



MPR cardiovasculaire Cardiovascular PRM

Communications orales

version française

CO18-001–FR

Réadaptation des stades II de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs

J.-M. Casillas

CHU Dijon, pôle rééducation réadaptation, 23, rue Gaffarel, 21079 Dijon, France

Mots clés : Artériopathie des membres inférieurs ; Éducation thérapeutique ; Entraînement ; Réadaptation ; Reconditionnement à l'effort

La réadaptation fait partie des recommandations de niveau A au cours de l'artériopathie des membres inférieurs, avec un double aspect de reconditionnement à l'effort et d'éducation thérapeutique. En effet, les impacts démontrés sont importants : amélioration du périmètre de marche, des capacités physiques, des activités et de la qualité de vie ; réduction des facteurs de risque cardiovasculaire et de la mortalité. Si possible en ambulatoire, la prise en charge comportera au moins trois séances hebdomadaires pour une durée de trois mois. Le reconditionnement, basé sur des exercices globaux et analytiques, sera personnalisé sur les résultats de l'évaluation des capacités de marche (test de marche libre, tests sur tapis roulant, test de six minutes) et de la tolérance cardiaque (tests d'effort maximaux). Les quatre objectifs fondamentaux de l'éducation thérapeutique sont le sevrage tabagique, le maintien prolongé d'une activité physique adaptée, le régime méditerranéen et l'observance médicamenteuse. La compliance souvent limitée des patients est un obstacle à ces objectifs. Cette réadaptation est particulièrement indiquée lorsque les limitations fonctionnelles sont importantes et que les facteurs de risque ne sont pas contrôlés. Elle peut servir de traitement d'épreuve lorsqu'une revascularisation est discutée. Malgré les preuves de son efficacité, elle reste une option trop souvent négligée. *Références*

[1] Hamburg NM, Balady GJ. Exercise rehabilitation in peripheral artery disease. Functional impact and mechanisms of benefits. *Circulation* 2011;123:87–97.

[2] Nicolaï SP, Hendriks EJ, Prins MH, Tejink JA; EXITPAD study group. Optimizing supervised exercise therapy for patients with intermittent claudication. *J Vasc Surg* 2010. (Epub ahead of print).

[3] Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, Rutherford RB; TASC II Working Group. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease. *Int Angiol* 2007;26:81–157.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.514

CO18-002–FR

En quoi la rééducation facilite la cicatrisation des plaies vasculaires ?

B. Villemur*, M.-P. De Angelis, B. Bucci, V. Evra, A. Miron, V. Seetha, D. Pérennou

Clinique MPR, unité de rééducation vasculaire, hôpital sud, CHU Grenoble, BP 338 Echirolles, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Ulcères de jambe ; Rééducation cicatrisation pressothérapie compression mobilisation articulation tibiotarsienne

Parmi les plaies vasculaires, c'est la rééducation des ulcères de jambe qui a été la plus étudiée. Pour l'ulcère veineux, la rééducation a pour objectif de diminuer l'oedème lié à l'insuffisance veineuse profonde, superficielle (après traitement incomplet) et à l'altération de la fonction lymphatique. Sous réserve de l'absence de contre indication, le drainage lymphatique manuel, la pressothérapie intermittente, la compression, la mobilisation de l'articulation tibiotarsienne pourront être appliqués pour diminuer la stase veineuse. La pressothérapie intermittente associée à la compression a un bénéfice supérieur ou égal à une compression seule sur la cicatrisation [1]. La diminution de l'amplitude de l'articulation tibiotarsienne serait liée à la sévérité de l'insuffisance veineuse et sa mobilisation par exercices supervisés augmenterait la fraction d'éjection veineuse, la cicatrisation tout en diminuant la douleur [2]. Les bandages élastiques multicouches auraient un bénéfice supérieur au bandage simple couche et au bandage non élastiques sur la cicatrisation [3]. Les ulcères artériels revascularisés peuvent présenter un oedème de revascularisation et une altération de la fonction lymphatique ; en l'absence de contre-indication, ils pourront bénéficier d'une rééducation associant drainage lymphatique manuel, mobilisation de l'articulation tibiotarsienne et parfois de bandages non élastiques. La rééducation pour les ulcères artériels non revascularisables en ischémie critique aura pour objectif d'augmenter le débit artériel. Elle se fera par des exercices, par une pressothérapie intermittente brève (en l'absence de contre-indication) : le débit de l'artère poplitée [4] serait significativement augmenté permettant une meilleure cicatrisation [5], diminuant ainsi le nombre d'amputés. *Références*

[1] Nelson et al. Intermittent pneumatic compression for treating venous ulcer. *Cochrane data base Syst Rev* 2011; (2): CD001899. [2] Davies JA et al. A home based exercise programme improves ankle range of motion in long term venous ulcer patients. *Phlebology* 2007;22: 86–89. [3] O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Data base Syst Rev* 2001; (2): CD000265. [4] Montori VM et al. Intermittent compression pump for non healing wounds in patients with limb ischemia; The mayo clinic experience (1998–2000). *Int Angiol*; 2002;21 (4): 360–6. [5] Delis KT et al. Effect of inter-