



Cas clinique

Prise en charge initiale d'une ischémie d'effort

Vanida Pangnarind

DESC médecine vasculaire

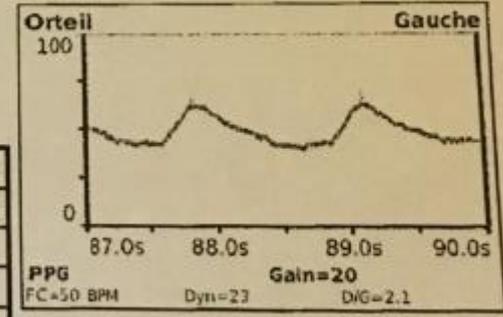
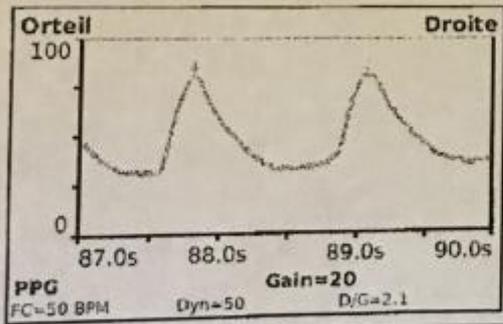
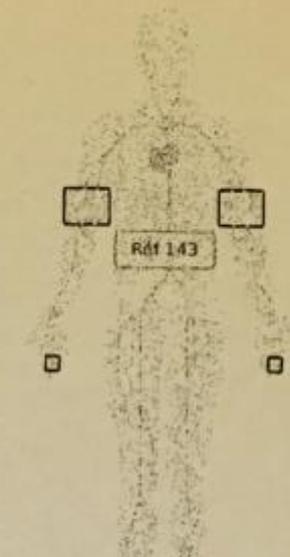
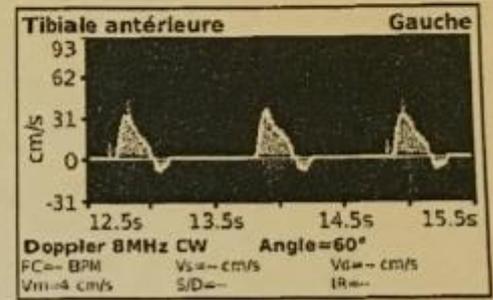
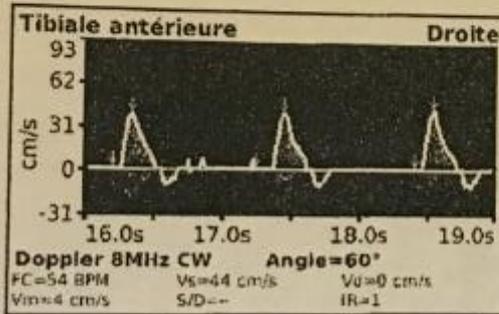
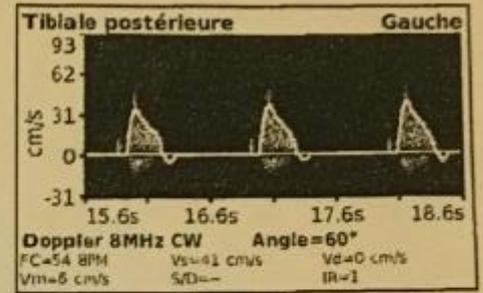
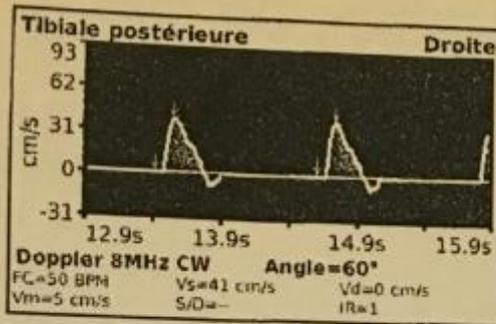
26/03/2021

Mme Z 63 ans

- Motif de consultation :
 - Douleur membre inférieur gauche à la marche depuis 4 mois
- Antécédents et FDRCV :
 - Tabagisme actif
 - Dyslipidémie
 - Pas d'autre antécédent notable
- Traitement : aucun

Clinique

- Douleur à type de crampe après une marche de 300m environ
 - Toujours au mollet gauche
 - Imposant l'arrêt de l'effort
 - Pas de douleur au repos,
 - Pas de trouble trophique
-
- Pas d'argument pour une douleur d'origine rhumatologique, ni neurologique



| Nom de vaisseau | Droite | | Gauche | |
|--------------------------------|------------|------|------------|------|
| | Press mmHg | IPS | Press mmHg | IPS |
| Tibiale antérie... | 110 | 0.77 | 87 | 0.61 |
| Tibiale posteri... | 138 | 0.97 | 93 | 0.65 |
| Orteil | 68 | 0.48 | 64 | 0.45 |
| Resultat | | | | |
| Max: | 138 | 0.97 | 93 | 0.65 |
| Pression humérale de référence | | | 143 | |

- IPS : rapport PAS cheville / PAS brachiale
- Mesure habituelle de la PA au 2 bras, et à la cheville grâce à un doppler de poche, PA des artères tibiales antérieure et postérieure.
- Une valeur < 0.90 permet le diagnostic d'AOMI
- Une valeur > 1.40 signe une incompressibilité artérielle (âge, diabète, IRC avec médiacalcose). Il faut alors prendre la PAS de l'hallux pour porter le diagnostic d'AOMI (rapport < 0.70 dans ce cas)

Bilan complémentaire

- Test de marche :
 - Méthode standardisée sur tapis roulant pour déterminer une distance de marche, après avis cardiologique.
 - On mesure la PAS à la cheville avant le test, à l'apparition de la douleur et à sa récupération complète.
 - Une AOMI provoquera une baisse de tension à l'arrêt de l'effort.
 - Une baisse > 30 mmHg et/ou $> 20\%$ de l'IPS après effort sont en faveur d'une AOMI.

Test de marche

- Chute des pressions distales de
 - 43% à droite
 - 56% à gauche
- DM : 275m

Echodoppler artériel

- A droite :
 - Sténose iliaque externe VMS 220cm/s , rapport 1.5-2 40-50%
- A gauche :
 - Axes iliaques perméables sans sténose
 - Athérome fémoro poplité sans plaque ni sténose au niveau de la bifurcation fémorale
 - AFP de bon calibre
 - Sténose AFS >70% au niveau du Hunter VMS 320cm/s, rapport 4
 - Flux poplité ralenti 40cm/s sans démodulation
 - Axes jambiers perméables avec flux triphasique jusqu'en distalité

Classifications de l'AOMI

| Clinique / hémodynamique | | Leriche et Fontaine | | Rutheford | | |
|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------|-----------|----------------------------|
| Stade | Clinique | Grade | Clinique | Grade | Catégorie | Clinique |
| 1 | asymptomatique | I | asymptomatique | 0 | 0 | asymptomatique |
| 2 | ischémie d'effort | II A | claudication intermittente, >200m | I | 1 | claudication légère |
| | | II B | claudication intermittente, <200m | | 2 | Claudication moyenne |
| 3 | ischémie de repos | III | douleur de décubitus | | II | 4 |
| | | IV | troubles trophiques | III | 5 | Perte mineure de substance |
| | | | | IV | 6 | Perte majeure de substance |

Bilan complémentaire

- MAPA : pas d'HTA
- Aorte : sans particularité
- ECG : normal
- ETT : sans anomalie
- Epreuve d'effort sans anomalie
- Biologie :
 - LDL 1,89g/L,
 - pas de diabète
 - Pas de syndrome inflammatoire

Prise en charge

- Non médicamenteuse :
 - Sevrage tabagique
 - Réadaptation à la marche
- Médicamenteuse :
 - Statines : objectif LDL < 0,7g/L
 - AAP

Evolution à 3 mois

- Patiente très gênée au quotidien
 - Souhaite pouvoir se déplacer librement
 - Absence d'amélioration malgré le traitement médical
- ⇒ Avis chirurgien vasculaire
- ⇒ Angioplastie réalisée



