

42/475



République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche  
Scientifique  
Université Salah BOUBNIDER – Constantine 3  
Faculté de Médecine  
Département de Médecine



Thèse de Doctorat en Vue de l'Obtention du Diplôme de Docteur en Sciences Médicales

# **FREQUENCE DE L'ASSOCIATION ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS ET CORONAROPATHIE CHEZ LES MALADES RECRUTES EN CARDIOLOGIE DANS LES CHUs DE LA WILAYA DE CONSTANTINE**

**PRESENTEE PAR**

**DR RACHID MERGHIT**

**MAITRE-ASSISTANT EN CARDIOLOGIE**

Présentée et soutenue publiquement le [07 Novembre 2017]

## **Composition du Jury**

### **Président du Jury**

Pr Mohamed TAHMI

Faculté de Médecine d'Alger

### **Directeur de thèse**

Pr Mouloud AIT-ATHMANE

Faculté de Médecine d'Annaba

### **Membres du Jury**

Pr Daoud ROULA, Faculté de Médecine De Constantine

Pr Aziz TRICHINE, Faculté de Médecine de Constantine

Pr Kheira BOUSSOUF, Faculté de Médecine de Sétif

Pr Leila MANAMANNI, Faculté de Médecine d'Annaba

2017

# Sommaire

LISTE DES FIGURES.....	16
LISTE DES TABLEAUX .....	17
ABREVIATIONS .....	23
<b>1 INTRODUCTION – PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>25</b>
1.1 INTRODUCTION .....	25
1.2 PROBLEMATIQUE.....	26
<b>ETUDE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>28</b>
<b>2 LA MALADIE ATHEROMATEUSE .....</b>	<b>29</b>
2.1 HISTORIQUE DE L'ATHEROSCLEROSE .....	29
2.2 ANATOMOPATHOLOGIE DE L'ATHEROSCLEROSE.....	30
2.2.1 <i>Structure de la paroi artérielle saine</i> .....	30
2.2.1.1 Média .....	30
2.2.1.2 Intima .....	30
2.2.1.3 Adventice .....	31
2.2.2 <i>Description des différentes lésions d'athérosclérose</i> .....	31
2.2.2.1 Lésions initiales de la maladie .....	32
2.2.2.2 La lésion constituée de la maladie : la plaque d'athérosclérose .....	32
2.2.2.3 Lésions compliquées de la maladie .....	33
2.2.2.4 Les formes topographiques de la maladie athéromateuse.....	33
2.3 HISTOGENESE DE L'ATHEROSCLEROSE .....	35
2.3.1 <i>Théories de l'athérogénèse</i> .....	35
2.3.1.1 La théorie thrombogénique ( <i>théorie de Rokitansky</i> ) .....	36
2.3.1.2 La théorie de « l'agression » ( <i>théorie de Virchow</i> ) .....	36
2.3.1.3 La théorie de la multiplication des myocytes intimaux ( <i>théorie de Ross et Barken</i> ).....	36
2.3.2 <i>Mécanisme de l'athérogénèse</i> .....	37
2.3.2.1 Initiation des lésions athéroscléreuses .....	37
2.3.2.2 Progression des lésions athéroscléroses .....	38
2.3.2.3 Complication des plaques atheromateuses .....	38
<b>3 L'ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS (AOMI) .....</b>	<b>40</b>
3.1 INTRODUCTION, DEFINITION .....	40
3.2 DONNEES HISTORIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES .....	41
3.2.1 <i>Données historiques</i> .....	41
3.2.2 <i>Données épidémiologiques</i> .....	42

3.2.2.1	Dans le monde.....	42
3.2.2.2	En Algérie .....	43
<b>3.3</b>	<b>LES FACTEURS DE RISQUE DE L'AOMI .....</b>	<b>45</b>
<b>3.3.1</b>	<b><i>Les facteurs de risque cardiovasculaire non modifiables.....</i></b>	<b>45</b>
3.3.1.1	L'âge et sexe.....	45
3.3.1.2	Hérédité coronaire .....	45
<b>3.3.2</b>	<b><i>Les facteurs de risque cardiovasculaire modifiables.....</i></b>	<b>45</b>
3.3.2.1	Tabagisme .....	45
3.3.2.2	Diabète.....	46
3.3.2.3	Dyslipidémie.....	47
3.3.2.4	Hypertension artérielle .....	47
3.3.2.5	La surcharge pondérale et l'Obésité .....	47
3.3.2.6	La sédentarité.....	47
3.3.2.7	Consommation éthylique.....	48
<b>3.3.3</b>	<b><i>Autres marqueurs de risque vasculaire.....</i></b>	<b>48</b>
3.3.3.1	Protéine C réactive et fibrinogène .....	48
3.3.3.2	L'hyperhomocystéinémie.....	48
3.3.3.3	Facteurs génétiques .....	49
3.3.3.4	Autres facteurs.....	49
<b>3.4</b>	<b>PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS.....</b>	<b>49</b>
<b>3.5</b>	<b>OUTILS DIAGNOSTIQUES DE L'AOMI.....</b>	<b>50</b>
<b>3.5.1</b>	<b><i>Les questionnaires .....</i></b>	<b>50</b>
<b>3.5.2</b>	<b><i>Interrogatoire et examen clinique .....</i></b>	<b>51</b>
3.5.2.1	Interrogatoire : .....	51
3.5.2.2	Examen clinique .....	53
<b>3.5.3</b>	<b><i>Prise de l'index de pression systolique à la cheville (IPSch).....</i></b>	<b>54</b>
3.5.3.1	Présentation de l'IPS .....	54
3.5.3.2	Indications de l'IPS .....	56
3.5.3.3	Valeurs normales et reproductibilité de l'IPS.....	57
3.5.3.4	Limites et causes d'erreur .....	58
<b>3.5.4</b>	<b><i>Epreuve de marche sur tapis roulant et test de Strandness.....</i></b>	<b>59</b>
3.5.4.1	Méthodologie.....	59
3.5.4.2	Indication .....	60
3.5.4.3	Interprétation des résultats .....	60
3.5.4.4	Limites.....	60
<b>3.5.5</b>	<b><i>Mesure de la pression digitale.....</i></b>	<b>61</b>
3.5.5.1	Technique.....	61
3.5.5.2	Indications et résultats.....	62
<b>3.5.6</b>	<b><i>Mesure de la pression partielle transcutanée d'oxygène (TcPO2).....</i></b>	<b>62</b>
3.5.6.1	Indications et résultats.....	62

3.5.7	<b>Imagerie vasculaire artérielle</b> .....	63
3.5.7.1	Échographie – Doppler vasculaire .....	63
3.5.7.2	Angioscanner des artères des membres inférieures .....	70
3.5.7.3	Angiographie par Résonance magnétique nucléaire (Angio-IRM) .....	70
3.5.7.4	Artériographie numérisée .....	71
3.6	<b>LES FORMES CLINIQUES D’AOMI</b> .....	72
3.6.1	<b>Forme asymptomatique</b> .....	72
3.6.2	<b>Le syndrome de LERICHE</b> .....	72
3.6.3	<b>BLUE-TOE SYNDROME</b> .....	72
3.6.4	<b>Artériopathie diabétique</b> .....	72
3.7	<b>CLASSIFICATIONS CLINIQUES DE L’AOMI</b> .....	73
3.7.1	<b>Classification de Leriche et Fontaine</b> .....	73
3.7.2	<b>Classification de Rutherford</b> .....	74
3.7.3	<b>La classification actuelle que propose l’HAS</b> .....	74
3.7.3.1	Formes chroniques d’AOMI .....	74
3.7.3.2	Formes aiguës d’AOMI .....	75
3.8	<b>DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL</b> .....	75
3.8.1	<b>Pathologie non artérielle</b> .....	75
3.8.1.1	Au stade de claudication .....	75
3.8.1.2	Au stade des troubles trophiques .....	75
3.8.2	<b>Autres artériopathies</b> .....	76
3.9	<b>PRISE EN CHARGE DE L’ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS</b> .....	76
3.9.1	<b>Prise en charge de l’AOMI asymptomatique</b> .....	76
3.9.1.1	Interventions non médicamenteuses .....	77
3.9.1.2	Traitement médicamenteux du risque cardio-vasculaire .....	77
3.9.1.3	Prise en compte des facteurs de risque présents .....	77
3.9.1.4	Bilan de la diffusion des lésions athéromateuses .....	77
3.9.2	<b>Prise en charge de l’AOMI symptomatique</b> .....	77
3.9.2.1	Prise en charge de la claudication intermittente .....	78
3.9.2.2	Prise en charge de l’ischémie permanente chronique .....	78
3.9.3	<b>Prise en charge de l’ischémie aiguë</b> .....	79
3.9.4	<b>Prise en charge de l’AOMI au stade d’amputation</b> .....	80
3.9.5	<b>Classification TASC des lésions athéromateuses</b> : .....	80
4	<b>LE MALADE POLY-ARTERIEL</b> .....	83
4.1	<b>INTRODUCTION, DEFINITION</b> .....	83
4.2	<b>DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES</b> .....	83
4.2.1	<b>Prévalence de l’atteinte poly artérielle</b> .....	83

4.2.2	<i>Prévalence d'une atteinte périphérique en cas de maladie coronaire</i> .....	85
4.3	STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DU MALADE POLY ARTERIEL.....	86
4.4	PRONOSTIC DE LA MALADIE POLY VASCULAIRE .....	87
<b>ETUDE PRATIQUE .....</b>		<b>89</b>
<b>5</b>	<b>METHODOLOGIE DE TRAVAIL .....</b>	<b>90</b>
5.1	OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	90
5.1.1	<i>Objectif principal</i> .....	90
5.1.2	<i>Objectifs secondaires</i> .....	90
5.2	TYPE DE L'ETUDE .....	90
5.3	MATERIEL A ETUDIER.....	91
5.3.1	<i>Source de recrutement</i> .....	91
5.3.2	<i>Critères d'inclusion</i> .....	91
5.3.3	<i>Critères de non-inclusion</i> .....	91
5.4	TAILLE ET TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE .....	91
5.5	DONNEES ANALYSEES ET QUESTIONNAIRE .....	91
5.5.1	<i>Les données anthropométriques</i> .....	92
5.5.2	<i>Électrocardiogramme de repos (ECG)</i> .....	92
5.5.3	<i>Recueil d'information</i> .....	92
5.5.4	<i>Examen clinique</i> .....	94
5.5.4.1	Examen cardio vasculaire .....	94
5.5.4.2	Examen clinique des autres appareils .....	94
5.5.5	<i>Mesure de l'index de pression systolique à la cheville (IPSch)</i> .....	94
5.5.6	<i>Epreuve de marche sur tapis roulant (Épreuve de Skinner Strandness)</i> .....	95
5.5.7	<i>Mesure de la pression digitale par photopléthysmographie</i> .....	95
5.5.8	<i>Bilans biologiques</i> .....	97
5.5.9	<i>Bilans échographiques</i> .....	98
5.5.9.1	Étude écho-cardiographique.....	98
5.5.9.2	Échographie Doppler de l'aorte et membres inférieurs.....	99
5.5.9.3	Echographie Doppler carotidienne .....	100
5.5.10	<i>Performances diagnostiques de l'IPS par rapport à l' EDAMI</i> .....	102
5.6	ANALYSES STATISTIQUES .....	102
5.7	DEROULEMENT DE L'ETUDE .....	103
5.8	COLLABORATEURS SCIENTIFIQUES .....	105
<b>6</b>	<b>RESULTATS .....</b>	<b>106</b>
6.1	ÉTUDE DESCRIPTIVE GLOBALE DE LA POPULATION RECRUTEE .....	106

<b>6.1.1</b>	<b>Identification de la population recrutée .....</b>	<b>106</b>
6.1.1.1	Age .....	106
6.1.1.2	Sexe .....	106
6.1.1.3	Provenance des malades et centres de recrutement .....	107
6.1.1.4	Répartition de la population en fonction de l'activité professionnelle .....	107
<b>6.1.2</b>	<b>Facteurs de risques cardio-vasculaires .....</b>	<b>107</b>
6.1.2.1	Nombre moyen des FRCV.....	107
6.1.2.2	Nombres de patients ayant plus de trois FRCV .....	108
6.1.2.3	Distribution des FRCV dans la population globale .....	108
6.1.2.4	Obésité et surcharge pondérale.....	109
6.1.2.5	Diabète.....	110
6.1.2.6	Tabac.....	112
6.1.2.7	Hypertension artérielle .....	112
6.1.2.8	Dyslipidémie.....	114
6.1.2.9	Coronaropathie familiale .....	115
6.1.2.10	Sédentarité.....	115
6.1.2.11	Statut rénal.....	115
<b>6.1.3</b>	<b>Données cliniques de la population recrutée .....</b>	<b>116</b>
6.1.3.1	ATCDS personnels de maladie cérébro-vasculaire .....	116
6.1.3.2	Présentation clinique de la maladie coronaire.....	117
<b>6.1.4</b>	<b>Bilan de l'exploration électrocardiographique et échocardiographie.....</b>	<b>117</b>
6.1.4.1	Bilan électrocardiographique .....	117
6.1.4.2	Bilan écho-cardiographique .....	118
<b>6.1.5</b>	<b>Bilan d'exploration de la coronaropathie .....</b>	<b>119</b>
6.1.5.1	Exploration pré-coronarographique.....	119
6.1.5.2	Résultats de l'exploration angio-coronarographiques .....	119
<b>6.1.6</b>	<b>Bilan d'exploration des axes artériels des membres inférieurs.....</b>	<b>121</b>
6.1.6.1	Données cliniques .....	121
6.1.6.2	Examen vasculaire.....	121
6.1.6.3	Mesure de l'index de pression systolique.....	122
6.1.6.4	Bilan écho-doppler artériel des membres inférieurs .....	124
<b>6.1.7</b>	<b>Résumé de l'étude descriptive globale de la population recrutée .....</b>	<b>134</b>
<b>6.2</b>	<b>ÉTUDE ANALYTIQUE .....</b>	<b>137</b>
<b>6.2.1</b>	<b>Fréquence de l'association AOMI et coronaropathie.....</b>	<b>137</b>
6.2.1.1	Fréquence de l'association AOMI et coronaropathie dans la population globale .....	137
6.2.1.2	Fréquence de l'association AOMI et coronaropathie en fonction des tranches d'âges.....	137
6.2.1.3	Fréquence de l'association AOMI et coronaropathie en fonction du sexe .....	138
6.2.1.4	Classification hémodynamique de l'AOMI .....	138
<b>6.2.2</b>	<b>Analyse des facteurs associés à l'AOMI chez le coronarien .....</b>	<b>139</b>

6.2.2.1	Etude analytique uni variée des facteurs liés de manière prédictive à la survenue d'une AOMI chez le malade coronarien .....	139
6.2.2.2	Etude analytique multivariée des facteurs liés de manière prédictive à la survenue d'une AOMI chez le coronarien : .....	159
<b>6.2.3</b>	<b>Topographie des lésions athéromateuses et les FRCV qui l'influence.....</b>	<b>163</b>
6.2.3.1	Localisation des lésions de l'AOMI .....	163
6.2.3.2	Topographie des lésions athéromateuses hémodynamiques.....	163
6.2.3.3	Analyse des facteurs de risques influençant la topographie des lésions athéromateuses hémodynamiques : .....	164
<b>6.2.4</b>	<b>Relation entre localisation de l'AOMI et la sévérité de l'atteinte coronaire .....</b>	<b>165</b>
6.2.4.1	Corrélation de la sévérité de l'atteinte coronaire et niveau d'atteinte AOMI (1 <sup>er</sup> modèle). 166	
6.2.4.2	Corrélation de la sévérité de l'atteinte coronaire et niveau d'atteinte AOMI (2 <sup>em</sup> modèle) 166	
6.2.4.3	Corrélation de la sévérité de l'atteinte coronaire et niveau d'atteinte AOMI (3 <sup>em</sup> modèle) 167	
6.2.4.4	Corrélation de la sévérité de l'atteinte coronaire et niveau d'atteinte AOMI (4 <sup>em</sup> modèle) 167	
<b>6.3</b>	<b>BILAN D'EXTENSION VASCULAIRE .....</b>	<b>168</b>
<b>6.3.1</b>	<b>Lésions artérielles des troncs supra-aortiques.....</b>	<b>168</b>
6.3.1.1	Répartition des anomalies TSA en fonction du sexe .....	168
6.3.1.2	Mesure de l'épaisseur intima-média.....	168
6.3.1.3	Distribution des lésions athéromateuses carotidiennes .....	169
6.3.1.4	Siège anatomique des lésions carotidiennes .....	170
<b>6.3.2</b>	<b>Anévrisme de l'aorte abdominale .....</b>	<b>170</b>
6.3.2.1	Répartition du diamètre de l'aorte abdominale, dans la population globale .....	170
6.3.2.2	Diamètre moyen de l'aorte abdominale en fonction du sexe.....	170
6.3.2.3	Répartition du Diamètre de l'aorte abdominale en fonction de l'Âge et le sexe.....	171
<b>6.4</b>	<b>FREQUENCE DE L'ATTEINTE ATHEROMATEUSE PERIPHERIQUE CHEZ LE CORONARIEN .....</b>	<b>171</b>
<b>6.4.1</b>	<b>Anévrisme de l'aorte abdominale .....</b>	<b>171</b>
<b>6.4.2</b>	<b>Atteinte carotidienne hémodynamique (sténose <math>\geq</math> 50%).....</b>	<b>172</b>
<b>6.4.3</b>	<b>Association AAA et carotide hémodynamique (sténose <math>\geq</math>50%) .....</b>	<b>173</b>
<b>6.4.4</b>	<b>Association AOMI et atteinte carotide <math>\geq</math> 50%.....</b>	<b>173</b>
<b>6.4.5</b>	<b>Association AOMI et AAA.....</b>	<b>174</b>
<b>6.5</b>	<b>PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE POLY ARTERIELLE.....</b>	<b>174</b>
<b>6.5.1</b>	<b>Sur le plan coronaire .....</b>	<b>174</b>
<b>6.5.2</b>	<b>Sur le plan vasculaire périphérique.....</b>	<b>175</b>
6.5.2.1	Traitement de l'AOMI.....	175
6.5.2.2	Traitement d'une sténose carotide symptomatique .....	176
6.5.2.3	Traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale.....	176
<b>6.5.3</b>	<b>Correction des FRCV modifiable.....</b>	<b>176</b>
<b>6.6</b>	<b>MORBI MORTALITE ET COURBES DE SURVIE .....</b>	<b>177</b>

6.7	LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE COMPARATIVE DE NOS DEUX POPULATIONS DE CORONARIENS : ARTERITIQUES ET NON ARTERITIQUES .....	180
<b>7</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>183</b>
7.1	PLACE DE L'IPS DANS LE DIAGNOSTIC DE L'AOMI .....	183
7.2	CARACTERISTIQUES DE NOTRE POPULATION D'ETUDE, GLOBALE ET ARTERITIQUE .....	187
7.2.1	<i>Caractéristiques épidémiologiques.....</i>	<i>188</i>
7.2.1.1	Âge .....	188
7.2.1.2	Sexe .....	189
7.2.2	<i>Les FRCV.....</i>	<i>191</i>
7.2.2.1	Le diabète.....	191
7.2.2.2	L'hypertension artérielle .....	193
7.2.2.3	Le tabagisme .....	195
7.2.2.4	La dyslipidémie.....	197
7.2.2.5	Surcharge pondérale et obésité .....	199
7.2.2.6	La sédentarité.....	201
7.2.2.7	La coronaropathie familiale .....	202
7.2.2.8	Le statut rénal .....	203
7.2.3	<i>ATCDS personnels de maladies cérébro-vasculaires.....</i>	<i>204</i>
7.3	ASSOCIATION CORONAROPATHIE ET AOMI .....	205
7.3.1	<i>Fréquence de l'association coronaropathie et AOMI.....</i>	<i>205</i>
7.3.2	<i>Données cliniques de l'AOMI chez notre coronarien.....</i>	<i>211</i>
7.3.2.1	Fréquence de l'AOMI symptomatique chez notre coronarien.....	211
7.3.2.2	Apport de l'examen vasculaire .....	212
7.3.2.3	Fréquence de l'AOMI asymptomatique chez notre coronarien.....	212
7.4	LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES A L'AOMI CHEZ LE CORONARIEN DANS NOTRE ETUDE .....	214
7.4.1	<i>Nombre des FRCV .....</i>	<i>214</i>
7.4.2	<i>Âge.....</i>	<i>215</i>
7.4.3	<i>Diabète .....</i>	<i>216</i>
7.4.4	<i>Tabac .....</i>	<i>217</i>
7.4.5	<i>Hypertension artérielle .....</i>	<i>219</i>
7.4.6	<i>Dyslipidémie.....</i>	<i>220</i>
7.4.7	<i>Sédentarité .....</i>	<i>222</i>
7.4.8	<i>Insuffisance rénale chronique .....</i>	<i>222</i>
7.4.9	<i>ATCDS cérébro-vasculaire (AVC).....</i>	<i>223</i>
7.4.10	<i>Atteinte coronaire sévère .....</i>	<i>223</i>
7.5	LES FACTEURS NON ASSOCIES A LA SURVENUE D'UNE AOMI CHEZ NOS CORONARIENS .....	224
7.5.1	<i>Le Sexe .....</i>	<i>224</i>

7.5.2	<i>La surcharge pondérale et obésité.....</i>	226
7.5.3	<i>La coronaropathie familiale.....</i>	227
7.5.4	<i>La masse ventriculaire gauche augmentée et PRVG .....</i>	228
7.5.5	<i>FE globale altérée .....</i>	228
7.6	TOPOGRAPHIE DES LESIONS ATHEROMATEUSES ET LES FRCV QUI L'INFLUENCE .....	229
7.7	RELATION ENTRE LOCALISATION DE L'AOMI ET LA SEVERITE DE L'ATTEINTE CORONAIRE .....	231
7.8	AUTRES ATTEINTES ATHEROMATEUSES PERIPHERIQUES CHEZ LE CORONARIEN .....	233
7.9	LIMITES DE L'ETUDE .....	237
7.10	POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	238
8	PERSPECTIVES .....	240
9	ALGORITHME DECISIONNEL POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'AOMI CHEZ LE CORONARIEN .....	242
10	CONCLUSION.....	244
	BIBLIOGRAPHIE .....	246
	ANNEXE I.....	265
	ANNEXE II.....	267

FREQUENCE DE L'ASSOCIATION ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS ET  
CORONAROPATHIE CHEZ LES MALADES RECRUTES EN CARDIOLOGIE DANS LES CHUs DE CONSTANTINE

Spécialité : Cardiologie

---

## Résumé

---

**Introduction :** Les coronariens ayant une atteinte vasculaire périphérique ont un pronostic cardiovasculaire plus sévère. Il paraît donc intéressant de dépister cette association, notamment en mesurant l'index de pression systolique afin de détecter des lésions silencieuses, mais menaçantes, et d'identifier un sous-groupe de coronariens à plus haut risque cardiovasculaire, nécessitant une prise en charge plus spécifique. L'IPS est un moyen simple, non invasif, et non coûteux ayant un apport diagnostique important.

**Objectifs :** Estimer la fréquence de l'AOMI chez les patients coronariens, recrutés en cardiologie dans les centres hospitalo universitaires de Constantine, déterminer les facteurs de risques de l'association, étudier la topographie des lésions athéromateuses (à type d'occlusion artérielle ou de lésion ayant un retentissement hémodynamique) et les facteurs de risques cardiovasculaires influençant cette topographie et établir la relation entre localisation de l'artériopathie périphérique et la sévérité de l'atteinte coronaire.

**Patients et méthodes :** L'étude est descriptive, transversale, réalisée en unités des explorations cardiovasculaires de l'hôpital militaire régional universitaire de Constantine. Les sujets inclus avaient aux moins une lésion coronaire significative  $\geq 50$  sur une artère coronaire principale, pour chaque patient, une anamnèse orientée et un examen clinique cardiovasculaire ont précédé la mesure de l'IPS. L'AOMI était définie par un IPS inférieur à 0.90 sur une des quatre artères distales des membres inférieurs puis un complément d'exploration écho doppler des membres inférieurs. Le traitement et l'exploitation des données ont fait appel au logiciel SPSS22.

**Résultats :** Trois cents patients coronariens, âgés en moyen de 61 à prédominance masculine nette, ont été inclus. La fréquence de l'association AOMI et coronaropathie était de 34,7% en utilisant l'IPS, asymptomatique dans 18% des cas. L'âge  $\geq 65$ ans, le tabac, le diabète, l'HTA, la dyslipidémie, la sédentarité, l'AVC et l'atteinte coronaire sévère étaient les facteurs indépendants de l'association (ORa respectifs :3,67, 4,10, 3,48, 3,30, 2,32, 2,14, 6,40, 2,36).

La localisation infra géniculée était dominante(73%) suivie par l'atteinte femoropoplite(58%) et l'atteinte iliaque(47,7%). Le sexe masculin, l'âge jeune, le tabac sont souvent associés à l'atteinte aorto iliaque (AOMI proximale.) Cependant le diabète, l'HTA et l'âge avancé sont souvent associés à l'atteinte distale ( $p < 0.05$ ) et la location aorto iliaque est souvent corrélée à une atteinte coronaire sévère par rapport à l'atteinte distale ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion :** L'IPS, en plus d'être un outil de dépistage précoce de l'AOMI, sa diffusion en pratique médicale aiderait à l'approche et l'affinement du risque vasculaire des patients coronariens.

---

**Mots clés:** IPS AOMI coronaropathie Fréquence les centres hospitalo universitaires de Constantine.

---

**DIRECTEUR DE THESE :**

Pr M. AIT ATHMANE

Service de cardiologie CHU Annaba

**AUTEUR :**

Dr R.MERGHIT

Service de cardiologie HMRUC