



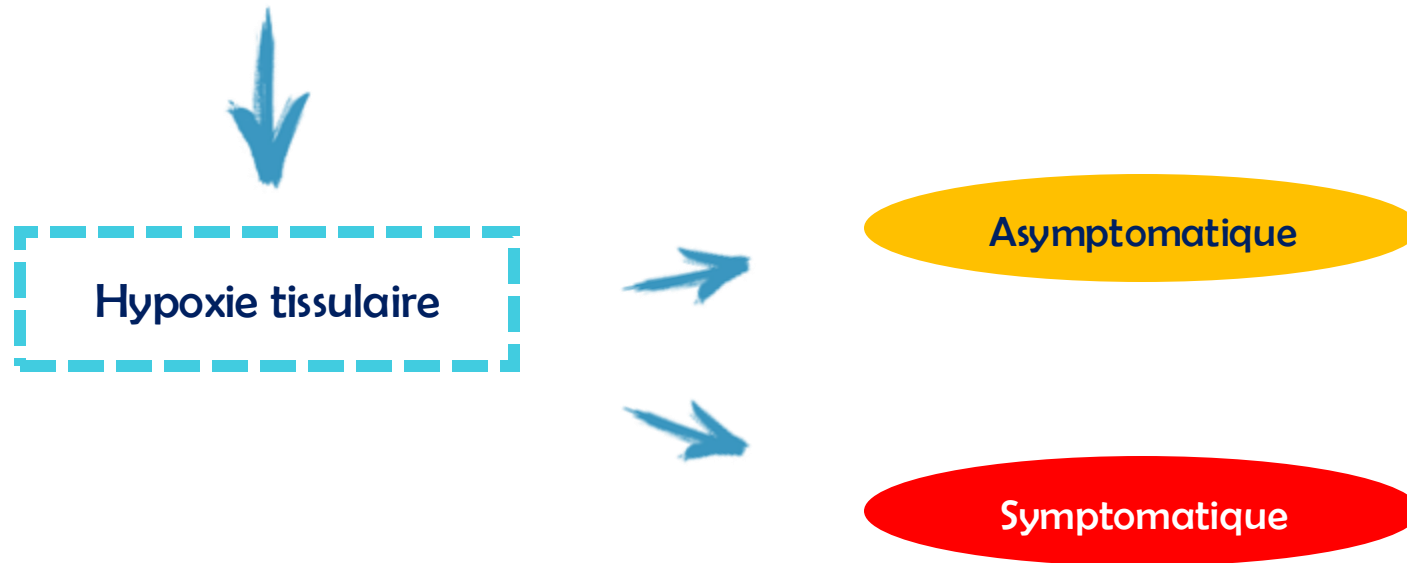
Artériopathie des membres inférieurs & Conséquences cutanées



Dr Pascal Toussaint
Pôle Vasculaire – Cicatrisation

Artériopathie des membres inférieurs

Obstruction athéromateuse partielle ou totale d'une ou plusieurs artères destinées aux membres inférieurs



Artériopathie des membres inférieurs

- ✓ Touche > 200 millions personnes
- ✓ Prévalence → + 25% entre 2000 et 2010
 - Vieillesse population
 - Tabagisme
 - Diabète
- Prévalence dans la population âgée
 - Augmentation exponentielle
 - 50 ans → 5%
 - > 80 ans → 20%

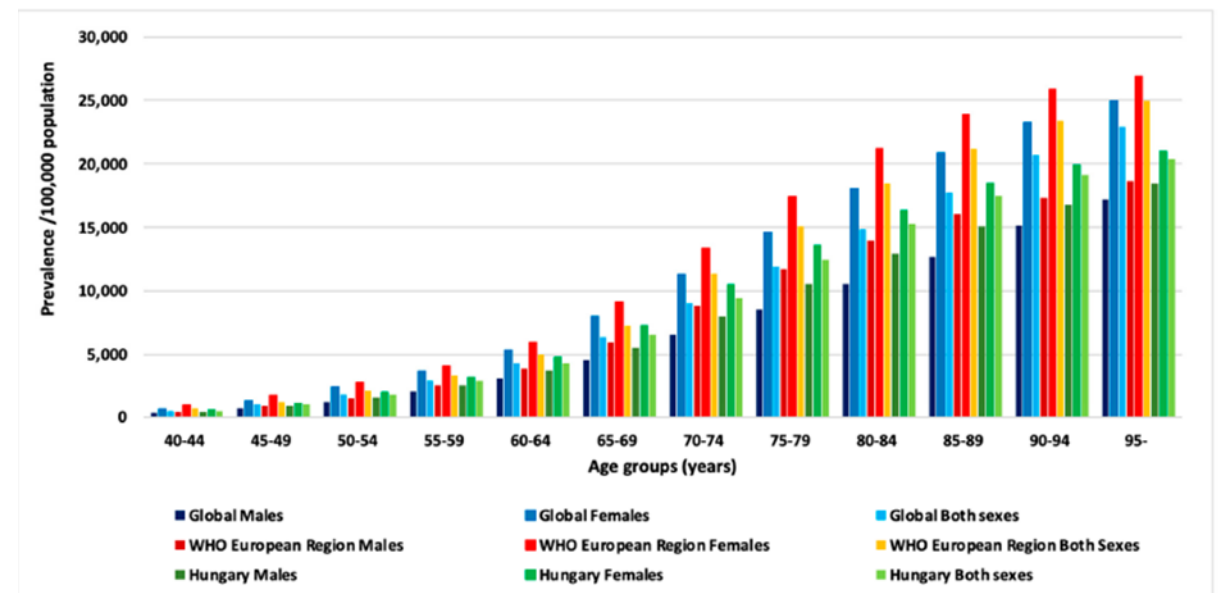


Figure 1. Prevalence of PAD per 100,000 population by age group in males, females and both sexes combined, in 2019. (Graph by authors, source: <https://vizhub.healthdata.org>, access date: 28 March 2022).

Artériopathie MI → *spécificité chez le patient âgé*

✓ Âge

- FDR indépendant
- ↑ du risque d'atteinte distale

✓ Diagnostic plus difficile

- Longtemps asymptomatique
- Diagnostic hémodynamique → $IPS < 0,8$
 - Logistique → déplacement pour un doppler
 - Médiacalcoses → ↓ pertinence de l'IPS ++++++

✓ Pronostic local et global plus sévère

- Atteinte athéromateuse diffuse
- Comorbidités & fragilité
- Complication des plaies chroniques



Artériopathie MI → 3 stades cliniques

Asymptomatique

Ischémie d'effort

Ischémie permanente
Ischémie critique

➤ Signes cliniques

- Douleur
- Ou plaie(s)] > 15 jours

et

➤ Hémodynamique

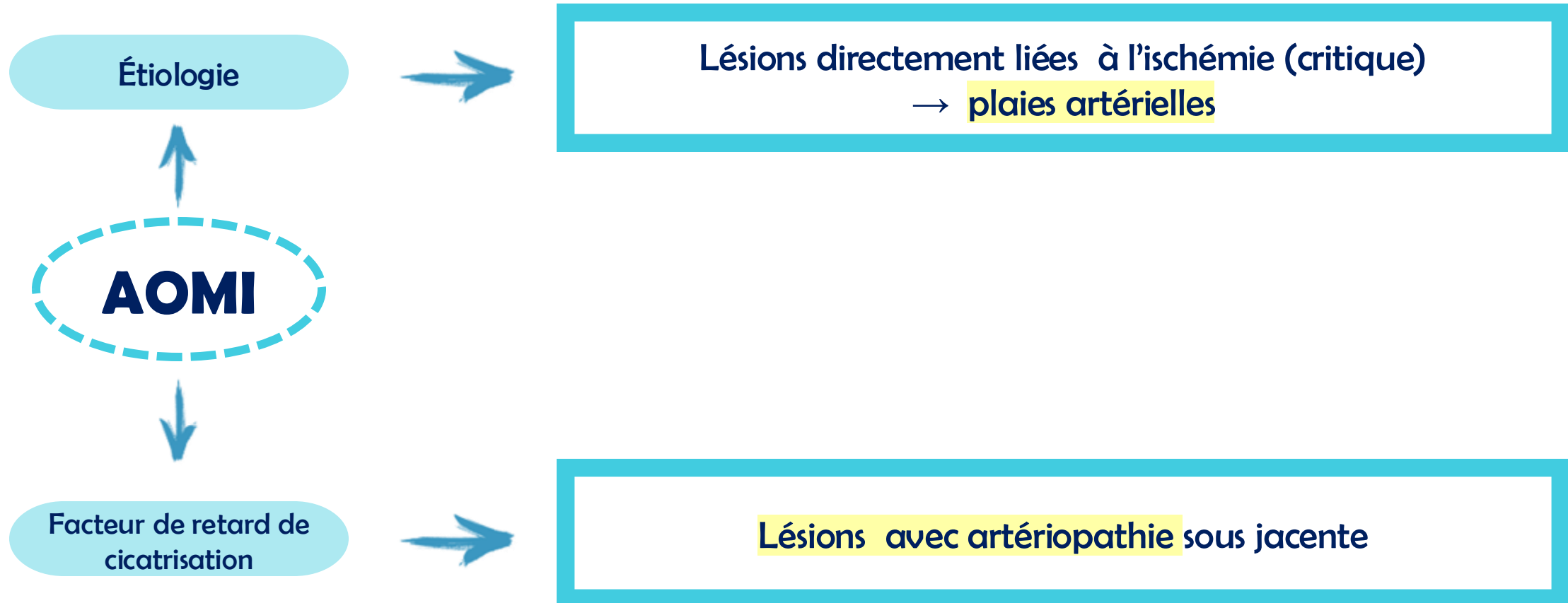
- Pression de cheville < 50 mm Hg
- Pression d'orteil < 30-50 mm Hg
- TcpO2 < 30 mm Hg

- 5% des patients

• Urgence thérapeutique

- Urgence à discuter une thérapeutique

Conséquences cutanées de l'AOMI



Lésions directement liées à l'ischémie critique

Repérer ces lésions (spontanées ou post traumatiques) ++++++

Faire un diagnostic (rapide) → **Exploration vasculaire complète** « *indispensable* »
(Anatomie / Flux / Pression)

Ischémie critique

- ✓ **Sauvetage de membre** → Avis / Discussion chirurgical(e)
- ✓ **Discussion multidisciplinaire** → curatif / palliatif / projet ttt?
- ✓ **Soins locaux** → que ne pas faire & que faire ?



Lésions directement liées à l'ischémie critique

Signes d'alerte

- ✓ Peau pâle et froide
- ✓ Dépilation
- ✓ ↑ Temps de recoloration pulpaire > 3 s
- ✓ Coque talonnière déshabillée
- ✓ Erythrocyanose pied/ jambe



Erythrocyanose en position debout ou assise



Test de Buerger

- Variation de couleur du MI aux changements de position
- Elévation MI 60% jambe tendue → décoloration
- Intérêt → ischémie ≠ infection



Lésions directement liées à l'ischémie critique

Signes d'alerte

Signes de souffrance majeure

- ✓ Avant pied violacé
- ✓ Nécrose d'orteil
- ✓ Escarres
- ✓ Ulcère de jambe



Revascularisation ?

1. Avant pied violacé





Du violet sous les compressions → danger !



Du violet sous les compressions → danger !



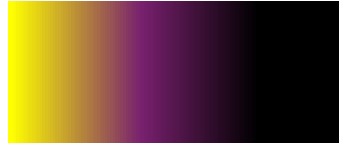
2. Nécroses d'orteil



AOMI ?



3. Escarres



AOMI ?



4. Ulcères de jambes et/ou pieds

Spécificités ?



4. Ulcères de jambes et/ou pieds

✓ Localisation

- Suspendu
- Face dorsale pied

✓ Arrondi ou polycyclique



**Ulcères suspendus
& arrondis**



Plaies du cou de pied & face dorsale

- ✓ Méfiance
- ✓ Traumatisme +++ et AOMI
- ✓ Proximité des tendons



4. Ulcères de jambes et/ou pieds

✓ Localisation

- Suspendu
- Face dorsale pied

✓ Arrondi ou polycyclique

✓ Bords abruptes

✓ Périphérie

- Halo violacé / Livedo

✓ Berges nécrotiques



4. Ulcères de jambes et/ou pieds

✓ Localisation

- Suspendu
- Face dorsale pied

✓ Arrondi ou polycyclique

✓ Bords abruptes

✓ Périphérie

- Halo violacé / Livedo

✓ Berges nécrotiques

✓ Fond

- Nécrotique
- Fibrino nécrotique
- Tendon
- Plan de glissement



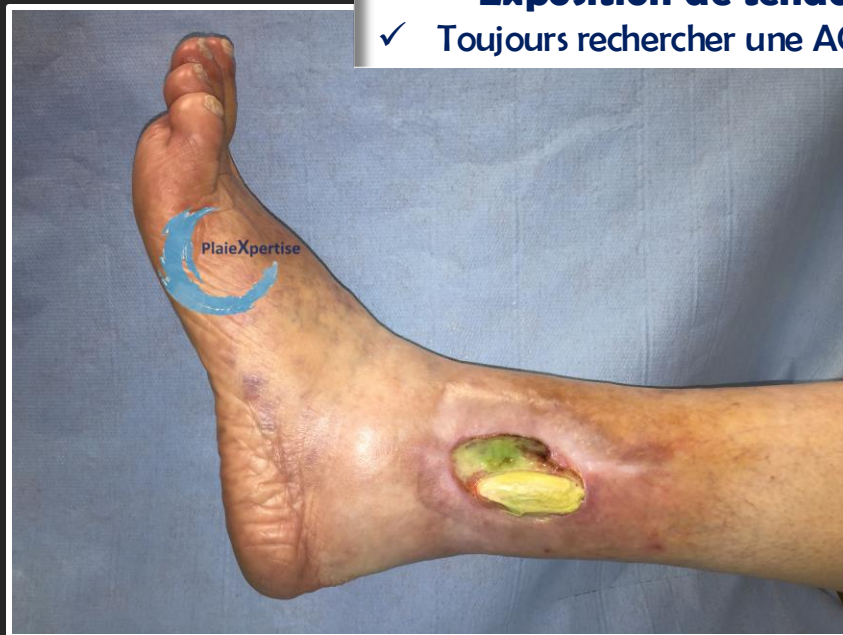
Fond fibrino nécrotique





AOMI ?

Exposition de tendon
✓ Toujours rechercher une AOMI ++++





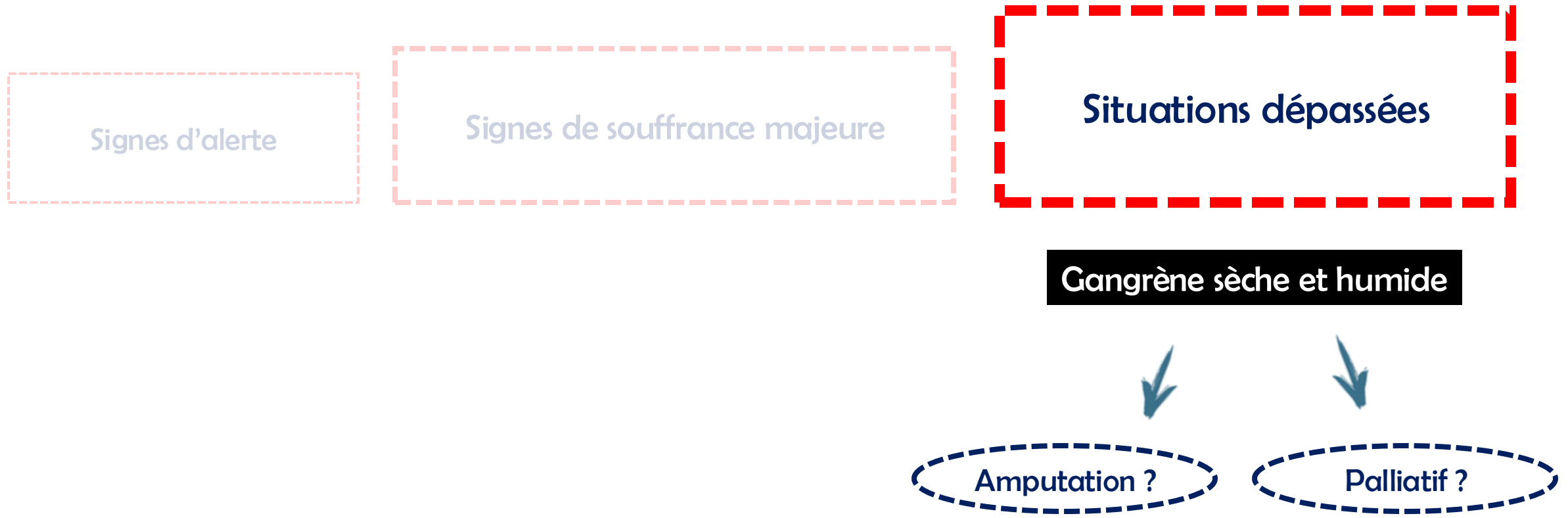
Plan de glissement

- ✓ Jaune = fascia
- ✓ Plaie sous fasciale → profonde

AOMI ?



Lésions directement liées à l'ischémie critique





Plaies avec artériopathie

Toute plaie les membres inférieurs et des pieds chez PA



chercher une AOMI (exploration vasculaire +++)

Plaies + AOMI
sans Ischémie critique

- ✓ Plaie d'autre étiologie
- ✓ ? AOMI → facteur de retard de cicatrisation ?
- ✓ ? Faut-il / Peut-on revasculariser pour favoriser la cicatrisation ?
- ✓ Avis multidisciplinaire ++++ → méd. vasc / chir vasc / cicatrisation / gériatre / EMSP

Tout ulcère « d'allure veineuse » chez un patient âgé ...

Part de l'AOMI ?



Fréquence +++ des ulcères mixtes A/V



Tout ulcère douloureux et/ou nécrotique ...

Part de l'AOMI ?



Plaies avec liseré violacé / livédoïde

Part de l'AOMI ?



Toute plaie du pied chez le diabétique



Part de l'AOMI ?





Mme S. 89 ans / A domicile
Dermohypodermite bactérienne
Doppler : sténose AFS 65% - IPS 0,75 – PSGO 45
Ø Ischémie critique



Revascularisation
Parage des tendons
Bi antibiottt 3 semaines
Cicatrisation dirigée



**Prise en charge
« Dermatologique »
des plaies artérielles**



Avis multidisciplinaire rapide

- ✓ Consultation / Hôpital de jour
- ✓ TLM
- ✓ Centre spécialisé multidisciplinaire +++++

Définir un objectif

Curatif

- ✓ Revascularisation ?
- ✓ Amputation ?
- ✓ Parage de tendon ?
- ✓ Soins locaux optimisés

Palliatif

- ✓ Douleur
 - Sédation
 - ALR
 - Alcoolisation nerf
- ✓ Soins locaux de confort



Miracle d'Aurélia Degli Angeli (1610) - Giovanni Batista Crespi - Cathedrale de Milan

Calmer la douleur

→ Palier II/III

→ ✓ Revascularisation ???????

→ ✓ ALR → KT peri nerveux de Ropivacaïne



Les miracles des docteurs Saints Cosme et Damien 1510
Fernando del Ricon - Musée du Prado - Madrid

Electrostimulation

Patiente de 92 ans / ulcère hyper algique (EVA 10) évoluant depuis 18 mois
Ischémie critique non revascularisable



19.02.2019 / EVA=8



28.02.2019 / EVA=2



11.03.2019 / EVA=0



Accel Heal Solo®



Ulcère mixte (IPS 0,6)
Refus de revascularisation
EVN 9



Greffe J4
EVN 3



Ischémie critique (IPS 0,4)
Pas de possibilité de revascularisation
EVN 10



Greffe J8
EVN 3

Greffe autologue

CAS CLINIQUE

Intérêt de la greffe de peau

Sur un ulcère de jambe hyperalgique



Pasol Toussaint
Dermatologue, Talence

Contexte

Une patiente de 84 ans consulte pour un ulcère de jambe gauche hyperalgique évoluant depuis 7 mois et résistant aux différents traitements locaux. Les antécédents sont marqués par une hypertension artérielle, une fibrillation auriculaire paroxystique, une dyslipidémie, une artériopathie des membres inférieurs de stade 2 sans ischémie critique et une insuffisance veineuse sur maladie variqueuse. Son traitement comprend amiodarone, rivaroxaban, amlodipine, furosémide et atorvastatine, paracétamol.



Figure 1 - Plaque initiale à J0.

Tableau clinique

La plaie est localisée sur la face interne de la cheville gauche. Elle mesure 4x3 cm avec une profondeur de 4 mm. Le fond est scléreux sans nécrose et les berges ne sont pas décollées. On note un œdème du membre inférieur. Les exsudats sont modérés et il n'y a aucun critère d'infection. La peau péri-lésionnelle est scléreuse dans le contexte d'insuffisance veineuse, mais sans macération ni dermatite d'irritation (Fig. 1).

La patiente est douloureuse avec une douleur permanente sans majoration nocturne (évaluée à 9 en échelle numérique) et avec des accès paroxystiques fréquents. Le score DN4 est à 5/10 témoin

d'une participation neuropathique. Cette douleur est invalidante et insomniante. Elle rend difficiles les soins locaux et la patiente refuse les bandes de compression. Sur le plan thérapeutique, il existe une intolérance au tramadol et aux morphiniques.

Comment prendre en charge la douleur ?

La douleur est en effet le problème essentiel puisqu'elle altère la qualité de vie de la patiente, limite les soins locaux et le port de compression. En raison de l'intolérance au

tramadol et aux morphiniques, nous avons choisi de nous orienter vers une prise en charge non médicamenteuse de la douleur.

Devant une plaie non inflammatoire, en l'absence de nécrose et de critère d'infection, une autogreffe de peau à visée analgésique a été proposée.

Ce geste a été réalisé en ambulatoire selon la technique de la greffe en pastilles (greffe de Reverdin).





Zone donneuse

Vingt greffons ont été prélevés sur la face antérieure de la cuisse après application d'une crème anesthésiante (mélange de lidocaïne 2,5 %

Soins locaux

- ✓ Situation cutanée précaire
 - Ne pas aggraver la situation +++++
 - ⚠ Phénomène de pathergie
 - Risque infectieux

- ✓ 3 soins à « réfléchir » ++++++

DéterSION mécanique	 
Pansements humides & occlusifs	
Compression	 <ul style="list-style-type: none">• Inélastique• Protection• Surveillance



Anonyme XVIIIème – Cathédrale de Milan

- ✓ Choix des pansements

- Assécher +++++ → fibres / alginate / super absorbant
- ↓ adhésion → Urgotul® / Adaptic®
- Protection → psmt américain + jersey tubulaire

Adhésifs Tulles gras vaselinés Hydrocellulaires siliconés Hydrocolloïde Hydrogel / Hydroclean®	 
--	---

Artériopathie et Peau chez le patient âgé



*Etude de trois têtes de vieillards
Rubens - MBA Libourne*

Toute plaies des membres inférieurs et des pieds doit faire rechercher une AOMI

- Prévalence AOMI chez la patient âgé
- Caractère asymptomatique
- Cicatrisation difficile → Ne pas perdre de temps

Exploration

- Palpation des pouls ++++
- Exploration vasculaire hémodynamique → Flux / pressions ++++++++

Ischémie critique

Avis spécialisé rapide

Plaie + AOMI sans IC

Avis spécialisé si aucune évolution

Prise en charge

- Danger → détersion mécanique / psmts humides / compression
- Privilégier → assèchement / momification
- Pensez à → électrostimulation / greffe autologue / ALR