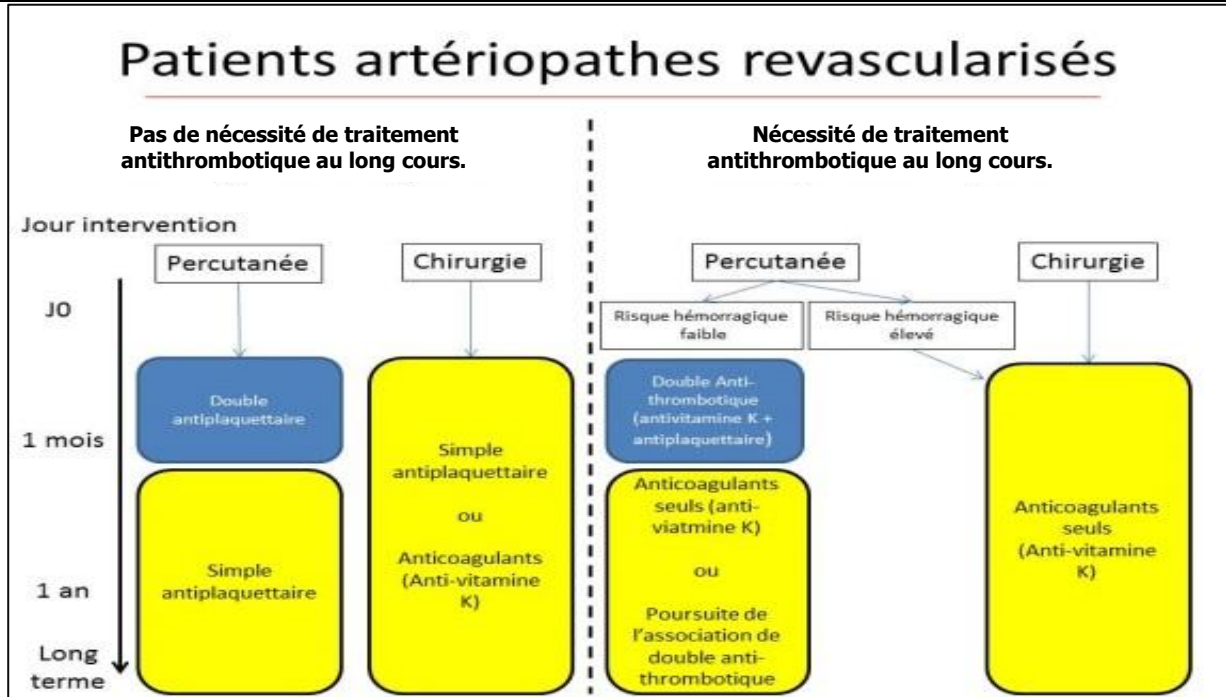


Prise en charge optimale de l'AOMI chez les patients revascularisés.



Traitement médical optimal	Exemple
Antiplaquettaire	<i>Clopidogrel 75 mg/jour ou Aspirine 75 à 160 mg/jour</i>
Statine à fort pouvoir hypolipémiant	<i>Atorvastatine 40 ou Rosuvastatine 20</i>
IEC ou ARA2	<i>Ramipril 10 ou Telmisartan 80</i>
Activité physique	<i>Marche, vélo</i>
Sevrage tabagique	
Maitrise du diabète	

Particularités du traitement antithrombotique après une revascularisation de membre.



Dépistage systématique d'une autre atteinte athéromateuse

Où	Comment	Fréquence
Troncs supra aortiques	Echo doppler	<p>70% Coronaropathie</p> <p>Sténose Carotidienne > 70%</p> <p>25% 19% 23%</p> <p>14% 10%</p> <p>Sténose artérielle rénale > 75%</p> <p>Patient AOMI</p>
Coronaires	Avis cardiologique	

Suivi d'une lésion revascularisée

Comment	Quand
Echo-Doppler	M1, M6 et M12 puis 1 fois/an.

Prise en charge optimale de l'AOMI chez les patients revascularisés.



Les patients présentant une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) sont à haut risque d'évènement cardiovasculaire (AVC ischémique et infarctus du myocarde) ; de plus l'AOMI expose à un risque d'amputation pour le membre atteint. Afin de limiter ces risques, ces patients doivent bénéficier d'un traitement optimal et spécifique.

Les recommandations internationales (ESC/ESVS ; AHA et ESVM) recommandent 3 types de traitements médicamenteux (un traitement antiplaquettaire, une statine et un IEC ou ARA2) en plus des règles hygiéno-diététiques (principalement le sevrage tabagique et l'incitation à la marche).

1. Traitement antiplaquettaire : Ce traitement antiplaquettaire va être différent en fonction de la réalisation ou non d'un geste vasculaire et du type de geste vasculaire réalisé. L'ESC a proposé un algorithme (*cf. fiche*) d'utilisation de ces antiplaquetitaires prenant en compte l'exposition ou non du patient à une anticoagulation au long cours (par exemple pour une autre pathologie comme une fibrillation atriale ou une maladie thrombo-embolique veineuse).
2. Traitement par statine : Toutes les recommandations proposent de façon systématique l'utilisation d'une statine et notamment de la simvastatine 40mg pour limiter les événements aux membres inférieurs et limiter les événements cardiovasculaires (Etude HPS).
3. Traitement par antihypertenseur :
 - Chez les patients hypertendus, toutes les recommandations s'accordent pour que ces patients artériopathes soient traités par un traitement IEC ou ARA2 en première intention.
 - Chez les patients non hypertendus, les recommandations AHA d'après les études HOPE (Ramipril) et ONTARGET (Telmisartan) proposent ces traitements aux patients artériopathes.**NB** : Il est à noter que les bêtabloquants ne sont pas contre-indiqués au stade de claudication. Leur utilisation doit être discutée au stade d'ischémie critique.

I. Quels objectifs thérapeutiques ?

- Pour le tabac, l'objectif est d'obtenir un sevrage complet et définitif.
- Les objectifs en matière d'activité physique sont d'au moins 30 min de marche 3 fois par semaine.
- Le contrôle glycémique doit être la règle et nécessite une prise en charge multidisciplinaire.
- La pression artérielle doit être contrôlée avec un suivi spécialisé et un objectif adapté à l'âge, aux comorbidités et aux recommandations régulièrement actualisées.
- Le LDLc doit être contrôlé par le médecin vasculaire avec une cible adaptée au LDLc initial et aux recommandations régulièrement actualisée.

II. Quels examens et à quel rythme ?

- a. Suivi de l'AOMI : Les recommandations de l'AHA se prononcent pour un suivi clinique et échographique à 4 à 6 semaines, 6 mois et 12 mois la première année puis annuel. La mesure de l'index de pression systolique de repos est à réaliser à chaque fois.
- b. Recherche d'une autre atteinte : Les patients présentant une AOMI sont à haut risque cardiovasculaire car l'atteinte de la maladie athéromateuse est systémique (70% ont une atteinte coronaire et 19% une atteinte cérébrovasculaire). Ainsi il apparaît licite et déterminant de rechercher cliniquement une autre localisation athéromateuse (coronarienne et des troncs supra-aortiques), de réaliser une échographie-doppler des troncs supra-aortiques (médecin vasculaire) et d'adresser le patient auprès d'un cardiologue à la recherche d'une possible ischémie myocardique.

Références :

- 1) 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Gerhard-Herman MD et al. *Circulation*. 2017 Mar 21 ;135(12) : e726-e779. doi : 10.1161/CIR.0000000000000471
- 2) Editor's Choice - 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Aboyans V et al. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2018 Mar ;55(3) :305-368. doi : 10.1016/j.ejvs.2017.07.018.