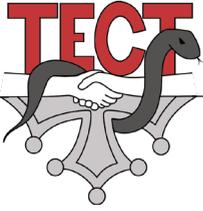


MÉDECINE VASCULAIRE



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : assez variés, surtout âgés et polypathologiques, plutôt autonomes. Durée d'hospit. de quelques jours à des mois entiers (*plaies +++*)

/!\ aspect psycho important dès qu'il est question d'amputation /!\

Service : arrivée entre 8h30 et 9h, staff les mercredis (chirurgiens, radiologues interventionnels, hémostatiers). Possible d'aller en chir vasc ou en radio interv.

Hospitalisation traditionnelle -> 2 secteurs, 18 lits

Explorations vasculaires (dont SOS phlébites) -> consultation et écho-Doppler

Hôpital de jour -> cicatrisation vasculaire = consultation pour les patients avec plaies chroniques (*bilan morpho, pansements, greffe de peau...*)



LEXIQUE

AAA = ané-	transluminale	EP = embolie	antiphospho-	veineuse
vrysmes de	AVK = an-	pulmonaire	lipides	profonde
l'aorte abdo-	ti-vitamine K	IPS = index	TCPO2 =	TVS =
minale	E D A M I /	de pression	pression partielle	thrombose
AOD = anti-	E D A R /	systolique	trans-	veineuse su-
coagulants	EDVMI =	(normal de	cutanée en	perficielle
oraux directs	écho-dop-	0,9 à 1,3)	O2 (Transcu-	TSAO =
AOMI = ar-	pler artériel	MTEV = ma-	taneous Par-	trons su-
tériopathie	des membres	ladie throm-	tial Pressure	pra-aortiques
oblitérante	inférieurs,	bo - e m -	of Oxygen)	(désigne un
des membres	des artères	bolique	TT = troubles	écho-Dop-
inférieurs	rénales, vei-	veineuse	trophiques	pler de ces
ATL = an-	neux des	SAPL = syn-	TVP =	vaisseaux)
gioplastie	membres inf	drome des	thrombose	





RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Classification : vaisseaux de gros/moyen/petit calibre

Aorte et ses principales branches jusqu'en distalité -> TBC (tronc brachio céphalique) à D, carotide commune et subclavière à G

-> puis tronc coélique, a. mésentérique inférieure, a. rénales

-> bifurcation iliaque, a. iliaques communes puis internes et externes

-> en cuisse : a. fémorale, a. poplitée puis les 3 axes de jambe : a. tibiales ant et post et a. fibulaire finissant par les a. pédieuses

Structure de l'aorte : Intima/media/adventice



PRINCIPALES PATHOLOGIES

AOMI = maladie évolutive aboutissant à une ischémie importante du membre, très invalidante, 3 stades (asymptomatique, ischémie d'effort, ischémie de repos)

Critères cliniques +++ -> distance de marche, douleurs, troubles trophiques

Critères paracliniques -> dépistage IPS, confirmation par écho, TDM ou IRM, direct angiographie si geste envisagé. TCPO2 : pas de cicatrisation si <30mmHg

Maladie thromboembolique veineuse (MTEV) = coagulation et formation d'un thrombus dans un vaisseau (= *triade de Virchow*). Trois mécanismes : facteur déclenchant aigu réversible (*plâtre, voyage*), facteur favorisant permanent (*néoplasie ou cause génétique si <60ans*), idiopathique.

Trois formes majeures :

- EP (*thrombus dans un vaisseau pulmonaire*) isolée ou avec TVP, compliquée ou non d'un infarctus pulmonaire ou d'une dilatation cardiaque droite
- TVP isolée +/- compliquée d'une embolie pulmonaire
- TVS (*souvent sur cathéter*)

Maladie anévrysmale et dissection aortique

- Anévrysme = dilatation localisée de la paroi d'une artère aboutissant à la formation d'une poche +/- grande. Dépistage AAA : tabac, > 65ans, ATCD fam

- Dissection = passage de sang dans la paroi aortique, décollant les feuillets et créant un faux chenal, risque de rupture +++ /\! aorte abdominale

Syndrome cave = compression intrinsèque ou extrinsèque de la VCS (*Edèmes des membres sup et de la face avec comblement des creux sus claviculaires*) ou VCI (*hépatomégalie*) avec souvent une circulation veineuse collatérale



EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique complet : cf fiche urgences/médecine interne, ici spécifique

INTERROGATOIRE

Facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA, diabète, dyslipidémie, âge, homme, tabac), et de MTEV (long voyage, immobilisation prolongée > 3J, contraception, grossesse...)

Comorbidités et **antécédents** personnels et familiaux de maladie cardio-vasculaire (AVC entre autre), d'insuffisance rénale, de néoplasie, de maladie inflammatoire, tests diagnostics déjà effectués + résultats, ATCD de choc septique sur porte d'entrée ulcère ou ostéite (vaccin anti-tétanique à jour ?) Antécédents de chirurgie (orthopédie +++, neuro, anesthésie >6h...) et de traumatologie (immobilisation prolongée, fracture membre inf <3mois...)

Traitements (TTT) : estimer le risque hémorragique avant introduction d'anticoagulants

EXAMEN PHYSIQUE

L'examen doit être complet mais devra s'attacher à la recherche d'insuffisance circulatoire.

Cardio vascu : Recherche des pouls périphériques +++ (MS -> radial principalement et MI -> inguinal, poplité, tibial postérieur et pédieux)

Inspection rigoureuse des jambes -> recherche de signes d'insuffisance veineuse (dermite ocre, oedème des membres inf OMI...) et recherche de troubles trophiques et de plaies (ulcères +++)

Si AOMI -> périmètre de marche + douleur en décubitus ?

Recherche AAA -> masse battante avec expansion des doigts



A NOTER SUR L'OBSERVATION EN CAS D'EXAMEN NORMAL

Cardio vascu : pas d'OMI, pas de circulation collatérale

Pouls périphériques perçus, sans souffle

Périmètre de marche normal

Dermato : Pas de troubles trophiques (sinon les décrire précisément avec des schémas et des dessins)



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bio : NFS, BES, CRP, bilan lipidique (*LDL cholestérol, triglycérides...*), bilan hépatique et rénal (DFG++) orientant pour le choix des traitements, bilan d'hémostase (*facteurs de coag, taux de prothrombine, Temps de céphaline activé*), recherche de thrombophilie. D-dimères si soupçons de thrombose, INR si AVK

Imagerie : Echographie-Doppler +++ artérielle ou veineuse // Scanner // Angioscanner (*visualisation vaisseaux ++*) // ETT = échographie trans-thoracique



THÉRAPEUTIQUES

AOMI : triade de protection dès AOMI asympto (*pouls manquants*) -> statine
AOMI sympto stade II -> antiagrégant plaquettaire, IEC ou ARA2 et statine
Stade ischémie de repos -> pontage ou angioplastie (*dilatation et stent*). Si échec analogues prostaglandines puis amputation

Si ischémie aiguë -> thrombectomie. Si échec mise à plat, héparine, morphine

MTEV/Syndrome cave : ttt anticoagulant pour éviter une EP par migration d'un thrombus dans les artères pulmonaires (*EI : hémorragie*)

-> héparines (*HNF ou HBPM*), AVK ou AOD (*-xaban ou -gatran*)

EP : anticoagulants (*3-6 mois voire à vie*) ou cf MTEV anticoagulants non-utilisables et bas de contention force 3 selon localisation de la TVP. EP grave (*état de choc*) -> thrombolyse en réanimation



CHIRURGIE

Angioplastie -> dilatation de sténoses par gonflement d'un ballonnet

Stenting -> Pose de « ressorts » laissant le vaisseau dilaté

Endoprothèse artérielle -> ttt d'un anévrisme (*si >55mm*) ou d'une dissection

Pontage -> restaure un flux en évitant obstacle (*veineux ou synthétique*)

Thrombectomie -> destruction mécanique et pharmaco du thrombus

Filtre cave -> si nécessité de pause dans l'anticoagulation

NOTES

