

**Y a-t-il une place pour la Médecine Thermale
dans la prise en charge des patients atteints
d'Artériopathie des Membres Inférieurs ?
Le point de vue du médecin universitaire**

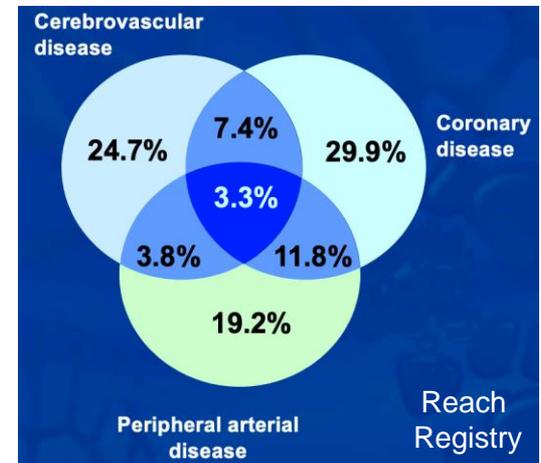
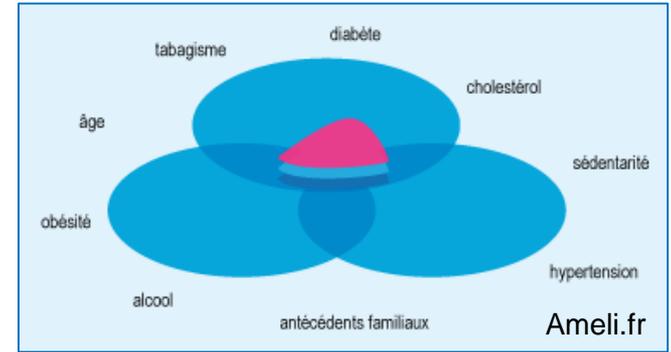
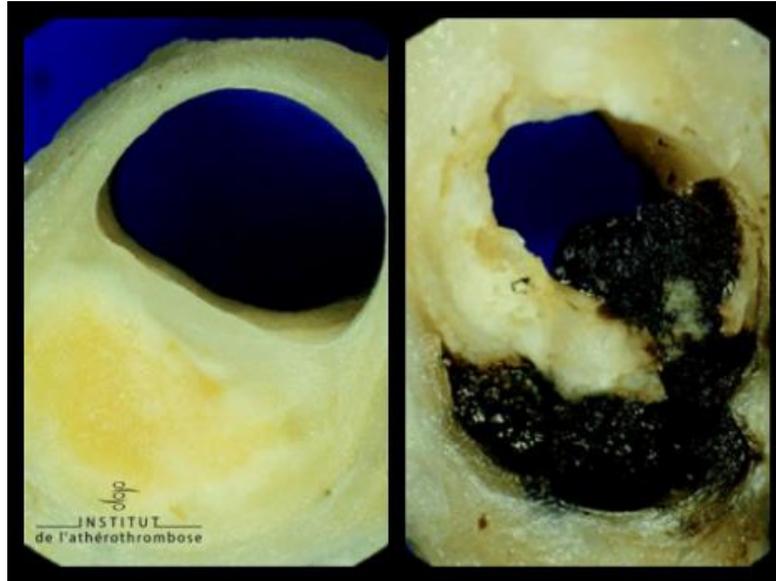
Patrick Carpentier

Professeur Emérite de Médecine Vasculaire
Centre de Recherche Universitaire de La Léchère
Université Grenoble - Alpes

Les 12 orientations thermales donnant lieu à agrément CNAM

- Maladies digestives et métaboliques
- Maladies rhumatismales
- Séquelles de traumatismes ostéo-articulaires
- Maladies de l'appareil urinaire
- Affections dermatologiques et stomatologiques
- Phlébologie
- **Maladies *cardio*-artérielles**
- Affections neurologiques
- Affections psychosomatiques
- Troubles de la croissance
- Maladies des voies respiratoires
- Gynécologie

Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs et Athérosclérose



Classification de Leriche et Fontaine

Stades Fonctionnels	Classes - Leriche et Fontaine	Signes et Symptômes	Index de Pression*	Prévalence > 60 ans
	0	Aucun	1.10	80%
Ischémie d'effort	I	Souffle / Pouls aboli	0.75	15%
	II	Claudication intermittente	0.60	5%
Ischémie permanente	III	Douleur de décubitus	0.25	0.02
	IV	Ulcère ischémique / Gangrène	0.05	0.03

AOMI et Rééducation

ACC/AHA Versus ESC Guidelines for Diagnosis and Management of Peripheral Artery Disease

TABLE 4 Guidelines for the Management of Patients With Intermittent Claudication

Class	AHA/ACC	ESC/ESVS
I	In patients with claudication, a supervised exercise program is recommended to improve functional status and quality of life and to reduce leg symptoms (Level of Evidence: A)	In patients with intermittent claudication, supervised exercise training is recommended (Level of Evidence: A)
	In patients with PAD, a structured community- or home-based exercise program with behavioral change techniques can be beneficial to improve walking ability and functional status (Class IIa) (Level of Evidence: A)	In patients with intermittent claudication, nonsupervised exercise training is recommended when supervised exercise is not feasible or available (Level of Evidence: C)
	Endovascular procedures are effective as a revascularization option for patients with lifestyle-limiting claudication and hemodynamically significant aortoiliac occlusive disease (Level of Evidence: A)	An endovascular-first strategy is recommended for short (<5 cm) aortoiliac occlusive lesions (Level of Evidence: C)
	Endovascular procedures are reasonable as a revascularization option for patients with lifestyle-limiting claudication and hemodynamically significant femoropopliteal occlusions (Class IIa) (Level of Evidence: B-R)	An endovascular-first strategy is recommended for short (<25 cm) femoropopliteal lesions (Level of Evidence: C)

Traitement de la claudication: HAS 2006

« En règle générale, le traitement symptomatique de la claudication intermittente d'origine artérielle fait d'abord appel à un programme d'entraînement à la marche supervisé (grade B).

Un traitement de revascularisation est proposé pour les claudications qui restent invalidantes après au moins 3 mois de traitement médical bien conduit.

Un geste de revascularisation plus précoce est discuté en cas de lésion proximale (aorto-iliaque ou fémorale commune) invalidante ou menaçante (lésion serrée sans collatéralité).»

AOMI et Rééducation

© 2019 EDIZIONI MINERVA MEDICA
Online version at <http://www.minervamedica.it>

International Angiology 2020 February;39(1):60-75
DOI: 10.23736/S0392-9590.19.04159-2

REVIEW

PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE

Supervised exercise therapy in intermittent claudication: a systematic review of clinical impact and limitations

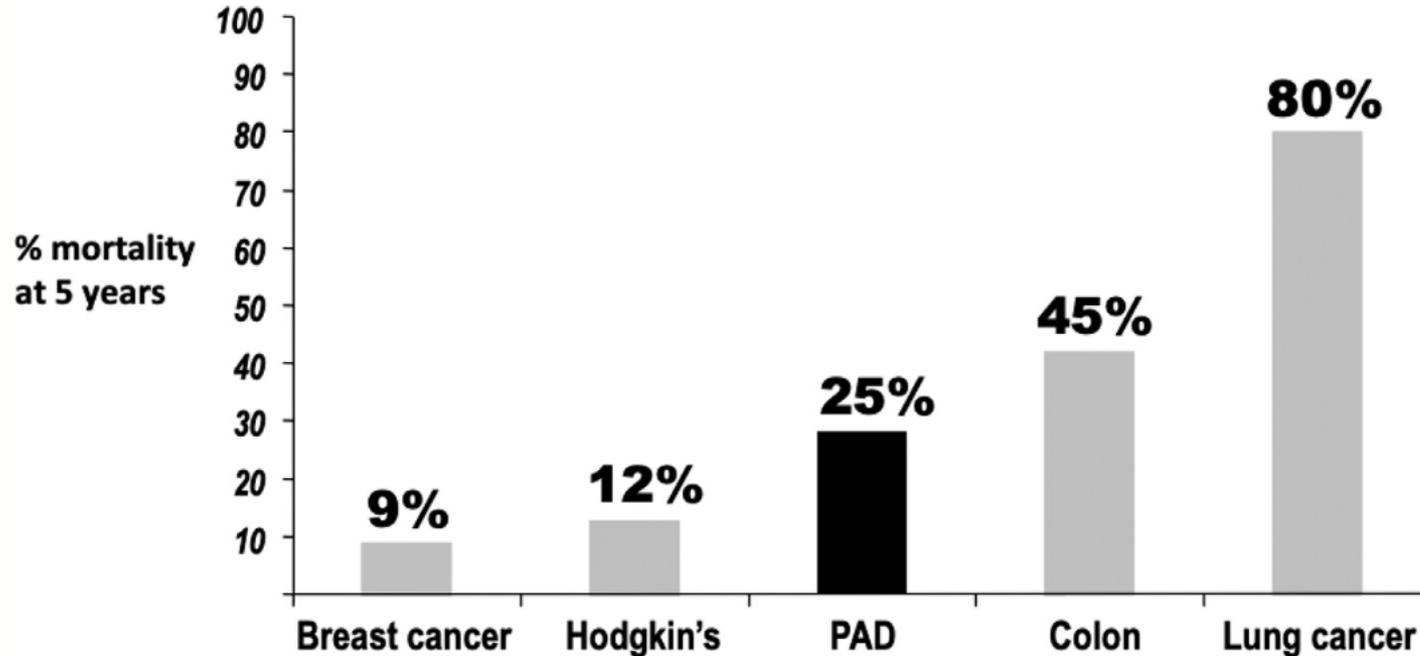
Egon RODRIGUES ¹, Ivone SILVA ² *

Conclusions

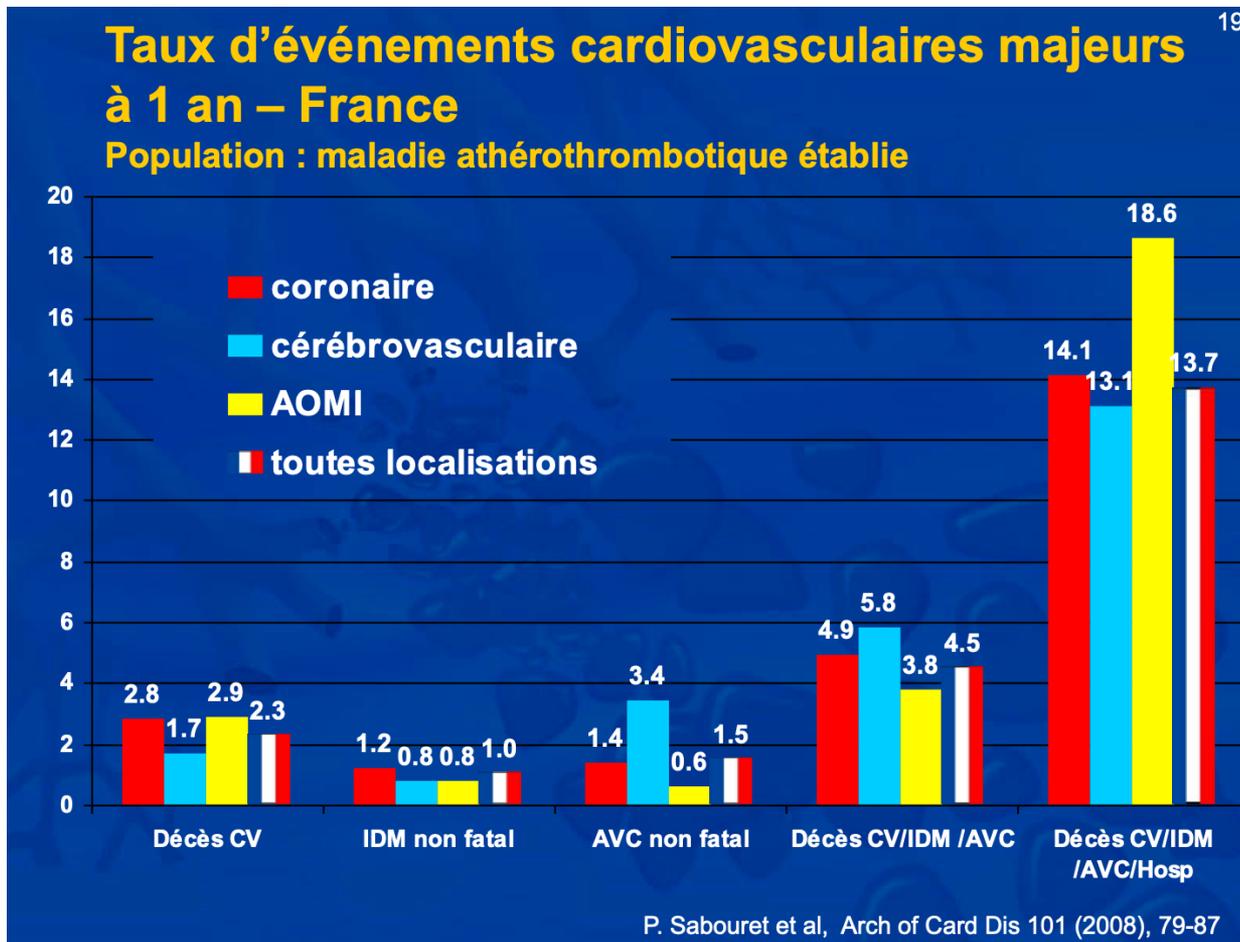
Supervised exercise therapy is first-line treatment of subjects with IC to improve symptoms and reduce concomitant cardiovascular risk.

However, SET is poorly accessible and widespread.

AOMI : Mortalité à 5 ans



Pronostic : AOMI vs autres localisations

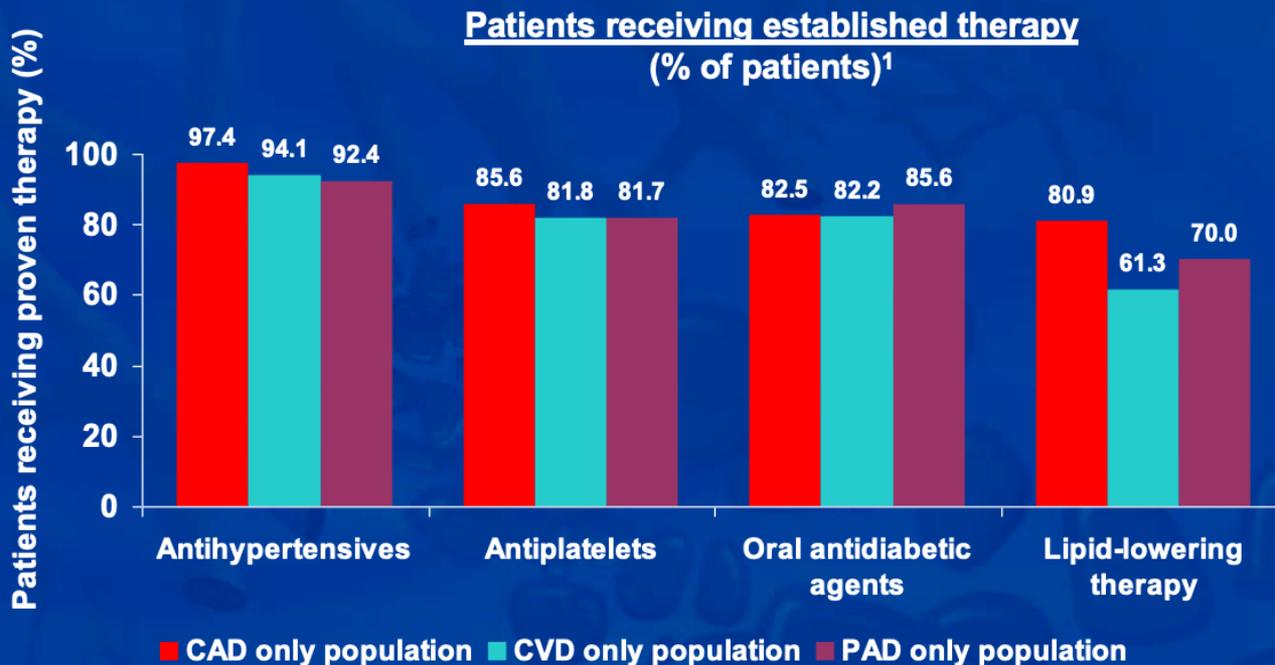


Pronostic Cardiovasculaire du Patient atteint d'AOMI

Référence	Sujets	Durée de suivi	IPS	Infarctus du Myocarde %/an	AVC %/an	Mort CV %/an
Lee 2004 Edinburgh Arterial Study	n=1592 55–74ans Population générale	12 ans	>0.90 0.90 - 0.70 <0.70	1.2% 1.6% 2.5%	0.6% 0.9% 1.6%	0.9% 1.7% 3.0%
Hooi 2004 Limburg PAOD Study	n=3649 40-78ans Population générale	7.2 ans	>0.95 <0.95 Asymptomatiq. <0.95 Symptomatique	0.5% 1.6% 1.2%	0.3% 4.1% 4.1%	0.2% 3.6% 3.5%

Les patients avec AOMI sont sous-traités

PAD Patients are Less Likely than Other Patients to Use Established Therapies*¹





Vous devez arrêter de fumer !

Marchez au moins 30 mn par jour !

Vos artères sont bouchées !

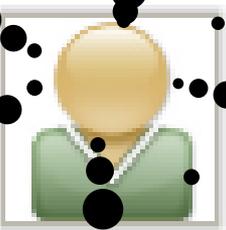
Il faut que vous perdiez 15 kg !

Je n'y arriverai jamais !

Je ne peux pas, j'ai mal !

J'ai peur !

Vous risquez un infarctus ou une attaque !



Je suis foutu !

Ce que je veux, c'est avoir moins mal!

Oui, je sais, je suis nul!

Je ne mérite même pas d'être opéré!

Vous allez prendre ces médicaments pour éviter les complications !

C'est à cause du tabac, des écarts de régime, de la sédentarité !

Votre cas ne relève pas de la chirurgie !

AOMI et Dépression

Vasc Med. 2009 Nov;14(4):297-304.

Lower-leg symptoms in peripheral arterial disease are associated with anxiety, depression, and anhedonia.

Smolderen KG, Hoeks SE, Pedersen SS, van Domburg RT, de Liefde II, Poldermans D.

CoRPS - Center of Research on Psychology in Somatic Diseases, Department of Medical Psychology, Tilburg University.

Abstract

Patients with peripheral arterial disease (PAD) report diverse clinical manifestations that are not always consistent with classic intermittent claudication. We examined the degree to which atypical exertional leg symptoms, intermittent claudication, and exertional leg symptoms that begin at rest were associated with mood states such as anxiety, depressive symptoms, and anhedonia (i.e. lack of positive affect). A cohort of consecutive PAD patients (n = 628) from the Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands, completed the Hospital Anxiety and Depression Scale and the San Diego Claudication questionnaire. The ankle-brachial index and clinical factors were assessed in all patients at baseline. Anxiety was present in 29%, depressive symptoms in 30%, and anhedonia in 28% of patients. Pain at rest was independently associated with anxiety, depressive symptoms, and anhedonia (ORs between 2.5 and 4.0, $p \leq 0.001$), while there was no relationship between intermittent claudication and mood states. Patients with atypical leg symptoms had a twofold risk of anxiety (OR = 1.9, 95% CI 1.1-3.5, $p < 0.05$). Adjusting for sex, age, ankle-brachial index, cardiovascular history, time since ankle-brachial index screening, clinical factors, and medication use, both pain at rest (OR = 3.4, 95% CI 1.6-7.0, $p = 0.001$) and atypical leg symptoms (OR = 2.3, 95% CI 1.1-4.9, $p < 0.05$) were associated with comorbid mood problems. In conclusion, PAD patients with atypical leg symptoms or pain at rest reported more impaired mood than patients without those symptoms. These patients should be monitored closely in clinical practice, as previous research in cardiovascular patients has shown that mood disorders and sub-threshold symptoms predict poor prognosis.

Traitement de l'AOMI : HAS 2006

”Traiter la claudication ou l’ischémie de membre ne suffit pas : il faut prévenir les complications systémiques de l’athérombose.”

”Une prévention médicamenteuse agressive des complications systémiques de l’athérombose est indispensable, mais ne suffit pas : il faut obtenir des changements importants de comportement du patient (tabac, diététique, exercice) qui justifient une éducation thérapeutique structurée. ”

Prévalence dans la Population Générale

TABLEAU II – PRÉVALENCE DE L'ARTÉRIOPATHIE DES MEMBRES INFÉRIEURS
DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Premier auteur (année) Nom de l'étude	Sujets	Critères diagnostiques	Prévalence %
Murabito (2003) Framingham	n = 674 ; hommes = 40 % âge moyen 80 ans	claudicants IPS < 0,90	5,2 20
Meijer (1998) Rotterdam study	n = 6 450 > 50 ans hommes = 40 %	claudicants IPS < 0,90 IPS < 0,70	1,7 19 8
Fowkes (1991) Edinburgh artery study	n = 1 582 55-75 ans hommes = 50 %	claudicants IPS < 0,90 IPS < 0,70	4,6 18,2 5,7

Index de Pression Systolique Cheville / Bras

Technique de mesure :

- Décubitus strict
- Repos 5 mn
- Manchon sus-malléolaire
- Doppler (8 MHz) de poche
- Gonflage supra-systolique
- Détermination de la pression systolique pendant le dégonflage
- Rapport à la pression systolique humérale



Conclusions (1)

- **L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est une maladie fréquente touchant environ 20% des plus de 50 ans, souvent asymptomatique :**
 - au moins 20% de nos curistes (toutes indications) en sont atteints,
 - et la majorité d'entre eux ne le sait pas.
- **Le pronostic vital du patient atteint d'AOMI est au moins aussi sévère que celui du coronarien stable et plus que celui de la plupart des cancers :**
 - le traitement systémique est plus important que celui de la claudication ;
 - l'amélioration des comportements de santé est vital pour ces patients.
- **En première intention, le traitement symptomatique recommandé pour la claudication est la rééducation ; les revascularisations devraient venir en 2^{ème} intention sauf cas particulier,**
 - mais les ressources en rééducation sont notoirement insuffisantes ;
 - et cela pousse vers une prise en charge interventionnelle agressive coûteuse et délétère pour le patient.

Conclusions (2)

- **La cure thermale artériologique devrait avoir une place importante dans la prise en charge des patients atteints d'AOMI :**
 - prise en charge holistique ;
 - éducation thérapeutique du patient indispensable ;
 - la balnéothérapie thermale (couloir de marche) permet une excellente rééducation à la marche ;
 - la carbothérapie thermale apporte un avantage supplémentaire.
- **C'est au stade de la claudication que la cure thermale est indiqué :**
 - bénéfice fonctionnel de la rééducation thermale ;
 - accessible à l'ETP contrairement aux patients en ischémie permanente ;
 - pas de traitements médicaux lourds de "réanimation du membre ischémique".
- **Un dépistage de l'AOMI chez l'ensemble des curistes, ou au moins ceux qui présentent un facteur de risque en plus de l'âge sauverait beaucoup de vies.**

Claudication: angioplastie ou rééducation?

Radiology 2009;250:588-95

Measure of Quality of Life	Mean Score Improvement Compared with Baseline		Adjusted Mean Difference*	Adjusted P Value†
	Endovascular Revascularization (n = 75)	Hospital-based Exercise (n = 75)		
ABI at rest‡				
6 Months	0.14 (0.08, 0.19)	0.03 (−0.01, 0.07)	0.00 (−0.05, 0.05)	.92
12 Months	0.16 (0.10, 0.21)	0.04 (0.00, 0.07)	0.00 (−0.04, 0.04)	.97
Maximum pain-free walking distance (m)				
6 Months	679 (519, 837)	899 (743, 1054)	−16 (−32, 2)	.02
12 Months	806 (646, 960)	943 (786, 1099)	24 (−42, 91)	.34