Sémiologie Chirurgicale Artériopathie Oblitérante – Ischémie artérielle aigue

Dr A. Mousnier

CCA Chirurgie Vasculaire

L2 – Appareil Cardio Vasculaire
26/10/2012

Service de chirurgie Vasculaire
Hôpital Saint-Roch

Pathologies artérielles

Obstruction **aigue**

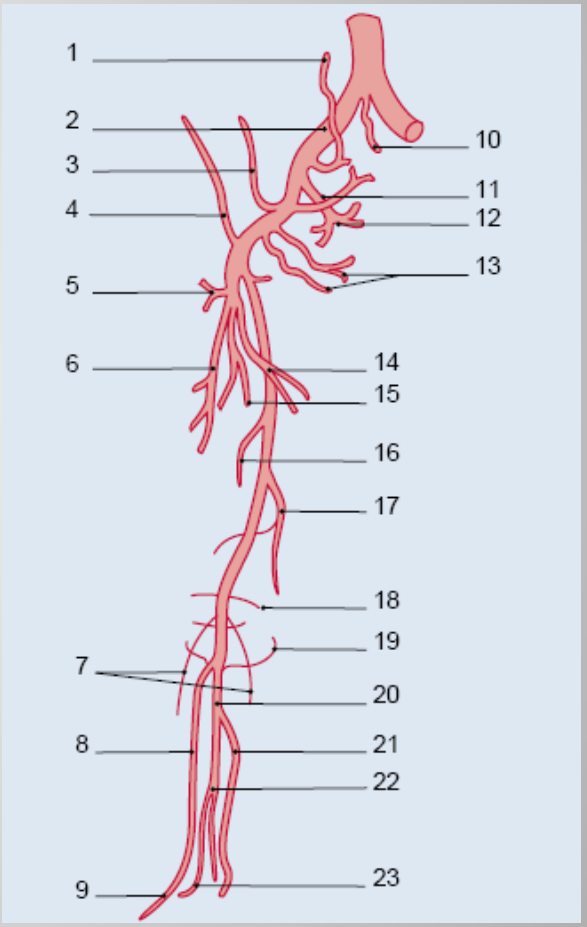
- Ischémie aigue
  - Membres inférieurs +++

Obstruction **chronique**

- Artérite
  - AOMI
  - Lésions inflammatoires

Rappel anatomique

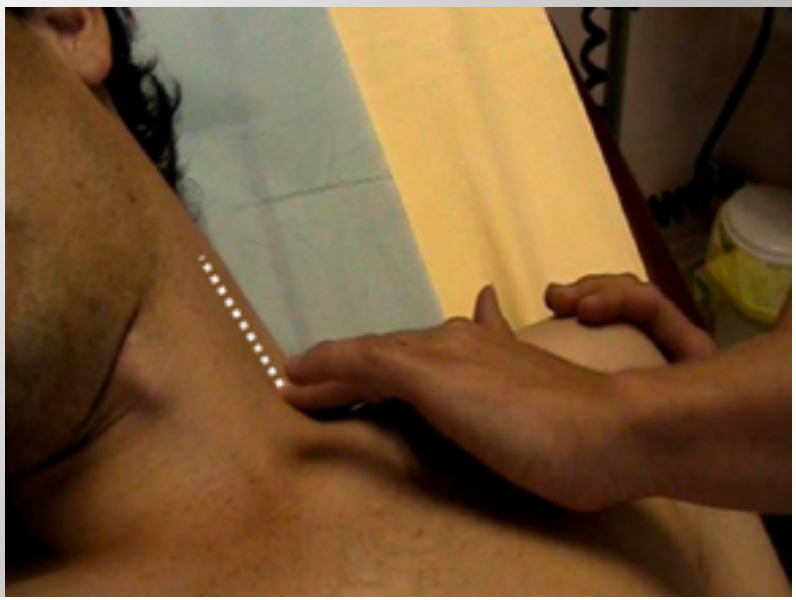
- Aorte abdominale – Artères viscérales
- Iliaque commune
- Iliaque Externe – Interne
- Fémorale commune
- Fémorale Superficielle – Profonde
- Artère poplitée
- Artères Tibiale Ant – Tibiale Post - Fibulaire



Palpation des pouls

- Systématique, bilatéral, et comparatif
  - Fréquence cardiaque, régularité, amplitude
- Membres supérieurs
  - Pouls radial, cubital
  - Pouls huméral (gouttière bicipitale)
  - Pouls axillaire (creux axillaire)
- Pouls carotidien
  - En avant du SCM sous l'angle de la mandibule





Palpation des pouls

- Membres inférieurs
  - Pouls fémoral (pli de l'aine, scarpa)
  - Pouls poplité (creux poplité)
  - Pouls pédieux (face dorsale du pied)
  - Pouls tibial postérieur (en arr malléole interne)



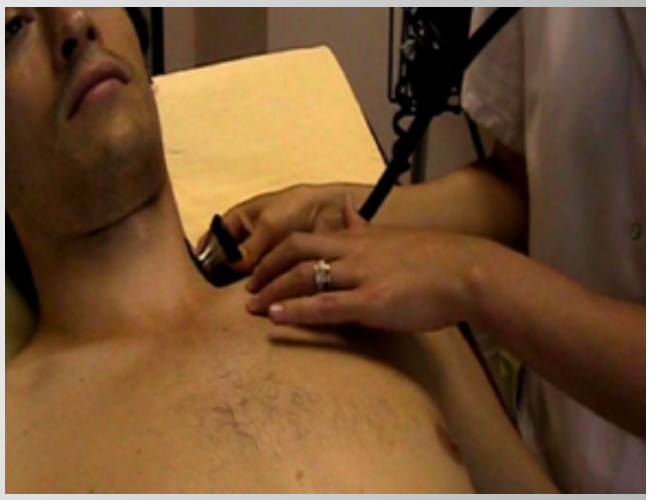






Auscultation artérielle

- Artères carotides, sous-clavières, axillaires, aorte abdominale et fémorales



- SOUFFLE

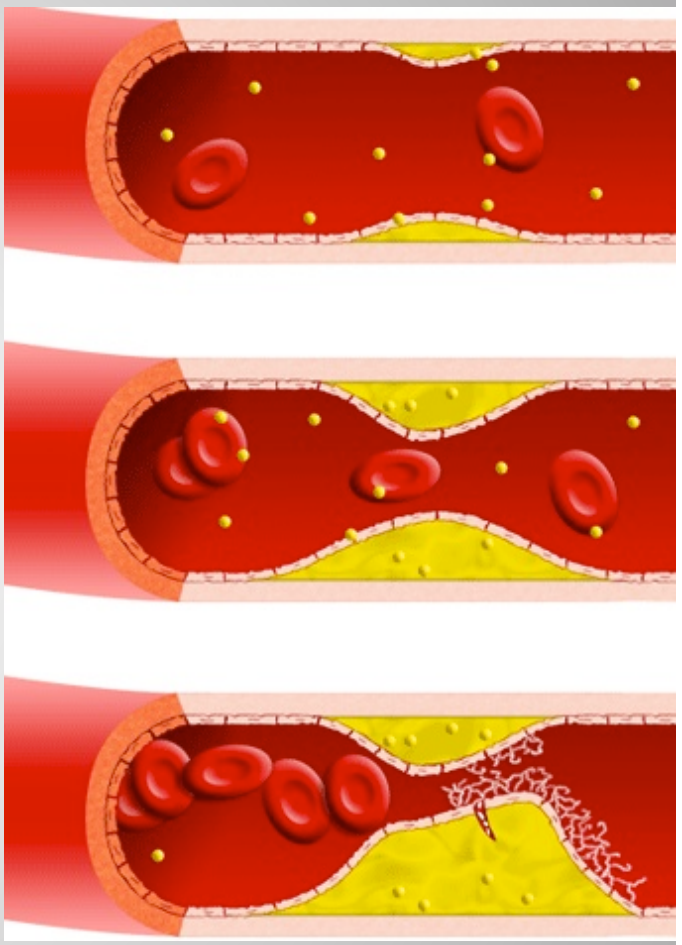
- Sténose = souffle systolique
- Fistule artérioveineuse = souffle systolodiastolique
- *Irradiation d'un souffle cardiaque*

Artériopathie Oblitérante des membres inférieurs

Introduction

- Plaque athéromateuse => Sténose artérielle => Occlusion artérielle
- Diminution du flux sanguin => défaut de vascularisation

- Ischémie d'effort = claudication intermittente
- Ischémie de repos = douleurs de décubitus et troubles trophiques





Facteurs de risque cardiovasculaire

- Tabac +++
- HTA
- Diabète
- Dyslipidémie
- Age
- Sexe
- Sédentarité

Signes fonctionnels

- Claudication intermittente
  - Douleur à l'effort (marche), musculaire (crampe) cède au repos
  - Localisation (mollet, cuisse, fesse)
  - Périmètre de marche
  - Epreuve sur tapis roulant



Signes fonctionnels

- Douleurs de décubitus
  - Ischémie de repos
  - Peut être la 1ere manifestation de la maladie
  - Exacerbée par le décubitus

- Troubles trophiques
  - Nécrose
  - Ulcère artérielle











Ulcère artériel

- Ulcère = perte de substance

- Origine artérielle
  - Douloureux
  - Bords abrupts, bien limité
  - Fond pale ou grisâtre, peu bourgeonnant
  - Localisation distale



Signes associés

- Amyotrophie
- Pâleur
- Froideur
- Aspect cyanosique des orteils
- Fragilité des phanères
  - Peau fripée, atrophique
  - Hyperkératose des zones d'appui
  - Dépilation

Classification clinique de Leriche et Fontaine

- **Stade 1 :** asymptomatique, disparition de pouls
- **Stade 2 :** claudication intermittente
- **Stade 3 :** douleurs de décubitus
- **Stade 4 :** troubles trophiques

- **Stade 3 et 4** => **ischémie critique** (risque majeur de perte de membre => nécessité revascularisation)

Index de Pression Systolique

- Rapport des pressions entre cheville et bras
- Normal 0,9 à 1,3
- AOMI si < 0,9

- Inutilisable en cas de calcifications artérielles importantes (médiacalcose) IPS >1,3







Index de Pression Systolique

IPS	Interprétation
≥1,3	Médiacalcose
O,9≤IPS<1,3	Normal
O,5≤IPS<0,9	Insuffisance circulatoire artérielle
≤O,5	Ischémie sévère





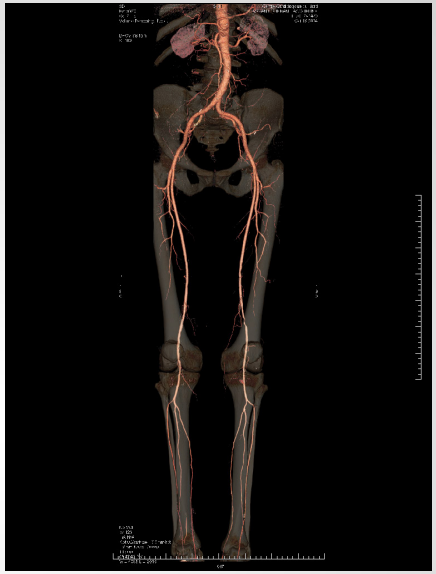
Examens paracliniques

- Écho doppler artériel
  - Non invasif, opérateur dépendant
  - Mise en évidence des lésions et mesure des pressions



Examens paracliniques

- Angio-scanner
  - Bonne résolution
  - Injection de PDC
- Angio-IRM
  - Image de flux
  - CI de l'IRM







Examens paracliniques

- Artériographie
  - Ancien examen de référence
  - Invasif +++ (ponction artérielle), injection de PDC
  - Souvent réservé en 1er temps d'un acte thérapeutique (dilatation)



- Malades polyvasculaires => recherche systématique d'autres localisations
  - Examen des TSAo
  - Bilan cardiaque (ECG, épreuve d'effort, scinti, coro, …)

Traitement

- Traitement médical **TOUJOURS**
- Traitement chirurgical **PARFOIS**

Traitement médical

- Prise en charge des FDR cardio vasculaires
  - Arret du tabac +++
  - TTT HTA, diabete, dyslipidémie
- Marche +++ (dvlp artères collatérales)
- Antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel)
- Vasodilatateur (éfficacité faible, peu d'intérêt)

Traitement chirurgical

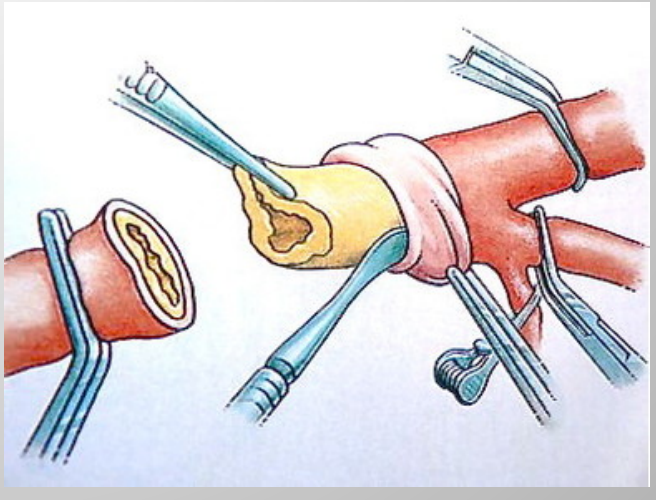
- Systématique en cas **d'ischémie critique**
- Claudication intermittente serrée après échec du TTT médical bien conduit
- **Chirurgie « ouverte »**
  - Pontage
  - Thromboendartériectomie
- **Chirurgie percutanée**
  - Angioplastie transluminale (dilatation) +/- pose de stent
- **Amputation**
  - Échec revascularisation
  - Gangrène sévère sans possibilité de conservation de membre
  - Transtibiale, transfémorale
- Indication selon la topographie, l'étendue des lésions et l'état général du malade

Chirurgie « ouverte »

- Pontage
  - Courcircuite un segment artériel pathologique
  - Utilisation des veines saphènes, prothèses vasculaires synthétiques, allogreffes artérielles



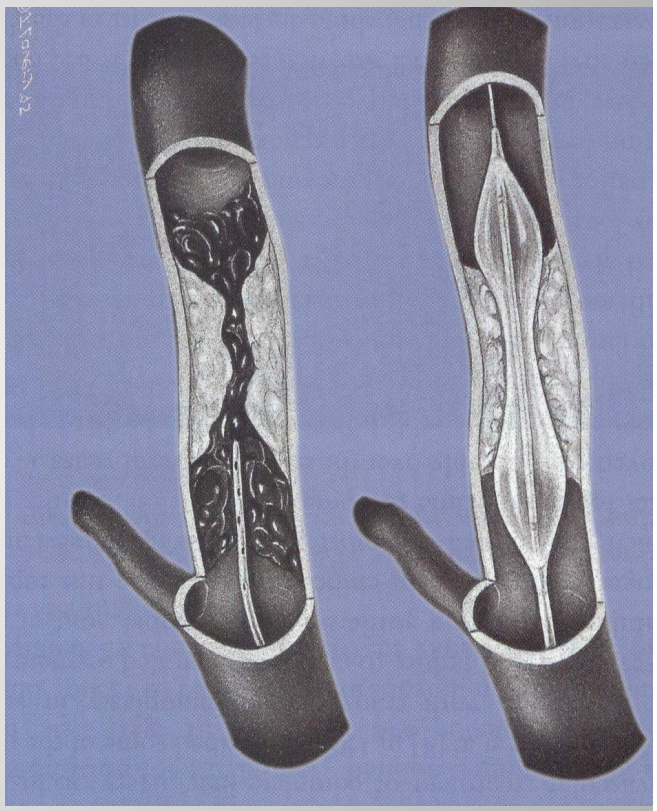
- Endartériectomie
  - Traitement de lésion focale
  - Exérèse de la plaque athéromateuse

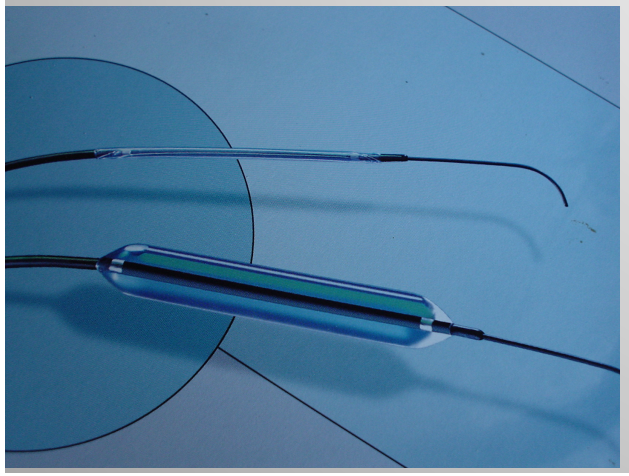


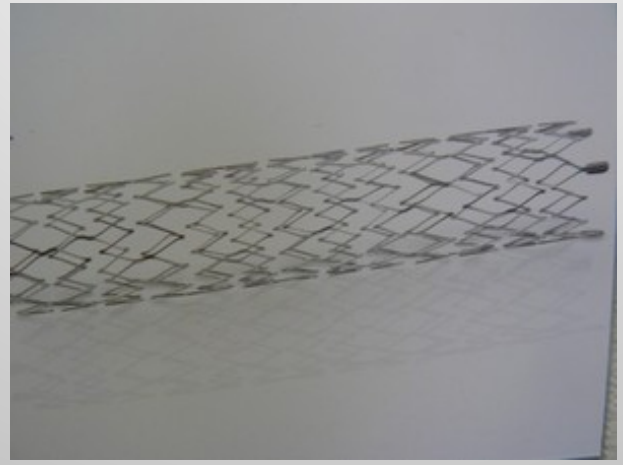
Chirurgie percutanée

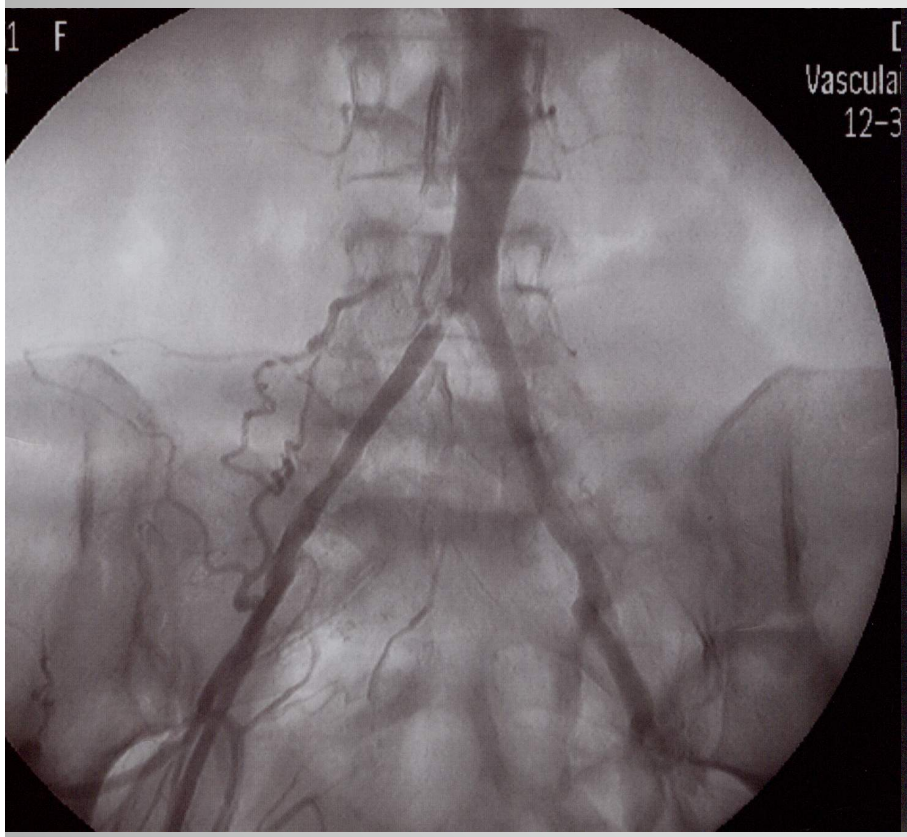
- Angioplastie transluminale
- Ponction artérielle
- Dilatation à l'aide de sonde à ballonnet

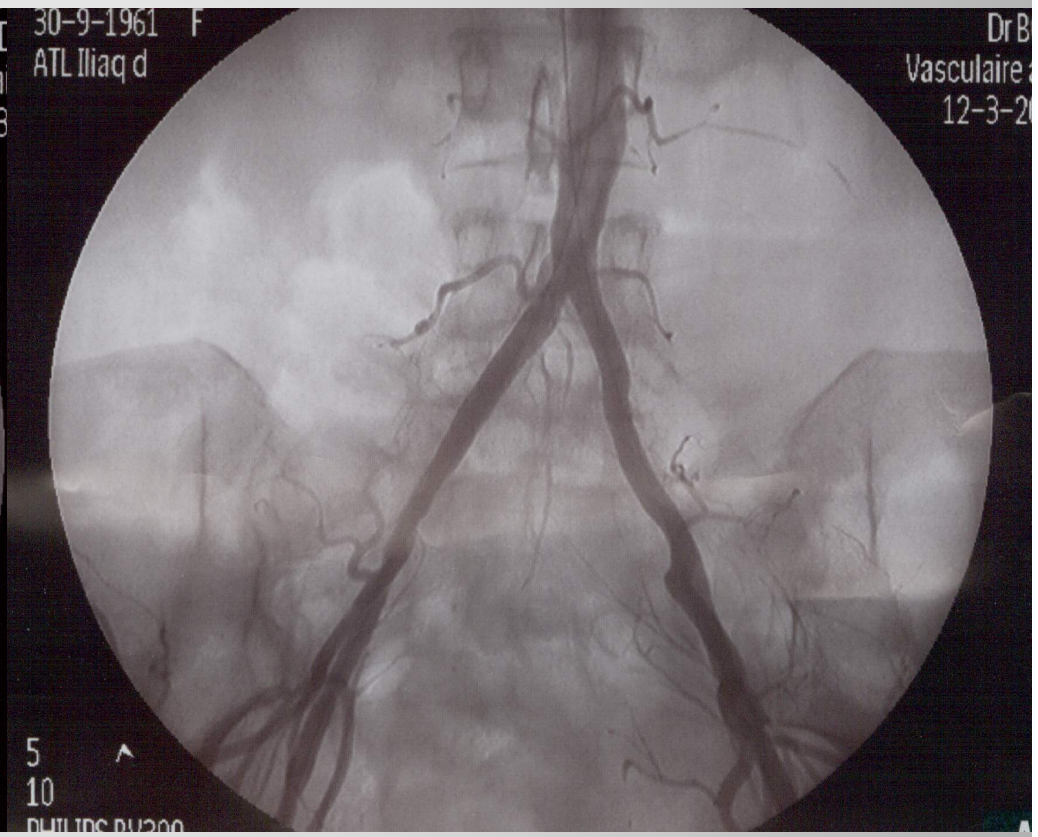
- Peu invasif, risque d'échec, récidive



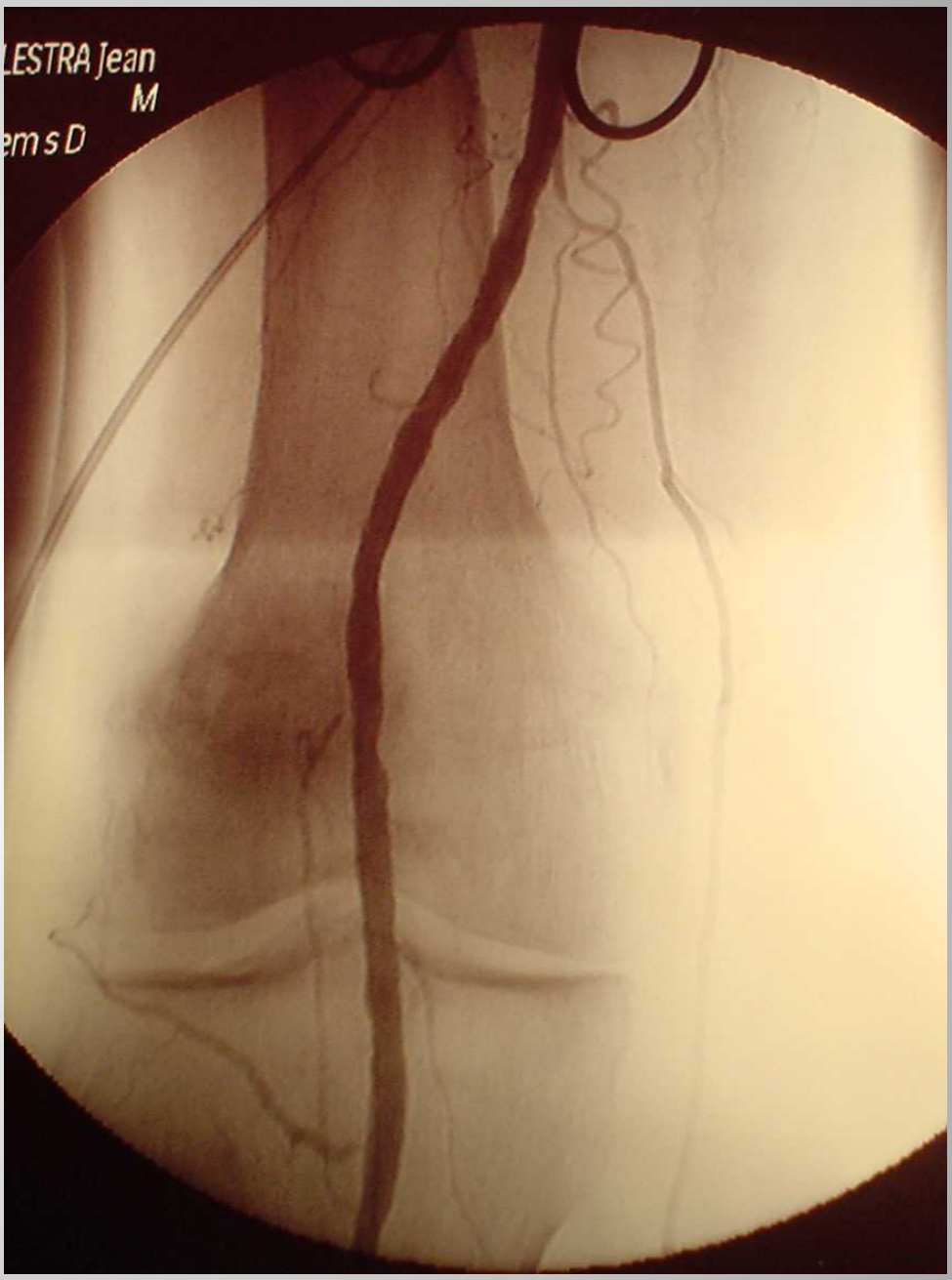





1 F
Vasculai
12-3


30-9-1961 F
ATL Iliaq d
Dr B
Vasculaire
12-3-2
5
10


Jean
M


LESTRA Jean
M
em s D

Conclusions

- Pathologie fréquente
- Conséquences variables
  - Gene fonctionnelle
  - Amputation de membre
- Prise en charge globale de la MCV
  - Recherche systématique d'autre localisations

Ischémie Aigue Non Traumatique Des Membres

Introduction

- Complication vasculaire **grave**
- **Urgence** chirurgicale
- ***Def:*** *insuffisance circulatoire aigue par oblitération de la circulation artérielle*
- 2 formes: EMBOLIQUE / THROMBOTIQUE
- Incidence 14/100,000 *(Davies 1997)*

Étiologies

- Embolique : 10 à 40%
  - Origine cardiaques +++
- Thrombotique : 60 à 90%
  - Artères pathologiques
- Autres : iatrogène, traumatique, dissection, …
- Cause souvent inconnue !!!

Diagnostic

- Aucun examen nécessaire au diagnostic

- Examen clinique:
  - Diagnostic positif, orientation étiologique
  - Gravité, niveau de l'obstruction
  - Recherche d'autres localisations
  - Évaluer état général / opérabilité

Diagnostic clinique

- Diagnostic positif
  - Douleur
  - Pâleur
  - Abolition des pouls
  - Troubles neurologiques



- *« 5P » : Pain, Pallor, Pulselessness, Paresthesia, Paralysis*

Diagnostic clinique

- Interrogatoire :
  - Heure du début des signes, brutalité
  - Facteurs de risque vasculaire
  - Antécédents (vasculaire, cardiaque, …)

- Examen clinique (examen comparatif)
  - Douleur
  - Coloration, température
  - Prises des pouls
  - Examen neurologique



Orientation diagnostique

	EMBOLIE	THROMBOSE
Age	Jeune	Agé
Apparition	Brutal	Progressif
Douleur	Aigue, sévère	Plus modérée
Température cutanée	Très diminuée	Diminuée inégalement
Membre controlatéral	Normal	Absence de pouls, artérite

Examens complémentaires

- **Ne doivent pas retarder la prise en charge chirurgicale !!!**

- Bilan pré opératoire
- ECG +++
- Imagerie vasculaire non justifiée en urgence

- *En postopératoire: holter ECG, écho cardiaque, angio scanner, angio IRM (bilan étiologique)*

Traitement

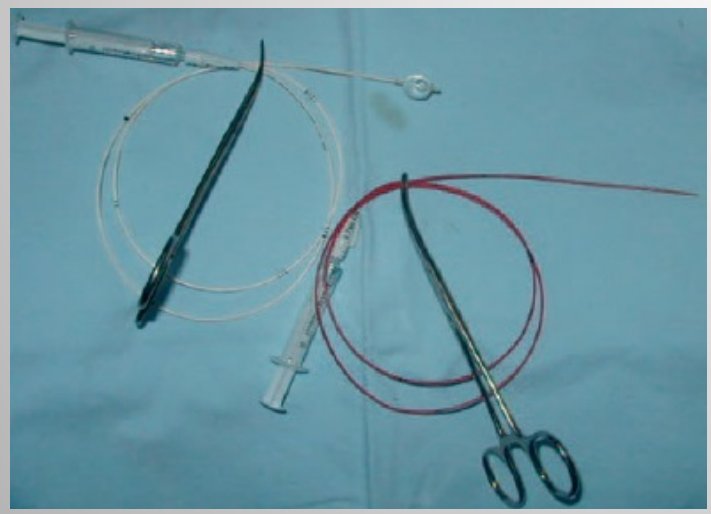
- Urgence médicochirurgicale
- BUT: rétablir en urgence la perfusion du membre

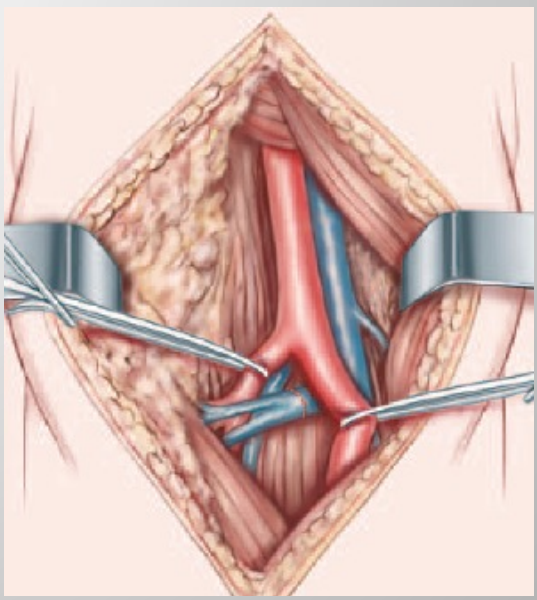
- Mise en condition du malade
  - Antalgiques IV
  - Héparinothérapie

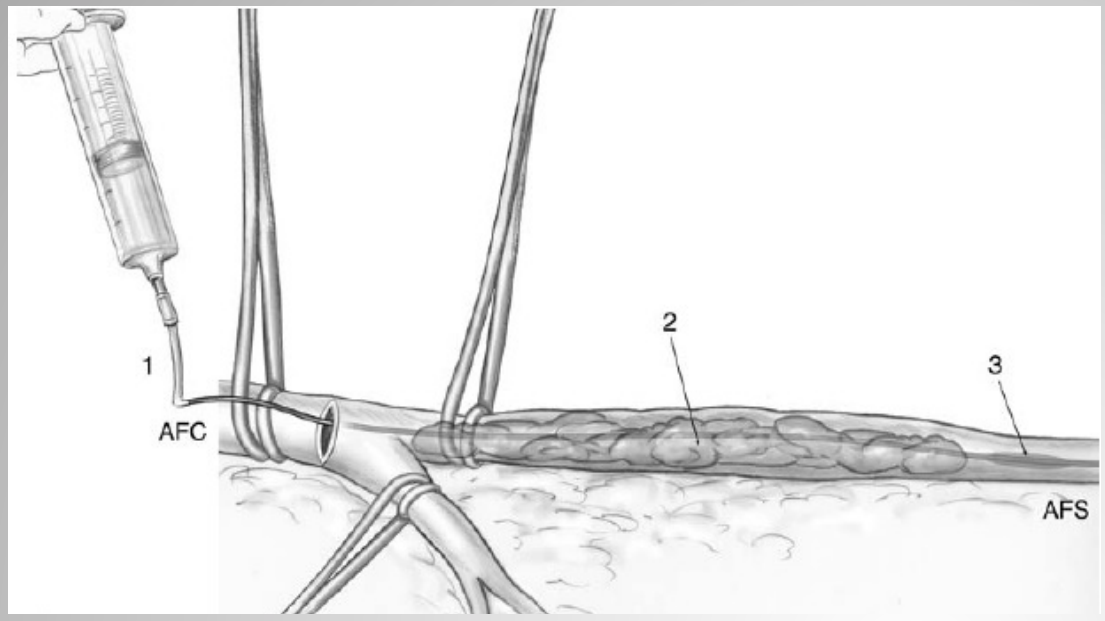
- Traitement chirurgical fonction de l'étiologie
  - Embolectomie
  - Revascularisation chirurgicale ou endovasculaire
  - Thrombolyse
  - Amputation

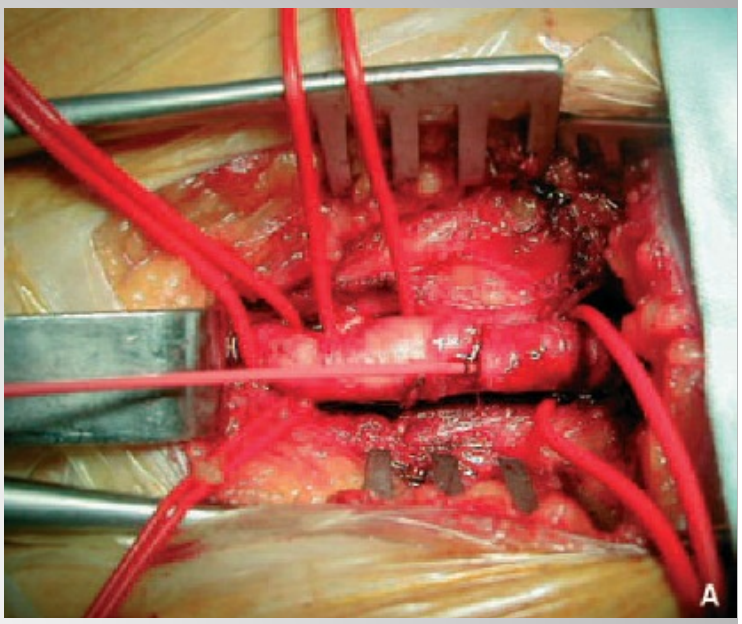
Embolectomie à la sonde de Fogarty

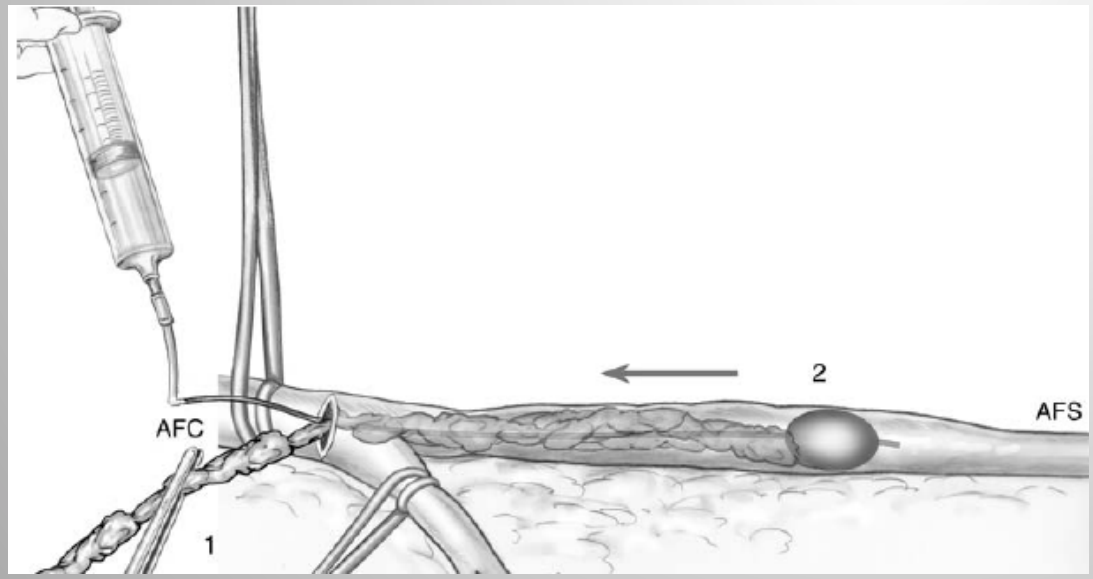
- Abord du scarpa, ou poplité
- AL, ALR ou AG

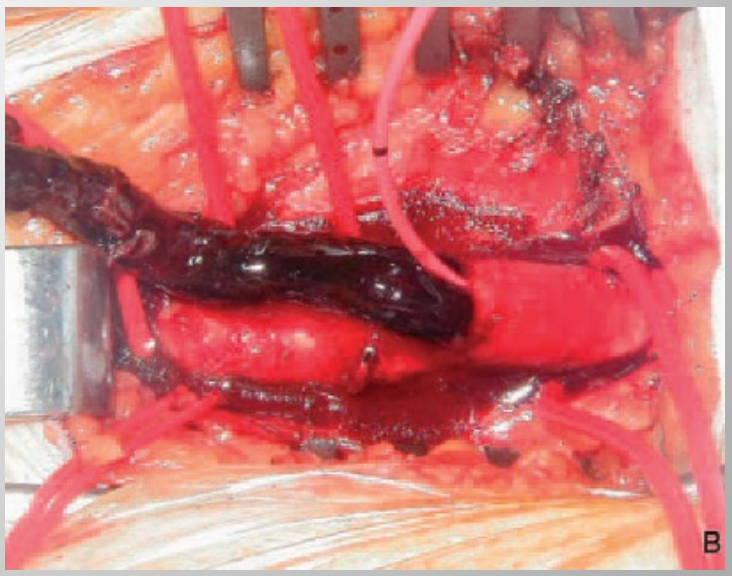





1
AFC
2
3
AFS


A


AFC
2
AFS
1

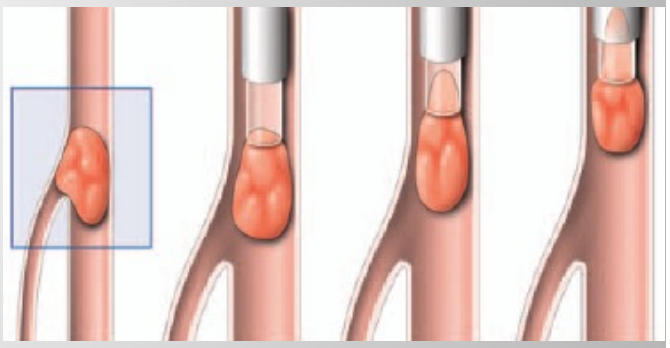

B

Traitements chirurgicaux

- Pontage
  - Lésions multiples et étendues, thrombose d'anévrysme, échec embolectomie simple
- Amputation
  - Ischémie dépassée (membre non conservable)
  - Échec revascularisation

Traitements endovasculaires

- Angioplastie +/- stent
  - Lésions courtes



- Thromboaspiration
  - Aspiration percutanée de l'embole

- Thrombolyse in situ
  - Lyse du thrombus par l'intermédiare d'un cathéter qui délivre in-situ un agent fibrinolytique (Urokinase, rt-PA (Actilyse®))

Surveillance postopératoire

- Indispensable +++ Répétée +++

- Qualité de la reperfusion : pouls, douleur, chaleur, déficit neurologique
  - Efficacité du TTT
  - Récidive

- Complications du traitement
  - Syndrome de reperfusion (complications rénales, cardiaques, respiratoire)
  - Complications voies d'abord (hématome)
  - Drainage

- Syndrome des loges
  - Complication grave, risque d'amputation
  - Urgence chirurgicale => aponévrotomie
  - Oedeme interstitiel



Traitements associés

- Anti coagulation post opératoire
  - Eviter la récidive
- Traitement étiologique après bilan
  - Correction d'un trouble du rythme
  - Réfection d'un pontage
  - Traitement d'un anévrysme
  - …

Résultats

- Résultats variables
  - Fonction du délai de prise en charge
  - État général du malade, lésions artérielles associées
  - Étendue de l'ischémie
- Taux de mortalité 5 à15% à 1 mois
- Amputation 10 et 30%

Conclusions

- Urgence chirurgicale fréquente et grave
- Diagnostique clinique
- Risque d'amputation en l'absence de revascularisation
- Prise en charge étiologique indispensable pour éviter la récidive

Questions complémentaires

mousnier.a2@chu-nice.fr

04.92.03.38.35