

SYNTHESE

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Prescription d'activité physique

Validée par le Collège le 13 juillet 2022

Les données

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est une des complications de la maladie athéromateuse dont les deux premiers facteurs de risque sont le tabagisme et l'hypertension artérielle. Le risque principal associé est celui d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral.

L'activité physique (AP) régulière et le sevrage tabagique sont les bases du traitement de l'AOMI. Leur association chez les patients avec une claudication intermittente est efficace sur l'état fonctionnel, la qualité de vie et les symptômes à court, moyen et long terme. L'AP améliore la capacité fonctionnelle (VO^2 max), le périmètre de marche, les facteurs de risque cardio-vasculaires et la composante physique de la qualité de vie des patients.

L'AP est recommandée en cas d'AOMI asymptomatique. L'AP est recommandée en première intention chez les patients avec ischémie d'effort (claudication intermittente), quel que soit le niveau artériel des lésions, y compris après un geste de revascularisation.

La consultation médicale d'AP

Une consultation médicale d'AP est recommandée avant une prescription d'AP. L'interrogatoire doit rechercher des symptômes d'AOMI et des signes fonctionnels d'autres atteintes athéromateuses comme des douleurs angineuses, des symptômes déficitaires cérébraux, une dysfonction érectile précoce. Une mesure comparative de la pression artérielle aux 2 bras doit être réalisée.

Les examens complémentaires

Un ECG de repos est justifié. La réalisation systématique d'une épreuve d'effort à visée cardiologique avant la pratique d'une AP n'est pas recommandée (cf. guide HAS).

Les recherches systématiques d'une maladie coronarienne asymptomatique, d'une sténose carotidienne et/ou de l'artère rénale ne sont pas recommandées et seront orientées par l'examen clinique. La recherche échographique d'un anévrisme de l'aorte abdominale est recommandée.

Des avis spécialisés (cardiologue, pneumologue, radiologue, médecin et chirurgien vasculaires) et des examens complémentaires sont justifiés en cas de doute.

Les contre-indications et points de vigilance

La pratique d'AP sollicitant les membres inférieurs est temporairement contre-indiquée avant revascularisation pour les patients avec sténose serrée de l'artère fémorale commune ou en cas de sténoses associées des artères fémorales superficielle et profonde.

La pratique d'une AP modérée peut révéler chez des patients âgés totalement inactifs et/ou sédentaires une maladie coronarienne symptomatique. Le patient doit être éduqué et les symptômes repérés.

Le chaussage utilisé pour la marche doit être de qualité, surtout pour les patients atteints d'AOMI avec une fragilité cutanée ou un diabète associé.

En cas de choc la prise d'antiagrégant peut majorer les risques d'hématomes généralement bénins.

Les statines peuvent favoriser la survenue de douleurs musculaires à l'effort. Le traitement doit être adapté et poursuivi (molécule ou dose).

L'obtention d'un arrêt total et définitif du tabagisme et l'équilibre des autres facteurs de risque cardiovasculaire (surpoids, diabète, hypertension artérielle) sont indispensables pour ralentir l'évolution de l'AOMI et diminuer ses complications.

Conseils et prescription d'AP

Diminuer le temps total de sédentarité à moins de 7 heures par jour et rompre les temps prolongés assis en se levant et en bougeant au moins une minute toutes les heures.

Augmenter les AP régulières de la vie quotidienne pour répondre aux recommandations de l'OMS. La marche reste l'activité la plus efficace. La simple recommandation orale de sa pratique par le praticien est généralement inefficace.

Prescrire un programme d'APA

La prescription d'un programme d'APA est recommandée chez les patients souffrant d'AOMI symptomatique ou asymptomatique.

Il est recommandé de débiter par un programme de rééducation/réadaptation vasculaire encadré par un professionnel de santé qualifié en centre spécialisé avec au moins 3 séances de 30 à 60 minutes hebdomadaires de marche pendant au moins 12 semaines, associé à un travail des membres supérieurs et de gymnastique spécifique des membres inférieurs.

Lorsque la prise en charge par un centre n'est pas possible, un programme d'entraînement à domicile structuré selon les mêmes modalités et dirigé par un professionnel de santé qualifié (masseur-kinésithérapeute ou enseignant en APA) peut être proposé.

Dans tous les cas, ces exercices doivent être poursuivis à domicile en utilisant les mêmes recommandations. En cas de difficultés pour le patient à réaliser un entraînement basé sur la marche, d'autres AP (cyclisme, ergomètres sollicitant le haut et/ou le bas du corps, exercices statiques des membres) doivent lui être prescrites.

Une éducation thérapeutique centrée sur les apports bénéfiques et les mécanismes en cause ainsi que sur les modalités pratiques à respecter (durée et fréquence des séances, seuil de douleur à respecter, impacts de la vitesse de marche et de la pente) est un préalable indispensable à un programme autodirigé d'entraînement à domicile et pour une observance au long cours. L'apport positif d'un coaching téléphonique ou par le biais d'une application et/ou de l'utilisation de moniteurs d'AP, type podomètre ou application spécialisée, sur l'adhésion et l'observance est prouvé.