



ISCHÉMIE AIGUË DES MEMBRES

Introduction:

C'est une urgence chirurgicale mettant en jeu la vitalité du membre, voire le pronostic vital et imposant un diagnostic précoce.

A/ Physiopathologie

- L'oblitération artérielle entraîne une anoxie tissulaire. La sensibilité des tissus à l'anoxie est variable, les tissus nerveux étant les plus sensibles. Les masses musculaires anoxiques subissent une rhabdomyolyse et libèrent des substances toxiques, notamment pour le rein, qui peuvent être relarguées dans la circulation générale lors de la revascularisation. Les tissus cutanés sont également menacés rapidement, notamment aux zones d'appui (talon), par l'apparition de troubles trophiques.

B/ Terrain

- Il faut distinguer :
 - Les ischémies aiguës sur artères saines, qui sont le plus souvent en rapport avec une embolie. l'ischémie est sévère et très mal tolérée. En l'absence de traitement, le risque est la constitution d'une thrombose extensive en aval du siège de l'obstruction artérielle, entraînant la perte du membre.
 - Les ischémies aiguës sur artères pathologiques qui peuvent relever de plusieurs mécanismes : embolie, thrombose d'une lésion artérielle préexistante. L'existence d'une circulation collatérale peut limiter la gravité de l'ischémie. En l'absence de traitement, le risque est l'apparition d'une gangrène, pouvant évoluer rapidement vers la perte du membre.

C/ Mécanismes

- Les deux principaux mécanismes d'ischémie sont :

1. Embolie

- Sur artères saines ou pathologiques, elle est le plus souvent d'origine cardiaque. Le siège d'obstruction le plus fréquent est iliaque ou fémoral.

a) Embolies d'origine cardiaque

b) Embolies de cause vasculaire

- Anévrisme aortique (thrombose murale).
- Ulcère athéromateux aortique.

2. Thrombose

- Elle est le terme évolutif des lésions athéroscléreuses. La thrombose peut compliquer des lésions athéroscléreuses occlusives – c'est le plus souvent le cas – ou anévrismales (au niveau poplité notamment). La thrombose survient à l'occasion d'un bas débit (d'origine cardiaque ou autre), spontanément, ou après un cathétérisme artériel (artériographie/angioplastie).

3. Causes rares: Une allergie à l'héparine; Une dissection aortique étendue; Les traumatismes; la phlébite ischémique (phlegmatia cærulea)

DIAGNOSTIC

A/ Diagnostic positif

1. Il est clinique

- Typiquement, c'est l'apparition soudaine, au niveau d'un membre, d'une douleur violente, intense avec impotence fonctionnelle totale et sensation de membre mort et froid.

2. L'examen clinique montre

- Un membre pâle et cyanosé.
- Le membre est froid, surtout à son extrémité distale.
- L'abolition des pouls, par la palpation bilatérale des pouls, est notée sur un schéma.

3. Il apprécie

- La sensibilité et la motricité au niveau du membre.
- L'état cutané en recherchant un trouble trophique.
- La vitalité des masses musculaires en recherchant une douleur à la pression.

L'hospitalisation en urgence s'impose ainsi que la pratique d'examens complémentaires :

- Groupe, numération, ionogramme sanguin, créatininémie, gazométrie.
- Électrocardiogramme, radiographie du thorax ;
- Le Doppler des membres inférieurs couplé à l'échotomographie permet de confirmer le diagnostic, de préciser le niveau de l'obstruction artérielle et l'état du lit artériel du membre controlatéral.

C/ Diagnostic de gravité

- Il peut être apprécié par :
 - le contexte clinique (âge, état cardio-vasculaire, respiratoire) ;
 - des critères cliniques :
 - * recherche de signes sensitivomoteurs,
 - * recherche de douleur à la palpation des masses musculaires,
 - * recherche de troubles trophiques du pied, du talon, de phlyctènes cutanées,
 - * pouls, TA, diurèse ;
 - des critères biologiques :
 - * recherche d'une acidose, hyperkaliémie, insuffisance rénale,
 - * recherche de signes de rhabdomyolyse (CPK).

TRAITEMENT

- C'est une urgence chirurgicale. TRT dans les 12 heures

A/ Traitement médical

- Il permet d'attendre et d'encadrer le geste chirurgical.
- Héparinothérapie à doses efficaces par voie intraveineuse continue à la seringue électrique. Son efficacité est contrôlée par le TP-TCK, et par l'héparinémie.
- L'héparinothérapie permet d'éviter l'extension de la thrombose en aval du siège d'obstruction artérielle.
- Vasodilatateurs par voie IV (Torental, Praxilène).
- Correction des troubles hydroélectrolytiques (hyperkaliémie, acidose).
- Protection des points d'appui (talon).
- Traitement antalgique
- La fibrinolyse in situ par cathéter artériel peut se discuter dans certains cas. Son efficacité doit être contrôlée par artériographies répétées.

B/ Traitement chirurgical

- L'embolectomie à la sonde de Fogarty par voie fémorale ou poplitée selon le niveau d'oblitération est le traitement adapté des embolies sur artères saines. L'artériographie peropératoire permet de contrôler le geste chirurgical.
- L'ischémie aiguë par thrombose artérielle relève d'interventions plus complexes de revascularisation:
 - à l'étage aorto-iliaque : pontage aortofémoral, pontage extra anatomique (axillofémoral, fémorofémoral croisé) utilisant du matériel prothétique;
 - à l'étage fémoropoplité ou jambier : pontages utilisant la veine saphène autogène de préférence une prothèse.
- En cas d'ischémie sévère et/ou vue tardivement, des aponévrotomies de décharge au niveau de la jambe sont réalisées. Le lavage du membre par la veine fémorale peut prévenir un syndrome de revascularisation.
- Dans certains cas, une amputation de jambe ou de cuisse d'emblée est la seule possibilité thérapeutique (ischémie dépassée, gangrène, thrombose extensive d'aval).

Référence :

EMC de Cardiologie