

Artérite des membres inférieurs : données pour le suivi

Mots clés :

Artérite
Épidémiologie
Prévalence
Histoire naturelle
Morbidity
Mortalité

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est fréquente mais très souvent méconnue. La prise en charge reste souvent dominée par les symptômes et risques locaux. Pourtant les patients asymptomatiques sont la majorité, et l'évolution locale n'est pas le risque principal de l'AOMI. Pour ces deux raisons, il est utile de bien connaître l'épidémiologie et l'histoire naturelle de l'AOMI, pour comprendre en quoi elles doivent influencer nos attitudes diagnostiques et thérapeutiques. Des études de synthèse anglo-saxonnes¹ et françaises^{2,3} nous permettent de faire le point sur ces aspects.

Une épidémiologie souvent méconnue

L'AOMI est le plus souvent d'origine athéromateuse et ce n'est que celle-ci qui sera l'objet de ce texte.

Trois stades : des formes asymptomatiques (stade 1), l'ischémie d'effort, la plus typique étant la claudication intermittente (stade 2), l'ischémie critique avec douleur de repos et/ou troubles trophiques (stade 3).

Une prévalence importante mais masquée : La majorité des patients sont asymptomatiques ou ont des symptômes atypiques, la claudication intermittente ne concernant que 22% environ des patients avec AOMI. La prévalence globale après 55 ans varie dans les études de 9 à 23%². Elle ne semble pas beaucoup plus faible chez la femme. Elle augmente avec l'âge, le tabagisme, l'hypertension, le diabète, allant jusqu'à 50% en cas d'association diabète-tabagisme.

Bien plus de risques généraux que locaux.

Sur 5 ans, 5 à 10% des patients asymptomatiques deviennent symptomatiques. La majorité des patients avec claudication intermittente restent cliniquement stables, 25% auront une accentuation des symptômes, 15% évolueront vers une ischémie critique, 1 à 2% nécessiteront une amputation^{1,3,4}.

Le pronostic est dominé par les événements cardiovasculaires. Infarctus du myocarde (IDM) et AVC sont 3 fois plus fréquents en cas d'AOMI, même asymptomatique, que sans AOMI⁵, identique à celui observé après IDM². Dans les 5 ans, 25 à 30% des patients symptomatiques mourront d'IDM ou d'AVC. Globalement, près de 50% des patients avec claudication intermittente meurent d'IDM, 10 à 20% d'un AVC⁴.

Que conclure pour notre pratique ?

L'AOMI est un indicateur de gravité du risque cardiovasculaire ce qui implique de nombreuses conséquences pour nos décisions diagnostiques et thérapeutiques :

- déceler une AOMI chez un patient porteur de facteurs de risque (FDR) cardiovasculaires permet d'améliorer l'appréciation du pronostic, et par là le niveau des conseils thérapeutiques. Cette détection est facilement réalisable au cours de la consultation.
- traiter un patient porteur d'une AOMI aux stades 1 ou 2 impose d'associer les approches symptomatiques et celles concernant les FDR, en privilégiant les secondes. Il importe chez ces patients d'identifier précisément ces FDR.
- les traitements locaux de revascularisation sont réservés aux ischémies critiques et/ou menaçantes.

Le pronostic de l'AOMI se situe plus au niveau général que local. Nous reviendrons sur les trois points qui en découlent.

Trois niveaux d'interprétation des données

Le premier but du traitement proposé est de limiter la morbi-mortalité coronarienne et vasculaire cérébrale, alors que la demande spontanée du patient concerne sa distance de marche et le risque d'amputation. C'est dans cet esprit qu'il convient d'analyser les thérapeutiques proposées et les critères de jugement sur lesquels elles ont été évaluées.

L'évaluation de la symptomatologie : il s'agit d'une part de l'amélioration du périmètre de marche (souvent sur épreuve de marche sur tapis roulant), d'autre part du bénéfice sur la qualité de vie. Les études dans ce domaine sont difficiles, l'effet placebo important, les résultats peu marqués, les biais de publication nombreux (des études non publiées). De ce fait, ces critères n'ont pas été retenus dans certaines synthèses³.

L'évolution locale : il s'agit d'apprécier l'évolution vers l'apparition d'une ischémie de repos, de troubles trophiques, d'une ischémie critique, les amputations. Ces critères sont plus facilement objectivables.

Le risque cardiovasculaire : il s'agit d'apprécier la réduction éventuelle du nombre d'IDM, d'AVC, de mortalité cardiovasculaire et globale. La plupart des études sont fondées sur ces critères de jugement. Ces trois niveaux rendent plus malaisée pour le clinicien l'interprétation des données des essais et l'appréciation du bénéfice que peut retirer le patient de nos conseils et prescriptions. Ils nous imposent une lecture attentive de ces essais.

Références :

- 1- Hankey GJ et al. Medical treatment of peripheral arterial disease. *JAMA*, 2006, 295, 547-53
- 2- Perdu J et al. Prise en charge médicamenteuse du patient artérielle. *STV*. 2003 ; 15:537-41.
- 3- Nony P. Les traitements médicamenteux dans l'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs. *Données factuelles 2006*. A paraître.
- 4- Léger Ph. Epidémiologie de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. *Rev Prat*. 2005; 55: 1181-3.
- 5- Khan NA et al. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease ? *JAMA*. 2006; 295: 536-46.