

FICHE

Critères d'orientation d'un patient avec claudication intermittente (AOMI) vers la réadaptation vasculaire

Validée par le Collège le 17 octobre 2024

L'essentiel

- ➔ L'AOMI est définie comme la présence de sténoses des artères périphériques des membres inférieurs entraînant une réduction du débit sanguin périphérique.
- ➔ La réadaptation cardiaque et vasculaire (ReCV) est l'ensemble des activités nécessaires pour influencer favorablement le processus évolutif de la maladie ainsi que pour assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, afin qu'ils puissent, par leurs propres efforts, préserver ou reprendre une place aussi normale que possible dans la vie de la communauté. Elle vise également à renforcer les comportements de santé favorables à long terme.
- ➔ La ReCV comporte plusieurs volets structurant le séjour du malade avec :
 - le réentraînement à l'effort et l'apprentissage des activités d'entretien physique à poursuivre ;
 - la correction des facteurs de risque et l'optimisation du traitement médicamenteux ;
 - le dépistage de comorbidités ;
 - l'éducation thérapeutique du patient qui porte généralement sur la pathologie et les facteurs de risque cardiovasculaire, la pratique de l'activité physique, l'alimentation adaptée et le sevrage des addictions
 - une prise en charge psychologique, diététique et tabacologique ;
 - la préparation de la réinsertion professionnelle.
- ➔ La réadaptation vasculaire est recommandée en première intention avant les traitements invasifs chez les patients avec une claudication intermittente. Elle est également systématiquement recommandée en traitement adjuvant au traitement invasif, qu'il soit endovasculaire ou en chirurgie.
- ➔ La rééducation supervisée ou à domicile permet d'augmenter le seuil de la douleur, la distance, la durée et la vitesse de la marche et d'améliorer la qualité de vie. La réadaptation supervisée apporte des bénéfices plus importants que l'entraînement à domicile, à la fois pour le seuil de la douleur et pour le périmètre de marche.

- ➔ La réadaptation est composée de trois axes principaux : activité physique, éducation thérapeutique et sevrage tabagique.
- ➔ Le bénéfice maximal de ce type de réentraînement du patient avec AOMI est obtenu lors de séances effectuées sous la **supervision** directe d'un professionnel de santé (réadaptation supervisée) en SMR (HC ou HDJ). Cette supervision est préconisée en première intention par les recommandations de 2024 (voir figure 1).
- ➔ En cas d'impossibilité ou de freins ou de refus du patient à effectuer une rééducation supervisée, une rééducation structurée (avec prescription des modalités de réentraînement et un suivi régulier par un professionnel de santé) est proposée. Celle-ci peut être réalisée à domicile ou lors de séances en ville, et peut s'appuyer aussi sur l'aide de kinésithérapeutes ou d'EAPA, avec un programme qui reste structuré, mais suivi à distance, possiblement dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé (dont structure libérale légère) ou en télé-réadaptation. Une ou plusieurs consultations de suivi, en présentiel ou en télémedecine, sont conseillées, afin de suivre les progrès du patient, évaluer et lever les éventuels freins à la poursuite. Les mesures de la capacité de marche, de l'état fonctionnel et de la qualité de vie sont évaluées au début et à la fin du programme pour déterminer la réponse du patient à l'entraînement physique. Les résultats cliniques et l'expérience des patients sont également documentés.
- ➔ Concernant les patients pris en charge en SMR, **l'ETP** est intégrée dans le programme de réadaptation. Concernant les patients pris en charge en autonomie ou en kinésithérapie libérale (la majorité aujourd'hui), **l'ETP** peut être assurée par les services de médecine et de chirurgie vasculaire, et par les acteurs locaux, par exemple associatifs.
- ➔ L'orientation vers une **consultation de tabacologie** dès l'initiation du programme de rééducation vasculaire est proposée aux patients fumeurs. Le patient orienté vers un SMR avec une ressource de tabacologie interne en bénéficie. S'il est orienté dans un SMR sans tabacologue ou bien hors SMR, une orientation est proposée vers une filière adaptée à proximité de son domicile.

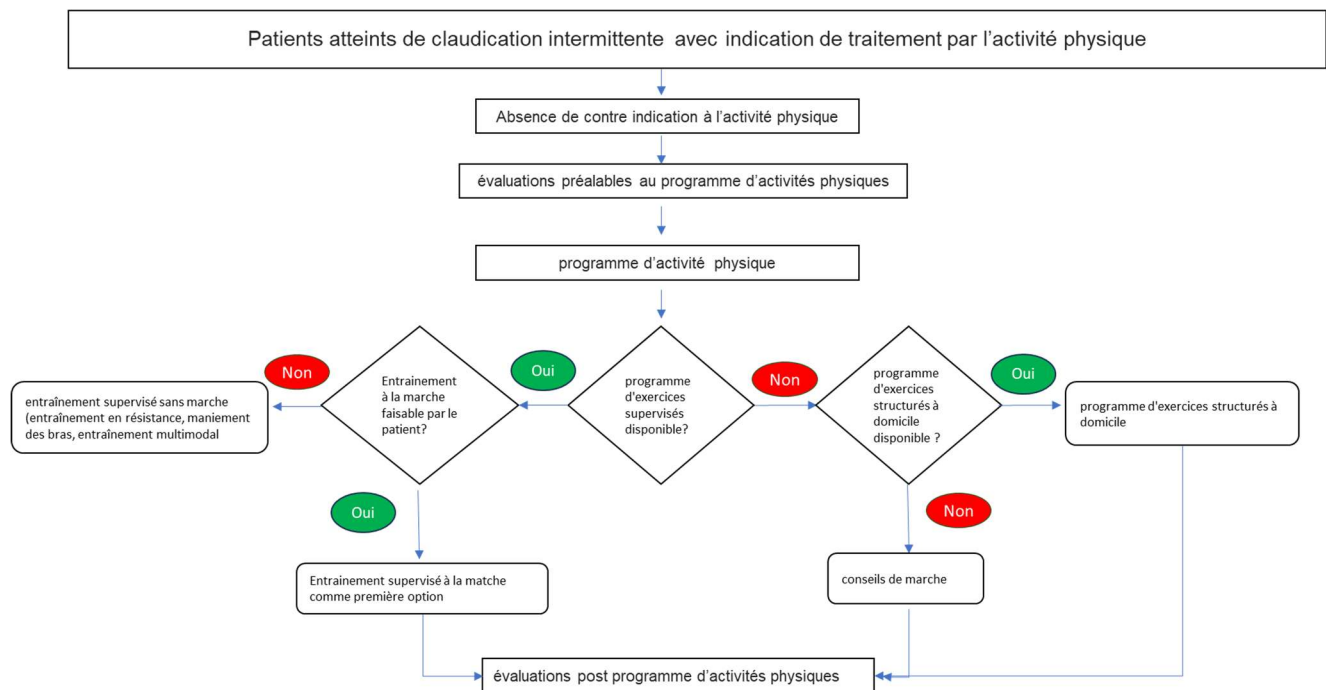


Figure 1. Activité physique pour les patients avec claudication intermittente (d'après le consensus clinique du groupe de travail de la Société européenne de cardiologie sur l'aorte et les maladies vasculaires périphériques, en collaboration avec la Société européenne de médecine vasculaire et la Société européenne de chirurgie vasculaire 2024).

Préambule

Selon l'instruction n° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation, les SMR ont une mission d'hospitalisation post-aiguë et subaiguë pour des soins curatifs prolongés, voire palliatifs, et/ou des actes diagnostiques, en amont ou en aval des hospitalisations aiguës ou en provenance directe du domicile. Différents modes de séjour sont proposés en SMR : hospitalisation complète (avec hébergement) possible également à temps partiel, hospitalisation de jour (à temps partiel ou sur un rythme quotidien, avec retour au domicile après les soins).

Pour tenir compte de l'offre existante ne permettant pas la prise en charge en SMR vasculaire de tous les patients avec AOMI, la HAS a proposé une stratégie alternative de réadaptation vasculaire visant à préciser :

- quel patient pourrait se voir d'emblée proposer une activité physique supervisée ;
- quel patient pourrait initialement être orienté vers une activité physique non supervisée ;
- si un patient à qui a été proposée une activité physique initiale en ambulatoire justifierait d'une supervision de son activité physique au cours de son suivi.

L'orientation des patients avec claudication intermittente en réadaptation vasculaire

Algorithmes

Cette fiche propose deux algorithmes concernant respectivement :

- l'orientation initiale vers de l'activité physique d'un patient avec claudication à l'effort ;
- l'orientation lors de la consultation de suivi de mi-programme ambulatoire d'un patient avec claudication à l'effort.

Orientation **initiale** vers de l'activité physique d'un patient avec claudication à effort

(valable pour la réadaptation vasculaire de première intention et pour la réadaptation vasculaire adjuvante à une revascularisation)

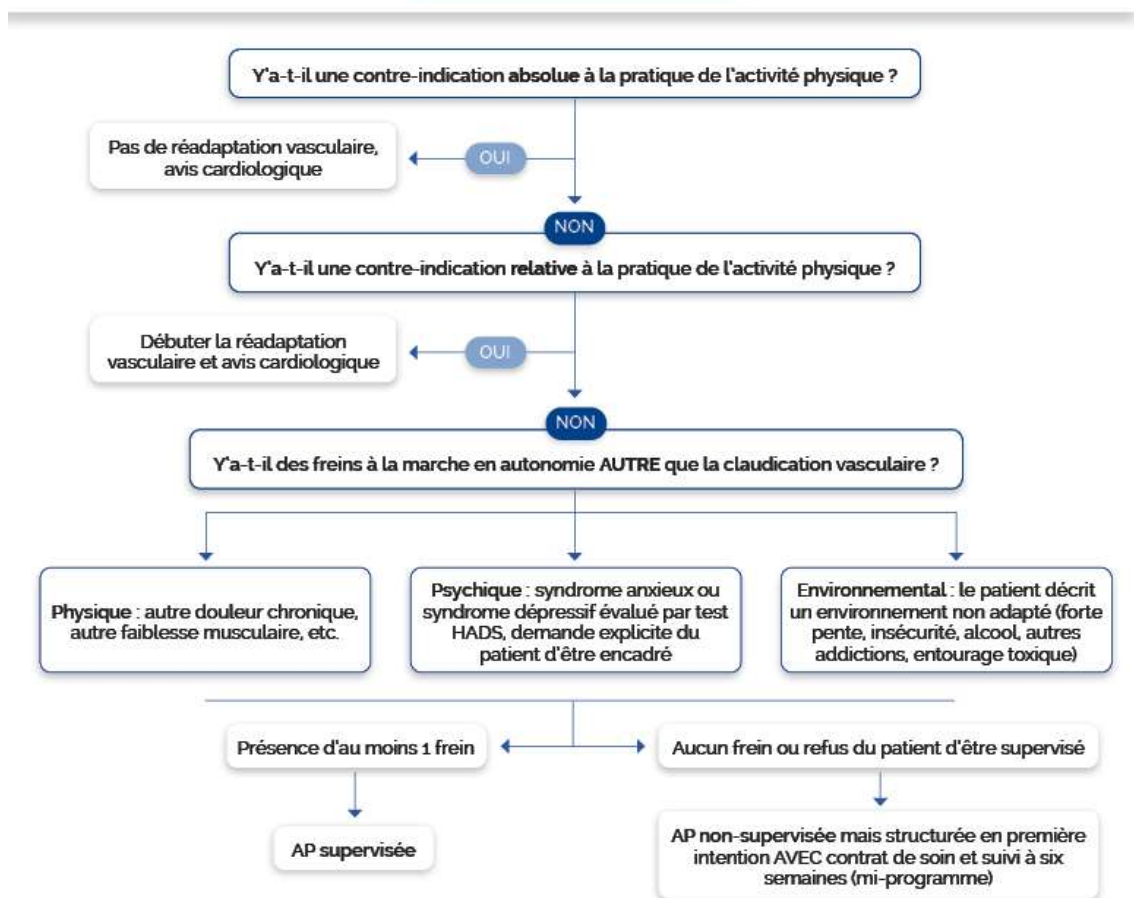


Figure 2. Algorithme d'orientation initiale vers de l'activité physique d'un patient avec claudication à l'effort

Orientation à la consultation de mi-programme ambulatoire d'activité d'un patient avec claudication à l'effort

(valable pour la rééducation vasculaire de première intention et pour la rééducation vasculaire adjuvante à une revascularisation)

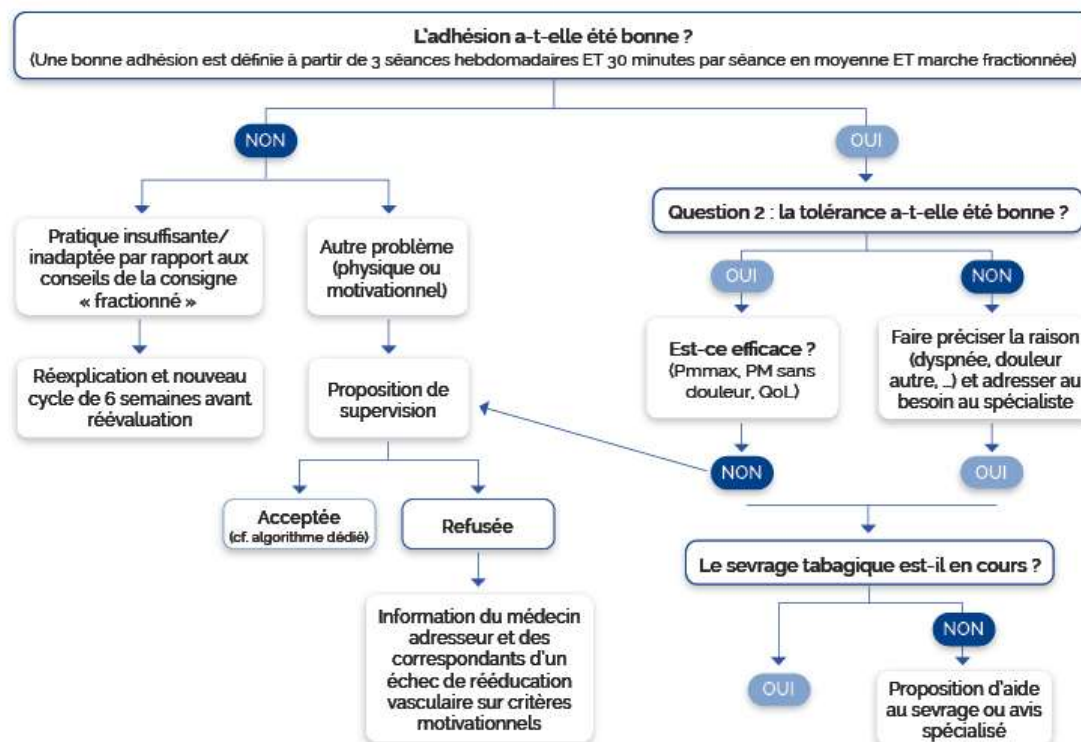


Figure 3. Algorithme d'orientation à la consultation de mi-programme ambulatoire

Les critères qui suivent ont été définis afin d'orienter les décisions et d'uniformiser les éléments clés qui devraient être pris en compte dans la prise de décision en matière de réadaptation cardiaque et vasculaire chez chaque patient.

Orientation initiale vers une supervision de l'activité physique en SMR d'un patient avec une claudication intermittente

Les patients chez qui le risque de non-adhésion à la rééducation structurée non supervisée est important sont à orienter d'emblée vers un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR), en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète.

Il s'agit :

- des patients décrivant un environnement défavorable, notamment un entourage humain décrit comme délétère (par exemple, la présence d'addiction alcoolique). L'objectif de cette orientation est de sortir le patient de son environnement habituel, afin de lui permettre de s'inscrire dans une pratique d'activité physique et de rééducation vasculaire ;
- des patients atteints de déficiences multiples, qu'elles soient physiques (autre douleur chronique, autre faiblesse musculaire, etc.), nutritionnelles (dénutrition ou obésité) ou psychiques

(syndrome anxieux ou syndrome dépressif évalué par questionnaire *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS).

Orientation initiale vers de l'activité physique en autonomie d'un patient avec une claudication intermittente

Avant le début de l'entraînement physique, les antécédents médicaux complets, ainsi qu'un examen et un dépistage des contre-indications sont étudiés.

Une **contre-indication absolue à la pratique d'activité physique** est recherchée dans un premier temps, telle que décrite par la Société européenne de cardiologie. Dans ce cas, le patient ne reçoit pas l'autorisation de pratiquer une activité physique jusqu'à ce que l'affection en cause se stabilise ou soit traitée avec succès et l'avis d'un cardiologue est demandé rapidement.

Les contre-indications absolues à la pratique d'activité physique sont :

- Syndrome coronarien aigu récent (dans les 2 jours).
- Maladie cardiaque instable à l'interrogatoire/examen.
- Insuffisance cardiaque non compensée.
- Thrombophlébite aiguë ou embolie récente (pulmonaire ou systémique).
- Endocardite active.
- Myocardite ou péricardite aiguës.
- Dissection aortique aiguë.
- Sténose aortique sévère symptomatique.
- Maladie systémique aiguë ou fièvre.
- Hypertension artérielle non contrôlée (≥ 180 mm Hg systolique ou ≥ 110 mm Hg diastolique au repos).
- Tachycardie sinusale non contrôlée (fréquence cardiaque au repos > 120 battements/min).
- Bloc auriculo-ventriculaire du troisième degré sans stimulateur cardiaque.
- Diabète non contrôlé.
- Chute orthostatique de la pression artérielle (> 20 mm Hg) avec symptômes.

En l'absence de contre-indication absolue à l'activité physique, une contre-indication relative à la pratique de haute intensité est recherchée. Mais elle n'empêche pas la mise en œuvre de la réadaptation vasculaire, la marche et la marche rapide étant des activités d'intensité légère et modérée qui ne sont pas contre-indiquées, quel que soit le risque cardiovasculaire du patient.

Enfin, la présence de freins à la réalisation des séances de marche en autonomie autres que la claudication vasculaire est investiguée avant la prescription. Ceux-ci peuvent être de plusieurs ordres :

- physique : autre douleur chronique, autre faiblesse musculaire, etc. ;
- psychique : syndrome anxieux ou syndrome dépressif évalué par le questionnaire HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), ou demande explicite du patient d'être encadré ;
- environnemental : le patient décrit un environnement inadapté (géographique, autre...).

En présence de freins, une activité physique supervisée est proposée au patient. La supervision peut être réalisée par un enseignant en activité physique adaptée ou un kinésithérapeute, en fonction du type de frein présenté par le patient.

En l'absence de freins, ou devant un refus du patient d'être supervisé, une activité physique non directement supervisée, mais structurée, est débutée, avec un contrat de soins et un suivi à six semaines. Cette activité est coordonnée par un médecin vasculaire ou un médecin spécialiste en MPR.

Au-delà de la marche :

- les patients avec une déficience nutritionnelle isolée devraient bénéficier de l'avis d'une diététicienne ou nutritionniste ;
- les patients présentant des troubles psychiques isolés devraient bénéficier de l'avis d'un psychologue en vue d'un accompagnement en psychothérapie ou d'un psychiatre ;
- les patients présentant un frein physique isolé, ou bien un frein motivationnel, ou décrivant un environnement géographique inadapté à la pratique de la marche tenant compte de leur limitation artéritique devraient bénéficier d'une rééducation effectuée par un kinésithérapeute.

Orientation lors de la consultation de suivi de mi-programme ambulatoire d'un patient avec claudication à l'effort

Cette consultation est menée par le médecin qui a orienté le patient et dont il est le référent. L'objectif est de définir si un patient à qui a été proposée une activité physique non directement supervisée, mais structurée en ambulatoire, nécessite, lors de son suivi habituellement à six semaines (mi-programme), d'être adressé vers une supervision de son activité physique.

Le contexte de cette consultation de suivi est identique à celui décrit dans l'algorithme précédent. Les patients concernés ont une claudication, sans contre-indication absolue à la pratique de l'activité physique. Ils n'ont aucun frein non vasculaire à la pratique, ou ils en ont et ont refusé la proposition initiale d'une supervision de l'activité physique.

Dans un premier temps, **l'adhésion** est évaluée. Elle est définie comme bonne à partir de trois séances hebdomadaires, de 30 minutes en moyenne, et de la pratique de marche fractionnée.

- En cas de mauvaise adhésion pour un problème physique ou motivationnel, le patient se voit proposer une supervision.
- Si l'adhésion est bonne, la tolérance est évaluée. Si elle n'est pas bonne, la raison est précisée et le patient est adressé si besoin au spécialiste (médecin vasculaire ou MPR vasculaire).

Enfin, **l'efficacité** est évaluée via le périmètre de marche maximal (Pmmax), le périmètre de marche sans douleur et la qualité de vie (QoL). Cette évaluation sera effectuée par une épreuve de marche sur tapis roulant. En l'absence de cet outil, les déclarations du patient permettent d'avoir une appréciation approximative de l'efficacité. Néanmoins, le recours à un test objectif et reproductible sur tapis est proposé dès que possible. Si la rééducation est inefficace, une rééducation en supervision directe est proposée.

Si la rééducation par supervision directe est refusée, le médecin adresseur et les correspondants sont informés d'un échec de réadaptation vasculaire pour des raisons motivationnelles.