



**UE : 15**

**ENSEIGNANT :** Mélanie Carret

**DATE :** 21/02/2024

**GROUPE :** Roudaut Romain, BOTHOREL Alban

**REMARQUES :** Pr. Carret a pris la relève de Nasr, le cours est presque le même, il y a juste quelque image en plus sur le diapo (qui n'est pas disponible sur moodle).

---

## Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

---

### Table des matières

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| <b>Partie 1 : introduction</b>   | <b>2</b> |
| A) Définition                    | 2        |
| B) Epidémiologie                 | 2        |
| C) Les signes clinique           | 2        |
| D) Les principales causes        | 3        |
| E) La classification             | 3        |
| <b>Partie 2: Prise en charge</b> | <b>4</b> |
| A) Examen clinique               | 4        |
| 1) Interrogatoire                | 4        |
| 2) Examen Physique               | 4        |
| 3) Examen complémentaire         | 5        |
| B) Traitement                    | 5        |
| <b>Partie 3: Cas cliniques</b>   | <b>6</b> |
| A) Cas clinique 1                | 6        |
| B) Cas clinique 2                | 7        |

## Partie 1 : introduction

### A) Définition

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (**AOMI**) est caractérisée par un rétrécissement du calibre des artères à destination des membres inférieurs .

**AOMI** est essentiellement d'origine Artériosclérotique( pour rappel , l'athérosclérose est une maladie causée par l'accumulation de dépôts graisseux et d'autres substances à la surface interne des artères.)

Ce rajoute à cela le vieillissement artériel se déroulant de 30 à 60 ans caractérisé par un épaissement physiologique de la média et un dépôt plus ou moins important de calcaire.

Les plaques d'athérome se fixent sous l'intima, on va donc enlever une partie de la média et de l'intima, ce sera suffisant pour la solidité de l'artère, mais dès fois, il reste que l'adventice ce qui ne sera pas assez solide, ce qui va provoquer une déchirure, à ce moment là, il y a obligation de mettre une prothèse.

Il ne faut pas oublier de mettre un patch d'élargissement sinon il y a trop de sténose, quand il y a plus de 10 cm, il y a un risque d'hyperplasie majeure et de thrombose donc une prothèse est à réaliser.

Tout cela favorise le raccourcissement du calibre de l'artère qui peut aller jusqu'à l'occlusion complète de l'artère.

L'artériopathie peut toucher le coeur , le cerveau(AVC) , les reins (artère digestive) , l'aorte et les membres inférieur

exemple: l'artère mésentérique supérieur, si elle est sténosé a cause de la plaque d'athérome , le sang ne va pas vers les intestins il vas y avoir une "claudication mésentérique" c'est à dire que 30 min après avoir mangé ils vont avoirs des douleurs abdominales atroces parce que l'intestin travail mais n'a pas assez de sang.

Attention , **sténose complète = occlusion**

On vas se focaliser sur **AOMI**.

### B) Epidémiologie

C'est une pathologie **grave** et **fréquente** encore **sous diagnostiqué** responsable de beaucoup d'amputation ( plus que les mines et les guerres)

Pour la culture générale , en Europe à cause du diabète et de l'artériopathie il y a une amputation toutes les deux minutes.

c'est une Affection fréquente avec :

- 800000 AOMI
- 60000 hospitalisation
- 10000 amputation

C'est un facteur de risque cardiovasculaire avec une augmentation par un facteur 5 de la mortalité.



### C) Les signes clinique

Les personnes souffrant d' AOMI peuvent avoir :

- **claudication (Ischémie efforts)** (Lorsqu'on va marcher , on va faire travailler les muscles ( les mollets) si on a plus de sang qui arrive, on va avoir des douleurs à l'effort qui disparaissent au repos . C'est le 1 er signe AOMI.)
- **Ischémie de repos** ( C'est un stade plus avancé , cela génère des douleurs au repos généralement la nuit car on est allongé donc la pression qui sort du cœur est moins grande que quand nous sommes debout donc le sang aura plus de mal à passer. Pour soulager la douleur , le patient se met debout, marche, met ses jambe en dehors du lit où dort assis dans un fauteuille pour augmenter la pression
- **Ulcère artériel**
- perte de pouls et pâleur
- pied froid

PAS ÉVOQUÉ CETTE ANNÉE: Pour dépister un AOMI on va alors procéder à une palpation du membre inferieur a la ,recherche d'un pouls et également à la mesure de **l'index de pression systolique IPS**

C'est la pression de la cheville divisé par la pression humérale  $P_{\text{Cheville}}/P_{\text{Humérale}}$

Normalement quand on est allongé nous avons la même pression au niveau de la cheville et au niveau du bras , donc le rapport est égal à 1 Mais quand on a des problèmes d'artère , la pression sera plus basse au niveau de la cheville et donc le rapport sera inférieur à 1.

En dessous de **0.8 on parle AOMI**

### D) Les principales causes

Les principaux facteur de risque d' AOMI sont :

- tabac
- L'obésité
- le diabète
- HTA
- sédentarité

### E) La classification

En france on utilise la classification de **Leriche et Fontaine** :

## Les stades cliniques de l' AOMI

| Leriche et Fontaine           | Classification Actuelle |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1: asymptomatique             | Ischémie d'effort       |
| 2: claudication intermittente |                         |
| 3: douleurs de décubitus      | Ischémie permanente     |
| 4: gangrène                   |                         |
|                               | Amputé                  |

**1: Asymptomatique**

**2: Claudication intermittente** , donc douleur à l'effort ( dans certaine classification , il y as 2A une douleur à la marche à une distance de plus de 200 mètre et 2B la douleur apparaît à moins de 200 m.

**3: Douleur de décubitus ou douleur de repos(=allongé).** Ici, la mise en déclivité du MI permet de diminuer la douleur.

**4: Gangrène ou nécrose**

Pour la culture G , Le syndrome de Leriche c'est une occlusion de l'aorte et des artères iliaques qui amène à une claudication ou chez les patient jeune a de l'impuissance ;)

Voici la classification de Rutherford moins importante.

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        |
|                          |                   |                     | claudication intermittente, <200m |            | 2                   | Claudication moyenne       |
|                          |                   | II B                | 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 |

## Partie 2: Prise en charge

### A) Examen clinique (pas parler)

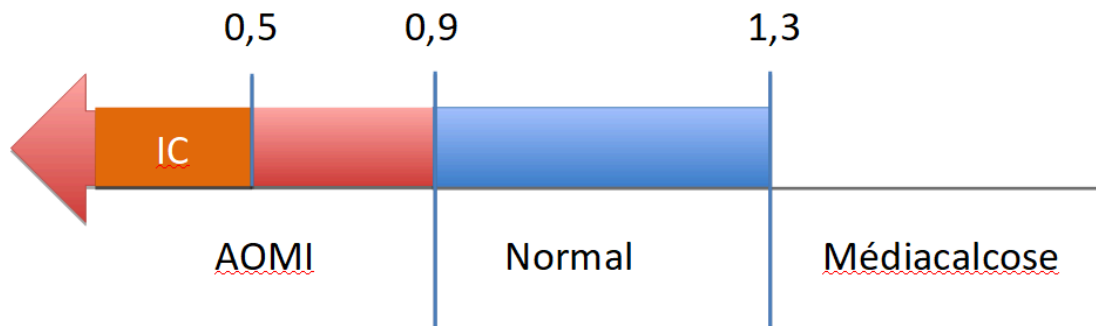
#### 1) Interrogatoire



A l'interrogatoire on va chercher les ATCD personnels et familiaux , facteurs de risque CV , diabète, prise de médicament etc..

## 2) Examen Physique

A l'examen physique on regarde si les pieds sont froids , on prend le pouls toujours en comparant les deux jambes et on finit par mesure IPS (pression à la cheville/bras)



Si l'IPS est entre **1.3 et 0.9** , c'est **normal**. En **dessous de 0.9** on a une **AOMI** .

Au-**dessus de 1.3** on a une **Médiocalcose** surtout chez les diabétiques ou chez les personnes ayant une insuffisance rénale au stade avancé ( On a du calcaire le long de la média comme un tube de calcaire mais qui laisse passer le sang). Cela va fausser la mesure de la pression de la cheville car l'artère sera incompressible et montrera des haute pression. Donc un IPS chez le diabétique c'est pas très fiable on le remplace par la prise de pression au gros orteil.

Quand c'est **inférieur à 0.5** on parle **d'ischémie critique** si et seulement si c'est associé à un AOMI de stade 3 ou 4 ++ . Pour le diabétique , il faut que la pression au gros orteil soit inférieure à 30 mmhg + les autres stades. Il faut prendre en charge rapidement le malade.

## 3) Examen complémentaire

Comme examen complémentaire de 1ère intention on fait un echo doppler puis on réalise un angioscanner sauf chez la femme enceinte ou si allergie à un produit de contraste.

Et nous pouvons faire une angiographie/ Artériographie qui est le meilleur examen mais le plus irradiant.

Ici on voit une occlusion de l'artère fémorale superficielle compensée par des branches de l'artère fémorale profonde.



## B) Traitement

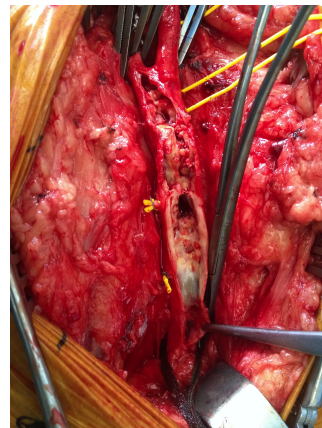
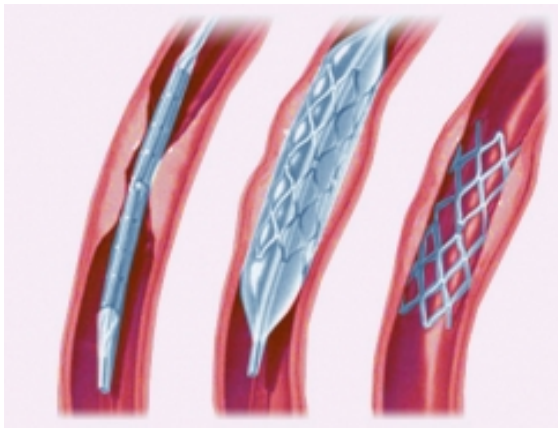
On va d'abord traiter les facteurs de risque cardio-vasculaire ( tabac, diabète , cholestérol ) par des conseils hygiéno diététique (Marche+++ avec un délai de 3 mois avant de refaire un bilan) , et des traitements médicaux contre avec des Statines , Antihypertenseur, ou insuline.

On rajoute toujours un antiagrégant plaquettaire qui protège la paroi. Avant l'idée d'une chirurgie, on propose au patient de **marcher** pour développer sa suppléance par ses artères collatérales et mettre en place une **néovascularisation**.

La marche va faire développer les collatérales au dépens de l'artère fémorale profonde.

S'il y a présence de lésions en amont de l'artère fémorale profonde (par exemple au niveau iliaque), cela va freiner hémodynamiquement, le fait de marcher pour développer les collatérales de la fémoral profonde ne va donc rien changer. On va devoir réouvrir au bloc opératoire pour traiter au-dessus.

On fait une rééducation à la marche pendant 2-3 mois difficile pour le patient . Si ça ne marche pas , on passe à la chirurgie soit par voie **endovasculaire** ou **extravasculaire**. Mais pour les stades critiques , on passe directement à la chirurgie.



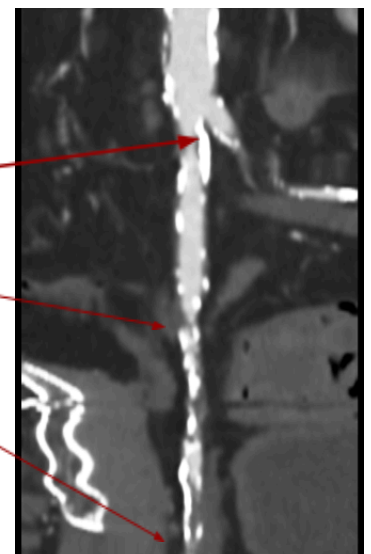
## Partie 3: Cas cliniques

### A) Cas clinique 1

Un homme fumeur de 67 ans avec de l'hypertension , diabète il a déjà eu une endartériectomie carotidienne. Il claudique cad il a des douleurs à l'effort il a un rutherford de stade 3 cad un stade 2 de Leriche et IPS est a 0.6.

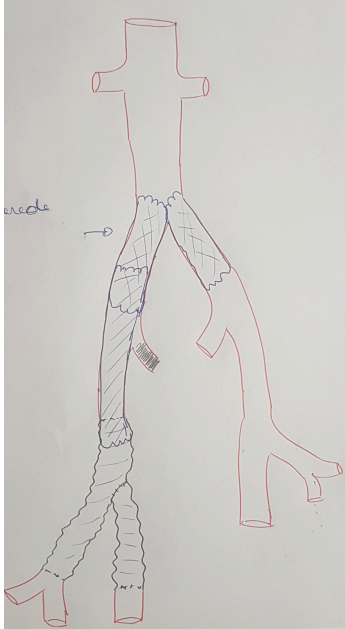
On fait donc un scanner et on trouve :

- stenose de l'artère iliaque commune droite et gauche
- Occlusion de l'artère iliaque externe
- Lésion calcifié de l'artère fémorale commune



Le blanc correspond au calcification et le gris au produit de contraste

Pour le traité , on peut soit mettre des **stents** un peu partout, ou alors on fait une **chirurgie aortique/pontage** qui va de l'aorte jusqu'au fémorale (Pontage Aorto fémoral) ou on fait **les deux**.



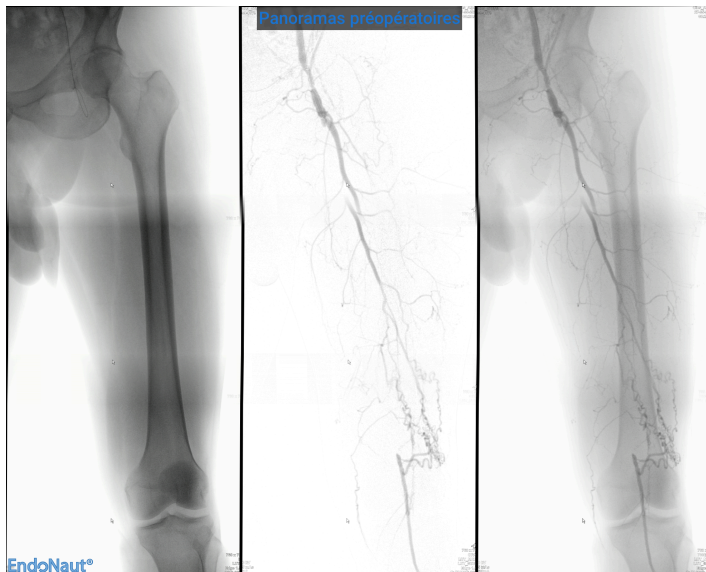
On réalise des stent au niveau des artères iliaques communes et pontage de l'artère fémorale commune.



On retrouve après une opération une bonne circulation sanguine.

## B) Cas clinique 2

Monsieur H 47 ans fumeur avec de l'HTA , dyslipidemia et une cardiopathie ischémique. Il a un stade Rutherford 3 et l' IPS = 0,4



Avec cette artériographie , on voit bien une occlusion de l'artère fémorale superficielle.



On passe à l'intérieur des vaisseaux pour mettre un stent qui permet de récupérer la vascularisation.

La prof a ensuite évoqué un mini cas clinique au niveau de la carotide.

Carotide(préventif+++++ pour éviter les AVC,AIT...):

Les AVC sont un enjeu important en santé publique. Il faut savoir que 15-20% des AVC sont dus à l'athérosclérose carotidienne. De plus, 5-10% des sujets de plus de 65 ans ont une sténose supérieure à 50%. C'est donc enjeu majeur.

Pour faire de la chirurgie, le stade de réalisation de l'opération dépend des symptômes :

-asymptomatique : il faut une sténose supérieure à 70%. On ajoute à cela un traitement préventif.

-symptomatique : il faut une sténose supérieure à 50%

Traitement :

-TTT médical : antiagrégant plaquettaire et traitement des facteurs de risques cardiovasculaires.

-TTT CHIR : endartériectomie et pontage

Possible angioplastie avec mise en place de stents.