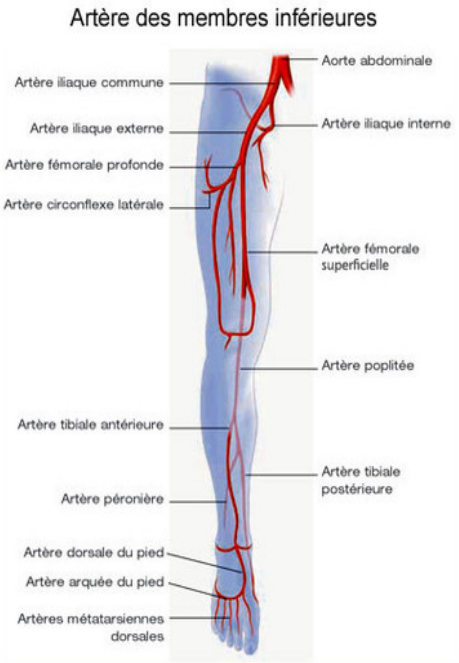
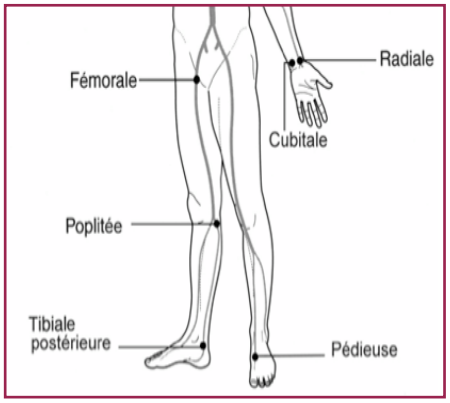
I. Introduction

A. Anatomie



Aorte abdo ➔ iliaque commune ➔ iliaque int + ext ➔ fémorale commune ➔ fémorale sup + prof ➔ poplitée ➔ tibiale post + tibiale ant + fibulaire/péronière



B. Palpation des pouls

- **Systématique, bilatérale, et comparative**
- On compare la chaleur cutanée, la régularité, l'amplitude
- En débutant du proximal au distal
- On mesure la FC, l'absence de pouls

C. Auscultation artérielle

Les artères carotides, sous-clavières, axillaires, aorte abdominale et fémorales

- **Vise à chercher un SOUFFLE**
- **souffle systolique ➔ sténose**
- **souffle systolodiastolique** (cad permanent) ➔**fistule arterioveineuse** (communication entre une artère et une veine)
- Irradiation d'un souffle cardiaque ➔ ce n'est pas parce qu'on a un souffle qu'il y a forcément une sténose

II. AOMI

A. Introduction

↳ déf : **obstruction chronique des membres inf**
Du au dépôt d'une plaque athéromateuse le long des parois
➔ sténose artérielle ➔ occlusion artérielle ➔ ↘ flux sanguin
➔ défaut vascularisation ➔ ischémie + symptômes

2 types d'ischémies :

- ✓ **Ischémie d'effort :** claudication intermittente

Aucun signes au repos mais douleur à l'effort (↗ des besoins en apport sanguin mais les artères sont incapables d'amener assez de sang)

- ✓ **Ischémie de repos :** douleurs de décubitus et troubles trophiques

(allongé, la gravité ne participe plus à la vascularisation)

B. Facteurs de risques

Tabac (+++), HTA, diabète, dyslipidémie, âge, sexe, sédentarité

C. Signes fonctionnels

- **Claudication intermittente :**
  - douleur musculaire à l'effort qui cède au repos.
  - Localisation de la douleur importante pour déterminer le lieu de la sténose.
  - Périmètre da marche

  ➔ Épreuve sur tapis roulant
- **Douleurs de décubitus**

- **Troubles trophiques** (troubles résultant de la mauvaise vascularisation d'un organe/tissu) : nécrose, ulcères artériels



Ulcères artériels : perte de substance d'origine artérielle
– Douloureux
– Bords abrupts, bien limités
– Fond pale ou grisâtre, peu bourgeonnant
– Localisation distale

D. Signes associés

- Amyotrophie
- Pâleur
- Froideur
- Aspect cyanosique des orteils
- Fragilité des phanères (productions épidermiques destinées à protéger la peau) :
  - Peau fripée, atrophique
  - Hyperkératose des zones d'appui
  - DépilaHon

E. Classification clinique de Leriche et Fontaine

• **Stade1**: asymptomatique (aucune gêne, aucun signe d'ischémie), disparition du pouls
• **Stade2**: claudication intermittente
• **Stade3**: douleurs de décubitus (stade ischémique)
• **Stade4**: troubles trophiques avec des nécroses, la gangrène et des ulcères artériels

Stade3 et 4 ➔ ischémies critiques (risque majeur de perte de membre ➔ nécessité de revascularisation)

F. Diagnostic

1. *Index de pression systolique (IPS) :*

↳ **pression systolique à la cheville / pression systolique au bras**
Normal entre 0.9 et 1.3
Si IPS<0.9 ➔ AOMI
(si IPS>1.3 ➔ calcifications artérielles importantes)

2. *Examens paracliniques :*

- **écho doppler artériel** : non invasif mais opérateur dépendant permet la mise en évidence des lésions et la mesure des pressions
  ➔ Bon examen de dépistage mais pas très précis (pour décision d'opérer)
- **angio-scanner** : bonne résolution mais irradiant (RX) et injection de PDC
- **angio-IRM** : interprétation des flux, - précis que scanner et aussi injection de PDC
  ➔ CI de l'IRM
- **artériographie** : ancien examen de ref, invasif +++ (ponction artérielle) et injection de PDC, utilisé en 1er tps d'un acte thérapeutique
  ➔ Utilisation limitée de nos jours

/ !\ pbs artériels aux jambes ➔ pbs artériels ailleurs (cerveau ou cœur par ex ➔ + grave !!!)
➔ Recherche systématique d'autres localisations (maladies polyvasculaires) :

- examen du TSAo
- bilan cardiaque

G. Traitement

1. *Médical (toujours)*

- Prise en charge des FDR : **arrêt tabac (+++)**, TTT HTA/diabète/dyslipidémie
- **Faire de la marche** (dev artères collatérales)
- Antiagrégants plaquettaires
- Vasodilatateur (peu d'intérêt)

2. *Chirurgical (parfois)*

➔ **Systématique en cas d'ischémie critique (de repos)**
➔ Si claudication intermittente serrée après échec du TTT médical bien conduit

- **Chirurgie ouverte** :
  - **Pontage** : courcircuite le segment occlue (pont entre 2 zones saines). En utilisant les propres veines du malade [veines saphènes] ou prothèses)
  - **Thromboendartériectomie** : on ouvre l'artère à l'endroit bouché et on va gratter à l'intérieur de l'artère puis on la referme (exérèse de la plaque athéromateuse)
- **Chirurgie percutanée** :
  - Angioplastie transluminale
  - Ponction artérielle
  - Dilatation à l'aide de sonde à ballonnet
  - Peu invasif, risque d'échec, récidive
- **Amputation** :
  - Échec revascularisation
  - Gangrène sévère sans possibilité de conservation de membre
  - Transtibiale, transfémorale

III. Ischémie Aigue Non Traumatique Des Membres

A. Introduction

- Déf : **insuffisance circulatoire aigue par oblitération de la circulation artérielle**
- Complication grave
- **Urgence chirurgical !**
- 2 formes **: thrombotique** (caillot sur le lieu même) ou **embolique** (un embole part pour obstruer un vaisseau plus loin)

B. Etiologie

- **Embolique** : 10 à 40% (origine cardiaque +++)
- **Thrombotique** : 60 à 90% (dû à une artère pathologique)
- Autres : iatrogène, traumatique, dissection…
- **La cause est souvent inconnue !**

C. Diagnostic

Aucuns examens nécessaires sauf l'examen clinique :

- **Interrogatoire** : heure du début des signes, brutalité, FDR, atcd
- **Examen clinique comparatif** :
  - Douleur
  - Coloration, température
  - Prise des pouls
  - Examen neurologique
- **Diagnostic positif si 5P : Pain (+++), Pallor, Pulselessness (absence de pouls), Paresthesia, paralysis**
- **Orientation diagnostic** :

	embolie	thrombose
Age	jeune	âgé
apparition	brutal	progressif
douleur	Aigue, sévère	Plus modéré
T° cutanée	Très diminuée	Diminue inégalement
Membre collatéral	normal	Absence de pouls, artérite

D. Examens complémentaires

- **Ne doivent pas retarder la prise en charge chirurgicale !!!!!**
- Mais on peut faire (examens rapide):
  - Un bilan pré-op
  - Un ECG (+++)
  - Une imagerie vasculaire non justifiée en urgence
- En post-op : holter ECG, Echo cardiaque, angio-scanner, angio-IRM (bilan étiologique)

E. Traitement

But : rétablir en urgence la perfusion du membre

- **Mise en condition du malade (TTT pré-op)** :
  - Antalgiques (douleur)
  - Héparinothérapie (évite l'aggravation ➔ permet de gagner du temps avant l'opération)
- **Traitement chirurgical** :
  - **Embolectomie (avec une sonde de Fogarty) +++**
  - **Pontage**
  - TTT endovasculaire
  - **Amputation lorsque le membre n'est plus conservable (ischémie de + de 6H)) et lorsque la revascularisation n'a pas marché**

F. Surveillance post-opératoire

Indispensable (+++) et répété (+++)

- **Qualité de la reperfusion** : pouls, douleur, chaleur, troubles neurologiques
  ➔ **Efficacité du TTT ou récidive**
- **Complications du TTT** :
  - Syndrome de reperfusion (complications cardiaques, rénales, respiratoires dû à la reperfusion)
  - Complications voies d'abord (risque de saignement et d'hématome)
  - Drainage
- **Syndrome des loges** :
  - **Complication grave, risque d'amputation**
  - Chir d'urgence ➔ aponévrotomie
  - Œdème interstitiel

G. Traitements associés

- Anticoagulation post opératoire (pour éviter une récidive)
- TTT étiologique après bilan

H. Résultats

➔ **Variables** en fonction de :
- Du délai de prise en charge
- De l'état général du malade et des lésions artérielles associées
- De l'étendue de l'ischémie

➔ Taux de mortalité de 5 à 15% à 1 mois

➔ Amputation dans 10 à 30% des cas