

# Objectif 131 : Artériopathie oblitérante de l'aorte et des membres inférieurs

Module 9 : "Athérosclérose - Hypertension - thrombose"

## Objectifs généraux du module

L'étudiant doit connaître les facteurs de risque, les complications et le traitement de l'athérome et de l'hypertension artérielle. La prise en charge du malade polyathéromateux doit être envisagée dans sa globalité, au long cours ou lors d'une complication. L'étudiant doit connaître les procédures de prévention, de diagnostic et de traitement de la maladie thrombo-embolique artérielle et veineuse.

### OBJECTIFS

de Médecine Physique et de Réadaptation

- 1 - Connaître les effets de la réadaptation au cours de l'artériopathie des membres inférieurs (AMI)
- 2 - Rapporter les modalités de la réadaptation au cours de l'AMI

## 1 - Connaître les effets de la réadaptation au cours de l'artériopathie des membres inférieurs (AMI)

- A la différence de la maladie coronarienne, l'impact de la réadaptation sur la mortalité cardio-vasculaire au cours de l'AMI n'a pas encore été évaluée. Ceci représente un frein au développement de cette réadaptation, malgré la mortalité élevée de cette population de patients, comparativement à la population générale dans la même tranche d'âge (mortalité multipliée au moins par trois, avec une origine coronarienne dominante).
- Par contre un effet est connu depuis longtemps et a été objectivé par de nombreuses études, c'est l'augmentation de la distance de marche chez le patient claudicant artériel rééduqué : amélioration en moyenne de 150 %, supérieure à celle qu'entraîne une revascularisation par angioplastie.
- Ceci est sous-tendu par une élévation des capacités oxydatives musculaires liée au reconditionnement à l'effort (augmentation de 20 % en moyenne des performances aérobies mesurées par le pic de VO<sub>2</sub>).
- Si les pressions périphériques artérielles mesurées à la cheville ne sont pas modifiées, on note à moyen terme une amélioration de la compliance artérielle associée à une meilleure adaptation réflexe microcirculatoire.
- Il existe par ailleurs de meilleures conditions hémorhéologiques après réadaptation (augmentation des capacités fibrinolytiques, diminution de l'adhésion plaquettaire).
- Ceci se traduit sur le plan fonctionnel par une amélioration du niveau d'activité quotidienne avec pour corollaire une meilleure qualité de vie.

## 2 - Rapporter les modalités de la réadaptation au cours de l'artériopathie des membres inférieurs (AMI)

- Ces modalités sont fondées sur une prise en charge globale de ces patients (le plus souvent polyvasculaires, polypathologiques et aux facteurs de risque multiples), tenant compte :
  - de la topographie des lésions d'AMI, de leur gravité (bilan angiologique préalable), de leurs répercussions fonctionnelles (activités quotidiennes, activités socio-professionnelles, loisirs).

- de l'importance du déconditionnement à l'effort,
  - de l'existence d'une coronaropathie associée,
  - des facteurs de risque (tabac, diabète, HTA, dyslipidémie...) et de leur contrôle antérieur,
  - des déficiences éventuellement associées (hémiplegie, troubles cutanés, amputation, atteintes orthopédiques, bronchopulmonaires...),
  - des capacités d'adhésion de chaque patient à des objectifs personnalisés de réduction des facteurs de risque et de modification de l'hygiène de vie.
- L'axe de cette réadaptation reste le **reconditionnement à l'effort** fondé à la fois sur :
- des exercices globaux (marche, tapis roulant, bicyclette et manivelle ergométriques...)
  - et sur des exercices analytiques centrés sur les groupes musculaires en aval des lésions artérielles les plus sévères, (de façon à éviter le phénomène de vol circulatoire au détriment des territoires distaux en cas de recrutement privilégié des muscles en amont des lésions d'AMI).
- L'objectif dans tous les cas est d'améliorer les capacités oxydatives musculaires.
- La pratique d'un **test d'effort maximal** est un élément déterminant ; il a un double objectif :
- **Préventif**
    - Il représente un moyen de dépistage d'une coronaropathie. Celle-ci, première cause de mortalité et très fréquente (plus des 2/3 des cas) chez ces patients, reste le plus souvent asymptomatique. Il n'existe par ailleurs aucune stratégie de dépistage la concernant en France et ces patients particulièrement nombreux (prévalence de 20 % de l'AMI lorsque le critère de dépistage est la chute des pressions artérielles à la cheville) sont exclus des programmes de prévention secondaire.
    - Ce test d'effort est pratiqué sur bicyclette ergométrique, sur tapis roulant ou sur manivelle ergométrique lorsque l'existence d'une claudication artérielle, de troubles cutanés voire d'une amputation rend son caractère maximal impossible (diminution de la sensibilité dans le diagnostic de l'ischémie myocardique d'effort). En cas de signes ECG d'ischémie myocardique apparus en cours de test, une scintigraphie myocardique ou une échographie de stress peuvent être une aide dans la décision pour la pratique d'une coronarographie.
  - **Thérapeutique**
    - Le test d'effort permet d'évaluer les capacités physiques maximales et de fixer la charge utile de travail au cours des exercices globaux de reconditionnement (entre 60 et 80 % de la puissance maximale).
    - Concernant le niveau de sollicitation des territoires musculaires en aval des lésions pariétales artérielles les plus importantes, la règle est de ne pas provoquer au cours des exercices de phénomènes de crampes, afin d'éviter les effets délétères sur le plan métabolique de l'acidose lactique. Une évaluation préalable par contractions répétitives d'intensité croissante est là aussi souvent nécessaire de façon à correctement adapter les techniques de reconditionnement à chaque situation pathologique.
- **Aux techniques de ré-entraînement seront associés** en fonction des cas :
- des mobilisations passives (rétractions tendino-musculaires),
  - une kinésithérapie respiratoire (encombrement ou pathologies bronchopulmonaires chroniques),
  - une rééducation proprioceptive (troubles de l'adaptation de la TA aux modifications posturales),

- un appareillage (orthèses plantaires) en cas de troubles orthopédiques exposant à des lésions cutanées plantaires.

- La **prise en charge des facteurs de risque** représente le deuxième versant de cette réadaptation. Elle s'avère souvent difficile chez ces patients volontiers fatalistes... Elle nécessite l'intervention d'une équipe pluri-disciplinaire (tabacologues, nutritionnistes, diabétologues...) avec un caractère réitéré des conseils par l'ensemble de l'équipe soignante, notamment paramédicale. La prise en charge de chaque facteur de risque doit conduire à l'élaboration avec le patient d'un programme individualisé de réduction du risque cardio-vasculaire.

- Pour l'ensemble de ces raisons de pluri-disciplinarité et de plateau technique, cette réadaptation se déroulera, si possible en ambulatoire, dans un **centre de réadaptation** comportant une unité spécialisée sur le plan cardio-vasculaire.

A noter, lorsque les conditions locales ne permettent pas cette prise en charge, que des protocoles d'entraînement à domicile, encadrés par des équipes spécialisées, peuvent représenter une alternative.

*Dernière mise à jour : 12/2005*