

AAA

- 1 Homme de ≥ 60 ans - Maladie de la média - le plus souvent sous rénal asymptomatique (\Rightarrow dépistage)
- 2 le risque = rupture (décès)
- 3 Diamètre > 5 cm \Rightarrow traitement
- 4 Autres anévrismes (an. poplité /an. thoracique)
- 5 Traitement médical = ACOMI = « ASIC » ou « BASIC» si coronaire +
- 6 Dépistage et suivi avant 5 cm : échographie
- 7 Bilan pré- opératoire à 5 cm : angio TDM
- 8 Anatomie favorable (collet, accessibilité)
 - a. risque opératoire normal \Rightarrow endoprothèse ou mise à plat greffe
 - b. risque opératoire élevé \Rightarrow endoprothèse
- 9 Anatomie défavorable (pas de collet proximal) \Rightarrow mise à plat greffe si risque opératoire acceptable
- 10 Endoprothèse \Rightarrow surveillance angioTDM (endofuite) : \nearrow de diamètre = problème
- 11 Antécédent de chirurgie aortique + hémorragie digestive = Fistule Aorto Duodénale

AAA ROMPU

80 % de décès

Homme \geq 60 ans+Douleur abdominale évoquant une lombosciatalgie ou colique néphrétique = AAA rompu

Rechercher choc : $\Pi \nearrow$ et chute TA

TDM en urgence et bloc

Tt médical : respecter l'hypotension (éventuel pantalon antiG)

Chirurgie : endoprothèse(si anatomie favorable) ou mise à plat-greffe

Anévrisme poplité

Risque : amputation

Homme \geq 60 ans

Diamètre \geq 2cm = chirurgie ouverte (exclusion-pontage avec la GVS) ou endovasculaire

Risque : embolie (+++), thrombose

Clinique : asymptomatique, claudication, ischémie aigue, syndrome des orteils bleus (blue toe syndrom)

Rechercher un an. Poplité controlatéral, un AAA (écho-doppler)

NPO : (B)ASIC et polyvasculaire

ACOMI

- IPS
- Polyvasculaire (Coronaires, Carotides) => DopplerTSA, Cs cardio
- Marqueur du risque cardiovasculaire (AVC /IDM/DC CV)
 - ⇒ 0/5/30 et ASIC (\nearrow de la durée de vie ou => BASIC si coronaropathie (LDL<1g/l)
- Stade : claudiquant : revascularisation non obligatoire (« confort »)
- Stade : Douleur de décubitus /troubles trophiques : revascularisation obligatoire (sauvetage de membre)
- II fémoral
 - ⇒ - : Lésions d'amont (Aorte ou Iliaque)
 - ⇒ \oplus : lésions d'aval (AFS si π poplité non perçu)
- Diagnostic différentiel d'une claudication : CLE, coxarthrose
- Lésions courtes : ATL/stent
- Longues complexes => pontages

ACOMI diabétique

- Mediacalcosse => IPS faux (sauf si bas), pression gros orteil
- Souvent lésions artères de la jambe (π fémoral et poplités perçus)
- Ne pas confondre trouble trophique (gangrène /ulcère) et mal perforant (neuropathie)
- Infection => pied chaud, Neuropathie=> pas de douleur => erreur diagnostic
- TP CO2
- Pontages et angioplasties (idem non diabétique)

ISCHEMIE AIGUE

1. Il y a une ischémie ! (douleur, froid, pâleur)
2. C'est aigu ! (début brutal, récent)
3. Le diagnostic est clinique (pas d'échodoppler)
4. C'est un symptôme => Quelle est la cause ?
5. C'est une urgence
6. Critère de gravité : Déficit SM /état général
7. Eléments en faveur d'une embolie
 - ⇒ Brutalité
 - ⇒ AC/FA et /ou valvulopathie mitrale
 - ⇒ Pouls opposé perçus
 - ⇒ Déficit SM
 - ⇒ Embolies multiples
 - ⇒ Arrêt cupuliforme
8. Traitement
 - ⇒ Héparine,
 - ⇒ À sur table,
 - ⇒ Discuter aponévrotomie si tardif
9. NPO à distance : bilan et Tt de l'AC/FA et valvulopathie mitrale
10. **Attention !** Embolectomie à la sonde de Fogarty que si étiologie embolique

VARICES

1. Primitive ou secondaire ?
2. Bilan par écho doppler veine superficielle / profonde / perforante
3. Complications :
 - Rupture
 - Thrombose
 - Cutanée (eczéma, dermite, hypodermite)
4. Ulcère par incompetence GVS :
 - contention pour guérir l'ulcère
 - chirurgie pour éviter la récurrence.
5. Mesure de l'IPS et étude facteur de risque :
 - GVS (= matériel de pontage =>ne pas le supprimer sans réfléchir)
6. Incontinence GVS
 - Tt par éveinage ou endovasculaire (haute fréquence, laser) (mais non remboursé par la SS)