

Mots clés :

Artérite
Examen
clinique
Diagnostic

Artérite des membres inférieurs : repérer cliniquement

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) atteint 12% des personnes de plus de 65 ans, 50% de celles avec tabagisme et diabète. En dehors de ses risques propres, l'AOMI est un indicateur d'athérosclérose diffuse et de mortalité augmentée¹. Cependant l'AOMI est sous-diagnostiquée, les symptômes étant atypiques ou absents chez de nombreux patients. Quelle est la valeur des signes cliniques pour le diagnostic d'une AOMI, et pourquoi les rechercher ? Une synthèse américaine a fait le point à partir de 51 études ayant évalué les signes cliniques chez des patients symptomatiques ou non².

Un standard : l'index de pression systolique

L'index de pression systolique à la cheville (IPS) représente le ratio pression systolique à la cheville/pression systolique au bras. La mesure à la cheville nécessite un doppler de poche, l'examen prend environ 15 mn³. C'est la référence standard validée, mais il est peu utilisé. Sa sensibilité est de 95%, sa spécificité proche de 100%. L'AOMI est légère avec un IPS entre 0,90 et 0,71, modérée entre 0,70 et 0,41, sévère en dessous de 0,40. Ischémie ou gangrène des extrémités sont associées à un IPS < 0,20. Une cause d'erreur est rencontrée en cas d'artères largement calcifiées et non compressibles, qui peuvent donner un IPS élevé, supra-normal (>1,30) et sont associées avec une haute mortalité.

Les signes cliniques

La claudication intermittente à la marche est le symptôme le plus spécifique : sa présence augmente la probabilité d'AOMI pour tous les degrés d'IPS ; elle peut manquer chez des patients sans activité physique ; les symptômes peuvent n'apparaître qu'au stade d'ischémie critique avec des douleurs au repos et des modifications locales. L'absence de claudication abaisse la probabilité d'AOMI modérée à sévère.

Les modifications cutanées (peau froide, pâleur, ulcérations) augmentent la probabilité d'AOMI, mais leur absence ne la réduit pas.

Que conclure pour notre pratique ?

- **L'AOMI est un indicateur d'athérosclérose diffuse et de mortalité augmentée.** Sa recherche systématique est sous cet angle justifiée chez les patients ayant d'autres facteurs de risque, notamment diabète et tabagisme.

- La clinique permet de sélectionner avec une valeur prédictive satisfaisante les patients symptomatiques ou non justifiant des examens complémentaires. Principaux signes validés : claudication intermittente, une ou plusieurs abolitions de pouls, anomalies auscultatoires. **Un seul de ces signes cliniques nécessite des examens complémentaires pour affirmer le diagnostic d'AOMI.** A l'inverse, si aucun n'est présent, on peut ne pas demander d'examen complémentaires.

- **La mesure de l'IPS avec un doppler de poche** a une très haute valeur prédictive et mériterait d'être plus utilisée. Mais elle prend du temps et ne remplace pas un bilan complémentaire.

- Le bilan complémentaire utilise l'écho-doppler en première intention. **Mais il concerne autant sinon plus le risque coronarien et vasculaire cérébral et les facteurs de risque d'athérosclérose que les lésions artérielles périphériques.** C'est cela qui orientera le traitement.

L'examen des pouls

Les pouls fémoral, poplité, et tibial postérieur sont aisément palpés, le pédieux parfois plus difficilement. Il peut être absent chez 10 à 15% des sujets normaux³. Le doppler portable peut les localiser mieux et permettre de mesurer l'IPS. Toute anomalie d'un pouls augmente la probabilité d'AOMI : l'anomalie d'un pouls fémoral ou tibial a la même valeur, celle d'un pouls pédieux une spécificité moindre. Les patients sans anomalie des pouls ont une probabilité moindre d'AOMI modérée à sévère, qu'ils soient symptomatiques ou non. Mais cette probabilité est aussi liée à la prévalence de l'AOMI dans la population étudiée.

Les bruits auscultatoires

La présence d'au moins une anomalie au repos au niveau de l'iliaque, de la fémorale ou de la poplitée augmente fortement la probabilité d'AOMI. A l'inverse, l'absence de toute anomalie réduit cette probabilité. On ne peut se contenter de la seule fémorale.

La combinaison des données cliniques

La combinaison de données n'est pas supérieure aux données isolées. Mais, en l'absence de toute anomalie, la probabilité d'AOMI est très faible, même dans les populations avec forte prévalence d'AOMI.

Références :

1. Collectif. Artérites des membres inférieurs : données pour le suivi. *Bibliomed*. 2006;417.
2. Khan NA et al. Does the clinical examination predict extremity peripheral arterial disease ? *JAMA*. 2006;295:536-46.
- 2- Mounier-Vehier C et al. Diagnostic et évaluation non invasive d'un patient ayant une artériopathie oblitérante des membres inférieurs. *Rev Prat*. 2005;55:1173-87.