

Ischémie aiguë des membres

Dr A R SEKKAL

Maitre assistant en chirurgie vasculaire EHU Oran

Intérêt de la question

- diagnostiquer une ischémie aigue des membres
- Identifier les situations d'urgence
- planifier leur prise en charge

Plan de la question

- Définition
- Physiopathologie
- Diagnostic
- Examens complémentaires
- Etiologies
- Diagnostique différentiel
- Le traitement

Définition

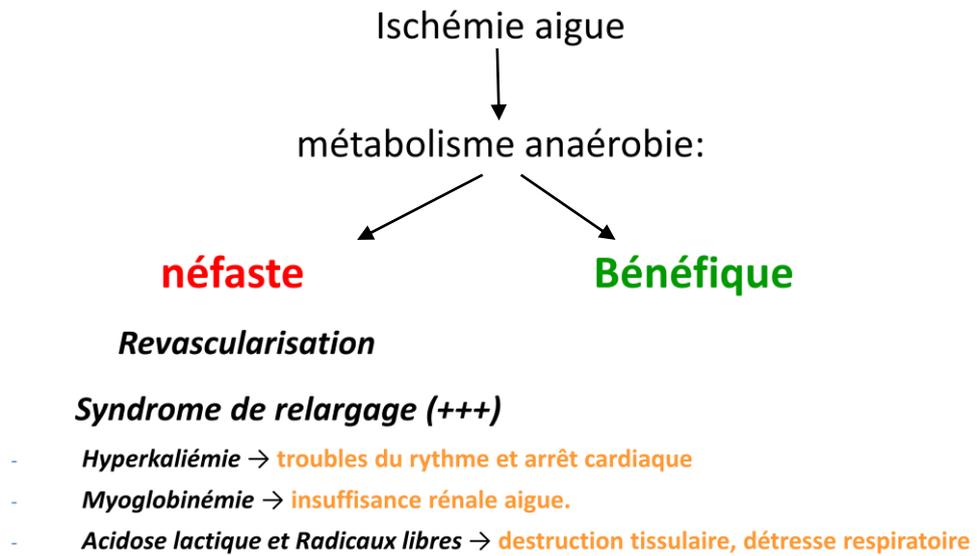
- *IAM est définie par l'interruption brutale du flux artériel entraînant une absence d'irrigation tissulaire suite à l'oblitération artérielle aiguë*

Véritable Urgence médico-chirurgicale

- Elle compromet le pronostic fonctionnel du membre en l'absence d'un traitement établi en urgence.
- ***Les causes principales d'ischémie artérielle aiguë non traumatique sont:***
 - les embolies
 - thromboses
 - sur artère saine ou sur artère pathologique.

Physiopathologie

- ***La tolérance à l'ischémie des différents tissus est variable:***
 - Des lésions nerveuses apparaissent dès la 2eme heure
 - le muscle squelettique tolère environ six heures d'ischémie.
 - La viabilité de la peau est de 24 à 48 heures



Diagnostique

- Le diagnostique est clinique +++

Aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge thérapeutique

Type de description:

Ischémie aigue du membre inferieure (les signes cliniques sont les mêmes pour le MBsup)

A/ SIGNES FONCTIONNELS :

Douleur (+++): brutale, atroce, continue sans paroxysme.

Impotence fonctionnelle plus moins complète.

Troubles neurologiques subjectives

engourdissement, fourmillement Anesthésie ,Sensation d'un membre mort ou froid

B/ EXAMEN CLINIQUE :

Interrogatoire : recherchera

- l'heure de début

- Préciser la zone et le territoire touché par la douleur (Dg topographique)

- l'âge du patient,

- les antécédents médicaux et chirurgicaux

Autres circonstances cliniques (traumatisme, intervention, ...).

Signes physiques

Inspection :

La pâleur ,cyanose ,marbrure phlyctène

Les veines superficielles sont aplaties affaissées.

Palpation :

- La froideur

- Abolition des pouls (+++).
- Troubles neurologiques, sensitivo-moteurs.
- Abolition du retour veineux avec TRC allongé

Tetrad de Griffith : douleur, pouls, pâleur, paralysie.

4 P : pain (douleur), paleness (pâleur), paresthesia (paresthésie) ou paralysis (paralysie), pulselessness (pouls).

Examen général

- auscultation cardiaque recherchant une arythmie, une valvuloplastie,
- auscultation pulmonaire,
- palpation des autres artères périphériques,
- mesure de la pression artérielle,
- recherche d'un éventuel déséquilibre hémodynamique,
- recherche d'une autre embolie associée.
- auscultation des axes artériels des membres, de l'abdomen et du cou
recherche un souffle éventuel.

Classification de RUTHERFORD

Stade I; froid, pâleur, aucun trouble sensitif ou moteur → **PC est très bon**

Stade II; (modérée); s'ajoute la douleur

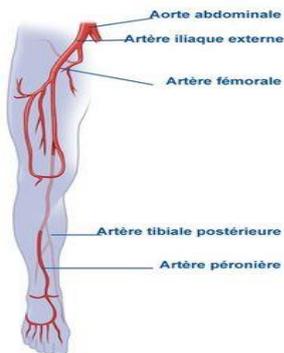
Ila ; dysesthésies des orteils, sans troubles moteurs → **PC bon**

Ilb; dysesthésies dépassant les orteils, avec des troubles moteurs → **PC est mis en jeu**

Stade III; irréversible, rigidité musculaire, paralysie du pied, anesthésie → **amputation**

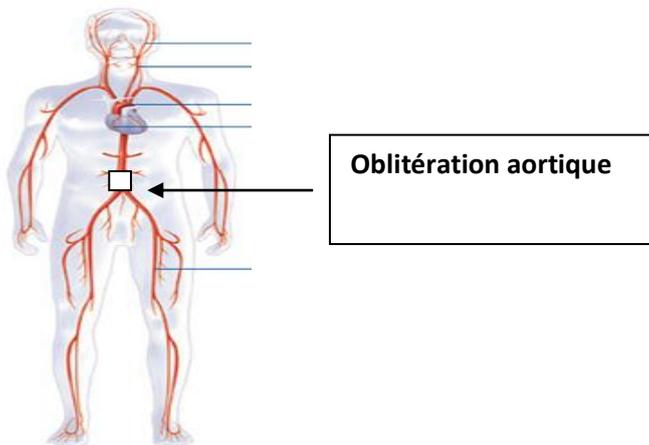
Reconnaître la topographie de l'obstruction artérielle

- Une oblitération artérielle aiguë: Fémoro-poplitée → **ischémie distale de la jambe et du pied**



- **Une oblitération artérielle aiguë: iliofémorale** → **ischémie de la jambe pouvant atteindre la cuisse**

- **Une oblitération artérielle aiguë:**
- carrefour aortique est une urgence vitale, caractérisée par:
 - une ischémie bilatérale des deux membres inférieurs
 - une paralysie sensitivo-motrice simulant une paraplégie
 - pouls fémoraux sont absents.



Examens complémentaires

Ils Ne doivent en aucun cas retarder la prise en charge surtout si le tableau est celui d'une ischémie sévère

- *Un bilan général; Biologie (groupage, NFS, fonction rénale, kaliémie...) rapide*
- *E.C.G., radiographie de thorax.*

Réalisés en post opératoire pour la recherche étiologique

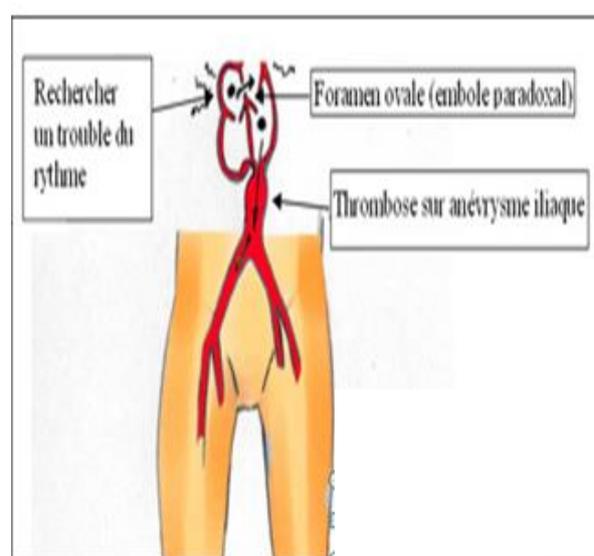
IAM EST UN DIAGNOSTIC CLINIQUE

Étiologies

	Embolie artérielle	Thrombose artérielle
Age	plutôt jeune	plutôt âgé
Apparition	brutale	progressive ou rapide
Douleur	aiguë, sévère	plus modérée
Température cutanée	fortement diminuée	diminuée inégalement
Anomalie cardiaque	généralement présente	absente
Facteurs favorisants	Passage en fibrillation Auriculaire	bas débit cardiaque (infarctus) hyperviscosité sanguine
Artériographie	arrêt en cupule lésions ulcérées de l'aorte à distance de l'occlusion, amputation du lit d'aval	athérosclérose diffuse arrêt irrégulier

Embolie

- **À point de départ cardiaque**
 - FA, thrombus intracavitaire :
 - ECG, ETT, ETO
- **À point de départ artériel**
 - Anévrisme, thrombus aortique, plaque ulcérée:
 - Échodoppler artériel, angioTDM,



Diagnostique différentiel

Sont peu nombreux. Citons

la fasciite nécrosante et les embolies de cholestérol.

Phlébite bleu de Grégoire : l'œdème est majeur la peau est violacée

Traitement

Véritable urgence medico chirurgicale

But du traitement

- *Eviter l'extension du thrombus*
- *Lutter contre la douleur*
- *Lever l'obstacle artériel*
- Prévenir les conséquences
- Traitement étiologique

Eviter l'extension du thrombus

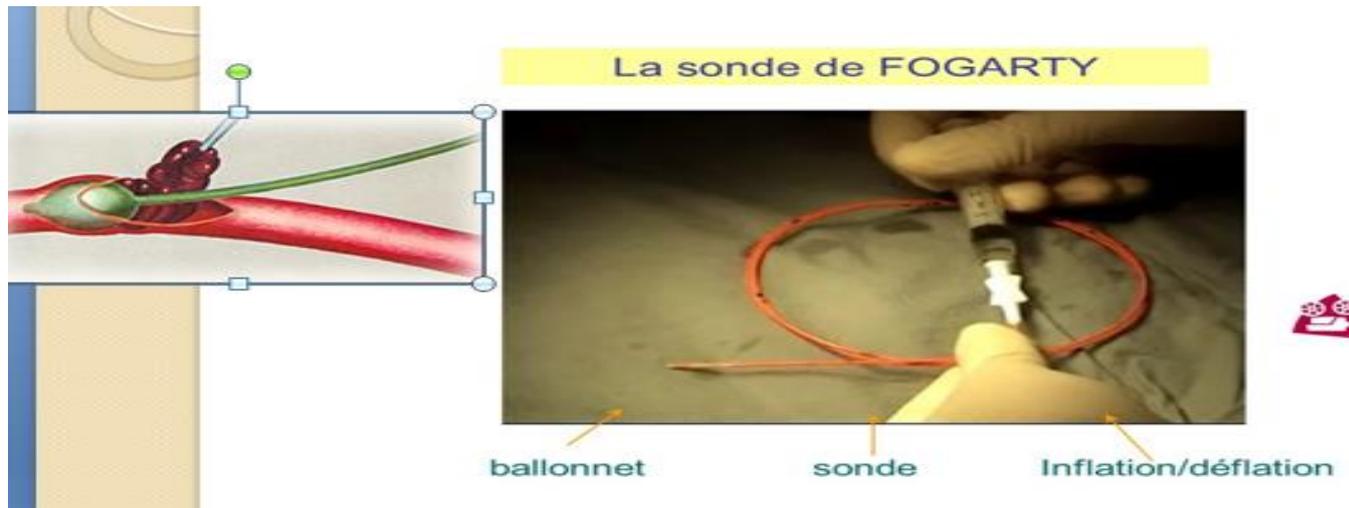
- Le **traitement anticoagulant** doit être mis en route dès le diagnostic posé
- **l'héparine non fractionnée.**
- Le traitement débute par un bolus intraveineux de 5000 UI puis est poursuivi après la revascularisation à dose adaptée (500 UI/kg/jour) à la seringue électrique.
- Sinon relai par **HBPM a dose curative**

Lutter contre la douleur

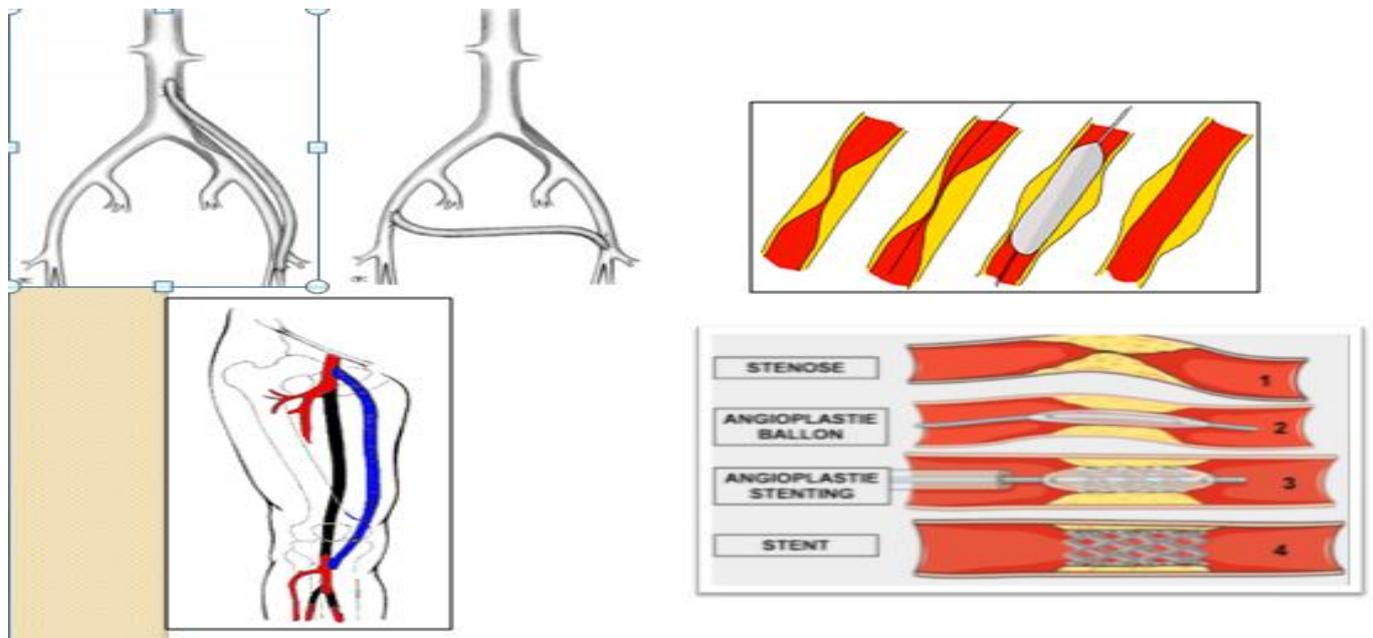
- L'utilisation d'antalgiques de niveau 3 est nécessaire d'emblée

Le traitement chirurgicale :

- La désobstruction artérielle avec un cathéter à ballonnet de FOGARTY introduit au niveau de l'artère permettant de ramener du thrombus après gonflement du ballonnet distal



Un pontage veineux ou prothétique dans les lésions d'athérome.



- thromboaspiration embolies de petit volume
- La thrombolyse : (rtpa actylse) par cathétérisme artériel au contact du thrombus.
- Si l'ischémie est dépassée : Une amputation d'emblée

Corriger les processus pathologiques aggravant l'ischémie:

- Un bas débit cardiaque
- Une hypovolémie imposent la perfusion de solutés de remplissage.

Prévenir les conséquences métaboliques de l'ischémie et de la revascularisation.

- bilan rénale

Un ECG doit être réalisé

- Traitement en fonction de l'étiologie:
 - un traitement au long cours devra être poursuivi (exemple des AVK dans la FA ou des anti- aggrégants dans l'athérome).

Conclusion

- Au total, l'ischémie aiguë des membres est une affection grave **dont le diagnostic est clinique**
- nécessitant, de la part du chirurgien, une bonne connaissance de son étiopathogénie et de sa physiopathologie, afin de mettre en route le traitement optimal dans un délai le plus court possible.