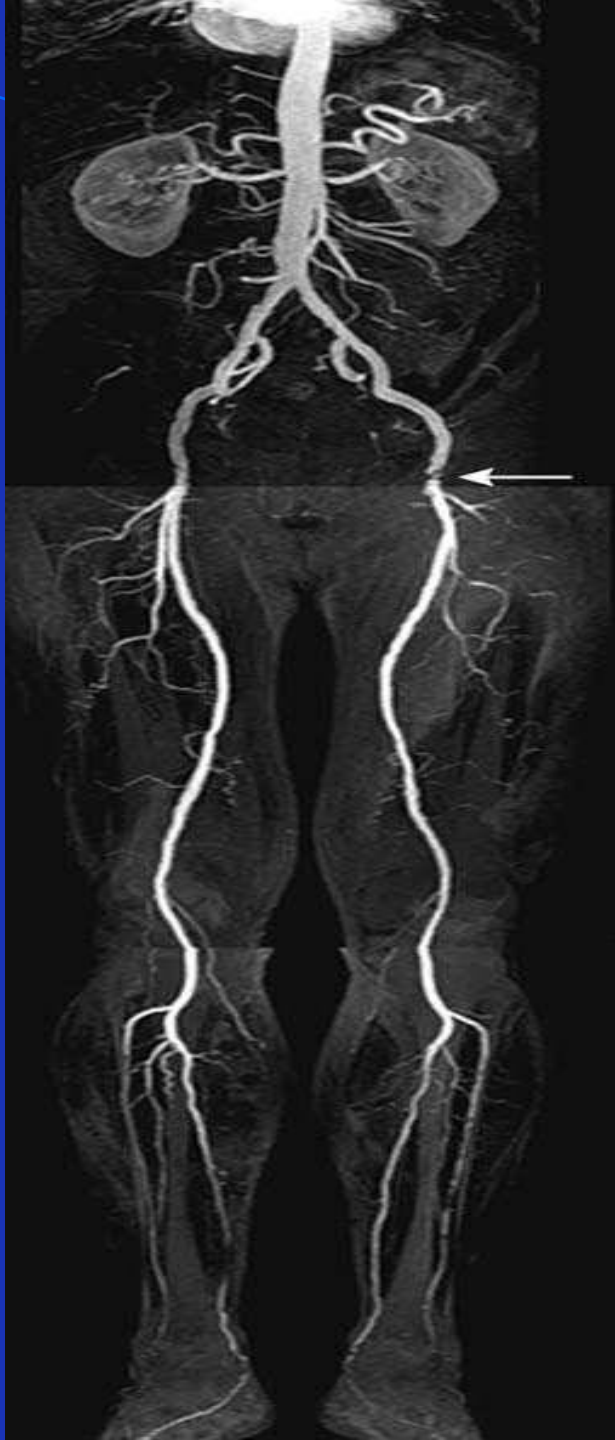
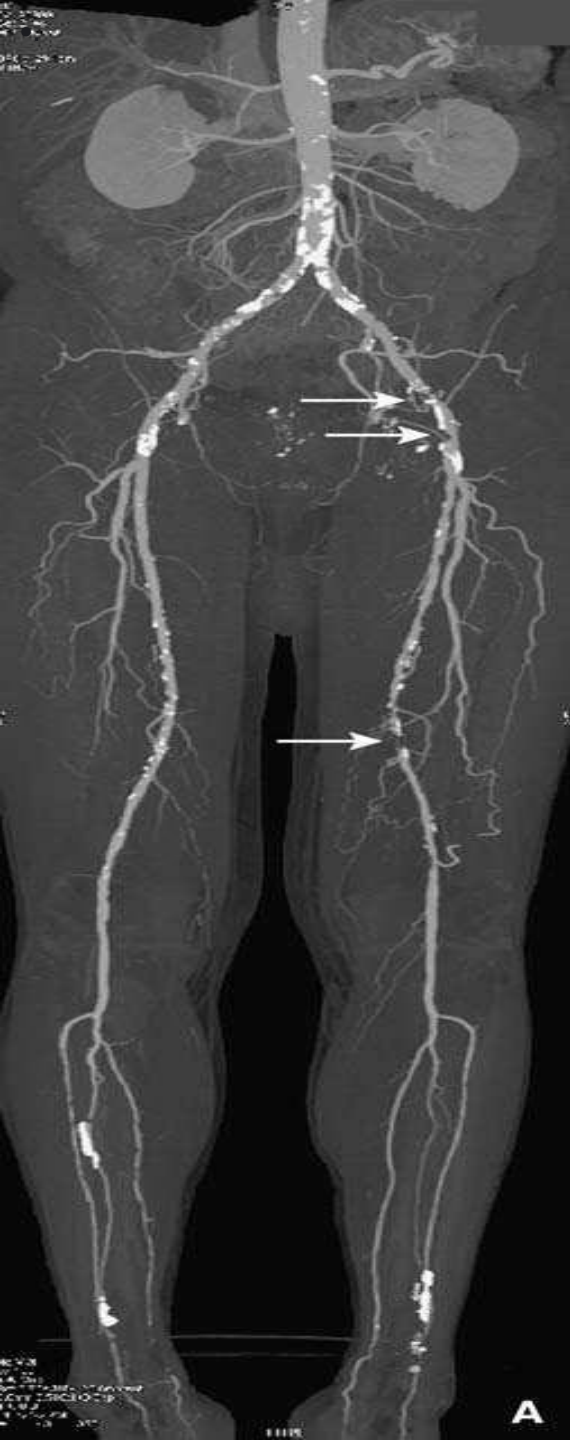
- Examen de première intention
- La localisation précise des lésions, leur étendue, l'état de la paroi
- L'existence d'une circulation collatérale, l'état du réseau d'aval.

## 3. **Les autres techniques d'imagerie :**

- a. **Angio-scanner spiralé**: bonne image de l'arbre artériel aortique et des membres inférieures.
- b. **Angio-IRM** : présente l'avantage de ne pas être irradiante, mais elle reste couteuse
- c. **Artériographie** : Examen de référence si un geste de revascularisation est envisagé.

## 4. **Exploration des autres localisations athéromateuses : cardiaque, cérébrale et rénale**





# IX. Formes cliniques

## . 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.

## . AOMI diabétique

- Les troubles trophiques: l'atteinte artériolaire, neuropathie.
- La gangrène peu algique et surinfectée.
- Le diabète multiplie six fois le risque d'amputation.

## . AOMI emboligène

- Des migrations emboliques de caillots (fibrine, cholestérol), à partir de plaques ulcérées de l'aorte, artères iliaques ou 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.

# Syndrome de Leriche



# X. Diagnostique 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



# XI. 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 aigue**

# **XII. 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**

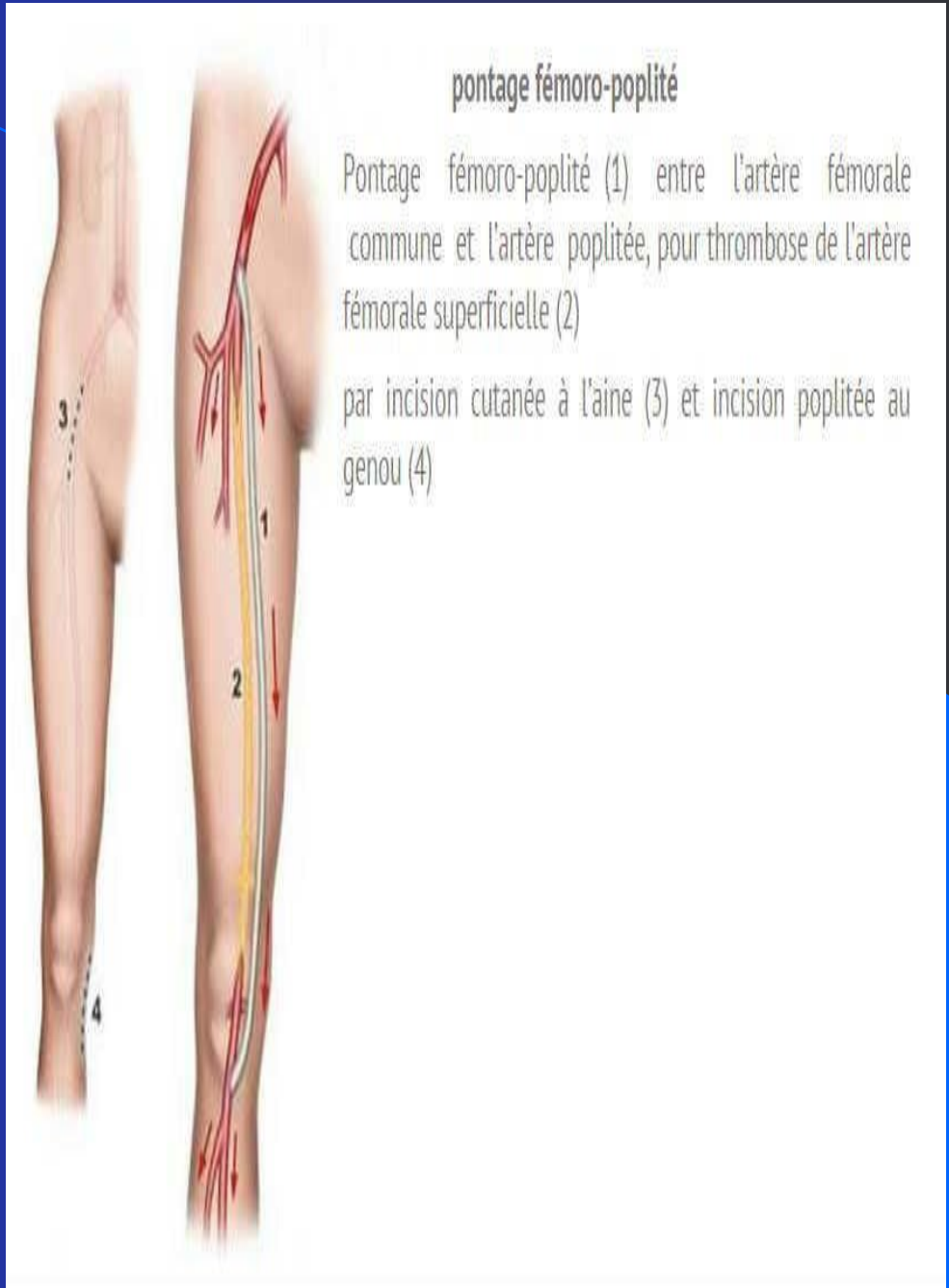
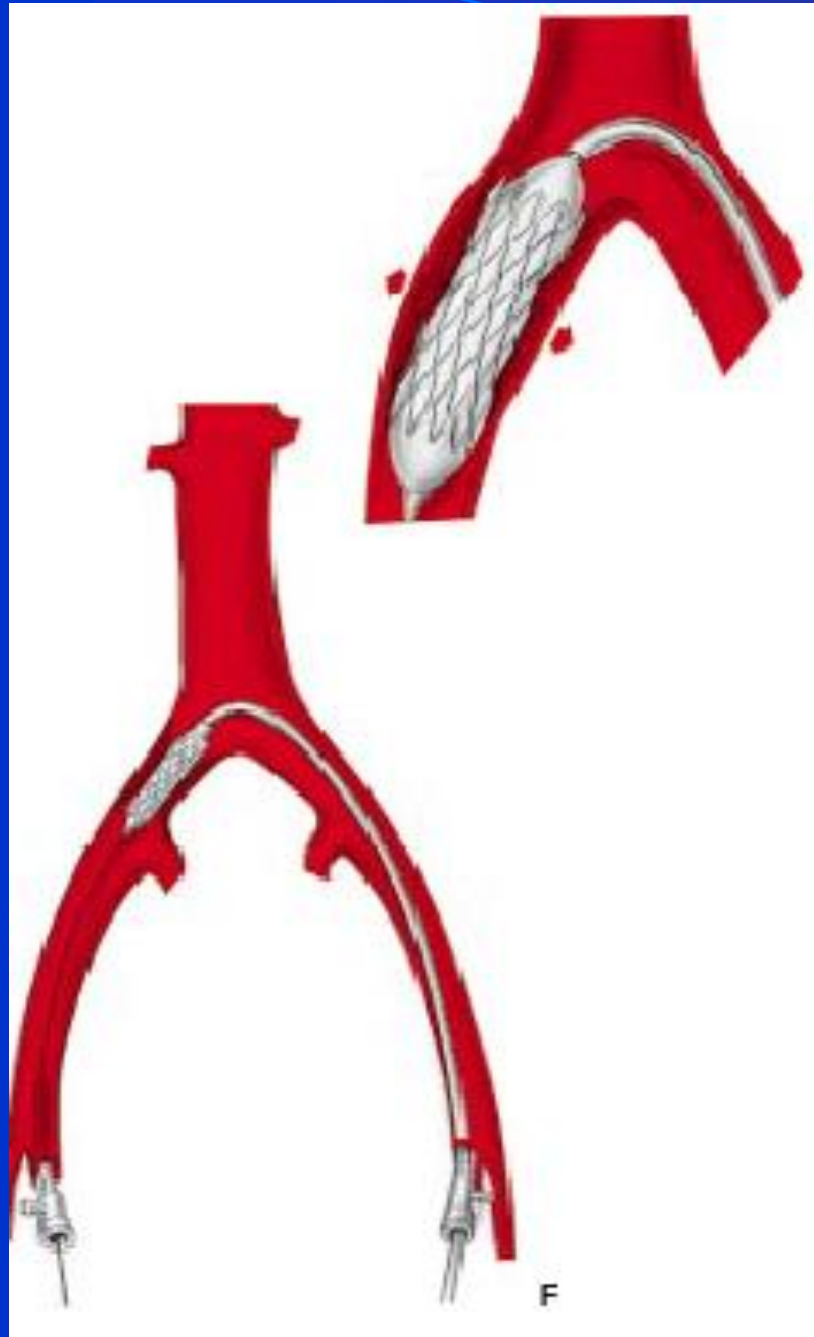
### **5. Inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC)**

### **6. Soins locaux**

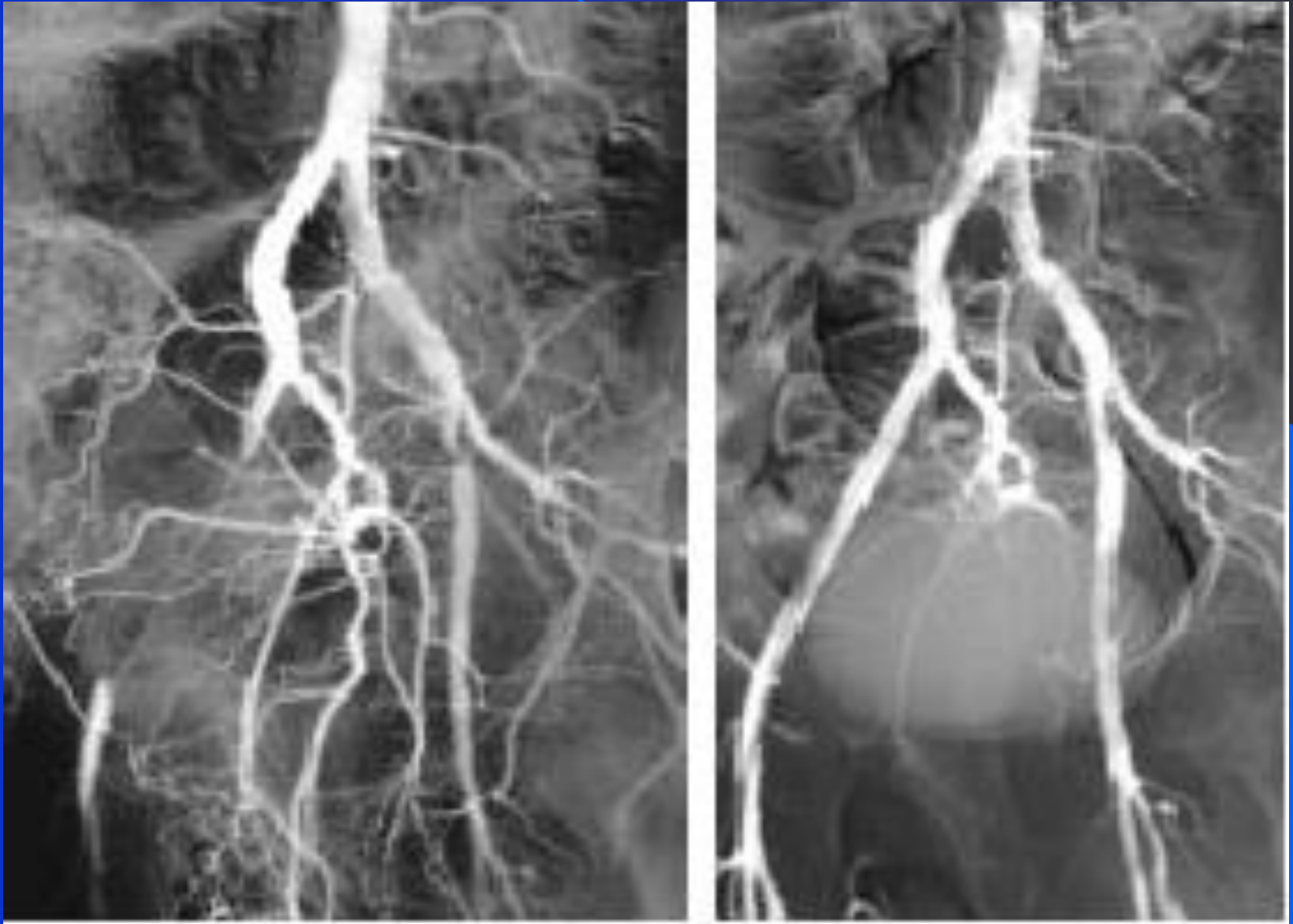
### **7. Le traitement anticoagulant : complications thromboemboliques aiguës.**

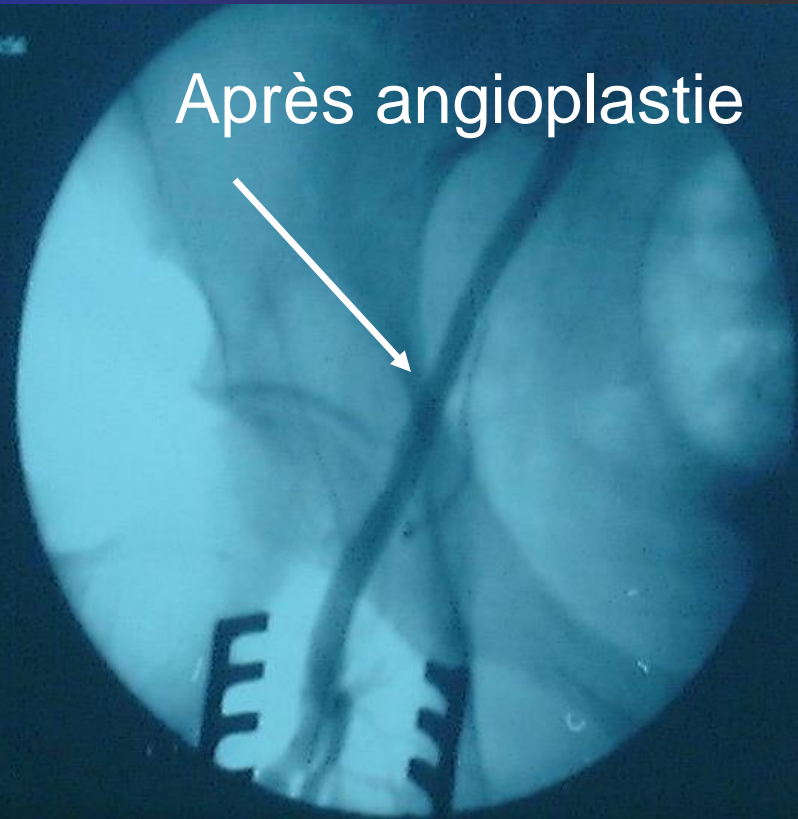
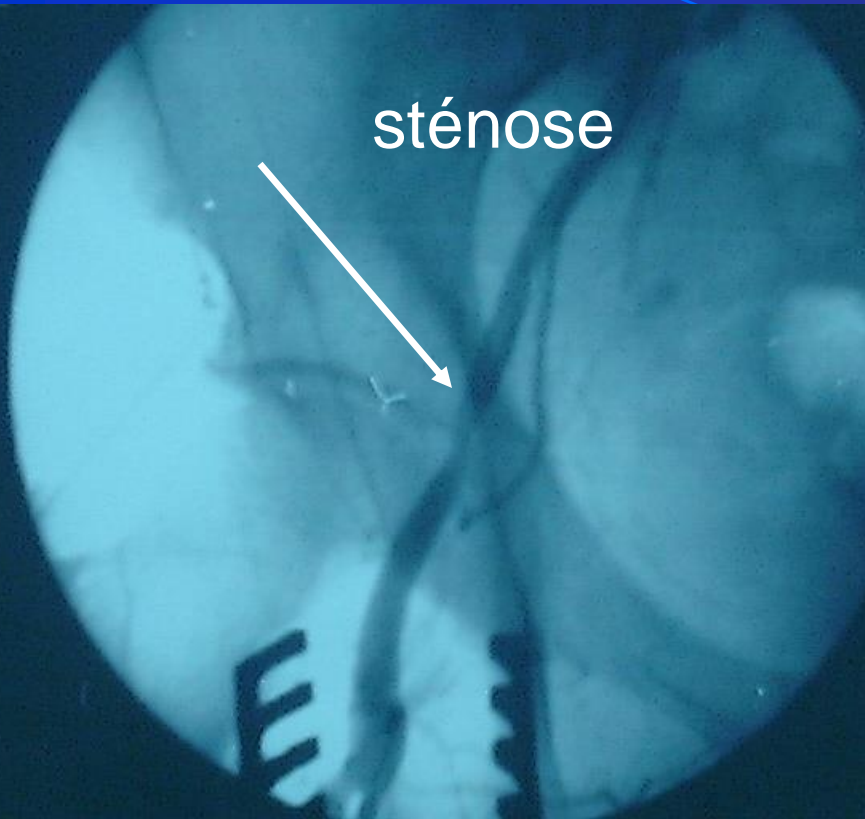
## B. Traitement chirurgical:

1. **Les techniques endovasculaires** : Angioplastie
2. **Endartériectomie** : elle consiste à enlever le séquestre athéromateux.
3. **Les pontages** : Court-circuitent une artère pathologique.
4. **Les amputations**



# Traitement d'une sténose iliaque par angioplastie





Stent iliaque

## **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 : continue le traitement médical
- En l'absence d'amélioration : l'angioplastie ou pontage

**Au stade III et IV** : la revascularisation dans les plus brefs délais s'impose par angioplastie ou chirurgie de revascularisation

**En cas de gangrène** : l'amputation en urgence est indiquée.

# XIII. 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 stade III et IV