

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Les exercices apportent les bénéfices, les médicaments y contribuent

LUCA CALANCA, LUCIA MAZZOLAI, LAUSANNE

Résumé

■ Il existe une relation entre le taux de survie et la sévérité de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). La baisse du taux de survie concerne autant les personnes symptomatiques que celles asymptomatiques. Le choix d'une prise en charge interventionnelle ou non dépend de la gravité clinique. Cependant, tout patient doit bénéficier d'une prise en charge stricte des facteurs de risque cardiovasculaire ainsi que d'un entraînement à la marche.

Zusammenfassung

■ Zwischen der Überlebensrate und dem Schweregrad der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) besteht ein Zusammenhang. Von der geringeren Überlebensrate sind sowohl Personen mit symptomatischer als auch mit asymptomatischer pAVK der unteren Extremitäten betroffen. Die Entscheidung für oder gegen einen chirurgischen Eingriff hängt vom klinischen Schweregrad der Erkrankung ab. Jeder Patient muss jedoch engmaschig auf kardiovaskuläre Risikofaktoren hin überwacht werden und ein Lauftraining absolvieren.

Riassunto

■ Esiste una relazione tra tasso di sopravvivenza e severità dell'arteriopatia oblitterante degli arti inferiori (AOAI). La riduzione del tasso di sopravvivenza riguarda sia le persone sintomatiche che quelle asintomatiche. La scelta di un trattamento di tipo interventistico o non interventistico dipende dalla gravità clinica. Tuttavia, tutti i pazienti devono beneficiare di un controllo rigoroso dei fattori di rischio cardiovascolari e di un addestramento alla marcia.

■ L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), pathologie en expansion dans les pays industrialisés en raison du mode de vie et du vieillissement de la population, concerne environ 30% des personnes de plus de 70 ans.

L'AOMI est essentiellement une atteinte athéromateuse le plus souvent asymptomatique, une claudication intermittente classique étant présente seulement dans environ 10% des cas. Malgré la fréquence élevée d'une étiologie athéromateuse, le médecin doit être attentif à des contextes cliniques amenant à considérer d'autres étiologies (p. ex. vasculite, piège poplité, kyste adventiciel artériel), qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Les risques associés

L'AOMI peut être associée à une atteinte d'autres territoires vasculaires, en particulier coronarien et (pré-) cérébral. Les patients souffrant d'AOMI ont un risque coronarien ou cérébro-vasculaire significativement augmenté. Une relation entre le taux de survie et la sévérité de l'AOMI est connue, et la baisse du taux de survie des personnes ayant une AOMI concerne aussi bien celles symptomatiques que celles asymptomatiques [1]. Malgré cela, la prise en charge des patients présentant uniquement une symptomatologie aux membres inférieurs est moins stricte que celle concernant des patients avec une manifestation coronarienne ou cérébrale [2].

L'index essentiel

Le diagnostique de l'AOMI repose essentiellement sur la mesure de l'index de pression systolique cheville/bras («ankle/brachial index», ABI), qui est aussi un indicateur de gravité (fig. 1, tab. 1). L'AOMI est généralement classifié selon Fontaine (tab. 2).

Traitement de l'AOMI

La prise en charge de tout patient souffrant d'AOMI se base sur la modification du style de vie (arrêt du tabagisme, exercice physique) et le traitement médicamenteux des facteurs de risque cardiovasculaires.

Les indications au traitement interventionnel (endovasculaire, chirurgical, stimulateur épidural) sont essentiellement les stades III et IV, ainsi que le stade II réfractaire au traitement conservateur. Rappelons cependant que les 70–80% des claudications restent stables à cinq ans [3].



■ Fig. 1: D'abord, prenez la pression systolique de cheville (a) et la plus élevée des deux bras (b) et voilà l'index cheville/bras, l'outil majeur dans l'étude de l'artériopathie des membres inférieurs. Une valeur supérieure de 1,3 indique des artères incompressibles.

Ne pouvant pas traiter de façon exhaustive toutes les options thérapeutiques, nous discuterons essentiellement des aspects relatifs à l'entraînement à la marche et aux traitements médicamenteux.

Exercice physique

L'exercice physique se déroule essentiellement sous forme d'entraînement à la marche. Pour des patients ayant une limitation importante à la marche (p. ex. en cas d'arthrose invalidante), des exercices aux membres supérieurs ont aussi montré une certaine efficacité [4]. Les effets bénéfiques de l'exercice physique ne concernent pas seulement l'amélioration de la capacité de marche. Une amélioration de la qualité de vie et une influence positive sur la mortalité et morbidité sont aussi constatées. L'exercice est aussi à l'origine d'effets favorables sur les facteurs de risque cardiovasculaires [5].

Une publication récente de la Revue Cochrane met en évidence, lors d'exercices, une augmentation du temps de marche de 50 à 200%, une amélioration du temps de marche sans douleur de 100% et de la distance maximale d'au moins 100% [6]. L'entraînement supervisé amène aux bénéfices les

plus importants [7]. En ce qui concerne les hypothèses relatives aux mécanismes à l'origine des bénéfices de l'entraînement, celles-ci ont été décrites dans un article récent [5].

Nous citerons, à titre de résumé et sans être exhaustifs: stimulation de l'angiogénèse, effet anti-inflammatoire, amélioration hémorhéologique, de la fonction endothéliale, de la fibrinolyse et du métabolisme musculaire.

Traitement médicamenteux

Lors d'une atteinte athéromateuse, une antiagrégation plaquettaire, en première intention l'acide acétylsalicylique (ASA), est en principe à introduire [3]. La double antiagrégation (ASA et clopidogrel), voire l'association à une anticoagulation, sont des options thérapeutiques concernant des contextes cliniques particuliers (p.ex. pose de stent, certains types de pontages, voire localisations anastomotiques) qui peuvent être discutées, tout en considérant l'augmentation du risque hémorragique.

Outre les modifications du style de vie, la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires nécessite souvent une approche médicamenteuse. Les effets bénéfiques des médicaments antihypertenseurs et hypolipémiants sur la morbidité et mortalité cardiovasculaire sont bien connus. Nous signalerons néanmoins que certains de ces médicaments ont également démontré une influence positive concernant la claudication.

D'après les analyses des résultats de l'étude 4S (Scandinavian simvastatin survival study), une diminution de l'aggravation de la claudication chez les patients sous traitement de simvastatine avait été constatée [8]. Une amélioration du temps de marche asymptomatique a aussi été décrite avec un traitement d'atorvastatine [9].

«Lors d'exercices, une augmentation du temps de marche de 50 à 200% est possible.»

Pression cheville / bras	Sévérité
>1,30	artères incompressibles (p.ex. médiacalcose du diabète)
0,90 – 1,30	AOMI absente
0,75 – 0,90	AOMI légère
0,40 – 0,75	AOMI modérée
<0,40	AOMI sévère

D'autres thérapies ont été évaluées pour l'approche pharmacologique de la claudication. Nous en citerons les principales.

Le cilostazol, un inhibiteur de la phosphodiesterase III, a démontré un effet bénéfique, mais modeste selon les études. Une méta-analyse a constaté une augmentation des périmètres maximal et asymptomatique de 50 et 67%. Outre les effets sur la claudication, des publications apparues en 2009 et 2010 suggèrent un possible apport positif de ce médicament sur la perméabilité après angioplastie, lors de l'ischémie critique, et sur les événements cérébrovasculaires. Ce traitement est contre-indiqué en cas d'insuffisance cardiaque. Le cilostazol n'est actuellement pas commercialisé en Suisse [10–12].

Le naftidrofuryl a montré un certain effet en cas de claudication. Une méta-analyse récente a montré une amélioration de la distance asymptomatique par rapport au placebo. Commercialisé en Suisse, ce médicament doit être utilisé avec précaution chez les patients souffrant d'une insuffisance rénale ou hépatique, ainsi que pour les patients au bénéfice de traitements antiarythmiques et de bêtabloquants (ce dernier médicament, dans le passé souvent à l'origine de discussions par rapport à son utilisation chez les patients artériopathes, n'est pas contre-indiqué en cas de claudication) [13–14].

La pentoxifylline, aux effets rhéologiques, n'a montré qu'un bénéfice marginal, et ce bénéfice est inférieur à celui du cilostazol.

La buflomedil a montré une diminution de la survenue d'événements cardiovasculaires, y.c concernant l'AOMI. Toutefois, l'évidence d'un effet bénéfique de ces médicaments dans l'AOMI reste encore limité [15–17].

D'ailleurs, le buflomedil a été retiré du marché suisse en 2009, et tout récemment (Février 2011) en France, en raison d'un rapport bénéfice/risque considéré défavorable, dans l'atteinte des résultats de la réévaluation européenne.

Dr méd. Luca Calanca

Service d'Angiologie
Av. Pierre Decker 5
CHUV-1011 Lausanne
Luca.Calanca@chuv.ch

Prof. Dr méd. Lucia Mazzolai

Service d'Angiologie
Av. Pierre Decker 5
CHUV-1011 Lausanne
Lucia.Mazzolai@chuv.ch

Tab. 2 Classification de l'AOMI selon Leriche-Fontaine

Stade I	Asymptomatique
Stade II	Claudication intermittente
Stade III	Douleur au repos
Stade IV	Troubles trophiques

Littérature:

1. Diehm C, et al.: Mortality and vascular morbidity in older adults with asymptomatic versus symptomatic peripheral artery disease. *Circulation* 2009; 120(21): 2053–2061.
2. Cacoub PP, et al.: Cardiovascular risk factor control and outcomes in peripheral artery disease patients in the Reduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry. *Atherosclerosis* 2009; 204(2): e86–92.
3. Norgren L, et al.: Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *J Vasc Surg* 2007; 45 Suppl S: S5–67.
4. Walker RD, et al.: Influence of upper- and lower-limb exercise training on cardiovascular function and walking distances in patients with intermittent claudication. *J Vasc Surg* 2000; 31(4): 662–669.
5. Calanca L, et al.: Exercice physique et artériopathie oblitérante des membres inférieurs. *Rev Med Suisse* 2010; 6 : 278–281.
6. Watson L, et al.: Exercise for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4): CD000990.
7. Nicolai SP, et al.: Multicenter randomized clinical trial of supervised exercise therapy with or without feedback versus walking advice for intermittent claudication. *J Vasc Surg* 2010; 52(2): 348–355.
8. Pedersen TR, et al.: Effect of simvastatin on ischemic signs and symptoms in the Scandinavian simvastatin survival study (4S). *Am J Cardiol* 1998; 81(3): 333–335.
9. Mohler ER 3rd, et al.: Cholesterol reduction with atorvastatin improves walking distance in patients with peripheral arterial disease. *Circulation* 2003; 108(12): 1481–1486.
10. Thompson PD, et al.: Meta-analysis of results from eight randomized, placebo-controlled trials on the effect of cilostazol on patients with intermittent claudication. *Am J Cardiol* 2002; 90(12): 1314–1319.
11. Shalhoub J, et al.: Cilostazol may improve outcome in critical limb ischemia. *Int Angiol* 2009; 28(5): 363–336.
12. Uchiyama S, et al.: Stroke prevention by cilostazol in patients with atherothrombosis: meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2009; 18(6): 482–490.
13. De Backer TL, et al.: Naftidrofuryl for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (2): CD001368.
14. De Backer T, et al.: Naftidrofuryl for intermittent claudication: meta-analysis based on individual patient data. *BMJ* 2009; 338: b603.
15. De Backer T, et al.: Silence of the limbs pharmacological symptomatic treatment of intermittent claudication. *Curr Vasc Pharmacol* 2010; 8(3): 383–387.
16. Dawson DL, et al.: A comparison of cilostazol and pentoxifylline for treating intermittent claudication. *Am J Med* 2000; 109(7): 523–530.
17. Leizorovicz A, et al.: Oral buflomedil in the prevention of cardiovascular events in patients with peripheral arterial obstructive disease: a randomized, placebo-controlled, 4-year study. *Circulation* 2008; 117(6): 816–822.