

# Artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs (AOMI)\*

La principale étiologie de l'AOMI est l'**athéromatose**, provoquant un rétrécissement du calibre des artères qui alimentent les membres inférieurs et une perte de charge hémodynamique (index de pression systolique [IPS]<sup>(1)</sup> < 0,90), avec ou sans signes cliniques.

**Le tabagisme** est son principal facteur de risque.

L'AOMI peut entraîner un **handicap fonctionnel** qui se manifeste par une claudication et peut, dans les cas les plus graves, aboutir à une amputation.

**L'AOMI est souvent associée à une atteinte coronarienne et cérébrale pouvant mettre en jeu le pronostic vital** : le risque d'accident cardiovasculaire touchant le myocarde ou le cerveau est élevé.

## La prise en charge initiale de l'AOMI est identique, que le sujet soit claudicant ou asymptomatique

### 1) Rechercher d'autres atteintes cardio-vasculaires

- Antécédents ou symptômes cérébrovasculaires ou coronariens.
- Échographie de l'aorte abdominale (anévrisme) et ECG de repos.
- Echo-Doppler cervical (sténose serrée asymptomatique).

### 2) Prendre en charge le risque cardio-vasculaire au cas par cas

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

Il est parfois raisonnable de les associer chez les patients symptomatiques.

### 3) Prendre en charge les facteurs de risque

- Arrêt du tabac.
- Abaisser l'indice de masse corporelle à moins de 25 kg/m<sup>2</sup>.
- Abaisser l'HbA1c à moins de 6,5 % en cas de diabète.
- Réduire le LDL-cholestérol à moins de 1g/l (en commençant par un régime adapté), en cas de dyslipidémie.
- Traiter une hypertension artérielle.

## En cas de claudication intermittente

### 1) Bilan initial : écho-Doppler des membres inférieurs et mesure de l'IPS.

Le test de marche n'est pas systématique. L'angiographie n'est indiquée qu'en cas d'échec du traitement médical ou de lésions invalidantes ou menaçantes (iliaques, fémorales communes), pour envisager une revascularisation (angioplastie dans le même temps). Angioscanner, angio-RM peuvent être utiles en cas d'atteintes complexes.

### 2) Prise en charge thérapeutique : en première intention, réadaptation vasculaire supervisée.

Certains médicaments peuvent être utilisés dans le « traitement symptomatique de la claudication intermittente ».

À la suite de leur réévaluation en 2006, les médicaments de cette classe ayant pour principe actif le buflomédil ou le naftidrofuryl se sont vu reconnaître un service médical rendu suffisant, mais faible, compte tenu de la modicité de leur effet sur le périmètre de marche. La HAS a attribué aux autres médicaments de cette classe (ayant pour principe actif le cyclandélate, le *Ginkgo Biloba*, l'ifénprodil, la nicergoline, le pentoxifylline ou le piritridil) un SMR insuffisant pour justifier leur prise en charge dans cette indication.

L'ensemble de ces médicaments n'ont qu'une efficacité symptomatique. La poursuite de leur administration dépend donc de l'évolution de la claudication et de l'efficacité du reste de la prise en charge.

En cas d'échec après 3 mois de traitement bien conduit, ou plus tôt devant une lésion proximale invalidante ou menaçante, on envisagera une revascularisation, endovasculaire (angioplastie par ballonnet) ou par chirurgie ouverte.

## En cas d'ischémie persistante chronique<sup>(2)</sup>

1) Le bilan initial impose une hospitalisation en milieu spécialisé avec une angiographie et expertise multidisciplinaire.

2) Le traitement vise à sauver le membre et à contrôler la douleur. Une revascularisation (par pontage sous-inguinal ou par endoprothèse) sera tentée chaque fois qu'elle est possible, après évaluation du rapport bénéfice/risque. Elle sera suivie par un traitement antiagrégant plaquettaire au long cours.

## En cas d'ischémie aiguë

1) Le bilan initial se résume au diagnostic clinique (aucune exploration ne doit retarder l'intervention).

2) Le traitement commence dès le diagnostic : héparine à doses hypocoagulantes. La désobstruction sera faite en urgence, par thrombectomie chirurgicale, thrombolyse in situ ou thrombo-aspiration, d'après l'artériographie.

\* *Recommandations HAS : prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation) - Avril 2006.*

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

(2) *Définie par des douleurs de décubitus ou des troubles trophiques au moins 15 jours, avec une PAS < 50 mmHg (cheville) ou < 30 mmHg (orteil).*