

Mr. M.



Cas clinique de médecine vasculaire
HOUTIN Pierre
Interne DES médecine vasculaire
Pr SARLON - BARTOLI

Motif d'hospitalisation

→ Patient âgé de 30 ans hospitalisé pour la prise en charge de thromboses artérielles et veineuses.

- *Antécédents* :
 - Insuffisance veineuse chronique superficielle traitée par plusieurs séances de sclérothérapie (membres inférieurs)
 - Tendinite de la main droite à répétition
- *Allergie* : aucune
- *Traitements* : aucun
- *Profession* : patient paysagiste à Callas. Droitier.

- *Facteurs de risques :*

- Tabagisme actif (10 PA), cannabis (environ 4/jour)
- Pas de consommation de cocaïne depuis 2 ans.

Histoire de la maladie

- *Fin octobre 2020* : douleurs de la face externe du pied droit + paresthésies. Douleurs de l'auriculaire gauche.
- *Le 05/11 (confirmée le 13/11)* : Doppler veineux des membres inférieurs : **TVS** du pied droit: (thrombose isolée d'un segment de la veine petite saphène étendue sur 5cm).
- *Le 19/11* : Doppler artériel du membre supérieur : **thrombose artérielle** de la partie proximale de l'artère ulnaire gauche (2cm). (Prescription Arixtra 7.5 mg le soir)
- *Le 24/11* **Douleur thoracique** amenant une consultation au SAU de la Timone : troponine négative, d dimère négatif.
- *Le 25/11* : Consultation avec le Pr Harle qui décide une hospitalisation en unité de médecine interne pour suite de la PEC.

Examen clinique

- *Au niveau des membres supérieurs :*
 - Acrocyanose de la main gauche
 - Manœuvre d'Allen positive à gauche

- *Au niveaux des membres inférieurs :*
 - Pouls pédieux et rétromalléolaires non perçus de manière bilatérale
 - Pouls fémoraux et poplités perçus
 - Placard ocre de la face externe du pied droit avec douleur à la palpation de la tête du 5ème métatarsien droit.

- Pression artérielle symétrique 130/80mmHg.

- Quel est votre hypothèse diagnostique?

- Vous suspectez une **maladie de BUERGER !**

→ Quels examens complémentaires prescrivez vous ?

Examens complémentaires

→ Echo doppler artériel (Pr SARLON) : (membres inférieurs)

- Aorte abdominale

- calibre normale sans anomalie pariétale notamment en faveur d'une aortite (DAP 19mm).
Les artères iliaques sont sans anomalies.

- A gauche :

- Fémorale et poplitée perméables.
- Occlusion segmentaire collatéralisée de la fibulaire et de la tibiale antérieure.
- Sténose de la tibiale postérieure dans sa partie proximale sur un épaississement circonférentiel hypo échogène serré de plus de 70% (VMS 400cm/s)

- A droite :

- Fémorale et poplitée perméables.
- Occlusion segmentaire des trois artères de jambes avec collatéralité.

- Pression en cheville : Tibiale postérieure 110 de façon bilatérale. Tibiale antérieure non mesurable.

AMI

L12-3

16Hz

60°

2D

51%

R Dyn 56

P Bas

HGen

Coul

46%

1500Hz

FP 45Hz

4.0MHz

DP

60%

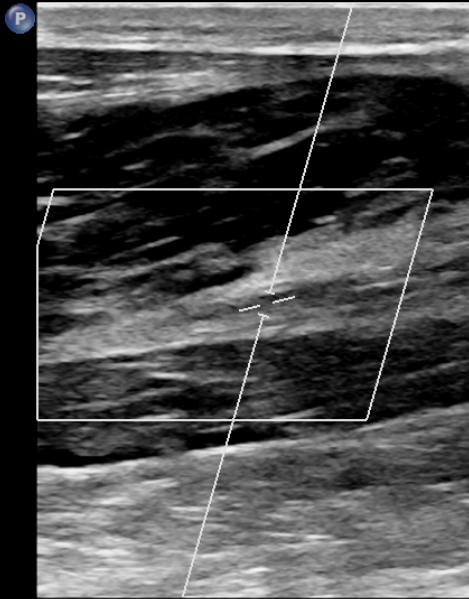
FP 50Hz

VE2.0mm

3.5MHz

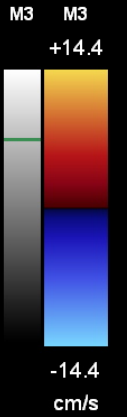
2.6cm

ATA Gauche

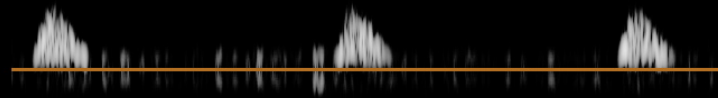


ITm0.3

IM 0.6



5.0cm



- 100
- 80
- 60
- 40
- 20
- cm/s
- 20

F#245

66mm/s

AMI

L12-3

16Hz

60°

2D

54%
R Dyn 56
P Bas
HGén

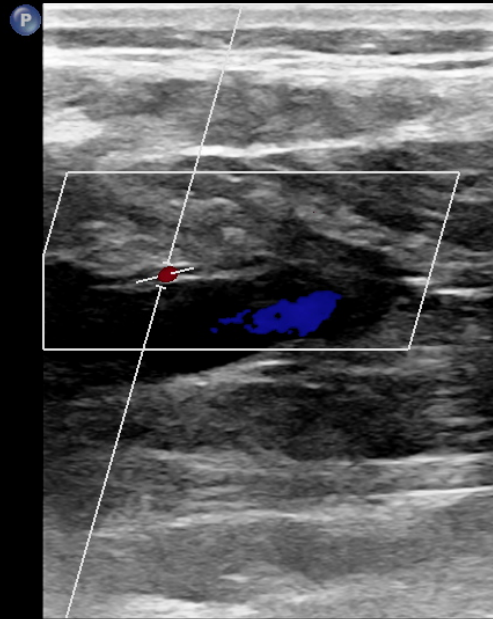
Coul

46%
1500Hz
FP 45Hz
4.0MHz

DP

60%
FP 30Hz
VE2.0mm
3.5MHz
2.3cm

A. fibulaire Gauche

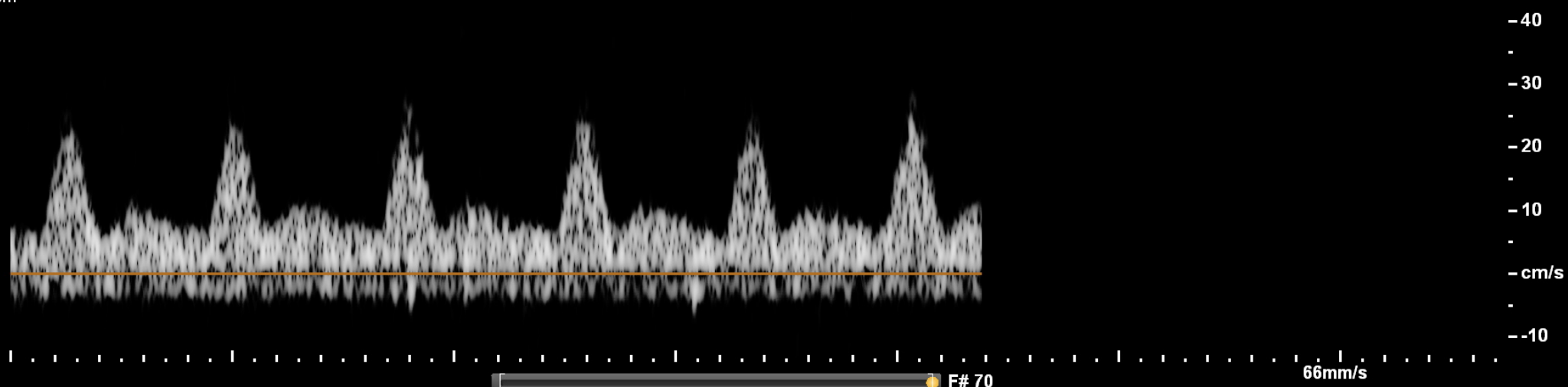


ITm0.3

IM 0.9



5.0cm-



AMI

L12-3

17Hz

60°

2D

48%
R Dyn 56
P Bas
HGén

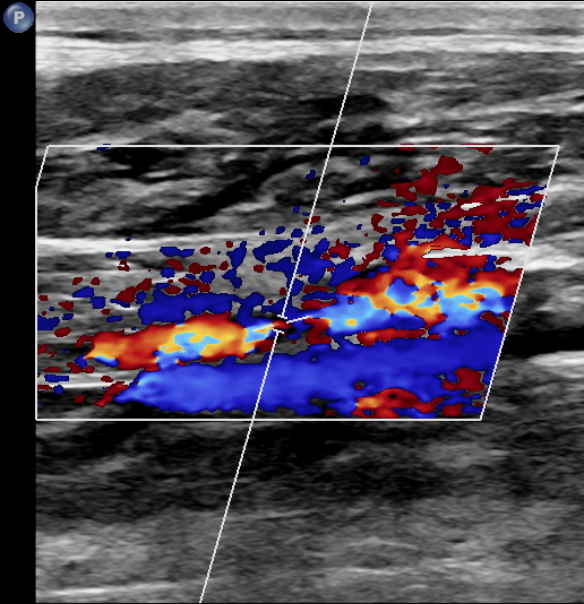
Coul

46%
1500Hz
FP 45Hz
4.0MHz

DP

76%
FP 110Hz
VE1.0mm
3.5MHz
2.2cm

ATP Gauche

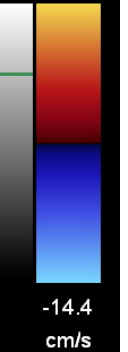


ITm0.3

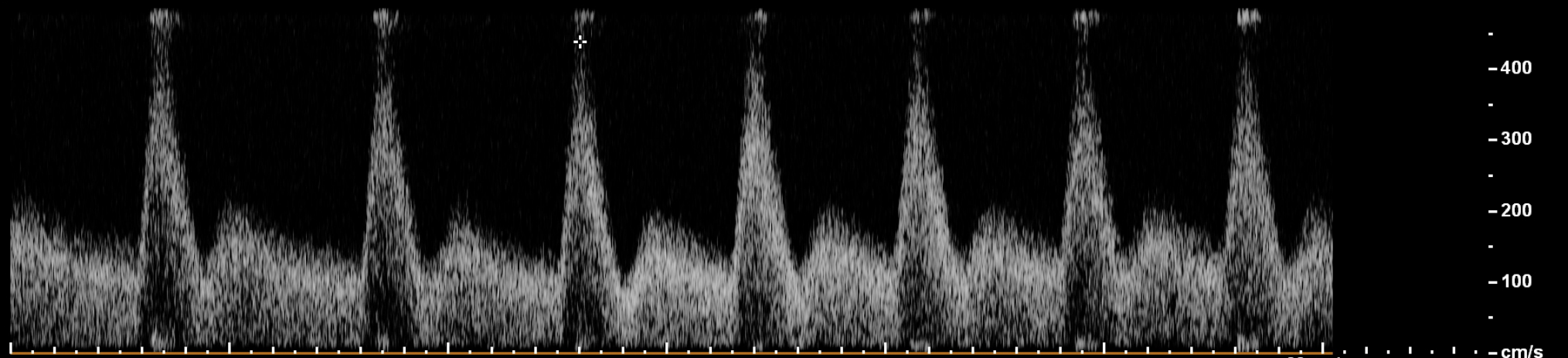
IM 0.5

Vit 438 cm/s

M3 M3
+14.4



4.0cm



F#293

66mm/s

cm/s

AMI

L12-3

12Hz

2D

44%

R Dyn 56

P Bas

HGén

Coul

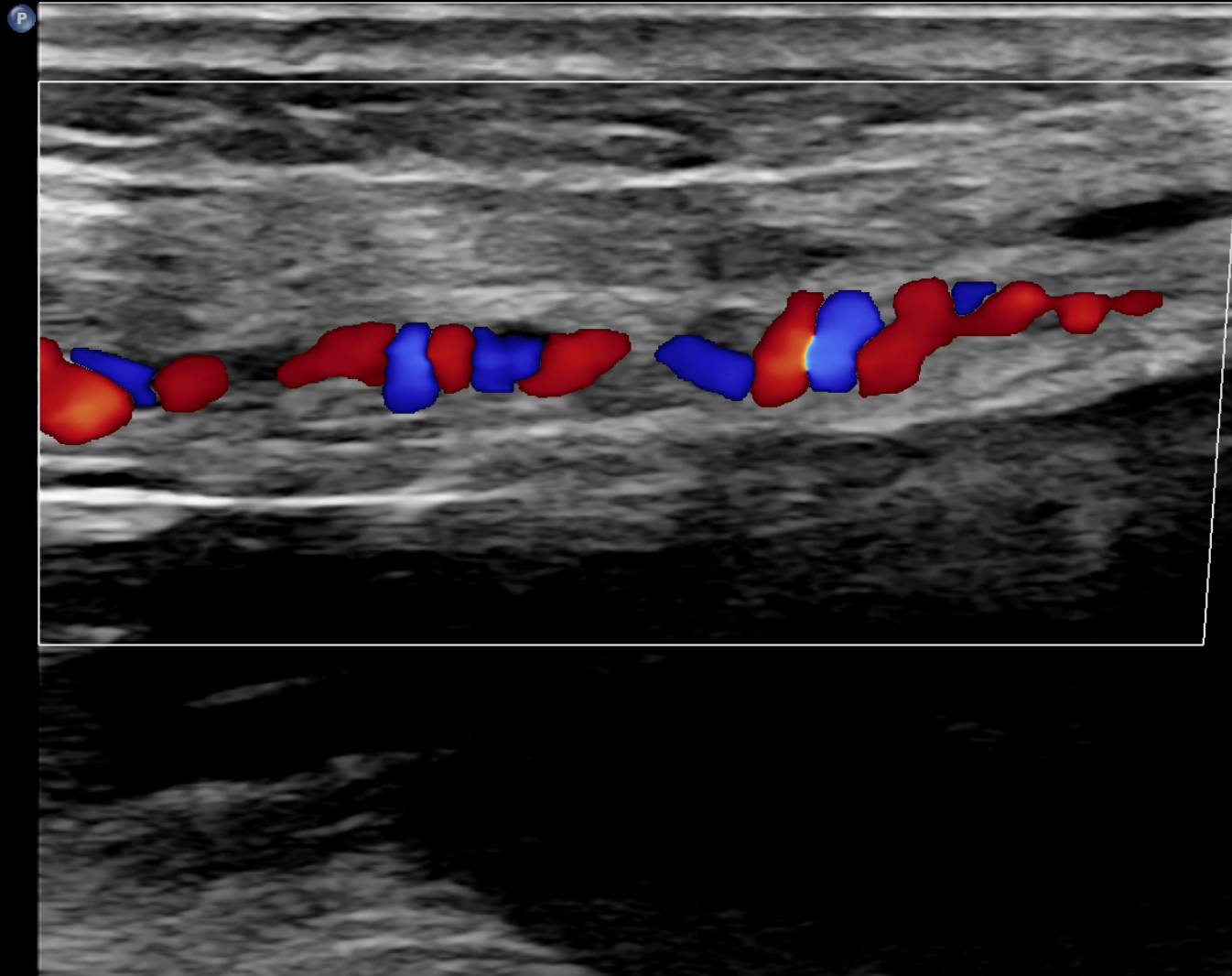
44%

2000Hz

FP 60Hz

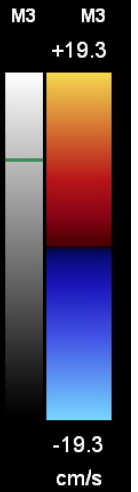
4.0MHz

ATP Droite



ITm0.3

IM 1.3



3.0cm

F#203

→ Echo doppler artériel (Pr SARLON) : (membres supérieurs + TSAO)

➤ Les axes carotidiens et vertébro sous claviers

- normaux

➤ A gauche :

- Artères brachiale et radiale perméable.
- Thrombose de l'artère ulnaire au niveau du poignet sur une ectasie d'environ 5 mm avec un diamètre d'amont qui est de l'ordre de 3 mm. Belle radiale venant compenser cette occlusion ulnaire.

➤ A droite :

- Les artères brachiales radiales et ulnaires sont d'aspects anatomiques et de perméabilité normales. Arcade palmaire fonctionnelle.

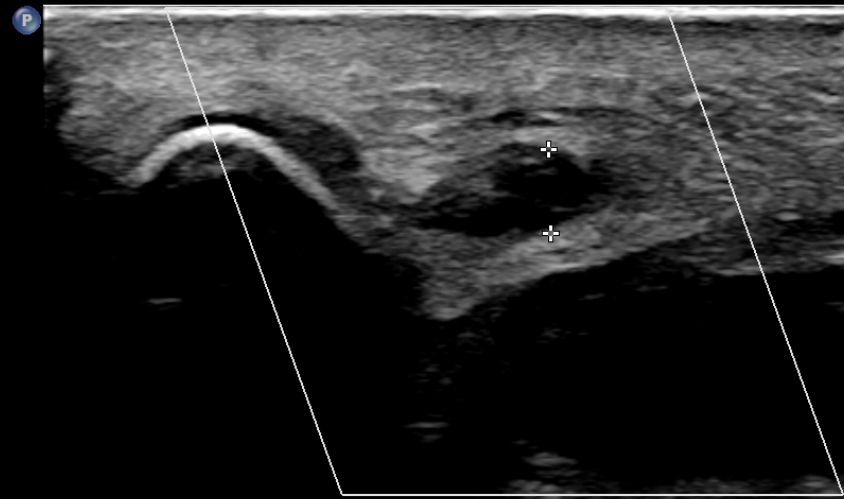
Vasc carotide

L12-3
21Hz

2D
47%
R Dyn 56
P Bas
HGén

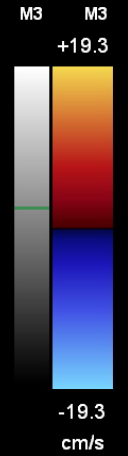
Coul
60%
2500Hz
FP 112Hz
5.0MHz

ULNG



ITm0.4

IM 1.1



Dist 0.384 cm

4.5cm

Examens complémentaires (biologie)

- Ac anti cardiolipine : normaux
- Ac B2GP1 : normaux
- Facteur rhumatoïde : négatif
- JAK2 : négatif
- Homocystéinémie : 10.8 $\mu\text{mol/l}$ (0.0-14.0)
- Anticorps antinucléaire : négatif
- Anti-ADN natif : négatif
- Absence d'auto-Ac anti-SSA, SSB, Sm, RNP, JO1, Scl70, centromère B
- Vitamine B9 : 14.8 nmol/l (normal)
- Vitamine B12 : 598 pmol /l (145-569)
- Bilan thyroïdien : normal
- LDL cholestérol 0.98 g/L

Examens complémentaires

- **TDM TAP** : absence d'anomalie.
- **ETT** : FEVG 65%, Pas de valvulopathie mitro-aortique, pas de signe de dissection aortique.

Evolution intra-hospitalière

- Instauration d'un traitement anticoagulant par Apixaban 5 mg x 2
- Instauration d'un traitement AAP par Kardegic 75 mg
- Instauration d'un traitement par Bosentan (inhibiteur des R à l'endothéline) 125 mg x 2
- Cure d'ILOMEDINE pendant 5J.
- Stop tabac

→ Diminution des douleurs des pieds, toujours des claudications à la marche mais en amélioration.

→ Amélioration des douleurs au regard de l'auriculaire gauche.

Conclusion :

→ Artériopathie sous-poplitée bilatérale chez un sujet jeune, fumeur de tabac et de cannabis, associée à une artériopathie du membre supérieur gauche distale et des thromboses veineuses superficielles récidivantes.

Maladie de Léo Buerger



HOUTIN Pierre

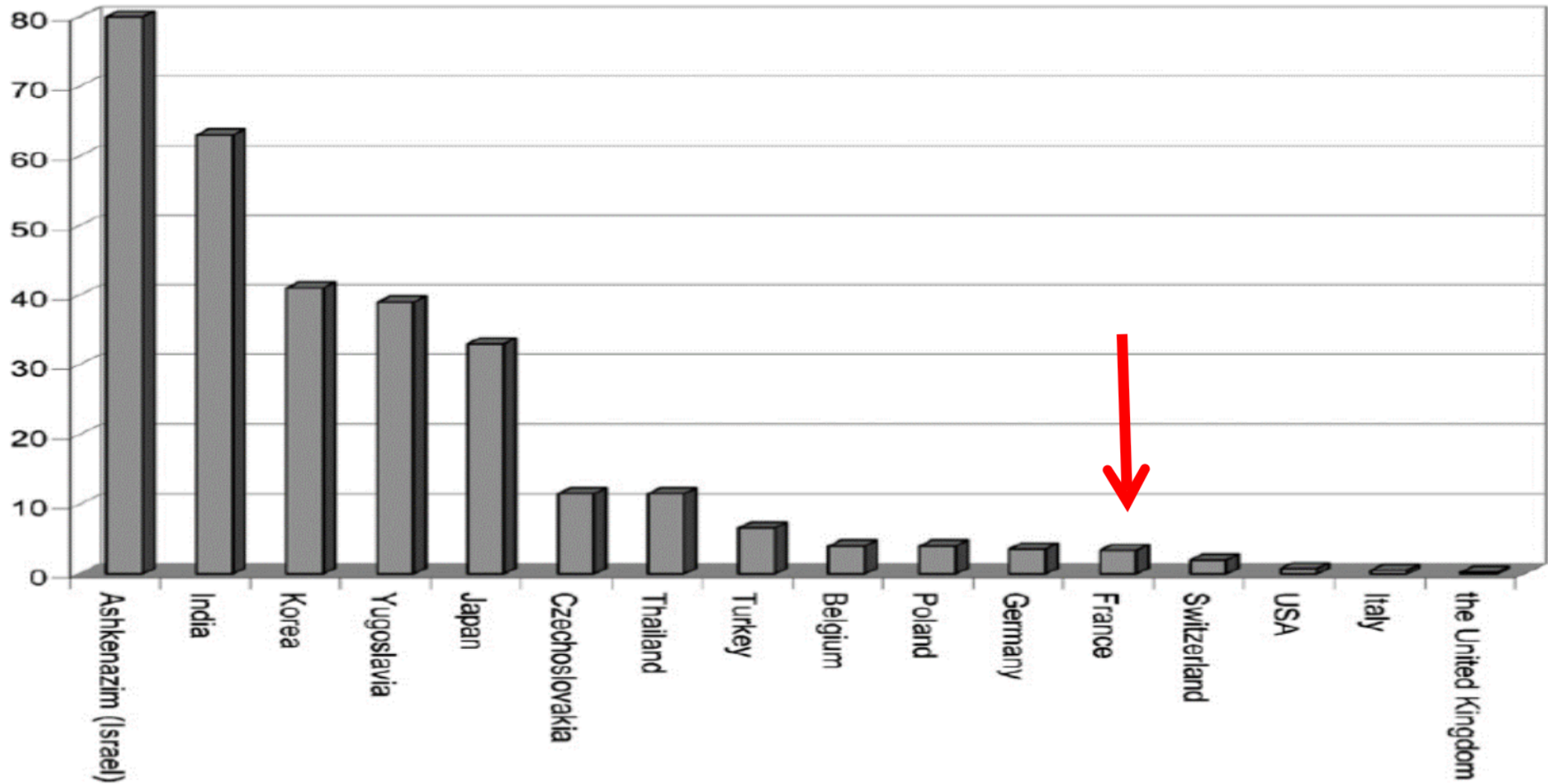
Interne DES médecine vasculaire

Pr SARLON- BARTOLI

Définition

- La thromboangéite oblitérante (TAO) associe une **atteinte oblitérante** des **artères de moyen et petit calibres** des quatres membres à des **thromboses veineuses superficielles** et migratrices.
- Touche les **hommes** dans 95% des cas.
- **Variations géographiques ++** : élevée dans les nations asiatiques (Japon, l'Inde et la Corée) → jusqu'à 50 % des atteintes artérielles périphériques vs 0,5 à 5% en Europe occidentale.

Prévalence de maladie Buerger en% des artériopathies



Malecki R et al. Atherosclerosis 2009; 206: 328–334

Etiologies

- Différentes hypothèses ont été avancées :
 - Cause **auto-immune** en réaction à un antigène contenu dans le tabac (nicotine, autre ?)
 - Cause **infectieuse**
 - Cause **toxique** : sur quelques données épidémiologiques
 - Cause **génétique** : système HLA ?
- Histologie : (non contributive ++) ne pas faire de biopsie distale !
Lésion segmentaire avec colonisation capillaire média.

Clinique

- Sujet **jeune** et **fumeur** : tabac (95% des cas) et cannabis
- Ischémie **distale** des extrémités (membres inférieurs ou supérieurs)
- Claudication plantaire, **nécrose digitale**, douleurs décubitus
- Pouls parfois conservé à la cheville et poignet (lésions distales ++)
- **TVS** migratrices et récurrentes (environ 1/3 des cas)
- Phénomène de **Raynaud** fréquent (environ 1/3 des cas)





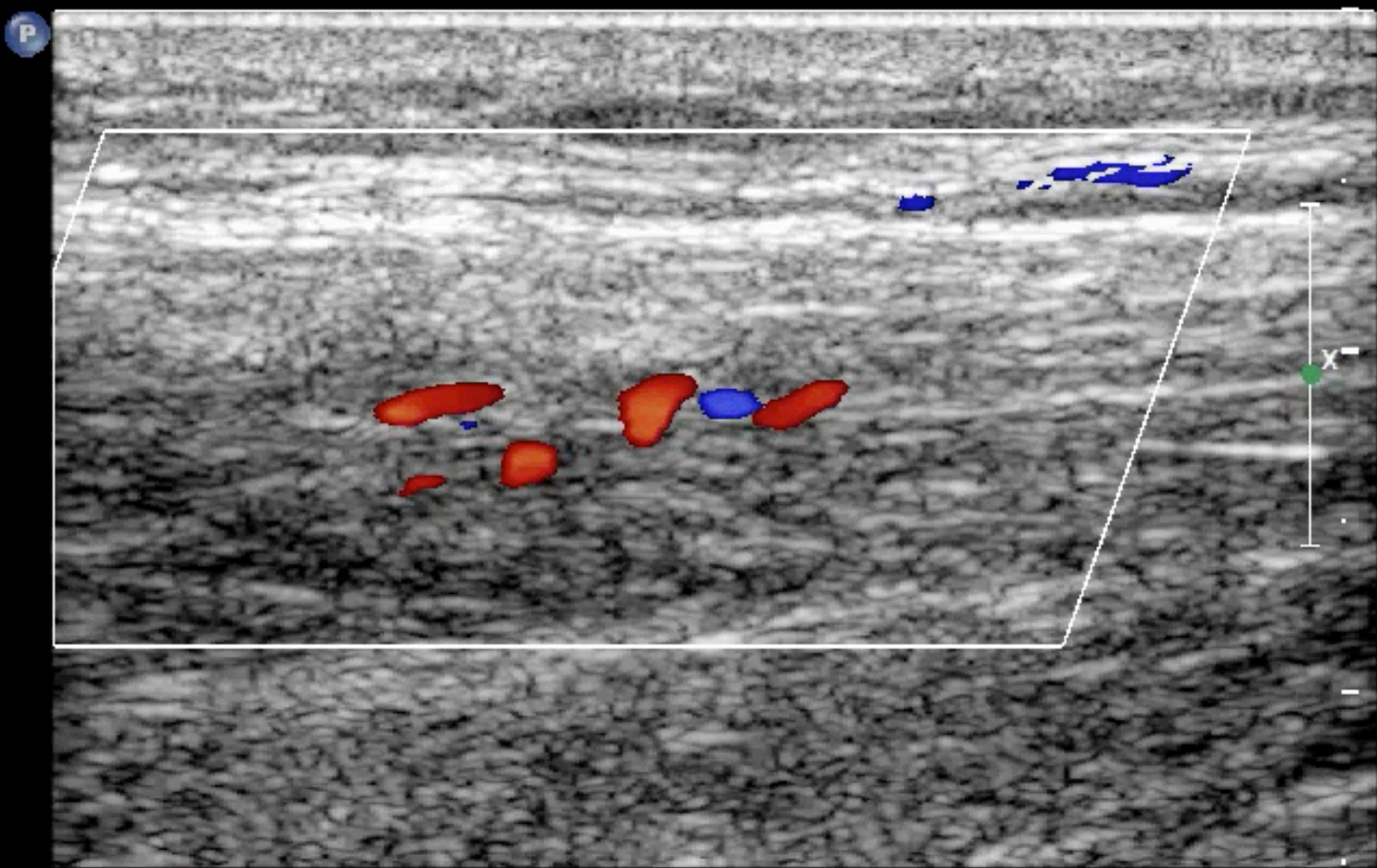
Examens complémentaires

- Test d'Allen (positif dans 63%)
- Echo doppler (présence d'artères hélicines, sténoses, TVS..)
- TcPO2 + pression digitale (orteil et doigt)
- Angio-TDM : non indispensable
- Angiographie non indiquée
- Pas d'anomalie biologique (nécessité d'éliminer autres pathologies : ANCA, APL ..) : pas de SIB, NFS normal, anticorps négatifs.

CI 30Hz
2.5cm

2D
56%
C 52
P Bas
Pén

Coul
85%
5.5MHz
FP Bas
Moy



JPEG

*** bpm

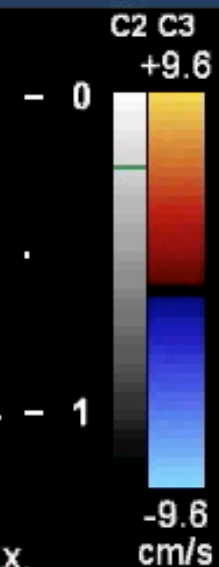
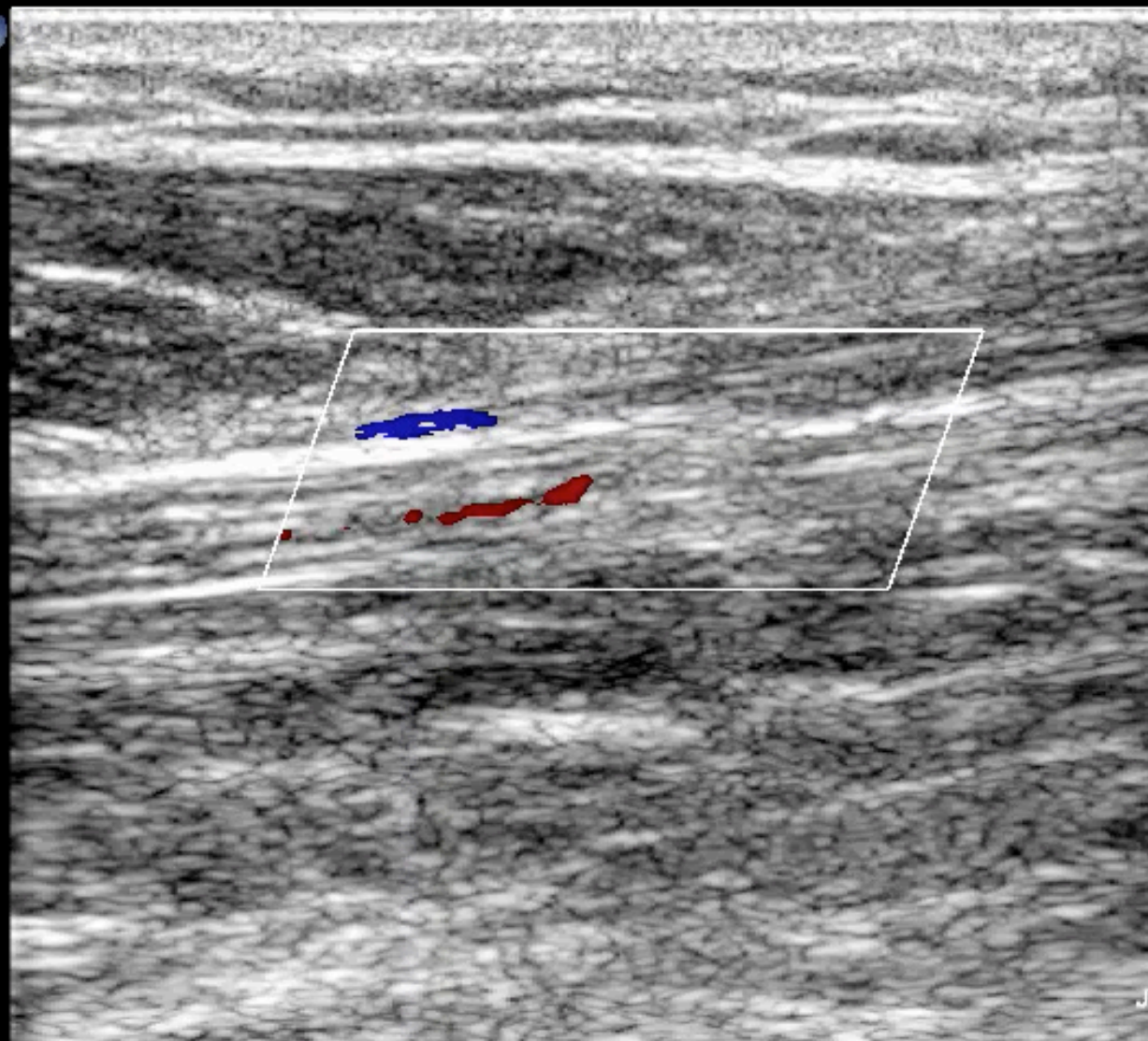
CI 37Hz
3.5cm

2D
60%
C 52
P Bas
Pén

Coul
83%
5.5MHz
FP Bas
Moy



P



JPEG

*** bpm

Diagnostic

Critères d'ADAR

Critères principaux	Critères secondaires
Thrombose veineuse récidivante Phénomène de Raynaud Ischémie du membre supérieur	Ischémie sous-poplitée Homme jeune et fumeur Pas de connectivite, de pathologie emboligène, de diabète, de dyslipidémie, d'hémopathie

↳ Diagnostic probable : 1
Diagnostic certain : 2

↳ Diagnostic possible : les 3

Critères de SHINOYA

Critères principaux

Tabagisme
Début avant 50 ans
Occlusion sous-poplitées
Atteinte des membres supérieurs ou thrombose veineuse migratrice
Absence d'autres FDR que le tabac

Traitements

- **SEVRAGE TABAGIQUE ++**
- Iloprost IV (traitement des épisodes ischémique)
- AAP ?

Evolution de la maladie

- Evolution spontanée vers la **gangrène distale** suivie d'**amputation** (5 à 30% d'amputation à 5 ans).
- Pas de réduction de la survie (pronostic surtout **fonctionnel**)
- Arrêt **complet** du tabac = seul traitement permettant de stopper l'évolution .

MERCI DE VOTRE ATTENTION