



Rapport de la **Société canadienne de cardiologie**
Montréal, Québec, 22 au 26 octobre 2005

OPINIONS D'EXPERTS **RR**

IMPACT CLINIQUE

RAPPORT DE RÉUNION

Opinions D'Experts est publié par E.O.C.I. Pharmacomm Itée

Groupe d'experts



Victor F. Huckell, M.D.
Département de médecine
University of British Columbia
Vancouver, Colombie-Britannique



André Roussin, M.D.
Département de médecine
Université de Montréal
Montréal, Québec



Directives canadiennes sur la gestion de la maladie artérielle périphérique (MAP)

Volume 1, numéro 10

Pour plus de précisions,
veuillez communiquer avec

info@eocipharma.com

Entente de Postes-publications numéro 40816046. Postes Canada : veuillez retourner les objets non postés à :
PTM Health, 20, rue Torbay, Markham, Ontario L3R 1G6

Introduction

La maladie artérielle périphérique (MAP) est un problème de santé publique qui touche une proportion importante de la population canadienne. Il s'agit d'une affection caractérisée par un rétrécissement progressif des artères des extrémités inférieures. Le patient atteint de la MAP peut tout aussi bien être symptomatique qu'asymptomatique. La forme asymptomatique de la maladie est très répandue et, comme sa forme symptomatique, elle est associée à un risque sextuple de morbidité et de mortalité cardiovasculaires. Contrairement à la progression relativement modeste des manifestations locales de la maladie, le taux de mortalité globale est élevé, atteignant environ 50 %. Après dix ans, le taux de survie des patients asymptomatiques est de 50 % environ et, chez les patients gravement symptomatiques, de 25 % environ.

Les symptômes vont de la claudication intermittente à une ischémie aiguë des membres. La claudication intermittente est la manifestation la plus courante. Elle se caractérise généralement par des douleurs à la jambe au moment de l'exercice, qui disparaissent au repos. Certains patients peuvent présenter des symptômes plus progressifs, comme l'ischémie aiguë des membres, qui débouche sur des ulcères et la gangrène et nécessite des interventions chirurgicales telles que l'angioplastie, la mise en place de tuteurs intravasculaires (« stents »), l'endartériectomie, le pontage et l'amputation. La nécessité de pratiquer une amputation est plus élevée chez les patients souffrant en outre de dysfonction rénale, de diabète ou des deux.

Le document consensuel sur la MAP présenté au congrès de 2005 de la Société canadienne de cardiologie a été conçu par un groupe d'experts provenant de toutes les régions du pays et réunissant des spécialistes cardiovasculaires, des cardiologues, des internistes et des chirurgiens.

La nature délétère de la MAP est aggravée par le fait qu'il s'agit d'une affection insuffisamment diagnostiquée et traitée. Des recherches menées récemment ont révélé l'ampleur du fardeau que représente la MAP et le fait qu'elle soit insuffisamment traitée; toutefois, on manque de données épidémiologiques pour le Canada. On estime qu'en Europe et en Amérique du Nord, 27 millions de personnes sont atteintes de cette maladie; au Canada, elle touche vraisemblablement environ 4 % de la population âgée de plus de quarante ans.

Le document consensuel sur la MAP présenté au congrès de 2005 de la Société canadienne de cardiologie a été conçu par un premier groupe d'experts provenant de toutes les régions du pays et réunissant des spécialistes cardiovasculaires, des cardiologues, des internistes et des chirurgiens. Le second groupe, chargé de la révision, a également réuni un large éventail de spécialistes traitant des patients atteints de maladie artérielle périphérique. Ce document se veut un complément aux importants documents européen (TASK) et américain (AHA/ACC) et se distingue par l'accent très pratique qu'il met sur la diffusion et l'application de connaissances et de meilleures pratiques au profit de nos patients. Bien entendu, le processus entourant le consensus de la SCC est dynamique, et nous espérons étendre la portée du document grâce à des mises à jour annuelles ultérieures. Voici un bref aperçu de son contenu.

Pathophysiologie

L'athérosclérose est une maladie généralisée qui touche les artères de grand ou de moyen calibre. Les plaques athérosclérotiques risquent de se rompre et de déclencher alors la constitution d'une thrombose sus-jacente. Le terme d'athérombose a été forgé pour décrire la thrombose qui vient compliquer une athérosclérose. La MAP est un syndrome athérombotique associé à un risque élevé d'événements cardiovasculaires et cérébrovasculaires dont, entre autres, la mort, l'infarctus du myocarde et l'accident vasculaire cérébral.

Facteurs de risque

Les deux facteurs de risque les plus étroitement corrélés au développement et à la progression de la MAP sont le tabagisme et le diabète. Chez les fumeurs, la MAP apparaît dix années plus tôt que chez les non-fumeurs. Les fumeurs courent cinq à six fois plus de risques de contracter la MAP que les non-fumeurs. De plus, les fumeurs présentant des symptômes de la MAP courent onze fois plus de risques de devoir un jour subir une amputation que les personnes qui ne fument plus ou que les non-fumeurs. On observe un risque semblable chez les patients atteints de diabète, le taux de claudication intermittente étant cinq fois plus élevé chez les hommes présentant de la glycosurie que chez les hommes non diabétiques. Les femmes qui présentent de la glycosurie sont exposées à des risques extrêmement élevés, de l'ordre de 860 %, comparativement à celles qui en sont exemptes.

Les données tirées des travaux de Framingham et d'autres études révèlent aussi une relation étroite et convaincante entre l'hypertension et la MAP. L'étude de Framingham expose le fait (risques ajustés selon l'âge) que les hommes souffrant d'hypertension courent 2,5 fois plus de risques et, les femmes, 3,9 fois plus de risques d'être atteints de la MAP que les sujets témoins ne souffrant pas d'hypertension, observation confirmée par d'autres études.

Dépistage et diagnostic

Compte tenu du risque accru de morbidité et de mortalité associé à la MAP, le dépistage par l'étude des antécédents et l'examen physique devrait faire partie de l'évaluation de santé des hommes âgés de plus de 40 ans et des femmes postménopausées ou âgées de plus de 50 ans, ainsi que des patients présentant un facteur de risque cardiovasculaire confirmé. Même si la MAP est actuellement sous-diagnostiquée, on dispose d'un ensemble de données de plus en plus complet qui vient appuyer son diagnostic au moyen d'interventions non invasives, lesquelles se révèlent des outils efficaces de diagnostic et d'évaluation des risques. De nombreux questionnaires ont été mis au point pour reconnaître la claudication intermittente et pour en déterminer la prévalence. Dans les études épidémiologiques, on utilise fréquemment la mesure de l'indice cheville-bras (ICB), une intervention non invasive, pour mettre en évidence une déficience hémodynamique chez le patient présentant une claudication, mais également pour confirmer la MAP chez les nombreux patients qui ne présentent pas de claudication. Dans la plupart des études, un ICB situé entre 0,9 et 1,3 est considéré comme normal. Un ICB inférieur à 0,9 correspond à un diagnostic de MAP, tandis qu'un ICB supérieur à 1,3 indique la présence de vaisseaux calcifiés non compressibles.

Stratégies de traitement

Pour traiter le patient atteint de la MAP, il est essentiel d'identifier et d'en modifier les facteurs de risque. Il convient d'adopter des mesures à la fois pharmacologiques et non pharmacologiques. Pour inverser la MAP symptomatique, deux démarches non pharmacologiques importantes visant les habitudes de vie se sont révélées efficaces, à savoir l'abandon du tabagisme et la pratique régulière de l'exercice physique. Les médicaments envisagés pour la prévention des événements cardiovasculaires qui menacent les groupes atteints de la MAP se classent en général en trois catégories : les anti-thrombotiques, les hypocholestérolémiants et les hypotenseurs. Ces dernières années, certaines grandes études contrôlées et randomisées ont permis d'éclaircir le rôle de ces traitements chez les patients atteints de la MAP, et les données recueillies sont résumées dans le document consensuel. De plus, le rôle d'un contrôle serré de la glycémie ainsi que les propriétés particulières des différentes classes d'agents pharmacologiques, notamment les inhibiteurs de l'ECA et les statines, y sont aussi illustrés. Compte tenu de l'efficacité de ces interventions et des risques initiaux élevés courus par le patient atteint de la MAP, on devrait lui recommander une association médicamenteuse combinée à des modifications radicales des habitudes de vie (abandon du tabagisme et pratique régulière de la marche). ➤

Document consensuel sur la maladie artérielle périphérique

Recommandations de degré 1A

Facteurs de risque

- Le sujet atteint de MAP, symptomatique ou non, devrait être évalué quant à tous les facteurs de risque modifiables.
- Les facteurs de risque reconnus devraient être gérés comme il se doit afin de réduire le risque d'accident cardiovasculaire et la progression de la MAP.
- On conseille à la personne atteinte de la MAP de cesser de fumer et de se soumettre à un programme de marche régulier. Il s'agit là de mesures non pharmacologiques qui visent à réduire le risque cardiovasculaire global et à soulager les symptômes de la MAP.

Traitement de la sténose artérielle rénale athéroscléreuse

- En l'absence d'insuffisance rénale ou de protéinurie marquée, on devrait viser une TA de 130/80 mm Hg.
- Si le taux de créatinine sérique dépasse 140 µmol/L ou si la protéinurie dépasse 1 g/jour, on devrait viser une TA de 125/75 mm Hg.
- On devrait administrer en première ligne un inhibiteur de l'ECA et, au besoin, un diurétique.

Techniques de dépistage et de diagnostic de la MAP

- Recueillir un historique ciblé des antécédents des symptômes de MAP (en s'aidant d'un questionnaire reconnu).
- Pratiquer un examen dirigé, centré sur les observations physiques reconnues utiles pour le dépistage de la MAP (confirmée par un ICB < 0,9).
- Ordonner la mesure de l'ICB pour préciser l'origine artérielle de la claudication chez le patient chez qui on soupçonne la MAP.
- Ordonner la mesure de l'ICB pour diagnostiquer la MAP chez le patient asymptomatique présentant un bruit artériel ou un pouls diminué.
- Chez le patient souffrant d'une claudication invalidante, envisager une angiographie par résonance magnétique (ARM) ou une angiographie-tomographie informatisée (« CTA ») (là où cet examen est offert) plutôt qu'une angiographie numérisée (« DSA »)

Interventions endovasculaires percutanées en cas de MAP

Interventions de l'artère iliaque

- Suivant une angioplastie transluminale percutanée ayant donné des résultats sous-optimaux, on devrait mettre en place un tuteur intravasculaire iliaque provisoire (ballonnet expansible ou autodilatable).

Traitement non pharmacologique de l'ischémie chronique des membres

- Chez le patient atteint d'ischémie des membres critique, on doit envisager une procédure de revascularisation.
- On doit pratiquer une revascularisation infra-inguinale vers les vaisseaux tibiaux, et ce, à partir de vaisseaux autogènes, car leur perméabilité est supérieure à celle des vaisseaux synthétiques.
- Suivant une revascularisation des extrémités inférieures, on recommande une modification à vie des facteurs de risque associés à l'athérosclérose de même qu'un traitement pharmacologique.

Approche recommandée de l'évaluation préopératoire d'une intervention vasculaire non cardiaque

- L'évaluation préopératoire doit être adaptée à la situation (intervention urgente ou non urgente) en tenant compte de l'état de santé global du patient.
- Chez le patient présentant des symptômes cardiaques stables, la revascularisation coronarienne préopératoire ne réduit pas le risque et elle ne devrait donc être envisagée que chez le patient chez qui une revascularisation est justifiée pour des raisons médicales, indépendamment de l'intervention chirurgicale proposée.
- On recommande des tests non invasifs seulement chez certains patients chez qui une intervention chirurgicale vasculaire non urgente est prévue.
- Chez le patient ambulatoire, l'épreuve d'effort est le test non invasif de choix. Chez le patient incapable de pratiquer un exercice, le choix d'un test non invasif sans exercice doit être dicté par la disponibilité, l'expertise locale et la prise en compte des contre-indications.

Recommandations relatives au dépistage et au suivi de l'anévrisme de l'aorte

- Tous les hommes âgés de 65 à 74 ans devraient faire l'objet d'un dépistage.

Taille initiale	Recommandation	Degré
≤3,0 cm	Reprise de l'échographie dans 3 à 5 ans	1A
3,1 à 3,4 cm	Reprise de l'échographie dans 3 ans	1A
3,5 à 3,9 cm	Reprise de l'échographie dans 2 ans	1A
4,0 à 4,4 cm	Reprise de l'échographie dans 1 an	1A
≥ 4,5 cm	Orientation vers un chirurgien cardiovasculaire et reprise de l'échographie aux 3 à 6 mois	1A
Si la croissance dépasse 1 cm en 1 an	Orientation vers un chirurgien cardiovasculaire	1A

Données à l'appui des traitements pharmacologiques visant la réduction des accidents cardiovasculaires chez les patients atteints de la MAP

Classe d'agents	Degré
Statines	1A
Inhibiteurs de l'ECA	1A
Hypoglycémiant par voie orale ou insuline	2B
Agents antiplaquettaires	1A

Lésion artérielle aortique abdominale

Aux États-Unis, la rupture de l'artère aortique abdominale est la dixième cause de décès en importance chez les hommes âgés de plus de 55 ans. Chez les patients âgés de 50 ans, la prévalence de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) (≥ 3 cm) est de 3 à 10 %. Dans des essais randomisés, le dépistage des hommes asymptomatiques âgés de plus de 65 ans s'est révélé utile, avec des résultats supérieurs chez les patients ayant des antécédents de tabagisme. Lorsque l'aorte d'un patient atteint un diamètre de 4,5 cm, on devrait orienter celui-ci vers un spécialiste des maladies vasculaires. Les seuils à partir desquels une réparation de l'anévrisme est indiquée ne sont pas les mêmes chez les hommes et chez les femmes, et il existe maintenant de nouvelles possibilités de traitement de l'anévrisme peu invasives et qui présentent des risques moindres.

On considère que le rôle du spécialiste des maladies cardiaques est moins clair auprès du patient atteint de la MAP qu'auprès de celui atteint de maladie coronarienne.

Sténose artérielle rénale athéroscléreuse

Les patients atteints de la MAP présentent des risques accrus de sténose artérielle rénale et constituent un groupe exigeant une attention particulière. L'étude des antécédents médicaux et l'examen physique font partie des techniques de diagnostic et de dépistage, avec les techniques d'imagerie non invasives du système vasculaire rénal. L'artériographie rénale demeure le meilleur outil de diagnostic de la maladie artérielle rénale. Il existe des démarches de diagnostic moins invasives mais, à l'exception peut-être de l'ARM, leur faiblesse réside dans leur sensibilité médiocre (taux élevé de faux négatifs qui laissent échapper des lésions graves).

Interventions endovasculaires percutanées (IEP)

Dans le cas de la MAP, les IEP sont plus fréquemment indiquées que les interventions chirurgicales, surtout à cause de leur caractère beaucoup moins invasif, de leurs complications périprocédurales moindres et de leurs délais de récupération plus brefs. Les indications des IEP actuellement admises sont : une claudication qui, malgré un traitement pharmacologique et un programme d'exercice physique, est suffisamment grave pour entraver le travail et les habitudes de vie, une ischémie chronique des membres critique (douleur au repos, ulcère qui ne guérit pas ou gangrène) et une ischémie aiguë des membres exigeant une attention immédiate. Au cours des dernières décennies, des progrès marquants ont été réalisés dans le domaine des interventions endovasculaires percutanées chez les patients atteints de la MAP.

Évaluation du risque périopératoire

On demande souvent à des internistes et à des cardiologues généralistes de procéder à l'évaluation préopératoire du patient devant subir une intervention chirurgicale vasculaire importante. L'objectif de cette évaluation n'est pas de donner automatiquement le feu vert à cette intervention, mais bien d'évaluer la gravité et la stabilité de l'état de santé d'un candidat à une intervention chirurgicale et, lorsque cela est nécessaire et possible, d'optimiser sa prise en charge suivant l'intervention. L'évaluation préopératoire doit fournir au chirurgien, au patient et à l'anesthésiste une estimation des risques qui pourra servir à la prise de décisions quant à l'intervention chirurgicale envisagée.

Conclusion

On considère que le rôle du spécialiste des maladies cardiaques est moins clair auprès du patient atteint de la MAP qu'auprès de celui atteint de maladie coronarienne. Contrairement à ce dernier, qui reçoit idéalement des soins complets aux mains de médecins de premier recours, de spécialistes et de chirurgiens, et ce, dans des cliniques de prévention secondaire établies, le patient atteint de la MAP ne jouit pas d'une telle stratégie thérapeutique. Le patient atteint de la MAP est souvent vu par le prestataire de soins de première ligne et, lorsqu'il est symptomatique, il est orienté vers un chirurgien vasculaire pour évaluation en vue d'une éventuelle revascularisation. Jusqu'à récemment, peu d'attention était accordée à l'évaluation et au traitement du processus morbide proprement dit. Le traitement du patient atteint de la MAP ne fait pas l'objet d'une large couverture médiatique. Bien que cela ne soit pas explicitement abordé dans le document, un des objectifs du consensus est de stimuler la discussion et de favoriser le débat autour des modèles les plus appropriés de prestation de soins de santé chez les patients atteints de la MAP, dans le but de dispenser de meilleurs traitements et, ultimement, pour réduire la morbidité et la mortalité associées à cette maladie. ■



IMPACT CLINIQUE