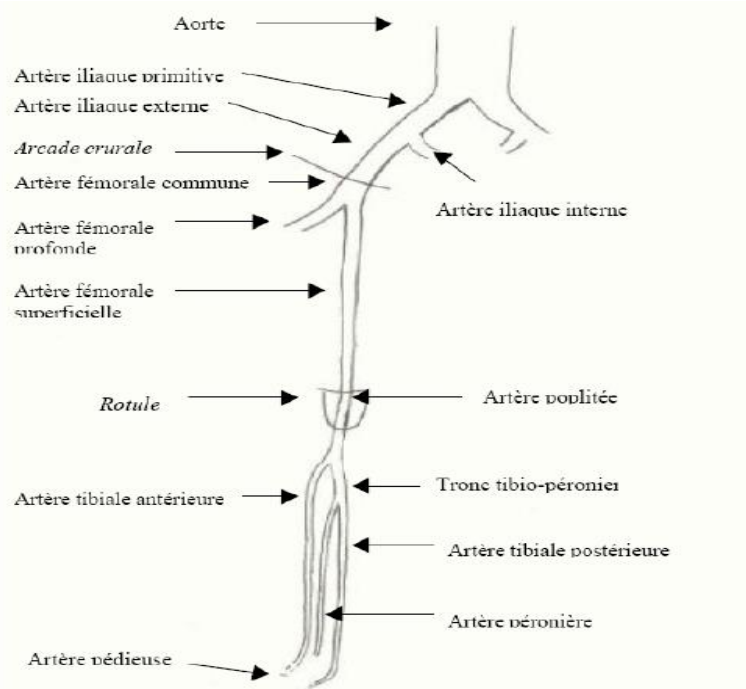




LES ARTÉRIOPATHIES OBLITÉRANTES DES MEMBRES INFÉRIEURS AOMI

Introduction:

- C'est une affection caractérisée par :
 - des lésions anatomiques : l'oblitération, complète ou non de l'arbre artériel entre l'aorte et les artères du pied ;
 - des manifestations cliniques : le syndrome d'insuffisance circulatoire en aval des lésions.
- Elle touche avec prédilection l'homme de la cinquantaine, tabagique.
- Elle est fréquente, souvent associée à des lésions carotidiennes et/ou coronariennes.



PHYSIOPATHOLOGIE

A/ L'athérosclérose : ou artérite de surcharge

- C'est l'immense majorité des cas (90 %) avec une nette prédominance chez l'homme de plus de 50 ans.

1. La lésion anatomique initiale

- La plaque athéromateuse est constituée par l'association d'une infiltration lipidique sous endothéliale et d'une réaction de sclérose hypertrophique de la média et de l'intima.
- Elle aboutit à un rétrécissement de la lumière artérielle constituant une sténose.
- La plaque peut se « ramollir » avec effraction de l'intima, réalisant une ulcération ; on parle alors de « plaque ulcérée » favorisant la formation de thrombose au contact de la plaque, source :
 - d'occlusion aiguë du tronc artériel ;
 - d'embolies en aval de microagrégats plaquettaires.
- Cette lésion peut se calcifier secondairement.
- La fragilisation pariétale est source d'anévrismes.

2. Évolution

- Elle est sous la dépendance de facteurs locaux et généraux mal connus. Elle est favorisée par :
 - le tabagisme (90 %) ;
 - l'hypertension artérielle ;
 - l'hyperlipidémie ;
 - les troubles de la glycorégulation.

3. Les différentes localisations de l'athérome sont multiples

- Elles sont favorisées par des contraintes hémodynamiques locales : réduction de calibre, bifurcations artérielles, courbures.
- L'aorte abdominale est la plus concernée dans son segment sous rénal.
- Les artères iliaques, les trépieds fémoraux, les artères fémorales superficielles terminales les artères poplitées (anévrisme) et les artères de jambe sont les plus touchées.
- L'athérome coronarien doit être dépisté systématiquement ainsi qu'une atteinte carotidienne (bifurcation).

B/ Les artérites diabétiques

- Elles regroupent deux formes différentes :
 - l'artérite de surcharge chez le diabétique a les mêmes caractéristiques que précédemment, mais son apparition est plus précoce, le sex-ratio moins net, ses lésions sont plus intenses (macroangiopathie) ;
 - la microangiopathie diabétique est spécifique et plus rare que la précédente. Elle touche l'étage artériolaire et se manifeste par des troubles trophiques distaux (nécrose pulpaire, mal perforant plantaire) avec des poulx distaux perçus (microangiopathie).

C/ Les thromboangéites type Buerger

- C'est une artérite juvénile ; elle débute toujours avant 40 ans, chez l'homme dans 90 % des cas, gros fumeur
- Elle se caractérise par :

- une évolutivité bruyante, rapide, avec des troubles trophiques précoces, douloureux, une atteinte distale constante ;
- l’association à :
 - * une atteinte artérielle occlusive distale des membres supérieurs,
 - * la survenue de thrombophlébites superficielles.

D/ La maladie de Takayasu

- Elle associe, chez la femme jeune, une atteinte de la crosse aortique et de ses branches et un syndrome inflammatoire important qui en règle précède l’atteinte artérielle.

E/ On décrit aussi le Horton, les collagénoses et les sclérodermies

F/ Causes diverses

- Artérite postembolique.
- Artérite postradique (sténose, ulcérations de la paroi artérielle).

L’athérosclérose reste la cause principale des artérites chroniques oblitérantes.

DIAGNOSTIC

1. Les circonstances de découverte

- Elles sont de 3 ordres :

a) Les signes fonctionnels

- La maladie peut être découverte à tous les stades ; le plus souvent au stade II.
- Les quatre stades de Leriche et Fontaine :

* **stade I** : c’est la phase quiescente :

- l’attention peut être attirée par :
 - * sensation de froideur des pieds,
 - * dysesthésies,
 - * pâleur,
 - * fatigabilité anormale à l’effort.
- En fait, bien souvent, découverte fortuite (abolition des pouls distaux) ;

* **stade II** : la claudication intermittente, signe pathognomonique :

- C’est une crampe douloureuse apparaissant à la marche au bout d’un certain temps (périmètre de marche, obligeant à l’arrêt, disparaissant au repos). Elle apparaît plus précocement lors de la marche rapide, en côte, ou par temps froid,
- Elle est en règle, localisée à la fesse ou à la cuisse, dans les atteintes aorto-iliaques ; on parle de syndrome de Leriche lorsqu’elle est associée chez l’homme à une impuissance sexuelle (occlusion du carrefour aortique),
- Elle siège au mollet, dans l’atteinte fémorale superficielle, au pied dans l’atteinte poplitée ou des axes de jambes ;

* **stade III** : les douleurs de décubitus :

- Les crampes sont douloureuses, apparaissant lors du décubitus +++,
- Elles sont calmées par la mise en position déclive du membre inférieur. Le patient dort ainsi souvent le pied pendant hors du lit, d’où œdème et érythrose de déclivité (signe de la chaussette) ;

- * **stade IV** : les troubles trophiques distaux :
- Souvent associés à des douleurs de décubitus.

b) À l'occasion d'un examen de routine

- C'est la découverte de signes fonctionnels ou de l'absence de pouls lors d'un examen clinique pour :
- * symptomatologie d'insuffisance circulatoire artérielle dans un autre territoire ;
- * bilan d'une maladie métabolique (diabète) ;
- * toute autre cause, notamment une impuissance.

c) Lors d'une complication

- Une seule mais grave : ischémie aiguë.

- ▶ **Stade d'artérite des Membres inférieurs: Classification de Leriche et Fontaine**
- ▶ **Ischémie d'effort**
 - ▶ **Stade I**
 - ▶ Atteinte infraclinique. Pas de limitation du périmètre de marche (PM)
 - ▶ **Stade II**
 - ▶ Correspond à l'ischémie intermittente. Limitation du PM.
- ▶ **Ischémie permanente**
 - ▶ **Stade III**
 - ▶ Ischémie permanente. Douleurs de repos. PM très réduit. Troubles trophiques fréquents (Peau sèche, atrophique, fragile. Ongles déformés. Amyotrophie)
 - ▶ **Stade IV**
 - ▶ Présence de lésions de nécrose; pertes de substance

2. L'examen clinique

- Il est soigneux, bilatéral, comparatif et reporté sur un schéma daté.
- Il permet à lui seul de faire le diagnostic.

a) L'inspection

- Elle recherche des troubles trophiques évocateurs : peau sèche, écaillée, amincie, dépilation, ongles épaissis, dystrophiques ; retard de cicatrisation des plaies, amyotrophies, gangrène, ulcères de jambe artériels ou mixtes.

b) La palpation des pouls

- C'est le temps essentiel : fémoral au milieu de l'arcade crurale ; poplité genou fléchi ; pédieux et tibiaux postérieurs. Elle recherche la diminution ou l'abolition d'un pouls, la présence d'un anévrisme.

c) L'auscultation enfin

- Elle est importante : souffle aortique, souffles fémoraux.

Mesure de l'IPS

- Un stéthoscope doppler « de poche » permet la mesure des pressions artérielles distales.
- La prise des pressions est associée au calcul de l'index de pression systolique (pression systolique à la cheville/pression systolique humérale).
- Les valeurs de l'index sont normales entre 0,9 et 1,3.
- Un IPS inférieur à 0,9 témoigne de la présence d'une AOMI.

- Un IPS supérieur à 1,3 évoque la présence d'une médiocalcose ; les artères sont incompressibles et l'IPS n'a aucune valeur (Diabète, IRC).

Examen artériel



► Index de pression systolique (IPS)

- Meilleur test pour le dépistage de l'artériopathie des membres inférieurs
- Réalisé à l'aide d'un brassard pneumatique placé sur la cheville, le pouls étant recherché sur la pédieuse à l'aide d'un doppler de poche
- $IPS = PAS \text{ cheville} / PAS \text{ bras}$

IPS	Interprétation
$0.9 \leq IPS \leq 1.3$	Normal
$0.75 \leq IPS \leq 0.9$	Artériopathie compensée
$0.50 \leq IPS \leq 0.75$	Artériopathie mal compensée
< 0.50	Artériopathie sévère

3. Les examens paracliniques

a) L'examen au Doppler

– Fait au repos et lors d'un effort, il mesure la vitesse circulatoire, précise le siège de la sténose, son étendue, son degré ; il apprécie les suppléances par la circulation collatérale et compare les pressions artérielles proximales et distales mesurées par effet Doppler.

b) L'échotomographie des artères

– Elle recherche une plaque athéromateuse, précise son caractère homogène ou ulcéré et le degré de sténose.

c) Angioscanner vasculaire

d) L'artériographie

– Elle est réalisée :

- * chaque fois que l'on envisage un traitement chirurgical ;
- * en l'absence de contre-indication (âge avancé, insuffisance rénale, très mauvais état général).

Bilan de la maladie athéroscléreuse :

Bilan des facteurs de risque :

- Interrogatoire.
- examen clinique avec prise de TA.
- Bilan biologique minimum : FNS, Glycémie, Créa, cholestérol (total, LDL, HDL), triglycérides, protéinurie.

Bilan d'extension de la maladie athéroscléreuse :

- Interrogatoire : Douleur thoracique, angor abdominal, Accident ischémique transitoire.
- Examen clinique cardiovasculaire et neurologique.
- ECG systématique.
- Doppler des vaisseaux du cou et échocardiographie de stress si une revascularisation chirurgicale est envisagée.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

1. La maladie peut se stabiliser ou s'améliorer

- Après respect des règles d'hygiène et traitement médical ou chirurgical.

2. Ailleurs, l'aggravation est lente

- Avec passage progressif d'un stade à l'autre
- Favorisée par :
 - le non-respect des règles hygiéno-diététiques (tabac ++)
 - des agressions locales (infection, soins pédicures inappropriés) ou une insuffisance cardiaque.
- Le terme ultime est l'apparition d'une gangrène (escarre noirâtre indolore) qui peut rester limitée ou s'étendre au pied ou à la jambe.

3. Une essentielle, grave : la thrombose aiguë

- Elle est liée à l'arrêt total de la circulation par oblitération :
 - soit d'un tronc principal ;
 - soit par dégradation de la circulation collatérale ou du lit d'aval.

TRAITEMENT

A/ Les méthodes

1. Médicales

- Suppression des facteurs de risque :
 - arrêt du tabac ;
 - équilibrage d'un diabète, régime ;
 - correction des troubles du métabolisme lipidique ;
 - contrôle de la pression artérielle.
- Le traitement vasodilatateur au long cours per os ou en perfusion en cas d'ischémie sévère (stades III, IV). (Praxilène, Torental).

Rééducation par la marche.

- Le traitement antiagrégant plaquettaire au long cours pourrait limiter l'évolutivité de l'artériopathie (Aspirine, Clopidogrel; uniquement si patient symptomatique),
- Les traitements anticoagulants n'ont d'intérêt qu'en cas d'ischémie sévère (stades III et IV).

2. Chirurgicales

- a) *L'endartériectomie*
- b) *Le pontage*

3. L'angioplastie endoluminale par voie percutanée

4. L'amputation

Référence :

EMC de Cardiologie