

Dépistage, diagnostic et prise en charge par l'IPA de l'AOMI au stade de claudication

1- Qui dépister ?

Suspicion clinique d'AOMI :

- Abolition des poulx ;
- Souffle vasculaire ;
- Claudication.

Les patients à risque :

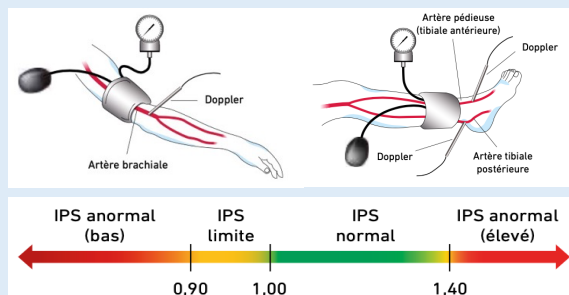
- Athérosclérose ;
- Anévrisme de l'aorte abdominale, insuffisance cardiaque, et insuffisance rénale chronique ;
- Homme et femme ≥ 65 ans ;
- Homme et femme < 65 ans à haut ou très haut risque cardiovasculaire ;
- Diabète ≥ 40 ans ;
- Homme et femme ≥ 50 ans avec antécédents familiaux d'AOMI ou facteurs de risque cardiovasculaire.

2- Comment dépister ?

- **L'examen clinique (Signes fonctionnels, palpations des poulx et recherche d'un souffle) +++**
- **Mesure de la pression artérielle aux chevilles +++**

3- Comment diagnostiquer ?

- **Mesure des IPS (ESC 2017) :**



- **Index de Pression Systolique à l'orteil, Strandness.**

4 - Quels bilans ?

Bilan biologique : Exploration d'une anomalie lipidique, glycémie à jeun, +/- HbA1c et créatinémie (+/- ASAT, ALAT, NFS, RAC...).

Mesure de la pression artérielle : Automesures, 3 fois le matin et 3 fois le soir pendant 7 jours.

Écho-Doppler artériel des membres inférieurs :

- Indications : Examen clinique anormal ou symptôme, IPS $< 0,9$ ou $> 1,4$ et dépistage ou découverte anévrisme de l'aorte ;
- Affirme la nature athéromateuse des lésions (visualisation des plaques et vitesses) ;
- Précise leur topographie et les possibilités d'angioplastie.

Quantification sténose artérielle

Pas de sténose	V.sys < 150 cm/s
$> 50\%$	V.sys > 200 cm/s
$> 70\%$	V.sys > 400 cm/s
$> 90\%$	
Occlusion	Aucun signal au Doppler pulsé

5 – Prise en charge de l'athérosclérose avec le médecin vasculaire et/ou cardiologue

1^{ère} étape :

Sevrage tabagique & modification thérapeutique du mode vie

Statine avec réduction LDL-C $\geq 50\%$ et < 1.8 mmol/L (0,7 g/L)

IEC/ARA2 avec ou sans HTA PA $< 140/80$ si tolérée $< 130/80$ mmHg

Antiagrégant plaquettaire si AOMI symptomatique (ESC 2017)

Des chiffres (REACH – 2006) :

- **39 %** des patients avec AOMI ont une **atteinte coronaire.**
- **10 %** des patients avec AOMI ont une **atteinte cérébrovasculaire.**
- **13 %** des patients avec AOMI ont une **atteinte coronaire et cérébrovasculaire.**

2/3 des patients avec AOMI ont une atteinte d'au moins un autre site artériel.

2^{ème} étape : Intensification du traitement en tenant compte des éléments suivants : les comorbidités, la fragilité, le niveau de risque cardiovasculaire résiduel, les préférences du patient et la balance bénéfice-risque des thérapeutiques.

PA $< 130/80$ mmHg si tolérée

LDL-C < 1.4 mmol/L (0,55 g/L)

3^{ème} étape :

- Consultation de cardiologie à la recherche d'une coronaropathie et/ou d'une dysfonction ventriculaire.
- Écho-Doppler des Troncs supra-aortiques à la recherche d'une athérosclérose (non systématique).

6- Prise en charge de l'AOMI

Rééducation vasculaire +++

- Permet de développer des collatéralités.
- Supervisée ou à défaut auto-rééducation (APA et kiné).
- Marche active (début de l'essoufflement), 30 minutes par jour, 5 jours sur 7. Si apparition de douleurs rendant impossible la marche, arrêter l'activité le temps que la douleur cesse et reprendre à nouveau.
- Réévaluation après 6 à 12 mois de rééducation.

Bénéfices dans le temps sur la distance et la vitesse de marche de la rééducation par rapport à la revascularisation (CLEVER – 2015)

Prise en charge chirurgicale : Non systématique +++

- Uniquement en cas de persistance des symptômes qui altèrent la qualité de vie, **après 6 à 12 mois d'une rééducation vasculaire bien suivie.**
- Optimisation des facteurs de risque cardiovasculaire avant la chirurgie.
- **Poursuivre l'auto-rééducation à la marche et le suivi vasculaire après revascularisation +++**