

Des membres de la Société de chirurgie vasculaire vous répondent. Posez vos questions sur lefigaro.fr

www.lefigaro.fr/sante



PROFESSEUR YVES ALIMI

Chief du service de chirurgie vasculaire au CHU Nord de Marseille. Secrétaire général de la Société de chirurgie vasculaire de langue française.

« La chirurgie peut-elle guérir l'artérite des membres inférieurs ? »



L'ARTÉRITE EN CHIFFRES

90%
des personnes atteintes d'artériopathie sont des fumeurs

800 000
nouveaux cas sont diagnostiqués en France chaque année

5 000
amputations sont dues à cette maladie

Source : Fédération française de cardiologie

La maladie athéromateuse cardio-vasculaire est la première cause de mortalité en France et est liée à l'apparition de plaques d'athérome (bouchons gras) qui viennent obstruer les artères nourricières des organes. Lorsque ces plaques apparaissent sur les artères des membres inférieurs, on parle d'artérite qui touche en général l'homme de plus de 60 ans, après un long passé de tabagisme ou de diabète, voire d'un taux élevé de cholestérol ou l'existence d'une hypertension artérielle. Il faut cependant noter que nous rencontrons, de plus en plus souvent, une artérite chez des femmes ou des sujets plus jeunes, du fait d'un tabagisme sévère souvent débuté dans l'enfance.

Typiquement, l'artérite va évoluer en plusieurs étapes de gravité croissante, sachant que cette chronologie n'est

pas toujours respectée. À un stade précoce de la maladie, appelé claudication intermittente, le patient consulte pour une douleur ressentie à la marche, le plus souvent au niveau du mollet ou de la cuisse, après un périmètre d'autant plus court que la maladie est sévère. Si on laisse évoluer les choses ou si le patient marche peu, les douleurs vont s'installer au repos, pouvant empêcher le sommeil. Au maximum, un ulcère douloureux va apparaître sur les orteils, le talon ou la cheville traduisant la souffrance de la peau qui n'est plus alimentée, comme une branche d'un arbre dont on aurait coupé la sève.

En collaboration avec l'ensemble des praticiens en charge de ces patients (médecins traitants, angiologues, cardiologues...), le chirurgien vasculaire doit évaluer la gravité de l'artérite. Il réalise pour cela l'examen

Le chirurgien vasculaire doit évaluer la gravité de l'artérite. Il réalise pour cela des examens (écho-Doppler, scanners, IRM...) qui vont permettre de situer les obstacles aux flux sanguins. LAURENT

du patient, des examens complémentaires (écho-Doppler, scanners, IRM...) qui vont permettre de situer les obstacles aux flux sanguins et leurs étendues. De plus, un bilan sera réalisé afin de déterminer si d'autres plaques d'athérome se sont développées dans des localisations sensibles telles que les artères carotides (situées dans le cou) dont l'obstruction peut entraîner un accident vasculaire cérébral ou les artères coronaires avec un risque d'infarctus du cœur.

Dans l'immense majorité des cas, le chirurgien vasculaire va guérir le patient en rétablissant une alimentation sangui-

ne dans le membre en souffrance. Il dispose pour cela d'un ensemble de moyens thérapeutiques : le traitement médicamenteux et la rééducation, les techniques de dilatation et les interventions chirurgicales telles que les ablations de plaques d'athérome et les pontages.

Rétablir un flux sanguin

Les techniques de dilatation se sont beaucoup développées ces dernières années, avec la mise au point d'une panoplie d'instruments qui permettent de franchir les plaques d'athérome et les impacter dans la paroi artérielle à l'aide de ballonnets et de ressorts (stents). Elles nécessitent une simple ponction, souvent une anesthésie locale et une hospitalisation parfois de quelques heures. Des plaques d'athérome de plus en plus complexes peuvent être traitées par ces techniques peu invasives et permet-

te ainsi au patient de recouvrer une activité de marche satisfaisante ou de cicatrifier un ulcère. Pour autant, elles ne sont pas anodines et ne peuvent pas être utilisées dans tous les cas. Lorsque ces techniques ne sont pas adaptées, voire en cas de complication, le chirurgien vasculaire saura proposer une autre technique chirurgicale qui permettra de traiter les obstacles plus étendus ou situés dans des localisations particulières.

Les ablations de plaques d'athérome permettent de libérer un carrefour artériel essentiel en rétablissant un flux sanguin normal dans des axes obstrués à plus de 80%. Dans certaines occlusions artérielles très étendues, c'est un

Dans la majorité des cas, la guérison peut être obtenue en rétablissant une alimentation sanguine dans le membre malade

« Pourquoi les sportifs de haut niveau ont-ils parfois des problèmes vasculaires ? »

Paradoxalement, l'activité sportive, lorsqu'elle est pratiquée de façon intensive, peut être responsable de certaines atteintes vasculaires qui peuvent remettre en cause la pratique du sport. Les deux affections les plus fréquentes chez les sportifs sont le syndrome des loges touchant les jambes et parfois les avant-bras et l'endofibrose iliaque dite du cycliste.

Le syndrome des loges correspond à une élévation anormale de la pression qui règne dans une ou plusieurs des cinq loges musculaires des jambes, chaque loge étant formée par un ou plusieurs muscles enserrés dans une enveloppe inextensible appelée aponeurose. L'origine de cette augmentation de pression est liée dans 20 à 30% des cas à un piège des veines situées derrière le genou, qui sont comprimées pendant la course à pied entraînant l'apparition d'une gêne à l'évacuation du sang à la sortie des muscles. La stagnation d'une quantité de sang dans les masses musculaires va conduire à une élévation de la pression musculaire dans une loge inextensible, d'où l'apparition d'une douleur qui oblige à l'arrêt de l'activité sportive sous peine de survenue d'une déchirure musculaire.

Ce syndrome apparaît le plus souvent chez l'homme, souvent jeune (entre 16 et 50 ans), après la pratique intensive de la course à pied, du football, du tennis, voire à l'occasion d'un changement de sport ou d'un mode d'entraînement. Il est pratiquement inexistant lors de la pratique du vélo ou de la natation. Il touche en général les deux jambes en même temps par une douleur à type de crampes qui oblige à l'arrêt de l'effort, mais qui persiste malgré cet arrêt. Les mêmes manifestations sont possibles au niveau des avant-bras, qui peuvent parfois se télescoper chez les cyclomoteuristes ou les adeptes du VTT, en particulier lors des compétitions. Chez ces derniers, un piège des vaisseaux au niveau du coude est parfois authentifié.



Le syndrome des loges apparaît le plus souvent chez l'homme, souvent jeune (entre 16 et 50 ans), après la pratique intensive de la course à pied, du football ou du tennis. TEO LANNIE/ALTOPRESS/MAXPPP

L'avis d'un médecin du sport permettra de distinguer ce syndrome des autres causes responsables de douleurs à l'effort (périostite, tendinite...) et de confirmer le diagnostic par la prise de pression dans les loges musculaires. Afin de mieux appréhender les variations de pression, il est intéressant d'effectuer des mesures au repos, mais aussi pendant et après l'effort, par la mise en place de cathéters dans les loges musculaires sous anesthésie locale. De plus, une échographie-Doppler permettra de rechercher une compression des veines du genou au repos et pendant des mouvements de flexion des chevilles.

L'endofibrose, une pathologie potentiellement grave

Lorsque le diagnostic de syndrome des loges est établi, le sportif est placé devant une alternative qui est soit de limiter voire d'arrêter son activité sportive, soit de se faire opérer. L'intervention consiste en une ouverture des enveloppes enserrant les loges douloureuses afin de réduire les pressions pendant l'effort et de libérer les

veines du genou des éléments compressifs. Ces actes opératoires permettent une reprise des activités physiques après deux à trois mois de repos et de poursuivre, pour certains, une activité professionnelle un temps compromise (militaires de carrière, professeurs de sports, sportifs de haut niveau...), et, pour d'autres, une activité physique de loisirs, souvent nécessaire à un équilibre personnel.

L'endofibrose iliaque du cycliste est une affection plus rare, mais potentiellement plus grave. Elle correspond à une obstruction progressive des artères situées dans le ventre (artères iliaques) qui alimentent les membres inférieurs. Comme pour l'artérite, cette obstruction, due ici à une fibrose liée à l'activité sportive, conduit à une réduction du débit sanguin qui va d'abord gêner les efforts les plus intenses (montée de cotes, sprints), puis empêcher des efforts modérés, voire menacer la viabilité de ce membre. Les symptômes touchent rarement les deux membres inférieurs.

L'endofibrose touche généralement le cycliste de haut niveau, après de nom-

breuses années d'entraînement avec plus de 10 000 km de vélo par an, totalisant en général plus de 150 000 km. Les symptômes débutent souvent par une douleur intense lors des efforts en vélo (montée « en danseuse ») avec une sensation de « cuissard trop serré » et peuvent s'aggraver pour rendre les simples efforts de marche difficiles. Il faut savoir que d'autres activités sportives incluant le vélo (biathlon, triathlon) ou non (course à pied) peuvent être intéressées.

Là encore, l'avis d'un médecin du sport est nécessaire afin d'éliminer les autres causes possibles (atteinte nerveuse ou de la hanche, plaques d'athérome...) et de pratiquer des examens complémentaires qui pourront confirmer le rétrécissement du calibre artériel, souvent associé à une elongation anormale de l'artère (écho-Doppler, IRM, artériographie). L'arrêt de l'activité sportive peut souvent permettre de stabiliser ces lésions et ainsi d'éviter un acte opératoire.

Lorsqu'elle est nécessaire, l'intervention chirurgicale va consister en un nettoyage et un raccourcissement de l'artère déficiente, associés à un élargissement de son calibre. Après quelques semaines de convalescence, le sportif pourra reprendre ses activités et retrouver, en général, son meilleur niveau. ■

PR YVES ALIMI

Cliquer c'est bon pour la santé

Des informations, des conseils, des programmes interactifs élaborés par des médecins et un accompagnement personnalisé.

www.lefigaro.fr/sante

