

# Recommandations pratiques quant au diagnostic et au traitement de l'artériopathie des membres inférieurs chez le patient diabétique en 2011

## Introduction

### Screening et diagnostic

### Evaluation de la gravité

### Traitement

## Introduction

Ces lignes directrices sont fondées sur deux documents parallèles de l'IWGDF : "Revue systématique de l'efficacité de la revascularisation du pied ulcéré chez les patients atteints de diabète et de maladie artérielle périphérique" et "Diagnostic et traitement de la maladie artérielle périphérique chez les patients diabétiques avec un ulcère du pied. Rapport".

## Screening et diagnostic

La maladie artérielle périphérique (artériopathie des membres inférieurs, AMI) est un prédicteur important de l'évolution de l'ulcération du pied chez les patients diabétiques. Le clinicien qui examine un patient atteint de diabète et d'un ulcère du pied devrait donc toujours évaluer l'état vasculaire des membres inférieurs, en particulier à la recherche de signes d'ischémie car jusqu'à 50% de ces patients en sont porteurs. Avant de s'engager pour une amputation majeure, une revascularisation doit toujours être envisagée et discutée de préférence au sein d'une équipe multidisciplinaire du pied diabétique.

Chez tous les patients atteints de diabète et d'un ulcère du pied, la présence d'AMI doit être exclue. L'examen clinique suivant doit être pratiqué chez tous les patients :

- Un interrogatoire pour identifier les symptômes d'AMI.
- La palpation des pouls des membres inférieurs (comprenant artères tibiales postérieures et pédieuses).

Les tests de dépistage suivants sont nécessaires pour exclure une AMI :

- Evaluation par Doppler de poche des signaux de débit des artères du pied (artères tibiales postérieures et pédieuses)
- Mesure de l'index cheville/bras (ICB).
- En cas d'incertitude diagnostique, la mesure de l'indice orteil-bras a une valeur diagnostique supplémentaire.

Une AOMI est très probable quand:

- Le patient souffre de claudication ou de douleurs au repos.
- Les deux pouls sont absents à la palpation.
- Les signaux Doppler obtenus à partir d'une ou des deux artères du pied sont absents ou monophasiques.
- L'ICB est  $< 0.9$ .
- Un indice orteil-bras  $< 0,7$  suggère fortement une AMI sur un pied testé dans une atmosphère à température normale.

L'utilité diagnostique de chacun de ces éléments a des limitations dans le diabète.

- Chez les patients sans symptômes d'ischémie, avec des pouls du pied palpables ou avec des mesures de perfusion suggérant une AMI légère, les experts conseillent d'évaluer l'effet de soins optimaux de la plaie durant un maximum de 6 semaines.

- Si la réponse est mauvaise en termes de cicatrisation, la perfusion doit être réévaluée. Une échographie Duplex ou une angiographie des artères du membre inférieur doivent être absolument envisagées.

### Evaluer la gravité

Une fois le diagnostic d'AMI établi, la sévérité du déficit de perfusion doit être évaluée:

- Un ICB  $< 0,6$  indique une ischémie significative altérant le potentiel de guérison.
- Un ICB  $> 0,6$  a moins de valeur prédictive : chez ces patients, la pression à l'orteil et/ou la TcPO<sub>2</sub> (pression transcutanée d'oxygène) devraient être mesurées.
- La prédiction de la cicatrisation des plaies basée sur des tests de perfusion, quelle que soit la méthode, suit une courbe sigmoïde. Une ulcération du pied chez les diabétiques va souvent guérir si la pression à l'orteil est  $> 55$  mmHg et la TcPO<sub>2</sub>  $> 50$  mmHg. La guérison est généralement très perturbée lorsque la pression à l'orteil est  $< 30$  mm Hg et la TcPO<sub>2</sub>  $< 30$  mmHg.

### Traitement

Si une AMI de gravité suffisante pour empêcher la cicatrisation des plaies est identifiée, une revascularisation (endovasculaire ou par pontage) doit être considérée chez tous les patients. Les exceptions à cette règle générale peuvent concerner les patients très fragiles ou dont l'espérance de vie est courte (moins de 6-12 mois), les patients déjà atteints d'une handicap fonctionnel sévère qui a peu de chances d'être sensiblement aggravé par une amputation et les patients qui ont un volume de nécrose tissulaire tellement important que le pied est fonctionnellement irrécupérable. La plupart des études rapportent des taux de sauvetage de membre après une intervention de revascularisation d'environ 80-85% et la cicatrisation des ulcères dans  $> 60\%$  à 12 mois.

- La circulation artérielle dans sa totalité devrait être évaluée, avec une visualisation détaillée des artères au-dessous du genou et de celles du pied.
- L'une des techniques suivantes peut être utilisée : échographie Doppler couleur, angioscanner multi-barrettes, angiographie par résonance magnétique avec produit de contraste ou angiographie numérisée avec soustraction intra-artérielle.
- Le but de la revascularisation est de rétablir un flux pulsatile direct à au moins une des artères du pied, de préférence l'artère qui irrigue la région anatomique de la plaie.
- Il n'y a pas d'essais cliniques randomisés comparant les techniques de revascularisation par pontage et les techniques endovasculaires chez les patients diabétiques souffrant d'un ulcère du pied et d'AMI. Globalement, les résultats des deux techniques semblent similaires. Les résultats des procédures chirurgicales et endovasculaires dépendront beaucoup de la distribution morphologique de l'AMI ainsi que la disponibilité et de l'expertise locale dans un centre donné. Le choix définitif pour l'un des traitements doit être basé sur une discussion multidisciplinaire qui comprend les différents spécialistes vasculaires impliqués.
- La mortalité péri-opératoire de ces procédures est dans la plupart des séries  $< 5\%$  et des complications systémiques majeures sont observées dans environ 10% des patients.
- La mortalité et le taux d'amputation chez les patients avec une insuffisance rénale terminale sont plus mauvais. Cependant, même chez ces patients, des résultats

favorables peuvent être obtenus ; la majorité des études font état d'un taux de sauvetage de membre à 1 an de l'ordre de 70%.

- "Le temps est du tissu" dans les ulcères du pied diabétique infectés et ischémiques. Les patients présentant des signes d'AMI et une infection du pied sont à risque particulièrement élevé pour une amputation majeure et doivent être traités comme une urgence médicale, de préférence dans les 24 heures.
- Le traitement de l'AMI devrait faire partie d'un plan de prise en charge globale qui devrait également inclure le traitement de l'infection, des débridements fréquents, une décharge biomécanique, l'équilibre du diabète et le traitement des comorbidités.
- La morbidité et la mortalité cardiovasculaires sont nettement augmentées chez les patients atteints de diabète, souffrant d'un ulcère du pied et d'AMI ; ces patients ont un taux de mortalité globale à 5 ans de 50%. Tous les patients devraient avoir une prise en charge agressive des risques cardio-vasculaires, devant comprendre un soutien à l'arrêt du tabagisme, le traitement de l'hypertension et la prescription d'une statine, ainsi que de faibles doses d'aspirine ou de clopidogel.