



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations pour la pratique clinique

**Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante
athéroscléreuse des membres inférieurs
(indications médicamenteuses, de revascularisation
et de rééducation)**

Avril 2006

Fiche de synthèse

Service des recommandations professionnelles

FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

La prise en charge de l'AOMI (index de pression systolique¹ [IPS] < 0,90) est double : générale et locale.

Étiologie principale : l'athéromatose → rétrécissement du calibre des artères à destinée des membres inférieurs → perte de charge hémodynamique, avec ou sans signes cliniques.

Pronostic vital : AOMI → risque cardio-vasculaire élevé (cœur et cerveau) corrélé à l'IPS plus qu'à l'existence de signes cliniques → dépister → prévenir les complications cardio-vasculaires.

Pronostic local : préserver la qualité de vie et l'avenir des membres inférieurs.

I. DÉPISTAGE INDIVIDUEL PRÉCOCE (PATIENT ASYMPTOMATIQUE)

Risque vital cardio-vasculaire : asymptomatique = claudicant à IPS égal → dépister et prendre en charge.

Qui dépister ? Tous les sujets à risque cardio-vasculaire élevé.

Comment ? Examen clinique + mesure systématique de l'IPS : AOMI si IPS < 0,90.

II. PRISE EN CHARGE INITIALE (AOMI ASYMPTOMATIQUE OU SYMPTOMATIQUE)

Rechercher d'autres atteintes cardio-vasculaires

- Recherche d'antécédents ou symptômes cérébro-vasculaires ou coronariens.
- Échographie de l'aorte abdominale (anévrisme) et ECG de repos : justifié.
- Écho-Doppler cervical (sténose serrée asymptomatique) : peut être proposé.

Prendre en charge le risque cardio-vasculaire, selon le rapport bénéfice/risque pour le patient et les facteurs de risque présents

- Exercice physique quotidien modéré (30 min).
- Éducation thérapeutique structurée.
- Trois types de traitements médicamenteux au long cours sont efficaces :
 - antiagrégant plaquettaire : aspirine (75 à 160 mg/j) ou clopidogrel (75 mg/j) ;
 - statine ;
 - IEC (introduit progressivement par paliers de 2 à 4 semaines, sous surveillance de la pression artérielle et de la créatininémie).

Il est raisonnable de les associer chez la majorité des patients symptomatiques. La synergie de leur association n'est pas expérimentalement évaluée, et leur indication doit prendre en compte l'existence d'autres lésions athéromateuses, les facteurs de risque et l'IPS, notamment chez le patient asymptomatique.

Prendre en charge les facteurs de risque présents

- Tabagisme : arrêt du tabac (évaluer la dépendance, abord comportemental +/- aide pharmacologique).
- Surcharge pondérale : IMC < 25 kg/m².
- Diabète : HbA1c < 6,5 %.
- Dyslipidémie : LDL-cholestérol < 1g/l (en débutant par un régime adapté).

¹ IPS : rapport de la pression systolique à la cheville sur la pression systolique humérale, mesurées à l'aide d'une sonde Doppler.

- HTA : TAS < 140 mmHg (si diabète ou insuffisance rénale : TAS < 130 mmHg).

III. ASPECTS COMPLÉMENTAIRES DE LA PRISE EN CHARGE SELON LE STADE CLINIQUE DE L'AOMI

AOMI avec claudication intermittente

Bilan initial :

- écho-Doppler (membres inférieurs) + mesure de l'IPS : habituellement suffisant ;
- test de marche + pressions de cheville : non systématique (diagnostic différentiel, suivi) ;
- angiographie : uniquement si échec du traitement médical ou lésions invalidantes ou menaçantes (iliaques, fémorales communes) pour indication de revascularisation (angioplastie dans le même temps) ;
- angioscanner, angio-RM : en cas d'atteintes complexes.

Prise en charge thérapeutique :

- en 1^{re} intention : réadaptation vasculaire supervisée (≥ 1 h 3 fois/semaine) ;
- si échec après 3 mois de traitement bien conduit ou plus tôt si lésion proximale invalidante ou menaçante : envisager une revascularisation (abord endovasculaire ou chirurgie ouverte) ;
- endoprothèse : uniquement si recanalisation ou résultat insuffisant en fin d'angioplastie par ballonnet.

AOMI avec ischémie persistante chronique²

Objectifs : sauvetage du membre, contrôle de la douleur

Bilan initial :

- Hospitalisation en milieu spécialisé avec expertise multidisciplinaire ;
- Angiographie (conventionnelle ou angio-RM ou angioscanner) en complément de l'écho-Doppler.

Prise en charge thérapeutique :

- Revascularisation chaque fois qu'elle est possible, après évaluation de la balance bénéfique/risque ;
- Si pontage sous-inguinal, traitement antiagrégant plaquettaire au long cours ;
- Si endoprothèse, traitement antiagrégant plaquettaire (aspirine 75-160 mg/j, clopidogrel) double au début (hors AMM), puis simple ;
- Contrôler : douleur, équilibre hémodynamique général, état ventilatoire et nutritionnel, surinfections ;
- Réadaptation et nursing : adaptation posturale, lutter contre œdème et douleur, prévenir maladie thromboembolique (HBPM), rétractions et escarres, iatrogénie.

AOMI avec ischémie aiguë

Bilan initial : diagnostic clinique (aucune exploration ne doit retarder l'intervention)

Prise en charge thérapeutique :

- Traitement par héparine à doses hypocoagulantes dès le diagnostic ;
- Désobstruction en urgence : thrombectomie chirurgicale, thrombolyse in situ ou thromboaspiration, d'après l'artériographie (au mieux sur table d'intervention + contrôle en fin de procédure).

² Définition : douleurs de décubitus ou troubles trophiques ≥ 15 j et TAS < 50 mmHg (cheville) ou < 30 mmHg (orteil).

AOMI et amputation

Indications :

- Lésions tissulaires irréversibles ;
- Ischémie permanente chronique sans revascularisation possible, qui ne répond pas au traitement médical ou avec répercussions générales menaçant le pronostic vital.

Bilan initial : évaluer pour déterminer le niveau d'amputation selon :

- étendue de l'ischémie et les possibilités de cicatrisation : TcPO₂ ;
- Possibilités de préservation fonctionnelle du membre, d'appareillage et de réadaptation du sujet.
 - Le genou doit être conservé chaque fois que possible,
 - Les possibilités de cicatrisation et d'appareillage dépendent notamment de la qualité de l'intervention ;

Prise en charge post-opératoire :

- Multidisciplinaire, en hospitalisation complète dans une structure de réadaptation spécialisée ;
- Verticalisation et autonomisation pour les déplacements, aussi précocement que possible ;
- Entraînement préalable à la réadaptation du patient appareillé, prothèse personnalisée selon l'état du moignon et les capacités du patient ;
- Réadaptation.

IV. PARTICULARITÉS DE LA PRISE EN CHARGE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE OU DIABÉTIQUE

AOMI de la personne âgée fragile

Épidémiologie : l'AOMI est fréquente, souvent silencieuse jusqu'à l'ischémie permanente.

Dépistage : systématique chez tout sujet à risque d'escarre (examen clinique du pied + IPS).

Prise en charge des facteurs de risque (tabac, dyslipidémie, HTA) : sans limite d'âge.

AOMI chez le diabétique

Épidémiologie : l'AOMI est fréquente, précoce et évolue à bas bruit.

Dépistage systématique par écho-doppler + IPS (interprété comme chez le non-diabétique) :

- Au-delà de 40 ans, ou si diabète > 20 ans, ou si facteurs de risque associés ;
- À répéter tous les 5 ans, ou plus souvent si facteurs de risque associés ;
- Devant un trouble trophique : dépister et quantifier en urgence l'AOMI avant toute décision d'amputation (pressions distales de cheville et d'orteil, écho-doppler, TcPO₂).

Prise en charge :

- Cible tensionnelle : 130/80 mmHg, et 125/75 mmHg en cas de protéinurie ;
- Cible lipidique : triglycérides < 1,5 g/l (et LDL Cholestérol < 1 g/l) ;
- Sauvetage de membre : une revascularisation distale peut être proposée après un bilan minutieux.