

Mots clés :
Artérite
Revascularisation
Pontage
Angioplastie
Stent

Artérite des membres inférieurs : place de la revascularisation

Pour l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) de stade de claudication intermittente, les méthodes de revascularisation, chirurgicales ou endovasculaires, semblent séduisantes. Mais par rapport à l'évolution spontanée et au traitement médical, quel est le rapport bénéfice/risque ? Quelles sont les techniques à notre disposition et quels sont les résultats de leur évaluation ? Chez quels patients doivent-elles être proposées, et comment les reconnaître ? Nous tenterons de répondre à ces questions.

Deux grandes techniques

L'angioplastie avec ou sans stent. Elle s'adresse aux lésions localisées, iliaques et fémorales superficielles. Au niveau iliaque le taux de succès immédiat dépasse 90% pour les sténoses, il est à 80% pour les reperméations d'oblitération iliaque. A 1 an la perméabilité est de 80%, à 5 ans de 60%. Il y a 3,6% de complications (embolie distale, faux anévrisme, dissection) dans les sténoses, 6% dans les oblitérations. La mise en place d'un stent est réservée aux résultats hémodynamiques incomplets, aux resténoses après angioplastie, aux reperméations de sténoses iliaques. Au niveau fémoro-poplité les taux d'échec immédiat et à 1 an sont doubles, et à 5 ans la perméabilité serait de 52%².

Les techniques chirurgicales. La chirurgie proximale, aorto-ilio-fémorale, comporte un risque supérieur à celui de la chirurgie distale, mais donne de meilleurs résultats à distance. Dans une méta-analyse de 23 études (8 000 opérés), la mortalité opératoire est de 3,3%, et la perméabilité de 91% à 5 ans, 86% à 10 ans. Des troubles de la fonction sexuelle peuvent survenir dans 30% des cas. Le respect du sympathique pré-aortique les limite. A l'inverse, la revascularisation peut améliorer des troubles sexuels préexistants. La chirurgie sous-inguinale est celle du trépied fémoral et de la fémorale profonde, et les pontages fémoro-poplités sus articulaires. Les pontages prothétiques sont en concurrence avec les pontages veineux, avec une perméabilité d'environ 60% à 5 ans².

Comparaisons chirurgie-angioplastie : une revue systématique de 6 essais (700 patients) ne montre pas de différence claire à distance entre chirurgie et angioplastie en termes de périmètre de marche, taux d'amputations, mortalité, progression de la maladie⁴.

Quel bénéfice en attendre ?

Chez des patients avec claudication intermittente, deux essais randomisés ont montré avec l'angioplastie un bénéfice à court terme sur le périmètre de marche. A plus long terme, le traitement médical, notamment l'entraînement à l'effort, donne de meilleurs résultats sur le périmètre de marche et la qualité de vie³. Aucune étude n'a montré que les méthodes de revascularisation réduisaient la morbi-mortalité cardiovasculaire (amputations incluses) plus que la simple approche médicale³. Il semble y avoir consensus sur le fait qu'un geste local pourrait améliorer la qualité de vie^{2,3}.

A quels patients les proposer ?

Après échec du traitement médical : Si après plusieurs semaines (lésion haute) ou mois (lésion basse) de rééducation de la marche et de traitement de la maladie athéromateuse la gêne fonctionnelle reste invalidante, l'échodoppler est nécessaire.

En fonction de la topographie des lésions :

- les patients avec localisation aorto-iliaque sont les principaux candidats : ils semblent être ceux qui bénéficient le moins du traitement médical, le bénéfice de l'angioplastie est plus durable chez eux, une reconstruction chirurgicale aorto-iliaque permet un bénéfice en un temps pour les fréquentes atteintes bilatérales³. Une sténose iliaque surtout de l'iliaque primitive, une oblitération iliaque courte sont des indications licites pour une angioplastie.

- Devant une sténose localisée de la fémorale superficielle, un geste endovasculaire n'est proposé que pour une gêne importante et persistante malgré un traitement médical optimisé³.

Que conclure pour notre pratique ?

- Le traitement médical optimisé, « the best medical treatment »³, avec sevrage tabagique, réentraînement à la marche, traitement des facteurs de risque cardiovasculaire reste le préalable à tout geste local. C'est en cas de résistance à ce traitement que se discute un geste local.

- Les lésions aorto-iliaques sont les indications préférentielles de l'angioplastie et de la chirurgie. Leur localisation bilatérale est une indication particulière de la chirurgie de reconstruction. Cette bilatéralité peut être suspectée cliniquement par l'abolition des deux pouls fémoraux, ou l'existence de souffles fémoro-iliaques bilatéraux.

- Le bilan lésionnel spécialisé est préalable à toute décision. Il est urgent en cas d'évolution vers une ischémie critique. La problématique des décisions dans ce contexte est différente de celle analysée ici.

Références :

- 1- Collectif. Artérite des membres inférieurs : des données pour le suivi. *Bibliomed*. 2006; 417.
- 2- Flessinger JN et al. Prise en charge d'un patient ayant une claudication intermittente des membres inférieurs. *Rev Prat*. 2005; 55: 1190-97.
- 3- Burns P et al. Management of peripheral arterial disease in primary care. *BMJ*. 2003; 326: 584-8.
- 4- Leng GC et al. Bypass surgery for chronic lower limb ischaemia. *The Cochrane Database of systematic review*. 2000 Issue 3.