

ARTERIOPATHIE OBLITERANTE **CHRONIQUE DES MEMBRES INFERIEURS**

Dr M.Benmamar – Pr M.Bouzidi
Faculté de médecine d'Oran

DEFINITION

Les artériopathies chroniques occlusives de l'aorte et des artères des membres inférieurs regroupent toutes les lésions de la paroi artérielle dont l'évolution (plus ou moins rapide) est la sténose puis l'oblitération complète du tronc artériel à un niveau quelconque.

Les artériopathies des membres inférieurs sont réparties en 2 groupes :

- Les artériopathies athéromateuses,
- Les artériopathies inflammatoires.

L'athérome est la principale cause de mortalité et de morbidité des pays industrialisés. L'athérosclérose des artères est définie comme "l'association de remaniements de l'intima des artères consistant en l'accumulation focale de lipides, glucides complexes, sang et produits sanguins, tissus fibreux et dépôts calciques".

Les artériopathies inflammatoires : la maladie de Buerger ou thrombo-angéite oblitérante, la maladie de Takayasu, la maladie de Horton ou artérite temporale, la maladie de Behçet et la maladie de Kawasaki.

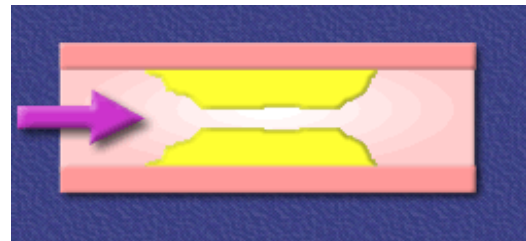
PHYSIOPATHOLOGIE

Les lésions de la paroi entraînent une réduction de la lumière de l'artère.

➡ Un retentissement hémodynamique dont la conséquence est une ischémie tissulaire en aval.

L'ischémie est intermittente, c'est à dire déclenchée par l'effort musculaire, La sténose est une réduction de la lumière artérielle, elle est significative lorsqu'elle est serrée, elle devient symptomatique en se manifestant par une douleur à l'effort lorsque les besoins accrus musculaires à l'oxygène ne sont plus assurés. Le développement progressif d'une circulation collatérale de suppléance est habituel assurant une perfusion en aval des lésions occlusives appelé encore des shunts physiologiques.

L'aggravation de la sténose est l'oblitération totale de l'artère peuvent entraîner une ischémie en aval permanente, +/- sévère selon la suppléance et selon l'état du lit artériel distal. L'oblitération rapide de l'artère ne laisse pas se développer la circulation collatérale, et l'ischémie sera plus brutale et sévère.



DIAGNOSTIC POSITIF

1 - Circonstances de découverte : Motifs de consultation :

- Claudications intermittentes à la marche.
- Douleurs au repos, douleurs de décubitus.
- Des troubles trophiques (ulcération ou de nécrose), pouvant survenir au décours d'une complication aiguë à type de thrombose ou d'embolie ;
- Parfois, c'est un examen systématique qui découvre l'abolition d'un ou plusieurs pouls chez un malade asymptomatique (= Stade I de la classification de Leriche et Fontaine).
- Refroidissement des extrémités.

2 - Examen clinique.

2.1 - L'interrogatoire :

Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, Antécédents familiaux.

Profession et l'activité physique.

Intoxication alcoolique.

Insuffisance coronarienne ou cérébrale.

Impuissance sexuelle.

Rechercher les facteurs de risques :

- Intoxication au tabac.
- Mode de vie.
- Notion de diabète.
- Hypertension artérielle.
- Désordre lipidique.
- Sédentarité.
- Stress.

1. Signes généraux :

Rechercher :

- un amaigrissement associé à des douleurs abdominales postprandiales doit faire évoquer la possibilité d'une atteinte des artères digestives principales.
- une fièvre (en cas de gangrène ou d'infection).
- prise de la tension artérielle, pouls.
- aspect des conjonctives

2. Signes fonctionnels : La douleur :

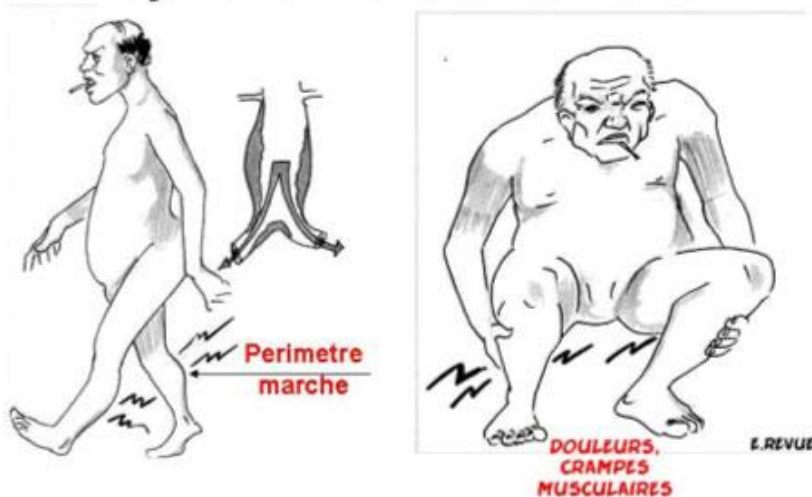
La claudication intermittente d'effort la douleur ischémique artérielle :

- survient à l'effort, notamment à la marche ; il faut préciser le seuil de

survenue : la distance de marche est le nombre de mètres effectués sans douleur sur terrain plat

- oblige à l'arrêt de l'effort ;
- cède à l'arrêt de l'effort en une à quelques minutes (moins de 10 minutes).
- son type : c'est en général une crampe musculaire douloureuse.
- son siège : le plus souvent au mollet ;

Syndrome de Leriche



Les douleurs de décubitus

Souvent importantes, entraînant l'insomnie ; Douleurs au repos siégeant au pied et au mollet ; Le patient est soulagé lorsque la jambe est en position déclive, cette attitude faussement antalgique ne fait qu'aggraver l'hypo perfusion distale secondaire à un œdème et un engorgement veineux pouvant entraîner rapidement l'apparition de troubles trophiques, En général à ce stade les antalgiques sont inefficaces et une revascularisation s'impose.

Impuissance sexuelle :

Secondaire à une hypo perfusion du corps caverneux responsable de l'érection, due à une atteinte des artères iliaques communes et ou des artères hypogastriques.

3. L'examen physique

Recherche et appréciation des troubles trophiques

Signes mineurs :

peau sèche, fine, squameuse, dépilée; fragile, luisante ou au contraire fripée, plissée, sèche par atrophie du tissu sous-cutané. Une amyotrophie musculaire.

Modification de coloration lors des tests de posture : pâleur du pied à la surélévation du membre et érythrocyanose lors de la mise en déclivité (signe de la chaussette).

Signes majeurs :

- retard de cicatrisation des petites plaies ;
- ulcère de jambe ;
- gangrène distale pouvant rester localisée ou s'étendre rapidement,



Palpation des pouls:

Tous les trajets artériels superficiels sont explorés de façon bilatérale et

symétrique :

Le pouls fémoral : est palpé au niveau du triangle du Scarpa presque à mi distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure et la symphyse pubienne.

Le pouls poplité : Palpé au niveau du creux poplité.

Le pouls tibial postérieur : Palpé derrière la malléole interne au niveau de la cheville.

Le pouls pédieux : Palpé sur la face dorsale du pied en regard du 2^{ème} rayon. La palpation des pouls nous permet d'avoir des données sur la topographie des lésions.

Par exemple La diminution, l'abolition d'un pouls ou la perception d'un souffle fémoral caractérisent des lésions iliaques unilatérales alors que la Bilatéralité de ces signes oriente plutôt vers des lésions iliaques bilatérales ou des lésions aortiques.

Température cutanée (refroidissement des extrémités).

Auscultation

recherche un souffle signant la turbulence de l'écoulement sanguin (sténose).

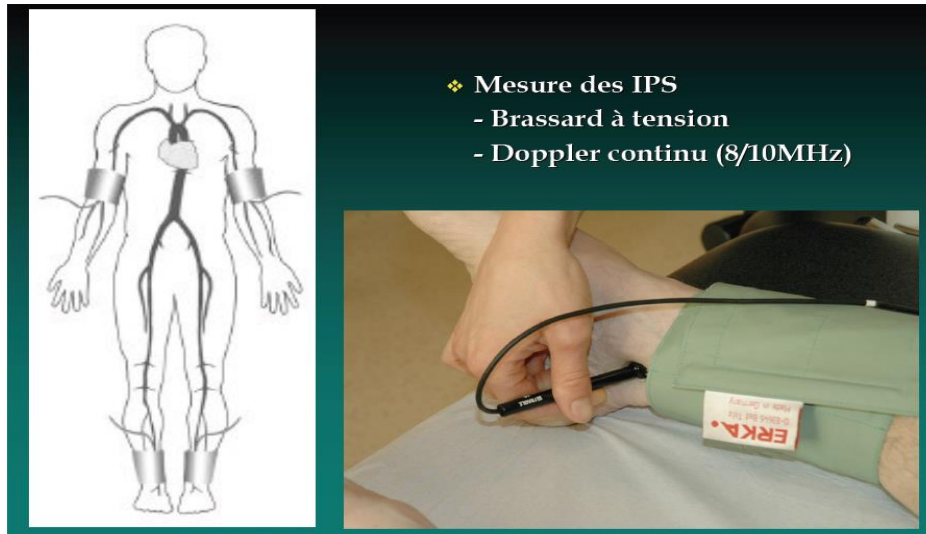
Mesure des IPS : Index de pressions systoliques :

Prise de la tension artérielle : la mesure de la tension artérielle se fait au deux bras et les deux jambes. Une tension systolique du membre inférieur < tension systolique membre supérieur est suspecte d'une insuffisance artérielle.

$$\text{IPS} = \frac{\text{P.A.S distale du membre inférieur}}{\text{P.A.S humérale}}$$

1 - 1,3	Normal
---------	--------

0,75 - 1	Artériopathie compensée
0,50 - 0,75	Artériopathie mal compensée
n < 0,50	Artériopathie sévère



DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE :

- Syndrome d'oblitération de l'aorte terminale (Leriche) il comprend : Impuissance sexuelle ; fatigue à la marche et même à la station debout ; Atrophie musculaire des membres inférieurs ; Pâleur des jambes, abolition des pouls au niveau des membres inférieurs.
- Syndrome d'oblitération iliaque : une disparition unilatérale du pouls fémoral, une claudication intermittente lombo-sacrée unilatérale et une atrophie asymétrique de la cuisse.
- Occlusion fémoro- poplitées et jambières :

Artère fémorale superficielle seule : CI de la cuisse et de la jambe.

Occlusion de l'artère poplitée : CI du mollet : douleurs pouvant apparaître au repos.

Occlusion des artères jambières rarement isolée : douleur du pied et plus tard des lésions trophiques.

Classification de Leriche et Fontaine (1952)

Stade I	Latence	découverte fortuite
Stade II	Ischémie relative : CI le périmètre de marche : fort (<200m) faible (>200 m).	crampe du mollet, unilatérale, Quelquefois moins typique : douleur de la cuisse ou de la fesse, ou bilatérale, ou simple pesanteur ou fatigabilité sans douleur véritable.
Stade III	Ischémie permanente : douleurs de repos	douleur de décubitus à Prédominance nocturne.
Stade IV	Ischémie permanente nécrose cutanée	troubles trophiques : gangrène sèche. avec œdème et rougeur des tissus voisins. Douleurs permanentes, intenses,

Ischémie critique chronique. HAS

1) Douleur ischémique nécessitant des antalgiques, persistantes ou récurrentes depuis plus de 2 semaines, avec une pression systolique < 50 mmHg (voire < 70) à la cheville et/ou < 30 mmHg à l'orteil

2) Ulcération ou gangrène du pied ou des orteils, avec une pression systolique < 50 mmHg (voire < 70) à la cheville et/ou < 30 mmHg à l'orteil

Classification de RUTHERFORD : plus récente :

Classifications de l'AOMI

Clinique / hémodynamique		Leriche et Fontaine		Rutherford		
Stade	Clinique	Grade	Clinique	Grade	Catégorie	Clinique
1	asymptomatique	I	asymptomatique	0	0	asymptomatique
2	ischémie d'effort	II A	claudication intermittente, >200m	I	1	claudication légère
		II B	claudication intermittente, <200m		2	Claudication moyenne
					3	Claudication sévère
3	ischémie de repos	III	douleur de décubitus	II	4	Douleur de repos
		IV	troubles trophiques	III	5	Perte mineure de substance
				IV	6	Perte majeure de substance

EXPLORATION VASCULAIRE

Echo doppler – échographie :

Échographie : Permet l'étude

- morphologique de l'artère (diamètre, épaisseur de la paroi artérielle.
- anomalie de la paroi : sténose, plaque, calcification.

Doppler : permet une étude des vitesses circulatoires (systolique et diastolique), le débit d'amont et d'aval, étude spectrale

L'épreuve d'effort sur tapis roulant : Test de Strandness, permet de mesurer le périmètre de marche, et d'affirmer l'origine vasculaire de la douleur.

La tomодensitométrie (TDM)

Moins important dans l'exploration des lésions occlusives aorto-iliaques ou fémoropoplitées. utile dans le diagnostic des lésions occlusives emboligènes.

Artériographie :

Examen invasif, permet une opacification des trajets artériels par ponction transcutanée directe des artères soit par voie fémorale ou humérale.

Sémiologie : rétrécissement (sténose), une obstruction (thrombose), appréciation du développement d'une collatéralité en amont d'une sténose, état du lit d'aval, anomalie de la paroi (remaniement athéromateux).



PRESSIION TRANSCUTANEE EN O2

La valeur de la TcPO² au niveau du pied = 60 mmHg. Une valeur de TcPO² > 35 mmHg chez un artériopathe témoigne d'une bonne compensation métabolique de l'artériopathie.

Une valeur comprise entre 10 et 35 mmHg traduit la présence d'une hypoxie continue.

Une TcPO² < 10 mmHg est la preuve d'une hypoxie critique : le pronostic de viabilité tissulaire est altéré. Cette mesure est indiquée au stade d'ischémie permanente.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Les pièges diagnostiques:

- lésion proximale # lombalgie - arthrose
- lésion médiale # névralgie - arthrose du genou
- lésion distale # arthrose – ostéoporose

Douleurs d'origine nerveuse (sciatalgies), différentes :

- par leur siège habituel à la fesse ;
- par leur chronologie, car évoluant sans aucun rapport avec l'effort, sauf si elles sont liées à une compression ou une oblitération de l'artère du nerf sciatique.
- douleurs d'origine articulaire (arthrose de hanche, du genou...)

Claudication intermittente médullaire, qui ne s'accompagne pas de douleur.

TRAITEMENT

- Le traitement médical :

Suppression des facteurs de risque et prescriptions hygiéno-diététiques :

- suppression totale et définitive du tabac ;
- traitement d'une HTA, d'une obésité (régime alimentaire hypocalorique), d'un diabète (bonne équilibration) ;
- marche quotidienne assez lente et prolongée

Traitement anticoagulant et anti-agrégant :

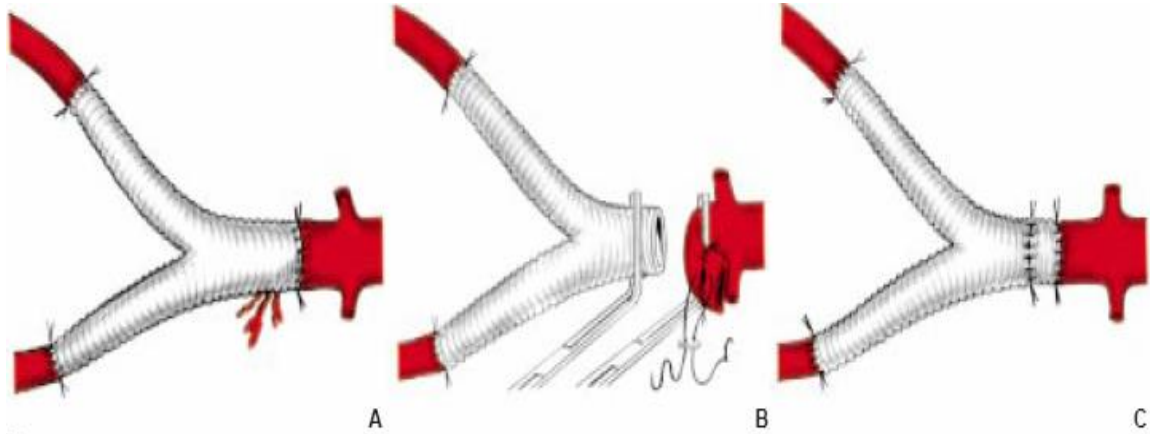
- l'héparinothérapie intraveineuse est utile dans les poussées aiguës ;
- Un traitement anti-agrégant plaquettaire (Aspirine(r) 75 à 160 mg par jour ou Plavix(r) : 1cp par jour, Ticlid : 1 cp matin et soir)
 - *vasodilatateurs* Torental 400mg ,Praxilène 200mg

- **Le traitement chirurgical :**

La chirurgie restauratrice :

- les techniques de dilatation endo-luminale : *Angioplastie* :
- Le pontage :
 - il court-circuite la zone oblitérée,
 - la greffe veineuse (autogreffe) les prothèses synthétiques

Les amputations



9 Hémostase d'une fuite siégeant sur la ligne de suture postérieure d'une anastomose aortique, alors que les anastomoses distales ont été effectuées.
A. Hémorragie.

B. Suture de la fuite : elle nécessite la bascule du moignon aortique proximal par section du corps prothétique.
C. Rétablissement de la continuité assuré par suture terminotermine.

