

# ATTEINTE POLYARTERIELLE ATHEROMATEUSE

J. Ouali <sup>(1)</sup>, H Feriani <sup>(1)</sup>, I. Chaabene <sup>(2)</sup>, H. Tounsi <sup>(2)</sup>, R. Amri <sup>(2)</sup>, W. Garbouj <sup>(2)</sup>, B. Ben Ammou <sup>(2)</sup>, Z Alaya <sup>(2)</sup>, R. Jazy <sup>(1)</sup>

(1) Service d'Hémodialyse : Hôpital universitaire Mohamed Taher Maamouri Nabeul  
(2) Service de Médecine interne : Hôpital universitaire Mohamed Taher Maamouri Nabeul

## INTRODUCTION:

La maladie polyathéromateuse est définie par l'atteinte athéromateuse d'au moins deux territoires artériels différents. L'atteinte peut être symptomatique ou non. Ces fréquentes associations imposent de dépister les lésions des autres territoires artériels, chaque fois qu'une lésion athéromateuse est découverte, mais également tout au long de la prise en charge et du suivi du patient.

La prévalence varie selon le siège de la première lésion qui est devenue symptomatique, chez un coronarien, l'examen systématique découvre une artériopathie des membres inférieurs dans 20 % des cas, une sténose carotide dans 20 % des cas et une sténose des artères rénales dans 20 % des cas, chez un patient ayant une artériopathie des membres inférieurs, ainsi que chez un patient avec une sténose carotide ou un patient ayant un anévrisme de l'aorte abdominale, l'atteinte coronaire est présente dans 50 % des cas (+++)

## MATERIELS ET METHODES

Il s'agit du patient BA âgé de 46 ans, tabagique 40 PA suivi pour HTA sévère découverte récemment sous quadrithérapie avec découverte d'une insuffisance rénale à 140 µmol/l qui s'aggrave après sa mise sous IEC ou ARA 2, l'échographie doppler des artères rénales révèle une asymétrie de la taille des deux reins (Rdt=78mm, RG=100mm) pas de sténose des artères rénales. La scintigraphie rénale au MAG 3 a montré un rein G normal et un rein dt non fonctionnel ne permettant pas de faire le test au captopril. L'échographie doppler des artères des membres inférieurs a montré une importante surcharge athéromateuse diffuse des parois artérielles, avec une sténose de 50% au niveau de l'artère fémorale primitive G et sténose de 70% au niveau de l'artère fémorale profonde G. La coronarographie a montré des lésions menaçante bitronculaire de l'IVA proximale et distale et de la circonflexe proximale il a eu un stent actif de l'IVA proximale et un stenting passif de l'IVA distale et de la circonflexe

## DISCUSSION

**La prise en charge** de tout malade polyathéromateux consiste à

### **L'évaluation des facteurs de risque**

Prise en charge des facteurs de risque commune à tous les territoires artériels atteints et le calcul du risque CV global.

**Faire le bilan d'extension des lésions** (Bilan clinique systématique de tous les territoires, ECG systématique, mesure de l'IPS (indice de pression systolique) aux membres inférieurs, et la sélection des explorations complémentaires spécifiques d'après ce bilan clinique ; le niveau du risque cardiovasculaire global; la prévalence d'atteinte d'un autre territoire et la nécessité ou non d'un geste invasif.

## **Le traitement pour l'ensemble des patients polyvasculaires consiste à**

- La prise en charge intensive de tous les facteurs de risque modifiables: arrêt du Tabac, +++., insister sur le respect des règles hygiéno diététique et éducation thérapeutique et la prescription d'une activité physique régulière et fréquente.
- La prescription des médicaments ayant prouvé leur efficacité pour diminuer la morbi Mortalité

L'aspirine (entre 75 et 325 mg/j) systématique, les contre-indications sont rares (intolérance gastrique, allergie...).

Le clopidogrel lors d'intolérance à l'aspirine ou pour les atteintes poly vasculaires compliquées.

Les statines systématiques en prévention secondaire: à discuter, selon le risque Cardiovasculaire global, en prévention primaire (patients poly vasculaires asymptomatiques). Les IEC (ou antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II) recommandés chez les poly vasculaires pour diminuer le risque d'infarctus, d'AVC et freiner l'altération de la fonction rénale.

Les β-bloqueurs pour les coronariens et les autres poly vasculaires dont la prévalence d'atteinte coronaire est importante (contre-indication en cas d'artériopathie des membres inférieurs sévère ou ischémie critique).

## **La prise en charge spécifique de certaines localisations asymptomatiques**

Il a été établi des seuils, plus ou moins précis, pour recommander un geste thérapeutique invasif, lorsque le risque d'une complication grave devient élevé :

La chirurgie d'un anévrisme de l'aorte abdominale si le diamètre atteint 5,5 cm ou s'il augmente de 0,5 cm en un an

L'endarterectomie d'une sténose carotide asymptomatique si sténose > 80 %

La revascularisation myocardique (par angioplastie ou chirurgie) indiquée après tout syndrome coronaire aigu si des sténoses coronaires sont significatives (> 70 %). Elle est rarement indiquée lors d'ischémie silencieuse ou d'angor stable, à moins d'un(e) : faible seuil d'ischémie d'après un test d'effort, un territoire d'ischémie étendue d'après une scintigraphie ou une échocardiographie de stress, la nécessité de chirurgie à haut risque (de l'aorte abdominale par exemple)

les indications chirurgicales des lésions athéromateuses de plusieurs territoires demandent une évaluation du risque et une recherche de pathologie coronaire instable. En dehors d'un caractère d'urgence, l'ordre de réparation chirurgicale des lésions est : carotides, coronaires, aorte abdominale puis membres inférieurs.

**L'éducation thérapeutique du patient** consiste à faire connaître au patient les signes d'appel, l'apprentissage de l'observance, de l'efficacité et de la tolérance des divers traitements et des mesures hygiéno diététiques indispensables, l'apprentissage de l'intensité et de la régularité de l'activité physique et l'évaluation régulière du respect des objectifs définis de prévention secondaire.

**Le bilan clinique annuel d'évaluation des lésions athéromateuses** par l'examen clinique de tous les territoires artériels et le choix des explorations complémentaires sont nécessaires

## **CONCLUSION**

la prise en charge de tout malade polyathéromateux consiste à évaluer les facteurs de risque et faire le bilan d'extension des lésions. Le traitement consiste à la prise en charge intensive de tous les facteurs de risque modifiables (Tabac +++...). Certains médicaments ayant prouvé leur efficacité pour diminuer la morbi-mortalité, ainsi que la prise en charge spécifique de certaines localisations asymptomatiques (chirurgie, revascularisation Myocardique etc...) , l'éducation thérapeutique du patient et le bilan clinique annuel d'évaluation des lésions athéromateuse