

Mots clés :

Artérite
Activité physique
Tabac sevrage
Statine
antihypertenseur
Antiagrégant
Vasoactif

Artérite des membres inférieurs : traitements médicaux

Comme nous l'avons vu dans les Bibliomed 417 et 418, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est facilement identifiable par l'examen clinique, même chez les sujets asymptomatiques qui représentent la majorité des cas. Le traitement médical a un double but : d'une part traiter les symptômes et prévenir l'aggravation locale, d'autre part prévenir le risque cardiovasculaire (CV) des patients, dont on sait qu'il est très largement majoré par la présence de l'AOMI, même asymptomatique. C'est sous ce double angle que nous analyserons ces traitements, à partir de synthèses récentes.

Des mesures hygiéno-diététiques

L'arrêt du tabac au premier plan. Le tabac est le facteur de risque (FDR) modifiable dominant. Son arrêt n'améliore pas significativement le périmètre de marche en cas de claudication intermittente, mais il réduit sa sévérité et le risque d'ischémie critique¹. Surtout il est vraisemblable qu'en améliorant les FDR CV, il améliore la survie à 10 ans, malgré des études contradictoires¹.

L'exercice physique. Chez les patients avec claudication intermittente stable, il améliore le périmètre de marche et la capacité globale de marche. Il est plus efficace que l'angioplastie et que les antiagrégants et ne diffère pas significativement du traitement chirurgical¹. Une étude récente⁴ (malgré quelques limites soulignées par ses auteurs) a montré que l'exercice physique auto-géré était aussi efficace que l'exercice supervisé : sur un suivi de 3 ans, un programme de marche de 30 minutes, trois fois par semaine, est associé à une réduction significative du déclin du périmètre de marche, ou de l'évolution clinique chez les AOMI asymptomatiques. Ce bénéfice s'ajoute à une réduction de 24% de la mortalité CV liée à l'exercice physique³.

Les traitements des FDR cardiovasculaires

Les statines. Dans l'étude 4S, la simvastatine réduit sur 5 ans l'incidence de nouvelle claudication intermittente. Deux autres études ont montré avec simvastatine et atorvastatine une amélioration du périmètre de marche¹. Dans l'étude HPS, chez 6748 patients avec AOMI (avec ou sans coronaropathie associée), la simvastatine est associée à une réduction de 20% des événements CV, même en l'absence d'hypercholestérolémie^{1,2}.

Que conclure pour notre pratique ?

- **Le périmètre de marche** est amélioré par l'exercice physique, par les statines et peut-être par les IEC.
- **L'évolution de la maladie locale**, symptomatique ou asymptomatique, est ralentie par le sevrage tabagique, l'exercice physique, les statines, les antiagrégants.
- **La prévention des risques CV**, objectif sans doute le plus important et principale raison du repérage des AOMI asymptomatiques, passe par le sevrage tabagique, l'activité physique, les statines, les antihypertenseurs, le traitement du diabète, les antiagrégants.

Rappelons la nécessité du bilan complémentaire au moins lorsque les symptômes apparaissent au repos. Les mesures comportementales, essentielles, sevrage tabagique et augmentation de l'activité physique, sont souvent plus difficiles à faire adopter par le patient⁵ que la prévention médicamenteuse.

Les antihypertenseurs. Contrairement à des données anciennes, les β bloquants ne semblent pas mal tolérés par les patients avec AOMI, mais ils doivent être utilisés avec précaution¹. Les IEC (captopril et perindopril) peuvent améliorer le périmètre de marche¹. Sur la prévention du risque CV l'efficacité des antihypertenseurs est liée au niveau tensionnel atteint. Mais dans l'étude HOPE, sur 1966 AOMI sous ramipril, la réduction de 25% des événements CV, est mal expliquée par la seule baisse tensionnelle¹.

Le contrôle du diabète. Le contrôle strict du diabète améliore plus les complications microvasculaires que macrovasculaires.

Les antiagrégants.

Une méta-analyse de 195 essais (135 640 patients) montrait avec les antiagrégants une réduction de 25% de la morbi-mortalité CV, notamment chez les 9214 patients avec AOMI. Le clopidogrel avait un bénéfice plus marqué que l'aspirine dans le sous-groupe avec AOMI de l'étude Caprie. L'aspirine reste le plus étudié, recommandé aux doses de 75 à 150 mg. Outre son effet préventif d'événements CV, si elle n'améliore pas la claudication, elle en ralentit la progression et réduit le besoin d'intervention¹.

Et les vaso-actifs ?

Les incertitudes persistent. Le bénéfice sur les troubles fonctionnels est mal documenté¹. Il y a des biais de publication, avec des essais non publiés⁶. Aucun essai n'a montré de bénéfice sur les critères de morbi-mortalité CV². Un essai en cours de publication avec le Buflomedil montrerait un bénéfice².

Références :

1. Hankey GJ et al. Medical treatment of peripheral arterial disease. *JAMA*. 2006; 295:547-53.
2. Nony P. Les traitements médicamenteux dans l'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs. Données factuelles 2006. A paraître.
3. Burns P et al. Management of peripheral arterial disease in primary care. *BMJ*. 2003; 326:584-8.
4. McDermott MM et al. Physical performance in peripheral arterial disease : a slower rate of decline in patients who walk more. *Ann Int Med*. 2006; 144:10-20.
5. Gallois P. et al. L'activité physique : pourquoi ? pour qui ? comment la prescrire ? *Médecine*. 2006; 2:20-4.
6. De Baker T et al. Buflomedil for intermittent claudication. *The Cochrane Database of systematic review*. 2001