

LA MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE (MAP)

LE PROGRAMME DE MARCHÉ

- 30-45 minutes, 3 fois par semaine minimum
- Rythme moyen, ad douleur importante
- Double ou triple la distance de marche

OÙ RÉFÉRER VOTRE PATIENT ?

- Pour l'investigation et le traitement : Laboratoire vasculaire de votre secteur.
- Pour l'enseignement au patient : Clinique de prévention des maladies cardiovasculaires de votre secteur.

Comité scientifique :

- **Pierre Michaud, chirurgien vasculaire**, hôpital de Chicoutimi.
- **André Roussin, interniste**, CHUM et **président de la SSVQ**.
- **Nathalie Roy, cardiologue**, hôpital de Chicoutimi.



Références/Ressources :

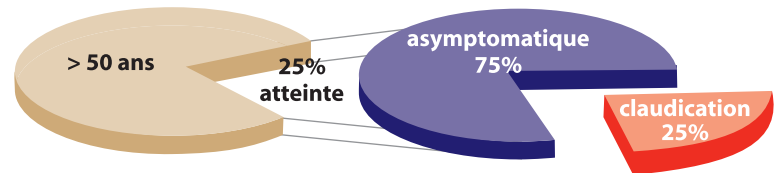
Belch JJF, Topol EJ, et al., Critical issues in peripheral arterial disease detection and management, Arch Intern Med 2003;163:884-92. Peripheral arterial disease in people with diabetes (consensus statement), Diabetes Care 2004;26:3333-41. CAPRIE Steering committee, Lancet 1996;348:1329-39. 4S, Lancet 1994;344:1383-89. HOPE Study Investigators, N Engl J Med 2000;342:145-53. Hiatt WR, Medical treatment of peripheral arterial disease and claudication, N Engl J Med.2001;344:1608-21. McGee SR, Physical examination and chronic lower-extremity ischemia, Arch Intern Med 1998;158:1357-64. Criqui, MH et al. N Engl J Med 1992;326:381-6.

Ces recommandations doivent être appliquées au patient selon le bon jugement du professionnel. Les textes et illustrations ne peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation écrite de la SSVQ.

Publié en novembre 2004

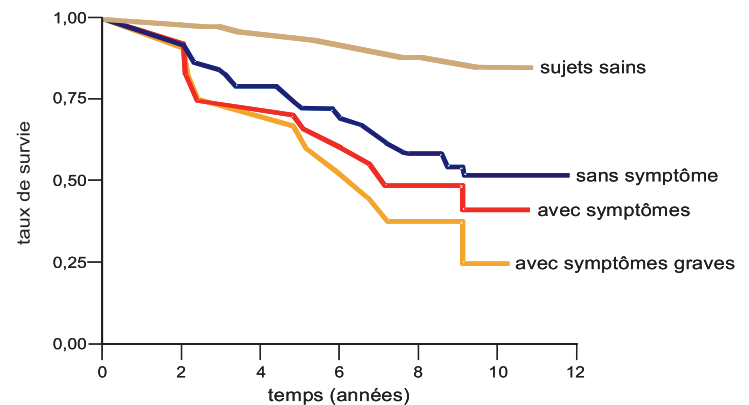
LE DÉFI

25% de la population de plus de 50 ans souffre de MAP



L'IMPORTANCE DU TRAITEMENT

Survie à 10 ans après un diagnostic de MAP



« Les patients souffrant de maladie artérielle périphérique [...] présentent [...] le même risque relatif de décès par atteinte cardiovasculaire que les patients ayant des antécédents de maladie coronarienne ou vasculaire cérébrale. » Hiatt, 2001

QUI EST CANDIDAT AU DÉPISTAGE ?

- Patients qui présentent des facteurs de risque (hypertension, hyperlipidémie, diabète, tabagisme, syndrome métabolique, etc.)
- Patients atteints d'une maladie vasculaire connue (coronarienne, carotidienne, rénale, etc.)
- Âge : > de 55 ans, en l'absence de facteur de risque
< de 55 ans, en présence de facteurs de risque
Répéter le dépistage aux 3 à 5 ans.

COMMENT DIAGNOSTIQUER LA MAP ?

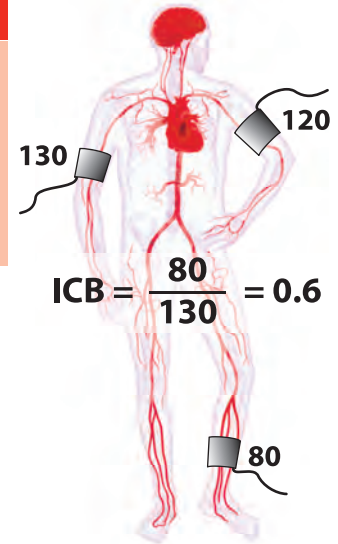
MAP symptomatique (claudication intermittente) Questionnaire d'Edinburgh (95% de spécificité)

- Avez-vous une douleur ou inconfort de la (les) jambe(s) en marchant ?
OUI
- Cette douleur débute en position assise ou debout immobile ?
NON
- Est-ce que la douleur disparaît en moins de 10 min si vous vous arrêtez ?
OUI

MAP asymptomatique : Indice cheville-bras (ICB) Évaluation objective non-invasive

Interprétation de l'ICB

Non-compressible	> 1.30
Normal	0.90 – 1.30
MAP légère	0.80 – 0.90
MAP modérée	0.50 – 0.80
MAP sévère	< 0.50
Douleur de repos	< 0.40
Ulcères, gangrène	< 0.25

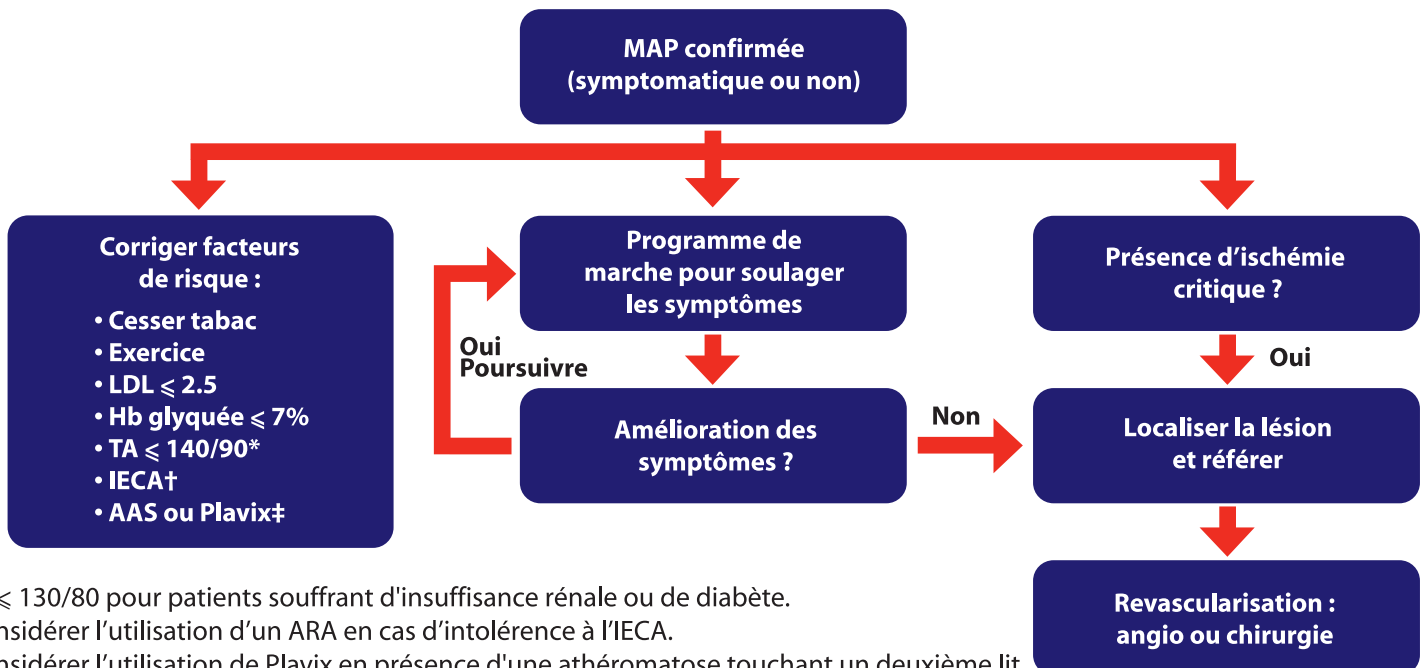


Examen physique

Paramètre	Sensibilité	Spécificité
Pouls fémoral	38 %	100 %
Pouls poplité	n/d	n/d
Pouls tibial	79 %	86 %
Souffle fémoral	25 %	95 %

Qualification des pouls	
Grade	Pulsation
4	Normale
3	Légèrement diminuée (25%)
2	Modérément diminuée (50%)
1	Sévèrement diminuée (75%)
0	Absente (100%)

L'APPROCHE THÉRAPEUTIQUE



* TA ≤ 130/80 pour patients souffrant d'insuffisance rénale ou de diabète.

† Considérer l'utilisation d'un ARA en cas d'intolérance à l'IECA.

‡ Considérer l'utilisation de Plavix en présence d'une athéromatose touchant un deuxième lit vasculaire, en présence de diabète, avec un accident ischémique malgré l'AAS ou si l'AAS est mal toléré.