

Mot de passe des 5 et 6 juin 2014 : maladie506

Password, June 5 & 6, 2014 : maladie506

Dre Élise Thibault
Chirurgienne vasculaire

LA MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE 101

(Des membres inférieurs)

Conflit d'intérêts

- Aucun

Principes de base de cette présentation

- ① 1) La chirurgie vasculaire c' est aussi simple que la plomberie: tout est une question de pression!
- ② 2) Ceci est une présentation de « vulgarisation artérielle » : il n'y aura pas de résultat d'étude randomisée ici.
- ③ 3) Toute question est pertinente et permettra à vos confrères/consoeurs d'approfondir le sujet (et à vos patients d'aller mieux) alors SVP : POSEZ LES!

Objectifs

- Savoir reconnaître les éléments pertinents au **questionnaire et à l'examen physique** pour faire un dx d'insuffisance artérielle **aiguë** et **chronique**
- Savoir **classifier** l'insuffisance artérielle en fonction de sa **sévérité**
- Savoir interpréter les résultats des examens paraclinique et connaître leurs limites et leur pertinence
- Prescrire un traitement en fonction du stade clinique du patient et **référer dans un délai approprié.**

Messages « pour apporter » diapos en jaune

- ⦿ Critères de référence en chirurgie vasculaire:
 - IMMÉDIATE / URGENTE
 - SEMI-URGENTE
 - ÉVENTUELLE

Définition

Insuffisance artérielle:

Apport artériel insuffisant pour la demande

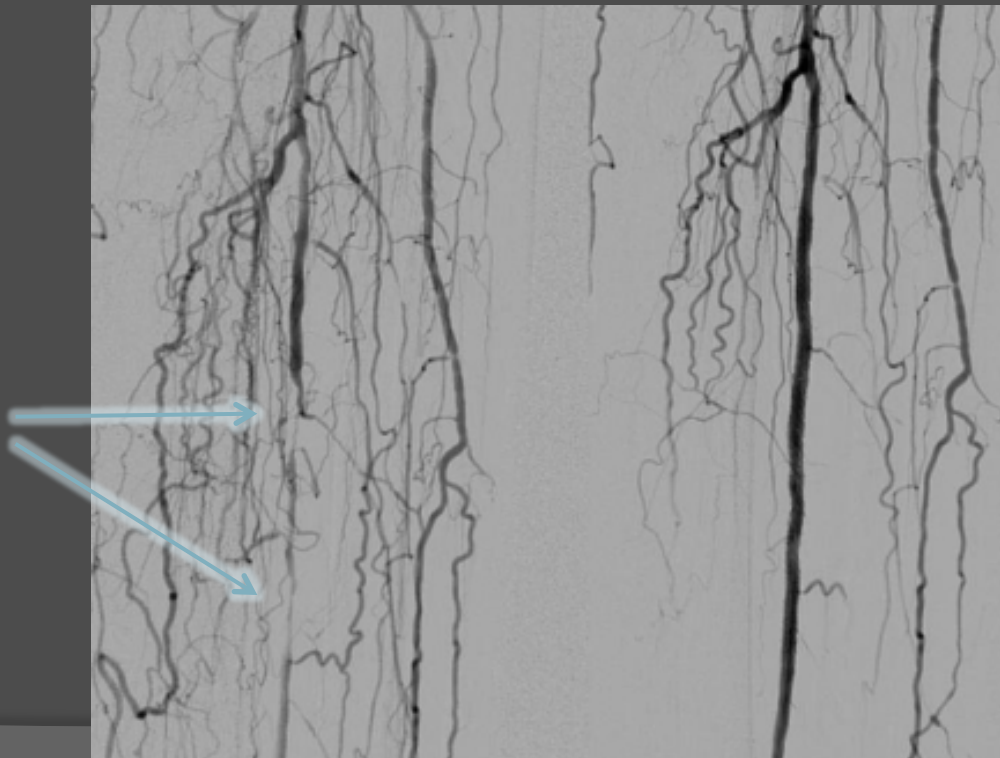
S
É
V
É
R
I
T
É

- Exemples de demande (et symptômes du patient)
 - Effort musculaire (Claudication intermittente)
 - Guérison d'une plaie
 - Irriguer suffisamment les terminaisons nerveuses des pieds en position couchée (Douleur de repos et pied de homard)
 - Maintenir les tissus vivants (gangrène)

Cause de l'insuffisance artérielle:

- Diminution du flot sanguin
- Causée par une occlusion (thrombose) ou rétrécissement (sténose) des conduits (les artères) amenant le sang au membre

sténoses



Post
traitement

Cause de l'insuffisance artérielle:

- La plupart du temps causée par :

l'athérosclérose ou: **un caillot**

Tabac

Diabète

Génétique

Âge

Obésité

Cholestérol

Fibrillation

auriculaire avec

embolie

Thrombose d'une

sténose existante

ou d'un pontage

Thrombose

d'anévrisme poplité

**Questionnaire : facteurs de risque/
ATCD**

Insuffisance artérielle périphérique

- ⊙ L'ASO touche beaucoup plus fréquemment les membres inférieurs
- ⊙ Les cardio-embolies peuvent théoriquement atteindre toutes les artères
 - mb supérieur 14%, aorte à poplitée 73% viscéral 7%
- ⊙ Il existe d'autres causes rare et multiples de maladie non-athérosclérotique des artères
 - Vasculite
 - Radique (radiothérapie)
 - Compression (syndrome de l'artère poplitée piégée, fracture d'un os à proximité)

Y penser quand le patient n'a pas les FR ASO

Exceptions

- ⊙ Rarement, peut être secondaire à un problème de « pompe » plutôt que de « tuyauterie »
 - insuffisance cardiaque sévère
- ⊙ ou de « transport »
 - Hypotension chez un patient « bien compensé »
 - anémie sévère
 - désaturation 2nd MPOC sévère

Différence: manifestations dans les autres systèmes

- pas juste les pieds bleus: mains, lèvres
- dyspnéique\DRS

Répercussions cliniques de l'insuffisance artérielle: notre patient

◎ 2 types d'insuffisance artérielle:

• Aiguë

- Début subit, rapidité du développement des symptômes, patient consulte à l'urgence

• Chronique

- Début insidieux, imprécis
- Patient en parle à son md famille après quelques mois/années
- Peut se présenter à un stade avancé sans vraiment de signes avant coureur

Ischémie aiguë



- Causée par une embolie ou une thrombose in situ d'un vaisseau qui interrompt **subitement** le flot sanguin
- La **sévérité** de l'ischémie dépend de la quantité de sang qui réussit à passer et de la tolérance des tissus distalement
- Les signes et symptômes du patient dépendent du vaisseau occlus et de la sévérité de l'ischémie

Ischémie aiguë

◎ Signes et symptômes: 6 P

- **Pâleur**
- Poïkylothermie : **FROIDEUR**
 - Membre prend la température ambiante
- Pain : **douleur**
- Paralysie: trouble moteur
- Paresthésie: diminution ou **ABSENCE** de sensibilité
- Pouls absent

Critères de Rutherford: sévérité et sauvabilité

- Classe 1: viable, pas de menace immédiate
- Classe 2
 - A: sauvable si traité rapidement
 - B: sauvable si traité immédiatement
- Classe 3: non sauvable même si traité, ischémie irréversible



Indices cliniques

| Catégorie | Menace de viabilité/ Pronostic | Déficit sensitif | Déficit moteur |
|-----------|--|----------------------|------------------------------------|
| 1 | Non immédiate Px bon sans séquelles | aucun | aucun |
| 2a | Sauvable si tx rapide | Aucun ou léger | aucun |
| 2b | Sauvable si tx immédiat | Plus que les orteils | oui |
| 3 | Irréversible/non sauvable | Anesthésie complète | Paralysie complète ou rigor mortis |

3: irréversible



Ischémie aiguë

- ⦿ Urgence médicale : **RÉFÉRENCE IMMÉDIATE**
- ⦿ La sévérité de l'ischémie dicte le temps pour revasculariser
 - Séquelles sensibles/motrices ad amputation
 - Syndrôme compartiment / fasciotomies
 - HyperK+/acidose/arythmie/décès lors de la revascularisation
 - Rhabdomyolyse et Nécrose tubulaire aiguë avec insuffisance rénale
- ⦿ Si ischémie sévère (classe 2): 6-8h00
- ⦿ Taux de mortalité de 25% à 30 jours

Ischémie aiguë: principes de traitement

- Anticoagulation dès le dx et stabilisation médicale
- Selon de l'heure du début des sx et de la sévérité de l'ischémie
 - ACO et observation (classe 1)
 - Chirurgie (embolectomie ou pontage / fasciotomie) ou Endovasculaire (thrombolyse locale) (classe 2)
 - Amputation (classe 3)

Pour guider le traitement chercher la cause: embolie ou thrombose?

⦿ Indices au dossier:

- **FA**, Infarctus récent, ATCD d'embolie, mauvaise ACO, histoire de multiples **pontages des MI**

⦿ Indices au questionnaire:

- a-t-il déjà souffert de claudication?

⦿ Indice à l'examen physique:

- **l'autre jambe** : pouls complètement normaux ou signes d'insuffisance artérielle chronique, présence d'anévrisme poplité, cicatrice de pontage/PAC
- Mb supérieur: bcp plus souvent embolie

Ischémie chronique

Des membres inférieurs

Ischémie chronique des membres inférieurs

- ⦿ Diminution progressive de l'apport artériel des membres inférieurs
- ⦿ Grades cliniques de Fontaine:
 - I: asymptomatique
 - II: claudication intermittente
 - III: douleur de repos
 - IV: gangrène/ulcère ischémique
- ⦿ Catégories de Rutherford

| Grade | Category | Clinical Description |
|--------------|-----------------|-----------------------------|
| 0 | 0 | Asymptomatic |
| | 1 | Mild claudication |
| | 2 | Moderate claudication |
| I | 3 | Severe claudication |
| | 4 | Ischemic rest pain |
| II | 5 | Minor tissue loss |
| | 6 | Major tissue loss |

Adapted from Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, et al: Recommended

Minor tissue lost



Major tissue loss



Pour déterminer le stade:

1. Historique/facteurs de risque
2. Questionnaire
3. Aspect des pieds
4. Palpation des pouls

Questionnaire:

- ⦿ Claudication
- ⦿ Dlr de repos
- ⦿ Plaies
- ⦿ Changement de couleur des orteils (...)
 - Avez-vous ou quelqu'un a-t-il vu vos pieds récemment?

Questionnaire: Claudication (Fontaine II)

- ⊙ Douleur des muscles qui survient à l'effort (angine des jambes)
- ⊙ Soulagée par le repos (arrêt de la marche)
- ⊙ Reproductible avec le même travail
 - Sur le plat: distance de marche constante
 - Si charge ou pente: plus précoce
- ⊙ De distal à proximal selon l'artère en cause
 - Cuisses/fesses (aorte/iliaque/fémorale commune)
 - Mollets (fémorale superficielle/poplitée)
 - Rarement: pied seulement (tibiales)

Questionnaire: Claudication (Fontaine II)

- Groupe musculaire touché dépend du site de l'obstruction
- Très dépendante des collatérales
- Très dépendante de la demande musculaire
 - Pour 2 patients avec même maladie artérielle (p.ex: occlusion artère fémorale superficielle, index TH 0,7 pression à l'orteil de 65 mmHg)
 - Patient de 50 ans, facteur, joue au golf
 - Patiente de 85 ans, circule à domicile avec une marchette

Questionnaire: Douleur de repos (Fontaine III)

- Apparition en position couchée (pied à la hauteur du cœur)
- Soulagée en position déclive (OMI)
- Distal aux os du tarse/ parfois autour plaie ou ulcère
- Constante et progressive dans le temps
- Intensité qui nécessite narcotique > 2 semaines

Questionnaire: Gangrène Fontaine IV

- De façon surprenante, souvent pas noté par le patient donc questionnaire : pas vraiment d'indice
- Souvent référé par celui qui a vu le pied



Plaie « artérielle »

- Définition: toute plaie chez un patient ayant une insuffisance artérielle assez sévère pour compromettre la guérison
- Suspicion élevée lorsque:
 - Facteurs de risque MVAS, pas de pouls
 - Apparition d'une plaie avec un traumatisme mineur = classique = changement de souliers/ pédicure/ j'ai enlevé de la corne et.../ onyctomie
 - plaie atone, pas de granulation, nécrose, fibrine, plaie qui s'agrandi quand on la débride



EXAMEN PHYSIQUE

- ① Aspect des pieds
- ① Palpation des pouls

E/P: Claudication

- Souvent absence de changement cutanés
- Souffle abdominal ou fémoral
- Fréquent: absence de pouls distal à la sténose ou à l'occlusion artérielle
- Parfois les pouls sont présents (normaux ou diminués)

E/P Douleur de repos (grade III)

- Pied de homard
- TOUJOURS: Absence de pouls palpable au pied
- Index TH 0.3: P orteil 15-20mmHg
- **Référence semi-urgente (jours)**

Pied de homard



- Blancheur à l'élévation
- Érythème de déclivité
- Témoigne d'une vasodilatation maximale du corps pour réagir à l'ischémie





Plaie artérielle

- **TOUJOURS**: absence de pouls
- Pied de homard/OMI ou pas
- Douleur +++
- Nécrose
- Rebords abrupts/découpés
- Souvent multiples
- Profond/tendons/os
- **Référence semi-urgente (jours)**





E/P Gangrène: Fontaine IV

- ⊙ TOUJOURS absence de pouls
- ⊙ Nécrose cutanée
- ⊙ Zones les moins vascularisées en premier
 - Partie la plus distale
 - Parfois zones de protubérance osseuse
- ⊙ Associée ou pas à douleur de repos (zones ischémique mais non nécrotique plus proximale)
- ⊙ Peut être infectée (humide) ou pas (sèche)

Gangrène sèche

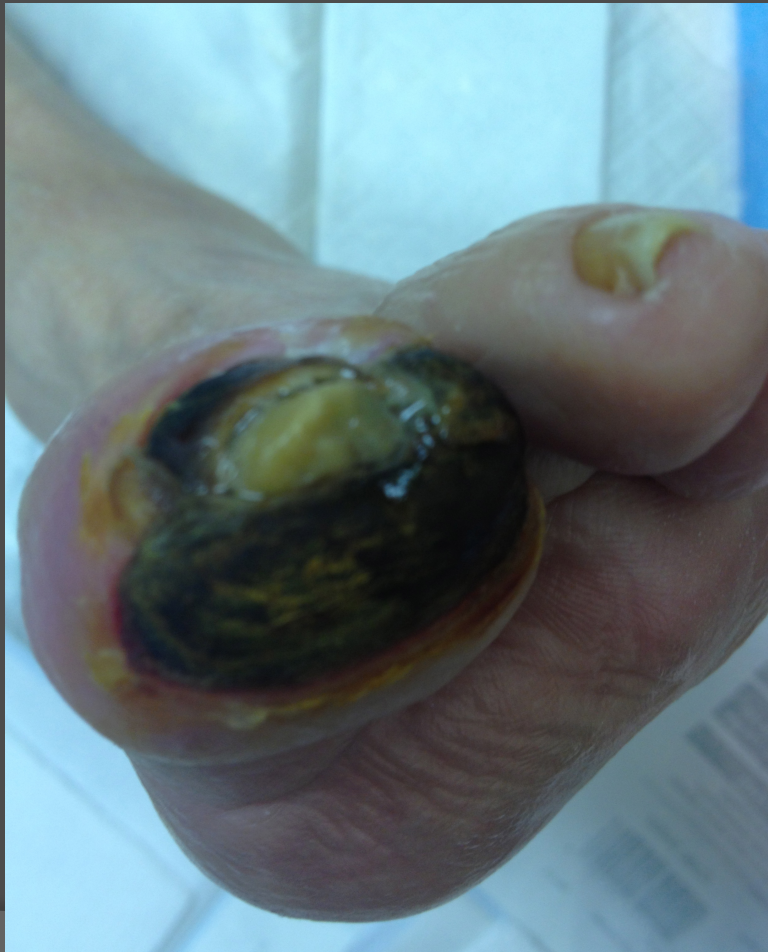


- Noire/brun foncé
- Sèche/croulée/escar/ulcère sec
- Bien délimité
- Inodore
- Pas d'écoulement
- Pas de cellulite
- Assez lent d'évolution (variable sur +/- jours/semaines)
- **Référence urgente (jours)**





Gangrène humide: **urgence** médicale: **RÉFÉRENCE** **IMMÉDIATE**



- Odeur pestentielle
- Mal défini, mou, flou, humide
- Noire/gris, vert, jaune-brun, cyanotique
- Écoulement
- Zone de cellulite autour
- Abscess possible
- Évolution rapide (heures/jours)
- Gangrène gazeuse avec crépitant/ air à la radio
- État septique associé
- Choc/MOF/Décès

Infection d'orteil chez un diabétique avec abcès plantaire



- RÉFÉRENCE IMMÉDIATE

RX simple: air dans les tissus
mous = **référence immédiate**



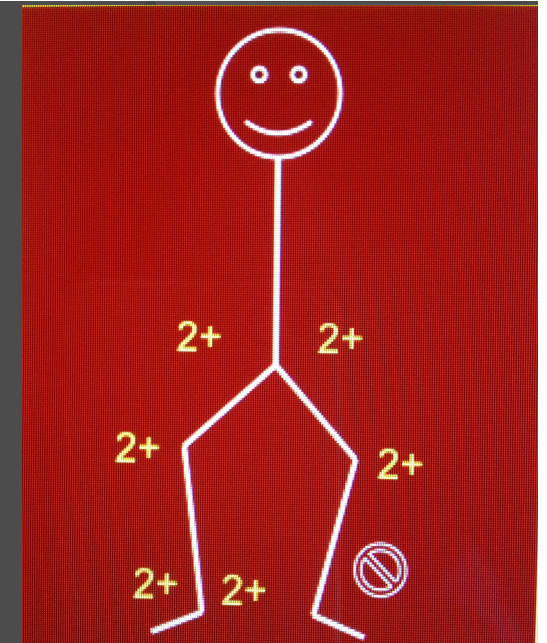


40 mm

W:4095 L:2048
Filtre:Aucun Fact:0
Index exposition: 200.00

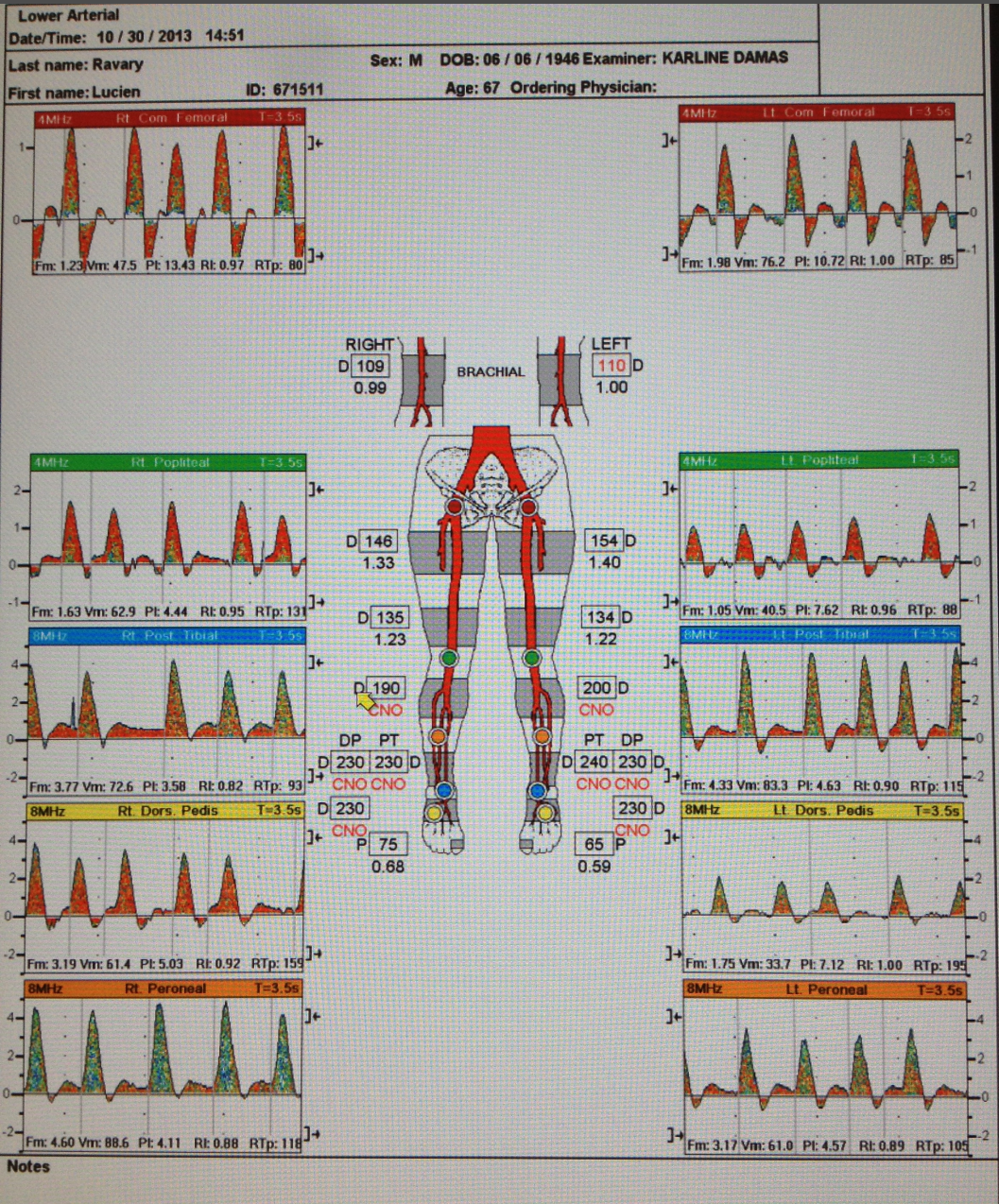
Palpation des pouls

- Pouls possibles en présence de claudication, mais généralement absents
- **Pouls pédieux OU tibial postérieur: élimine d'emblée une insuffisance artérielle sévère/critique:**
 - 80 mmHg nécessaire environ pour palper le pouls dans une artère saine: largement suffisant pour guérir une plaie et assurer une perfusion adéquate
 - Intensité des pouls (1+/2+/4+: ?????? Valeur)
- Refill capillaire (...)
- Flot au doptone (...)
- Souffle aortique/fémoral (...)
- **Parfois il n'y a pas de pouls et il n'y a pas d'insuffisance artérielle**



Patient pas de pouls ...

- Parfois l'absence de pouls ne signifie pas insuffisance artérielle:
 - On peut ne pas le sentir si la peau est épaissie ou le pied très oedématié
 - Médiocalcinose: calcification de la paroi artérielle qui devient rigide et ne transmet pas la pulsation (ne signifie pas que le vaisseau est obstrué et que le sang ne se rend pas au pied)
 - Diabète, IRC, âge avancé
 - On pourra faire la différence à l'EVP
 - Expérience de l'examineur
 - 10-15% des gens 1/2 pouls distal est absent



Évolution naturelle et Tx

Claudication: évolution à long terme

- ⦿ 1-7% d'amputation à 5-10 ans
- ⦿ mortalité: 25-50% à 5 ans
- ⦿ Histoire naturelle défavorable: ITH bas; tabac actif; diabète
- ⦿ **Référence éventuelle** à un spécialiste vasculaire/gestion des FR par md famille

Traitement de la claudication

⊙ Médical: FR /Rx /exercices

- Au minimum: arrêt tabac, anti-plt, évaluation du LDL, diabète, questionner sur autres lits artériels (cérébral, cardiaque)

⊙ Parfois on revascularise si:

- Sx sévères / Limitation au travail
- Espérance de vie longue
- Facteurs de risque bien contrôlés
- Pas d'amélioration avec programme d'exercices supervisés
- Chances de succès de l'intervention élevée
- Risques de la procédure faibles

Ischémie critique des membres inférieurs: définition

- Correspond aux stade de Fontaine III et IV
- Insuffisance artérielle sévère entraînant l'absence de guérison d'une plaie, l'apparition de douleur de repos ou de nécrose des tissus cutanés (gangrène)
- Pression à la cheville de 50-70 mmHG
- Pression à l'orteil de 30-50 mmHg

Ischémie critique (Fontaine III et IV)

- Si non revascularisée, est associée à un taux d'amputation majeure (BK ou AK) important (50% à 6 mois)
- Aussi associée à haut taux de décès, revascularisé ou pas: 25% à 1 an; 70% à 5 ans
- **Référence semi-urgente ou urgente**
- **Traitement: si possible, revasculariser.**





Résumé:

Insuffisance artérielle critique:

- absence de guérison d' une plaie, douleur de repos ou nécrose des tissus cutanés (gangrène)
- Absence de pouls palpables
- Pression à la cheville de 50-70 mmHG
- Pression à l'orteil de 30-50 mmHg
- Haut taux d'amputation si non traitée: autant que possible: revasculariser
- Malheureusement, parfois non revascularisable ou patient ne peut tolérer revascularisation
- On peut prolonger la vie d'un membre avec la prévention des plaies et les soins locaux si non revascularisé

Que faire avec le patient non opérable?

- ⦿ Soulager la douleur
- ⦿ S'assurer d'un environnement de vie sécuritaire/bonne alimentation/etc...
- ⦿ RV planifiés réguliers et leur offrir une voie d'accès si détérioration: contact avec CLSC prn, urgence en dernier recours
- ⦿ Soins locaux de la plaie/gangrène

Soins locaux pour patients non-revascularisables ET en attente de revascularisation

- ⦿ Ne pas débrider (mécanique ou chimique)
- ⦿ Autant que possible: permettre l'assèchement
- ⦿ Éviter la pression (talon/malléole/MEC)
- ⦿ **Prévenir l'infection**
 - Isoler d'un environnement **contaminé**
 - Nettoyer à l'iode/chlorexhidine

Plaie qui a été revascularisée

- Traiter comme toute plaie, en fonction du stade de guérison
- Pas de précipitation pour débrider les croûtes sèches immédiatement après la revascularisation
- Si surface de mise en charge: sandale, botte ou non MEC
- Parfois œdème de reperfusion important: contrôler la macération par l'exsudat/drainage postural/ attention aux bas compressifs sur les pontages !!!

Demandes des md famille/ Messages « pour apporter »

- Critères de référence en chirurgie vasculaire:
 - URGENTE
 - SEMI-URGENTE
 - ÉVENTUELLE
- Index tibio-huméral: pour qui? Comment? Et après?
- Angiographie: c' est le md famille ou le spécialiste qui la prescrit?
- Indication de revascularisation pour la guérison d'une plaie
- Gangrène: quand est-ce qu' on ampute et quand est-ce qu' on observe?
- Soins locaux pour patients non-revascularisables

Quand est-ce qu' on ampute?

- ⦿ L' amputation est **nécessaire** la plupart du temps suite à une **surinfection** majeure du membre menaçant la vie du patient
- ⦿ **Autre raison: douleurs intolérables** du membre ischémique malgré l' analgésie (parfois choisie aussi pour des raisons de confort et de propreté)

Quand est-ce qu' on ampute une gangrène sèche?

- Seulement si les chances de guérison de la plaie d' amputation sont bonnes
- Dans le doute: attendre le plus longtemps possible : délimitation de la nécrose et chances qu' il y ait autoamputation
- On peut essayer « d' assécher » les gangrènes humides si pas trop avancées : IODE
- SVP: aucun pansement humide, pas de trempette, ne pas laisser à l' air sauf si hygiène religieux, éviter tout corps gras