

# Douleurs aux membres inférieurs: point de vue de l'angiologue

Dr JOHNNY VOGEL<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2019; 15: 306-7

## INTRODUCTION

Une douleur au(x) membre(s) inférieur(s) est un motif très fréquent de consultation et le vieillissement de la population rend le diagnostic étiologique d'une telle plainte souvent difficile en raison d'une polyopathie sous-jacente fréquente. L'examen vasculaire par l'angiologue fait donc partie des investigations nécessaires pour faire la part des choses entre les douleurs d'origines orthopédique, neurologique et vasculaire.

## SIGNES CLINIQUES

Si l'anamnèse et l'examen clinique permettent souvent de cerner le problème, un bilan vasculaire peut être nécessaire lors de plaintes non spécifiques ou des douleurs atypiques.

La plainte peut être une douleur soit continue, soit uniquement à l'effort, unilatérale ou bilatérale, accompagnée ou non d'une tuméfaction du membre, avec ou sans trouble trophique ou cutané. Le tableau clinique est donc varié (tableau 1).

TABLEAU 1	Caractéristiques cliniques des douleurs selon l'étiologie
<b>Douleurs d'origine artérielle</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproductibles à l'effort, aggravées par la vitesse et la montée</li> <li>• Cèdent rapidement à l'arrêt</li> <li>• Pas de douleur au repos (hormis stade III et IV selon Fontaine)</li> <li>• Pas de boiterie</li> </ul>	
<b>Douleurs d'origine veineuse</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorées par la marche, le décubitus, la surélévation</li> <li>• Aggravées par la station debout, chaleur, fatigue</li> <li>• Pas de douleur au repos, sauf en cas d'ulcère</li> <li>• Pas de boiterie</li> </ul>	
<b>Douleurs d'origine ostéoarticulaire</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggravées à la mobilisation et à l'effort; persistent après l'effort</li> <li>• Améliorées par le repos, certaines positions et les antalgiques</li> <li>• Boiterie</li> </ul>	
<b>Douleurs d'origine musculotendineuse</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggravées par l'effort, la pression, l'étirement</li> <li>• Soulagées par le repos</li> <li>• Boiterie</li> </ul>	
<b>Douleurs d'origine neurologique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggravées par l'effort, certaines positions et certains mouvements (manœuvre de Lasègue)</li> <li>• Améliorées par le repos et les antalgiques</li> <li>• Boiterie</li> </ul>	

<sup>a</sup> Avenue de la Gare 3, 3960 Sierre  
johnny.vogel@bluewin.ch

Une thrombose veineuse peut se manifester de différentes manières, avec plus ou moins de douleurs, de tuméfaction et lorsque les D-dimères ne permettent pas d'écarter ce diagnostic, il faut avoir recours à une échographie pour trancher.

Lors de symptômes unilatéraux à l'effort, il faut distinguer les douleurs de claudication vasculaire, reproductibles, à périmètre de marche stable, des douleurs en relation avec une pathologie arthrosique, canalaire lombaire ou encore une origine veineuse ou post-thrombotique (tableau 2). Les principaux diagnostics différentiels non vasculaires sont neurologiques, orthopédiques ou très rarement tumoraux (tableau 3). Une plainte bilatérale évoque les mêmes dia-

TABLEAU 2	Caractéristiques des douleurs selon le type de claudication
<b>Claudication vasculaire</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Topographie en fonction du niveau de lésion artérielle               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fesse-cuisse, cuisse, mollet</li> </ul> </li> <li>• Périmètre stable pour un effort donné</li> <li>• Disparition en quelques minutes, debout</li> </ul>	
<b>Claudication sur canal lombaire étroit</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur radiculaire ou pluriradiculaire, faiblesse plutôt diffuse               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aggravée par la marche en descente, pas en montée</li> <li>– Survient également lors de station debout prolongée</li> <li>– Pas de gêne à vélo</li> </ul> </li> <li>• Périmètre qui se rétrécit avec l'effort</li> <li>• Cède lentement, nécessité de s'asseoir ou de s'appuyer, se mettre en délordose</li> </ul>	
<b>Claudication veineuse</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crampe, gêne, parfois provoquées par la marche</li> <li>• Cède en décubitus, jambes surélevées</li> </ul>	

TABLEAU 3	Diagnostic différentiel de la marche douloureuse	
<b>Causes vasculaires</b>		
<b>Origine artérielle</b>	<b>Origine veineuse</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance artérielle des membres inférieurs (AMI)</li> <li>• Artère poplitée piégée</li> <li>• Syndrome des loges</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance veineuse profonde, superficielle, veino-lymphatique</li> <li>• Thrombose veineuse profonde</li> <li>• Compression extrinsèque</li> </ul>	
<b>Diagnostic différentiel</b>		
<b>Origine ostéoarticulaire</b>	<b>Origine musculotendineuse</b>	<b>Origine neurologique</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arthrose</li> <li>• Arthrite</li> <li>• Kyste poplitée rompu</li> <li>• Ostéonécrose</li> <li>• Fracture de fatigue</li> <li>• Trouble statique du pied</li> <li>• Algodystrophie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendinite, rupture</li> <li>• Claquage musculaire</li> <li>• Entésopathies</li> <li>• Myosite</li> <li>• Myopathie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiculalgie</li> <li>• Canal lombaire étroit</li> <li>• Morton</li> <li>• Neuropathie</li> </ul>

gnostics ainsi que des atteintes systémiques lors d'œdèmes bilatéraux ou encore une atteinte musculaire.

## INVESTIGATIONS

Le premier geste est l'examen clinique avec palpation des poulx aux chevilles, ce qui en général permet d'écarter une insuffisance artérielle lorsqu'ils sont présents. Les signes en faveur des diagnostics différentiels déjà évoqués sont également recherchés.

Le bilan débute par la mesure de l'index de pression systolique IPS ou ABI (ankle brachial index) au repos, parfois après test d'effort sur tapis roulant si le résultat est équivoque. La deuxième étape est l'échographie-doppler artérielle qui permet de visualiser les lésions ou anomalies, de localiser les obstructions et les

collatérales. L'examen veineux lui peut mettre en évidence une insuffisance veineuse, superficielle ou profonde, une thrombose ou un syndrome post-thrombotique ou encore une malformation vasculaire. L'échographie permet également de découvrir une lésion musculaire, une collection ou encore un kyste articulaire éventuellement rompu. Le diagnostic de lymphoedème est plutôt clinique une fois une atteinte veineuse écartée.

## IMAGERIE

Ce n'est qu'en cas de doute ou s'il est nécessaire de préciser une topographie particulière que l'on a recours à une imagerie par angio-CT, angio-IRM, artériographie ou encore, assez exceptionnellement, phlébographie.