

Item 223A – Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Généralités

- Origine **athéromateuse** +++
- Prévalence AOMI **augmente avec âge** (20% > 70 ans)
- Mortalité :
 - 15% à 5 ans (claudication intermittente)
 - 25% à 1 an (ischémie critique)

Présentations cliniques

Classification	<u>Leriche et Fontaine</u> : ○ I : absence de symptômes cliniques ○ II : claudication intermittente ○ III : douleurs de décubitus ○ IV : troubles trophiques <u>Classification actuelle</u> : ○ Forme asymptomatique ○ Ischémie d'effort ○ Ischémie permanente
AOMI asymptomatique	▪ La + fréquente ▪ Rechercher chez : diabétique > 40ans, FDR d'athérosclérose > 50 ans, > 70 ans, ATCD CV ▪ Abolition d'un pouls, présence d'un souffle ▪ IPS, écho-doppler
Ischémie d'effort	▪ <u>Signes cliniques</u> : - Claudication intermittente artérielle (« crampe » obligeant à arrêt, disparaît en moins de 10 min à arrêt de effort, notion de « distance de marche ») - +/- dysfonction érectile si oblitération aorto-iliaque (syndrome de Leriche) - Recherche FDR CV, absence de pouls périphérique, souffles vasculaires, anévisme - Mesure PA aux 2 bras - IPS ++++ (normes 0,9-1,3) < 0,9 = AOMI > 1,3 = incompressibilité artérielle et risque CV élevé ▪ <u>Examens complémentaires</u> : - Echo-doppler artériel - Test de marche (chute des pressions confirme l'ischémie d'effort) - Autres si revascularisation envisagée : angioscanner, angioRM, artériographie
Ischémie critique	▪ <u>Signes cliniques</u> : - Douleur distale au repos OU troubles trophiques depuis au moins 15j + P° systolique < 50mmHg (cheville) ou < 30mmHg (orteil) OU TcPO2 en décubitus < 30 mmHg - Risque amputation et pronostic généralement défavorable - Douleurs de décubitus : distales, soulagées par position déclive, intenses ++, résistantes aux antalgiques 1 et 2 - Troubles trophiques : ulcères hyperalgiques de petite taille (orteils, espaces interdigitaux, dos/bord pieds et du talon), gangrène, nécrose cutanée

	▪ <u>Explorations complémentaires</u> : - P° cheville/orteil + TcPO2 - Si revascularisation : écho-doppler, angioscanner, angioRM ou artériographie				
Formes particulières	▪ <u>AOMI du diabétique</u> : - Age + jeune, topographie lésionnelle sous-poplitée, médiacalcoses, association à neuropathie sensitive et motrice, susceptibilité aux infections, évolution + rapide vers troubles trophiques - Formes asymptomatiques ++ - Claudication artérielle distale - Troubles trophiques = mode de découverte - Mal perforant plantaire ▪ <u>Maladies des embolies de cholestérol</u> : - Manifestations cutanées : orteils pourpres, pétéchies pulpaire, zones de nécrose cutanée hyperalgiques, livedo - Pouls périphériques perçus - Myalgie (élévation des enzymes musculaires) dans même territoire que livedo - Formes systémiques : atteinte polyviscérale, pronostic sombre (Atteinte rénale signe le pronostic) - Bilan bio : syndrome inflammatoire, hyperéosinophilie, dégradation de la fonction rénale - Angioscanner pour le diagnostic - Fond d'œil - CI : utilisation anticoagulants / fibrinolytiques ou gestes endovasculaires - Tt : anti-plaquettaire + statine + PEC néphrologique				
Diagnostiquer l'extension de la maladie athéromateuse aux autres territoires					
▪ Recherche ATCD/symptômes/signes cliniques d'une atteinte coronaire, cérébro-vasculaire, rénale ou digestive ▪ Recherche anévrisme de aorte abdominale et dysfonction érectile ▪ ECG + échographie de aorte + écho-doppler des TSA					
Diagnostic différentiel					
Douleurs ne relevant pas d'une AOMi	Différents types de claudication				
	Caractères	Artérielle	Articulaire	Neurologique	Veineuse
	Distance d'apparition	Toujours la même	Dès les 1ers pas	Variable	Variable
	Douleur / gêne	Crampe, topographie musculaire obligeant à arrêt	Topographie articulaire, d'emblée maximale	Soulagées par antéflexion, topographie radiculaire	Sensation progressive de gonflement douloureux
	Récupération	En moins d'une min	Lente	Lente	Lente
	Contexte	Athéromateux	Polyarthrose, spondylarthrite, traumatisme	Arthrose lombaire, canal lombaire étroit	Thrombose veineuse profonde d'un tronc collecteur
Troubles trophiques ne relevant pas d'une AOMI	▪ Mal perforant plantaire ▪ Ulcère veineux ▪ Angiodermite nécrotique				

Traitement de AOMI	
Traitement médical	▪ Correction des FdR : HTA, tabac, diabète, dyslipidémie, réduction de l'excès pondéral ▪ Tt médicamenteux à visée cardio-vasculaire : antiplaquettaire (aspirine 75-160 mg/j, clopidogrel 75mg/j) + statine + inhibiteur SRA ▪ Vaccin antitétanique à jour ▪ Programme d'éducation thérapeutique structuré ▪ Réadaptation
Revascularisation	▪ <u>Claudication</u> : ○ Lésions sous-inguinales : si claudication toujours invalidante après 3 mois de Tt ○ Lésions sus-inguinales : revascularisation plus précoce ▪ <u>Ischémie critique</u> : ○ Hospitalisation + revascularisation + antalgiques 2 ou 3, maintien bonne hémodynamique ++, contrôle état nutritionnel, prévention escarres et rétraction, prévention infections, prévention MVTE ○ Tt par prostaglandines si impressibilité ou échec revascularisation