



FORUM EUROPÉEN, CŒUR, EXERCICE & PRÉVENTION



parcours des patients artéritiques en réadaptation cardiovasculaire.

Mélisa Bobin

Infirmière en pratique avancée, IDEC SMR

Christophe Marchand

Chirurgien Vasculaire, Médecin SMR

Polyclinique Inkermann

www.forumeuropeen.com

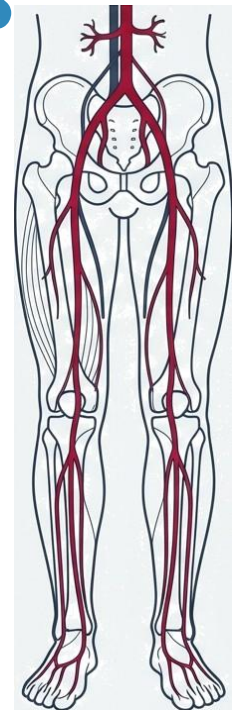
Conflits d'intérêts

- Aucun



parcours des patients artéritiques en réadaptation cardiovasculaire

De l'évidence scientifique à la pratique clinique :
Focus sur l'AOMI et l'expérience locale
à la Polyclinique Inkermann.





Fardeau épidémiologique, mortalité sévère et impact fonctionnel majeur.



Fardeau épidémiologique : Maladie fréquente, mais fortement sous-diagnostiquée et sous-traitée chez le sujet âgé.

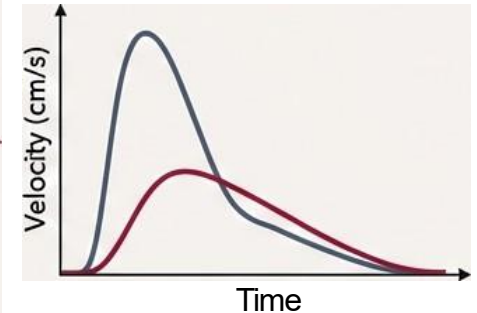
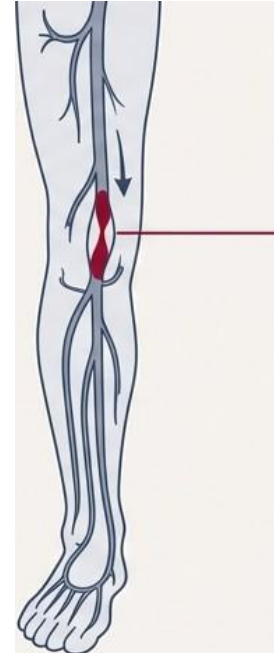


Mortalité sévère : Risque de mortalité cardio-vasculaire accru (témoin d'une athérosclérose diffuse) :

- 20 % de risque d'IDM ou d'AVC à 5 ans
- 1 à 2 % de progression vers l'ischémie critique
- 15 à 30 % de mortalité à 5 ans pour AOMI stade 2



Impact fonctionnel majeur : Réduction drastique du périmètre de marche, perte d'autonomie et isolement social.

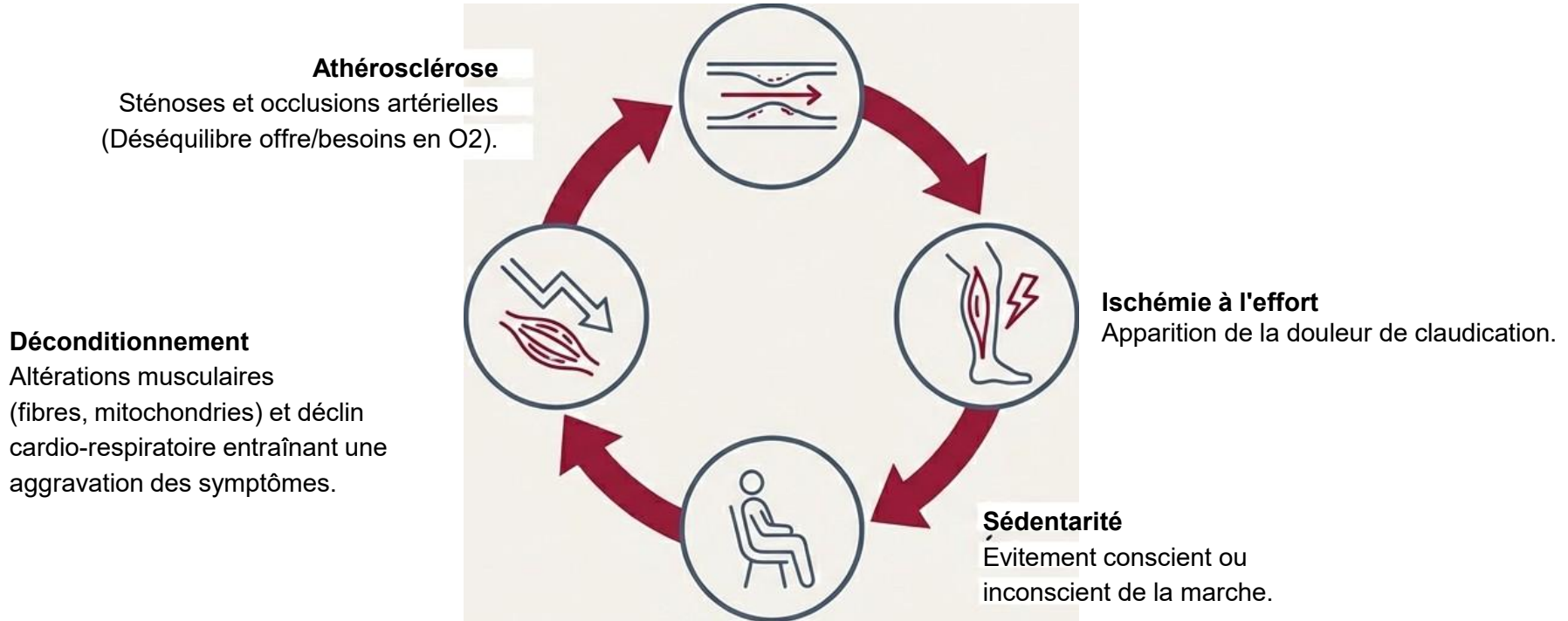


Démonstration d'un flux monophasique et amorti, preuve directe d'une sténose significative.

Le cercle vicieux de la claudication intermittente



La boucle pathologique de l'inactivité et de la progression de la maladie





Le Gold Standard international : La thérapie par l'exercice supervisé

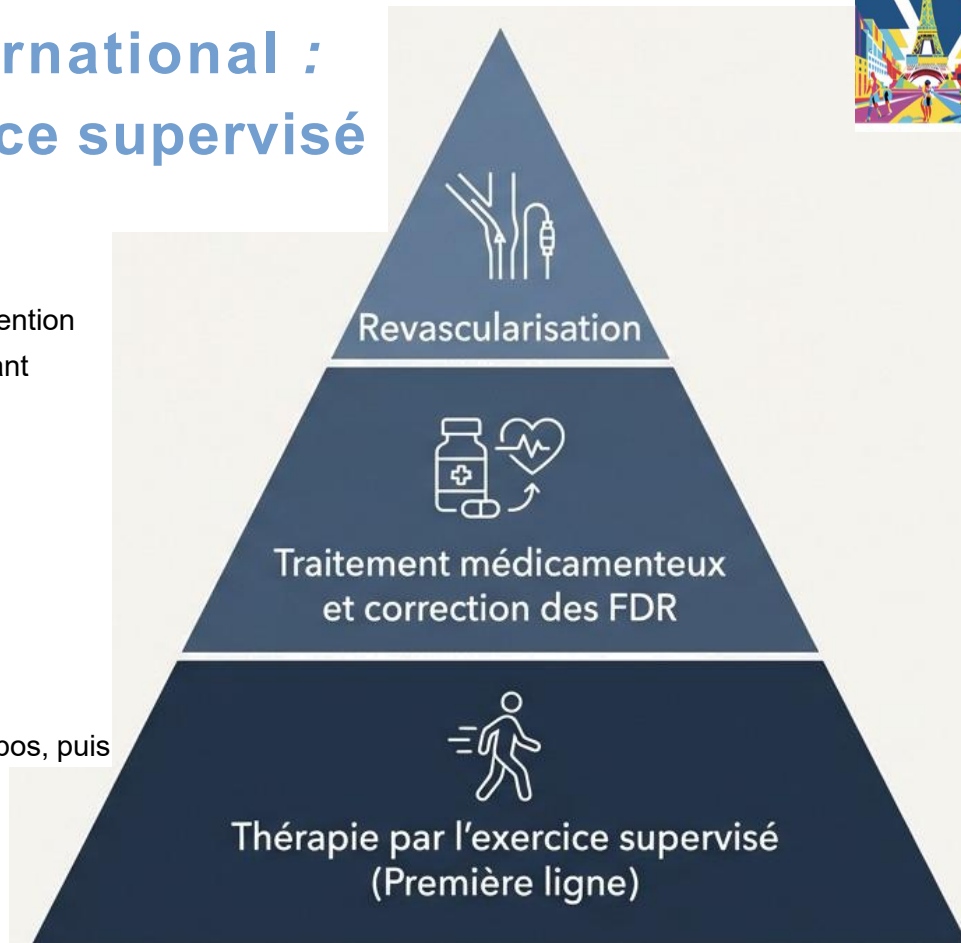


Consensus ESC-ESVS / ACC-AHA / HAS (2024):

L'exercice supervisé est le traitement de première intention avant tout geste de revascularisation chez le claudicant stable (stade II).

Le protocole validé :

- Fréquence : 3 séances/semaine.
- durée : 30 à **60** minutes
- Mécanisme : Marche sur tapis, intermittente jusqu'à douleur modérée à intense, repos, puis reprise.
- Durée recommandée : 12 semaines.



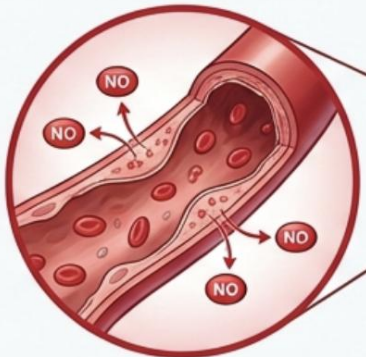
SET : pourquoi ça marche ?

La physiologie de l'adaptation



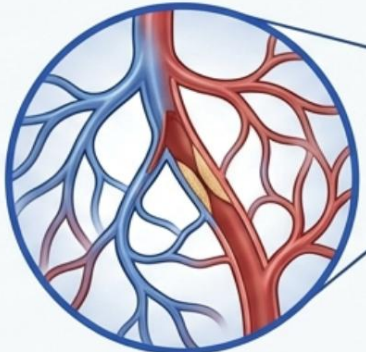
Fonction Endothéliale

Restauration de la vasodilatation dépendante du monoxyde d'azote (NO).



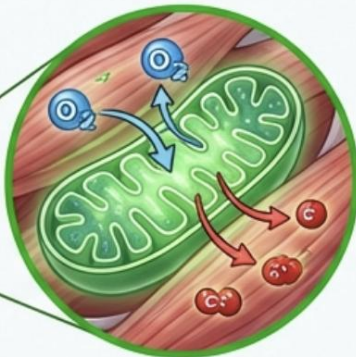
Collatéralisation

Amélioration potentielle du flux sanguin distal via les réseaux collatéraux.



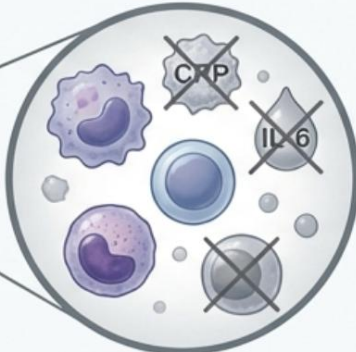
Métabolisme Oxydatif

Optimisation de l'extraction d'oxygène et réduction du stress oxydatif (acylcarnitines).



Suppression Inflammatoire

Réduction systémique des biomarqueurs (CRP, interleukine-6).

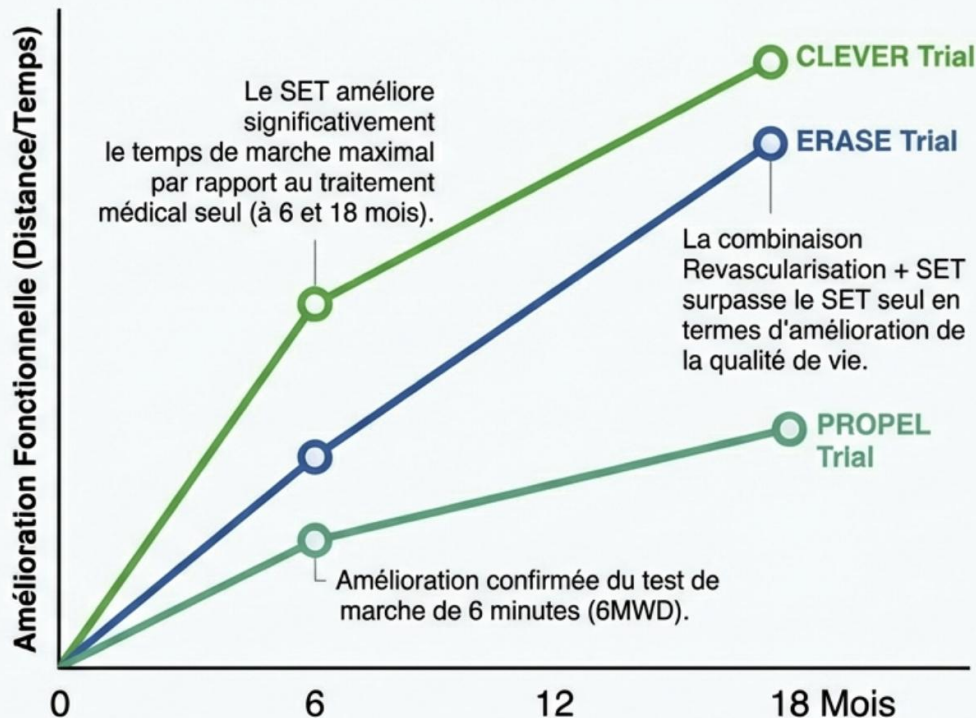


Des preuves cliniques irréfutables



**+150
à 200
mètres**

Augmentation moyenne de la distance maximale de marche (Revue Cochrane 2025).



SET vs Revascularisation : le choix médico-économique



SET (Exercice Supervisé)

Court Terme
(Short Term)



Gains fonctionnels immédiats

Long Terme
(Long Term)



Surpasse la revascularisation sur les paramètres fonctionnels (à long terme)



Compliance du patient requise



Revascularisation Endovasculaire

Court Terme
(Short Term)



Rétablissement rapide du flux sanguin

Long Terme
(Long Term)



Risque accru d'amputation ultérieure (si échec précoce)



Nécessité potentielle de réinterventions



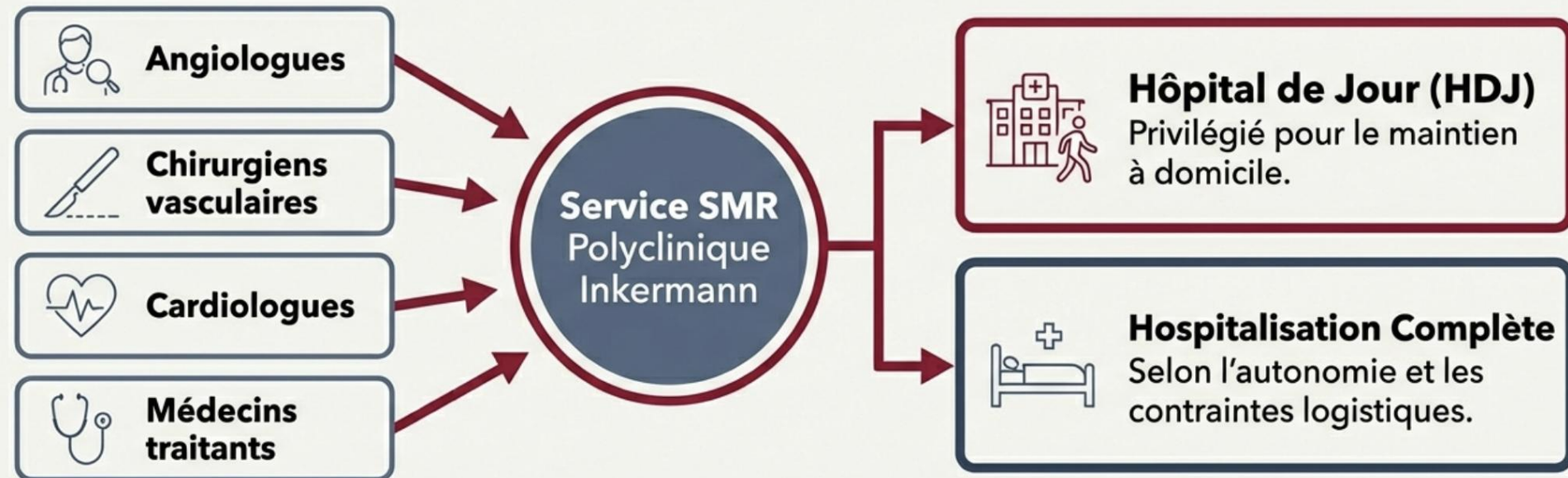
Effizienz Économique

Économies potentielles de 3,9 à 33 millions d'euros par an (Modèle des Pays-Bas).
Ratio coût-efficacité estimé à 29 874 \$/QALY.

Le continuum de soins idéal de l'artérite Stade II



Organisation locale : Le modèle SMR de la Polyclinique Inkermann



Mutualisation des ressources :

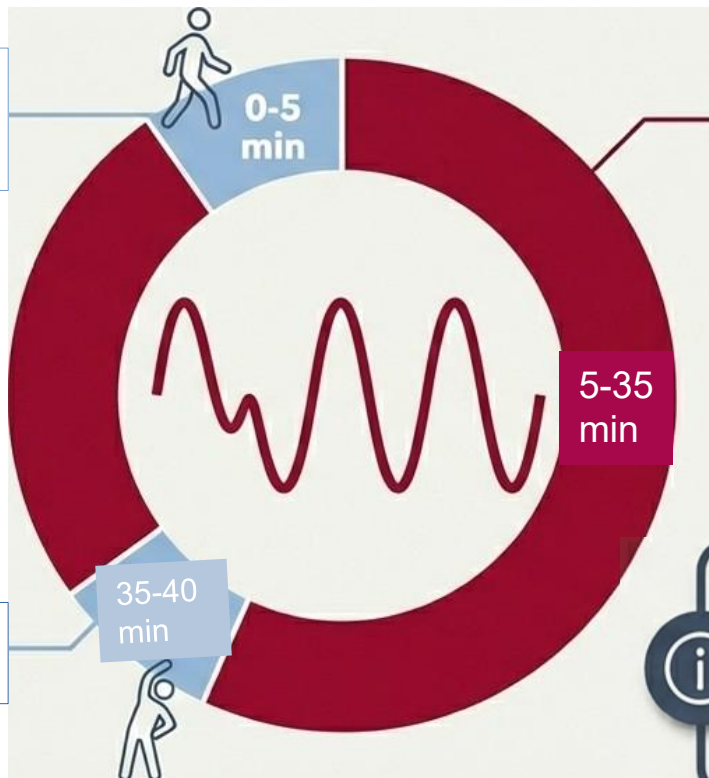
Intégration fluide dans les créneaux existants de réadaptation cardiaque sur un plateau technique partagé (établissement MCO).

Anatomie d'une séance de réentraînement : La mécanique de l'effort



Échauffement

Marche lente,
mobilisations.



Le cœur du protocole (Marche intermittente).

- **Action** : Marche jusqu'à douleur modérée (avec EN jusqu'à 5).
- **Récupération** : Repos strict jusqu'à douleur à 1/4.
- **Répétition**.

Retour au calme

Étirements.

Adaptations possibles

Via vélo ergométrique ou renforcement musculaire des membres inférieurs en cas de limitation à la marche.
Surveillance stricte TA/FC.

Au-delà du tapis de marche : Une prise en charge globale



Éducation Thérapeutique (ETP)

Comprendre la maladie, identifier les symptômes d'alerte, hygiène des pieds et chaussage.



Sevrage Tabagique

Axe prioritaire absolu, intégration de la tabacologie au programme.



Correction des FDR

Contrôle de la tension artérielle, de l'équilibre glycémique (diabète), des lipides et du poids.



Prise en charge psycho-sociale

Dépistage de l'anxiété/dépression, lutte contre l'isolement, préparation à la réinsertion.



Évaluation en conditions réelles : Méthodologie de la cohorte locale



Contexte : Étude observationnelle monocentrique (SMR Polyclinique Inkermann).

Population :

- N=16 Patients avec AOMI, stade 2.
- 11 hommes, 5 femmes
- Age : médiane 64 ans (47-81)
- sans ou avec revascularisation préalable.
- Inclusions 2024-2025.
- réadaptation sur 25 séances en HTP à 3 ou 4 fois semaine.
- réévaluation en HDJ entre 7,3 et 19,5 mois (moyenne 12,6 mois)

Indicateurs de suivi :



TDM6m
Test de Gardner (strandness modifié)



Questionnaire VascuQoL mesurant la qualité de vie spécifique.

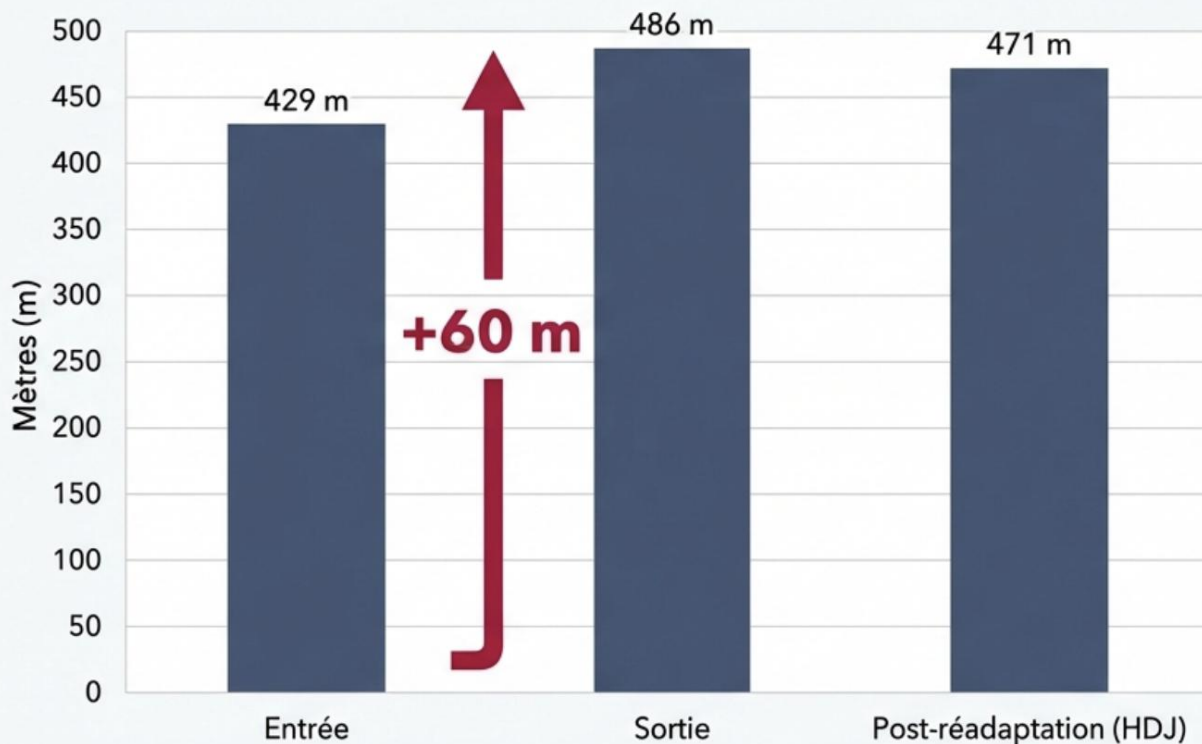


Evaluation subjective en HDJ post-réadaptation :
Entretiens Kiné, IDE ETP, IPA,
Médecin± diététicienne /tabacologue



Succès fonctionnel : Évolution du périmètre de marche (TDM6)

Résultats du test de marche de 6 minutes



Analyse des Répondeurs

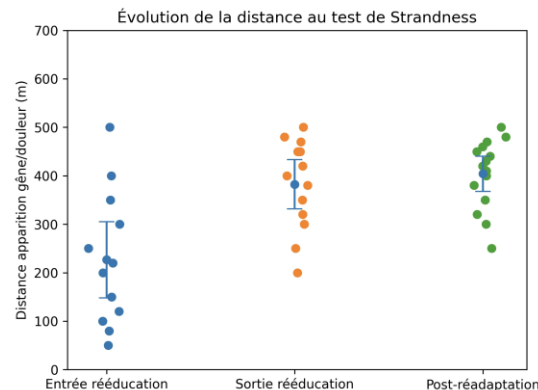
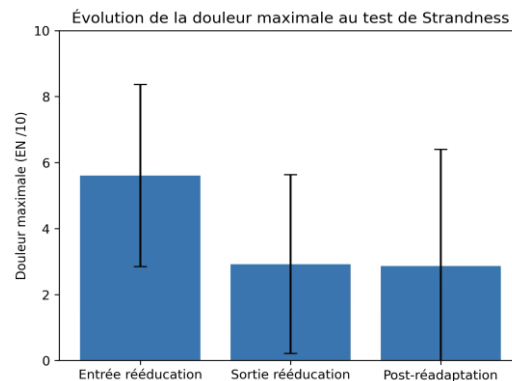
- Gain moyen : +60 m (Entrée → Sortie).
- Bons répondeurs : 40 % des patients ont un gain ≥ 50 m.
- Excellents répondeurs : 20 % ont un gain ≥ 100 m.
- Note visuelle : Maintien partiel des bénéfiques documenté à distance.

Succès fonctionnel : Évolution du Test de Gardner



La réadaptation est associée à une diminution significative de la douleur maximale, passant de **6/10** à **2,8/10** ($5,6 \pm 2,8$ vs $2,9 \pm 2,7$, $p=0,03$), Avec un **maintien de l'amélioration à distance** (**2,9/10**). ($2,9 \pm 3,5$; $p=0,045$ vs entrée).

La distance d'apparition de la douleur augmente significativement après réadaptation de 200m (205 ± 163 m vs 406 ± 100 m ; $p = 0,0017$), avec maintien du bénéfice au suivi (429 ± 112 m ; $p = 0,0007$ vs entrée).

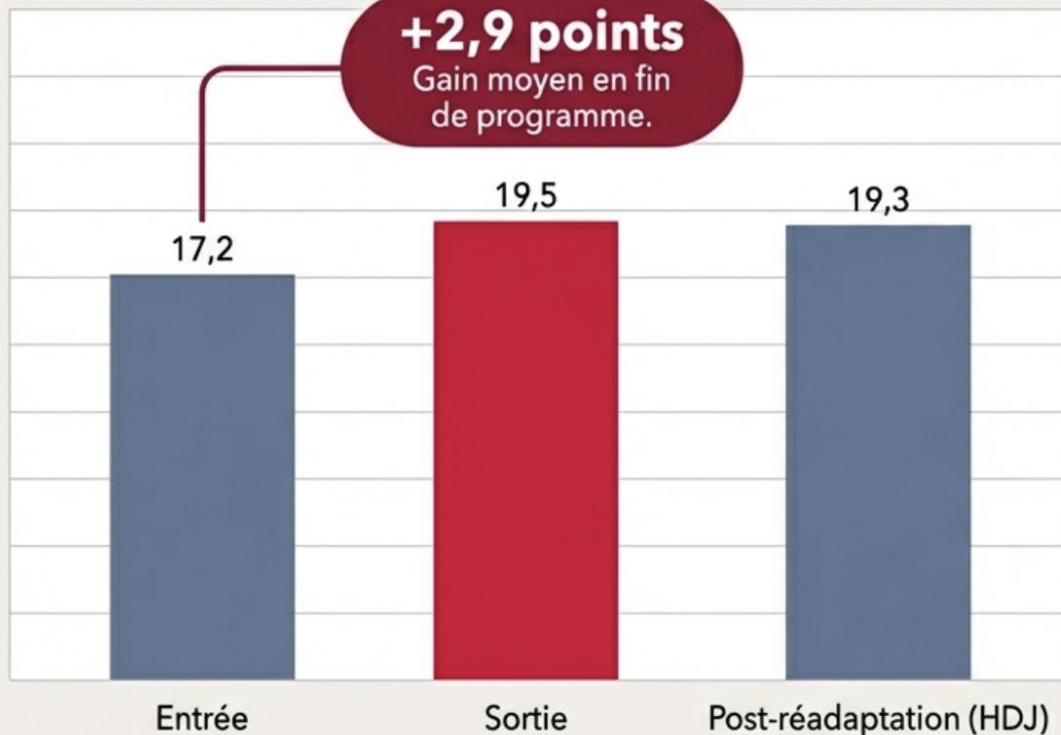


Impact sur le quotidien : Gains de qualité de vie (VascuQoL)



Évolution des scores VascuQoL et perception subjective des patients.

Scores VascuQoL moyens



80 %

Réussite subjective

80 % des patients rapportent une amélioration claire de leur qualité de vie à la sortie.



Amélioration durable : 11 patients



Stabilité : 3 patients



Dégradation légère : 1 patient



Dégradation : 2 patients

Franchir les obstacles : Pourquoi l'exercice supervisé reste-t-il sous-utilisé ?



Barrière 1

Défaut d'orientation. Manque de sensibilisation des prescripteurs (repérage insuffisant).

Barrière 2

Accès et logistique. Éloignement géographique des centres SMR, coût des transports, disponibilité des places.

Barrière 3

Adhésion du patient. Peur de déclencher la douleur pendant l'effort, contraintes de temps, démotivation post-programme.

Synthèse et perspectives : Renforcer le continuum ville-hôpital



Un résumé stratégique pour l'avenir des soins coordonnés de l'AOMI.

Le Pivot du Soin

La réadaptation (SET) et la prise en charge globale sont incontournables en première intention pour l'AOMI symptomatique.

La Preuve Locale

Notre cohorte confirme les données de la littérature : gains réels sur la capacité de marche et la qualité de vie.

L'Appel à l'Action

Généraliser l'accès aux SMR, systématiser l'orientation pré-revascularisation, et développer le télésuivi pour pérenniser les acquis à domicile.