Artériopathie oblitérante des membres inférieurs : une maladie trompeuse !

Nathalie Barrès Résumé d'articles 17 juin 2020

Un article publié dans la Revue de Médecine interne fait le point sur l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). Cette pathologie concerne environ 5% des individus de 50 ans, et sa fréquence augmente avec l'âge pour atteindre 20% après 80 ans dans des pays à forts revenus.

Comment la diagnostiquer ?

La diminution de l'index de pression systolique de cheville (IPSc) <0,90 au repos est un critère de dépistage et de diagnostic fiable de l'AOMI (spécificité 97%, sensibilité 80% en population générale). Bien qu'il existe de signes évocateurs - claudication à l'effort, douleur de décubitus du pied ou de la jambe associée ou non à des troubles trophiques distaux, à une diminution ou abolition du pouls, du souffle systolique en regard de l'artère – l'AOMI est asymptomatique chez plus de la moitié des patients concernés.

Les facteurs de risque vasculaires

Plusieurs facteurs de risque sont bien identifiés, le tabagisme et le diabète étant les plus fortement incriminés. Puis, on retrouve dans une moindre mesure l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, et les facteurs génétiques.

Quelles caractéristiques cliniques ?

univadis
from Medscape

Trois stades cliniques sont bien décrits : asymptomatique, ischémie d'effort et ischémie permanente ou critique. La marche réduite et/ou une neuropathie associée pourraient expliquer que près de 50% des patients soient asymptomatiques. Le second stade concerne également environ la moitié des sujets. Le patient se plaindra alors d'une crampe intolérable lors d'un effort donné, sur un territoire musculaire en aval de la lésion : c'est la claudication artérielle. Le stade critique associe douleur et/ou plaie du pied depuis plus de 15 jours, pression de cheville <50-70 mmHg ou pression d'orteil <30-50 mmHg ou pression transcutanée en oxygène <30 mmHg. Chez le diabétique, le sujet âgé, l'insuffisant rénal, l'IPSc peut être faussement normal en cas de médiacalcose rendant les artères incompressibles. Dans ce cas, la mesure de pression d'orteil est indiquée. L'écho-Doppler peut venir compléter le bilan, notamment lorsque l'IPSc est normal. Et la distance maximale de marche permet d'évaluer le retentissement fonctionnel de l'AOMI ainsi que l'évolution après entraînement à la marche et/ou revascularisation. L'exploration de la microcirculation par mesure de la pression digitale au premier orteil sera associée à la pression transcutanée en oxygène en décubitus pour compléter l'examen en cas d'ischémie permanente ou critique.

L'AOMI est sous-diagnostiquée chez la femme, car les symptômes sont plus souvent atypiques. Un score de prédiction du risque d'AOMI chez la femme a été établi afin d'en améliorer le dépistage et donc la prise en charge précoce. Celui-ci intègre l'âge, l'IMC, l'HTA, le diabète, le tabagisme, la prise de contraceptifs oraux et la parité.

Une fois le diagnostic établi, le patient est orienté vers une consultation de cardiologie pour examens complémentaires, compte tenu du caractère diffus de la maladie. Souvent il existe un terrain athéromateux sous-jacent avec atteinte d'autres territoires artériels (coronaires, cérébrovasculaires).

Quel pronostic ?

univadis
from Medscape

Le registre international REACH (n=67.888) a mis en évidence que 50% des patients avec AOMI étaient polyvasculaires alors qu'ils étaient 25% parmi les patients ayant une atteinte coronaire et 33% ayant une atteinte des artères à destinée cervico-encéphalique. La diminution de la valeur de l'IPSc a une valeur pronostique défavorable et la morbi-mortalité des sujets ayant une AOMI asymptomatique est similaire à celle des sujets ayant une AOMI symptomatique.

Prise en charge

En dehors de la revascularisation essentielle en cas d'ischémie critique, la prise en charge repose sur le sevrage tabagique, l'entraînement à la marche (après dépistage d'une ischémie myocardique à l'effort par test fonctionnel), une correction des facteurs de risque (dyslipidémie). Tout patient AOMI relève d'un traitement par statine (avec pour objectif une taux de LDL-cholestérol <0,55g/L selon les dernières recommandations), un traitement par IEC est préconisé chez tous les patients AOMI (recommandations américaines) ou seulement en cas d'HTA (recommandations européennes) et un antiplaquettaire seulement en cas d'AOMI symptomatique. Sur la base de récentes études, les anti-PCSK9, anticoagulants directs, verront prochainement leur place se préciser dans la stratégie thérapeutique.

Le Hello C et al. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs en 2019. La Revue de Médecine Interne, available online 30 April 2020. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.03.009.

2017 Aptus Health International, Inc. All rights reserved.