

Thérapies endovasculaires et sauvetage de membre

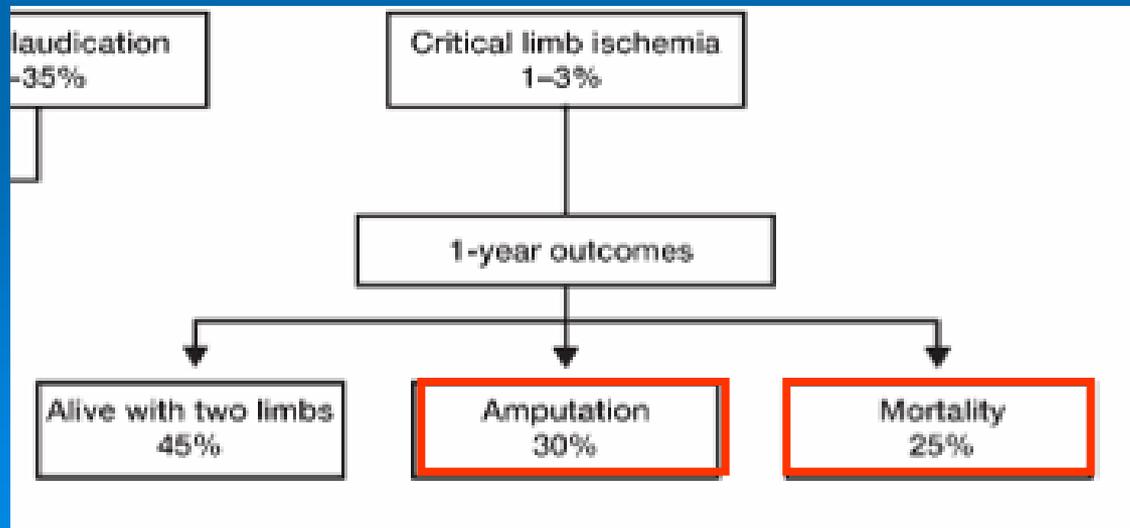
JIFA 2015

C.Brochier, E.Ducasse
Chirurgie vasculaire, CHU Bordeaux

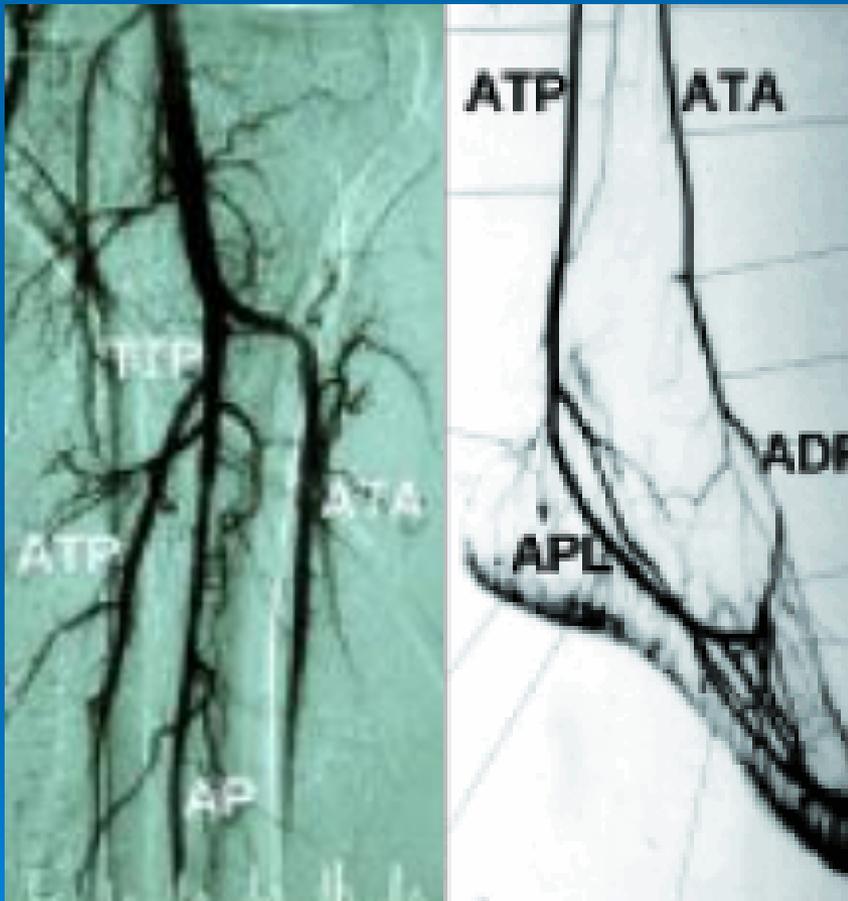


Introduction

- Ischémie critique = diagnostic clinique (douleurs décubitus/ulcère)
+ $P_{\text{cheville}} < 50 \text{ mmHg}$ ou $IPS < 0.5$ ou $P_{\text{orteil}} < 30 \text{ mmHg}$
= stades III-IV (Leriche et F.), 4-5-6 (Rutherford)
- 500-1000 nouveaux cas d'ischémie critique /M hab. et /an
- Gravité : $\frac{1}{4}$ décès et 30% amputation à 1 an (Hirsch et al., J Am Coll Cardiol 2006)



En pratique...



Importance des lésions jambières dans l'ischémie critique

Elimination des lésions proximales par échodoppler, puis artériographie de précision

Principes thérapeutiques

➤ Revascularisation chirurgicale

Pontages fémoro-jambiers = traditionnellement méthode de référence avec taux de perméabilité à long terme satisfaisants

- mais :
- ITV très longues (patients fragiles +++)
 - nécessité d'une veine utilisable
 - nécessité d'une artère receveuse de bonne qualité

➤ Revascularisation endovasculaire

Première étude publiée en 1988 par Swarten & Cutcliff

114 membres traités/ angioplastie seule → 86% sauvetage à 2 ans

Principale étude randomisée et contrôlée = BASIL trial

BASIL Trial

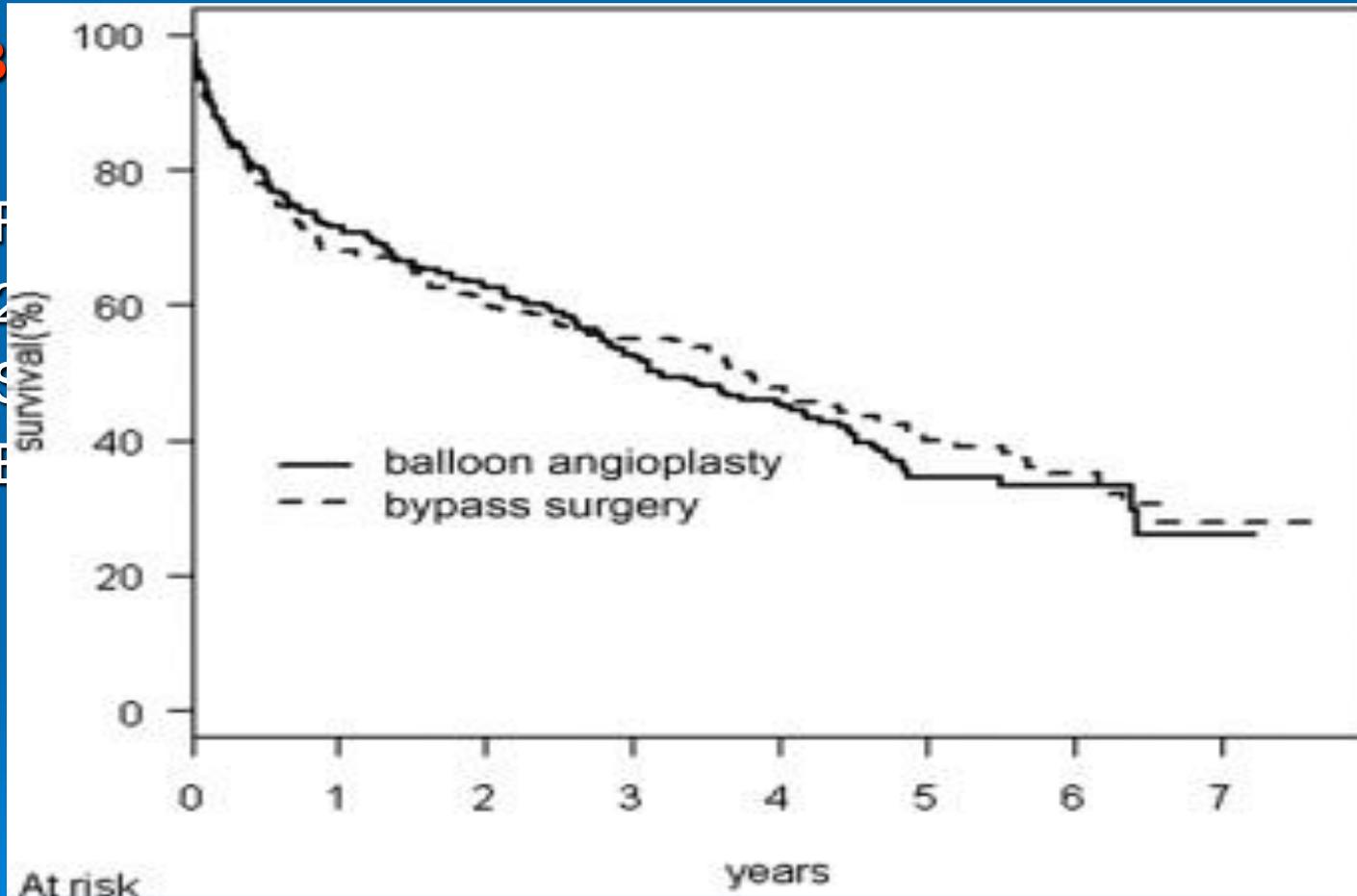
= B

➤ F

➤ 2

➤ C

➤ E



eg

0)

Matériel

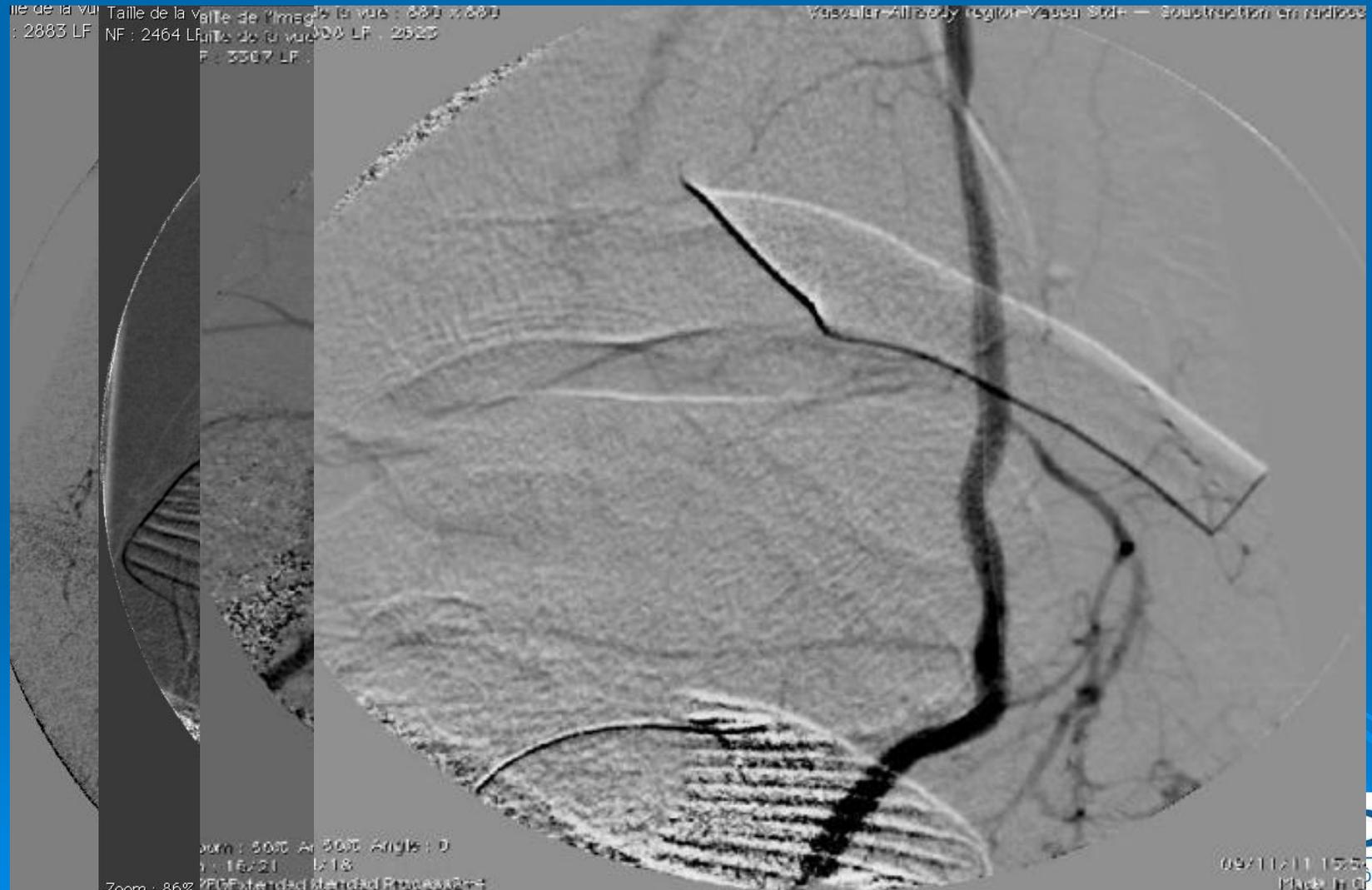
- Angioplastie seule par ballons 2-4mm
pb de sténose résiduelle, et taux de resténose importants
- Stents nus
Résultats controversés

Méta-analyse de 6 études randomisées regroupant 548 patients (Wu & al, JVS 2014)

→ Pas de bénéfice prouvé du stenting primaire vs angioplastie, mais tendance à meilleure perméabilité I_R et moins bonne perm. II_R

Permettent de traiter sténoses résiduelles et dissections

Exemple : artère pédieuse



Matériel (2)

➤ Ballons actifs

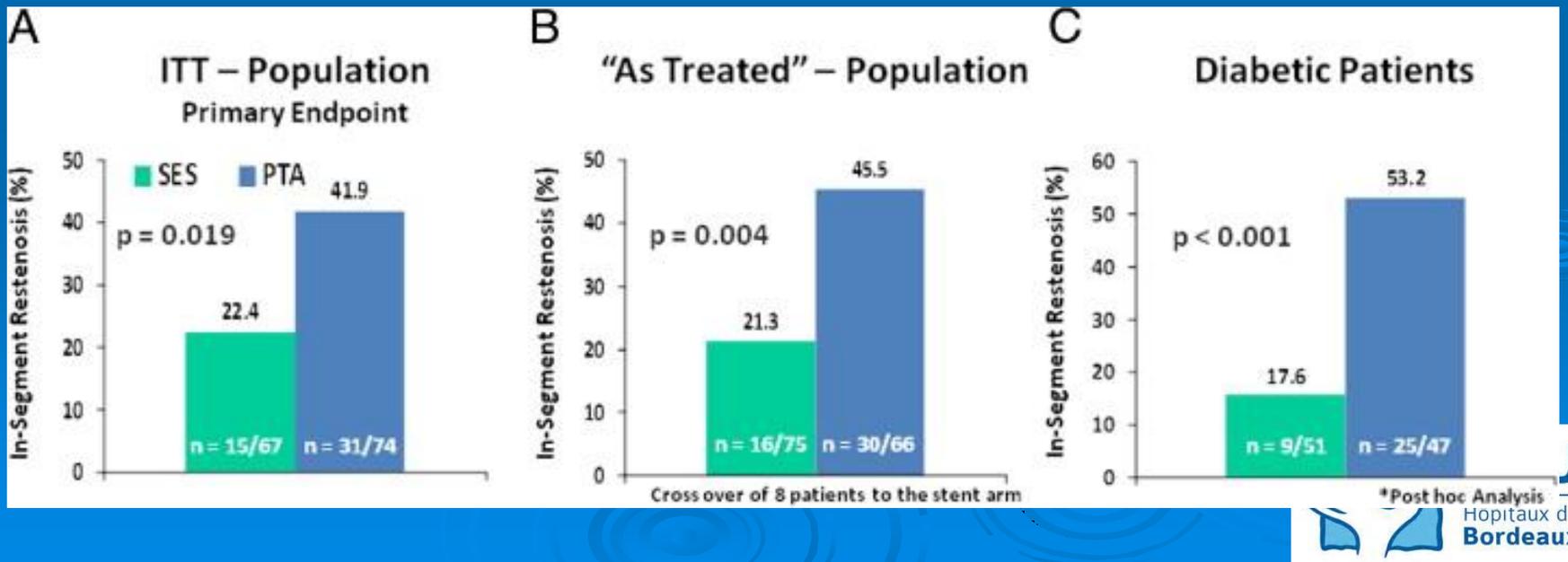
Résultats controversés

- **DEBATE-BTK** (Liistro et al, Circulation 2013)
 - Etude randomisée, 158 lésions chez 132 patients, suivi à 12 mois par artériographie
 - Ballons coatés par Paclitaxel (=DEB) vs angioplastie conventionnelle (=PTA)
 - Résultats significatifs → resténose : 27% DEB vs 74% PTA
→ thrombose : 17% DEB vs 55% PTA
- **INPACT-DEEP** (Zeller et al, J Am Coll Cardiol 2014)
 - Etude randomisée, contrôlée, comparant 358 patients en ischémie critique
 - 239 Amphirion DEB vs 119 PTA, suivi par artériographie à 12 mois
 - Pas de bénéfice du ballon actif sur resténose mais tendance à 1 risque d'amputation + important dans groupe DEB

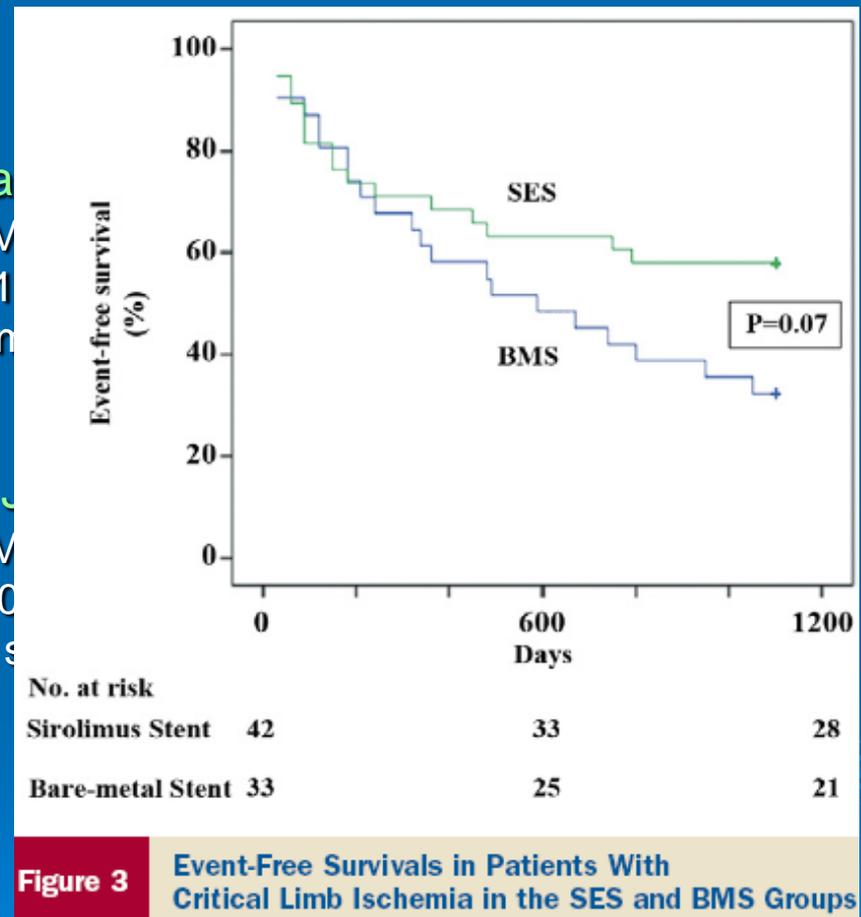
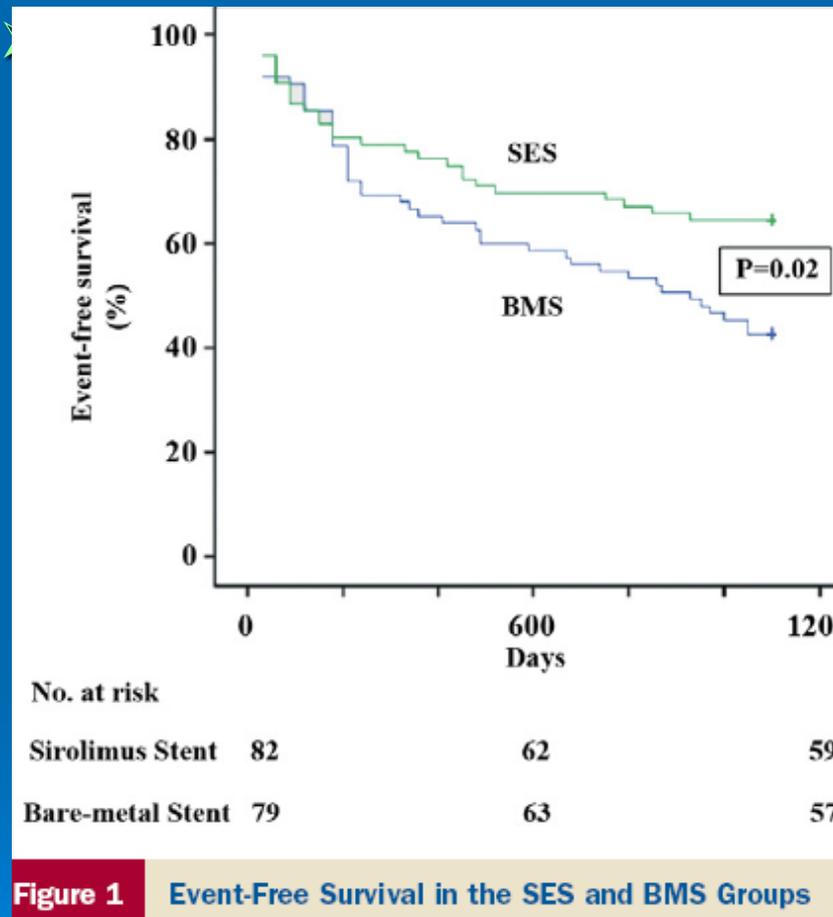
Matériel (3)

➤ Stents actifs

- **ACHILLES study** (Scheinert et al, J Am Coll Cardiol. 2012)
 - Sirolimus Eluting Stent (SES = Cypher Select Plus®) vs angioplastie (PTA) dans artériopathie jambière
 - 200 patients - critère d'évaluation principal = resténose
 - 79.2% des patients suivis à 12 mois
 - Taux de resténose significativement diminués par stent actif



Matériel (4)



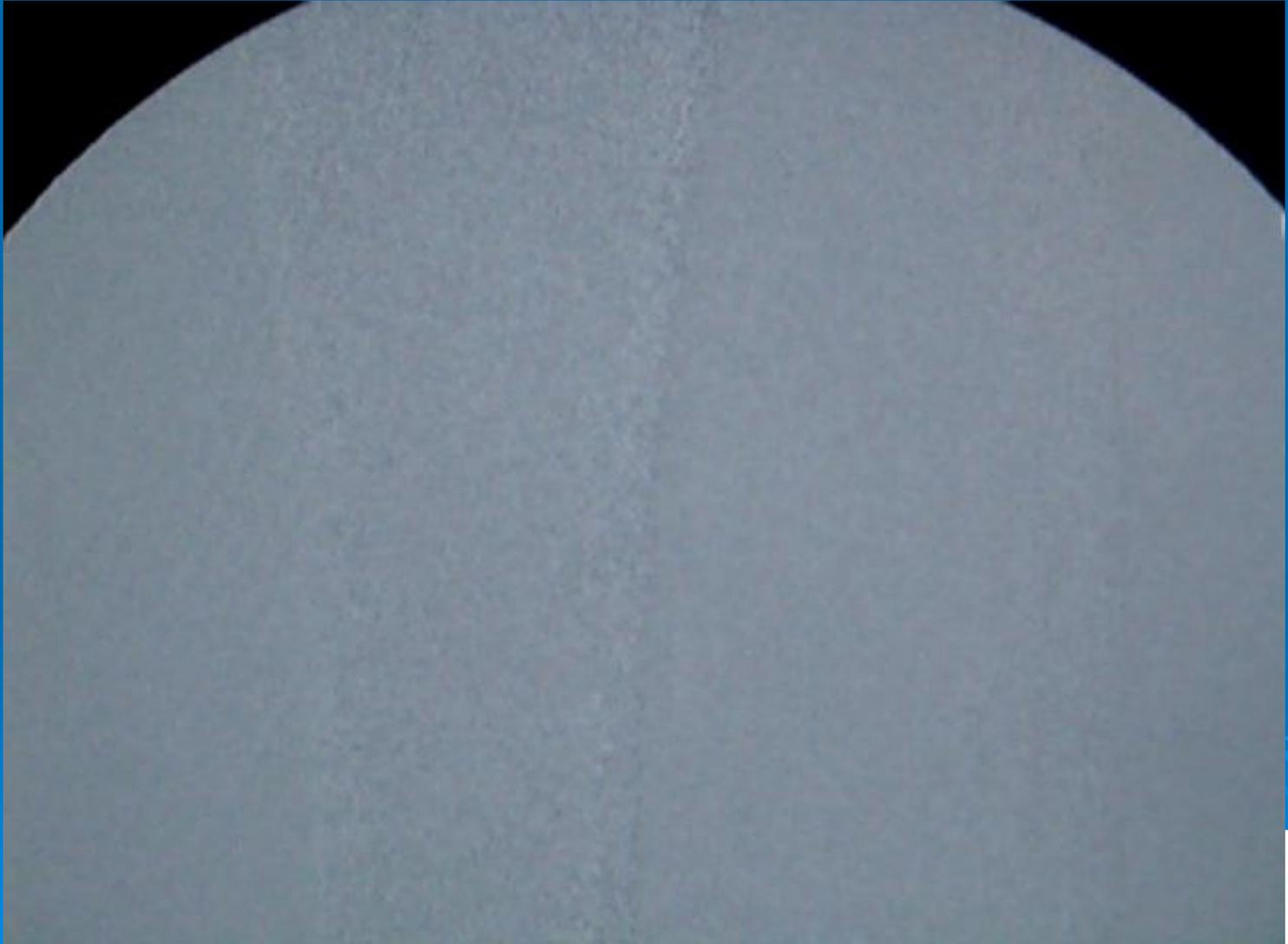
Techniques

➤ Recanalisation rétrograde

- Après échec de recanalisation antérograde
- Ponction par microcathéter sous road-mapping

Ponctions :
- A Tibiale postérieure : rare, difficile
- A Tibiale Antérieure/Pédieuse : facile, indication fréquente
- A Fibulaire : souvent dernière artère présente

Recanalisation péronière



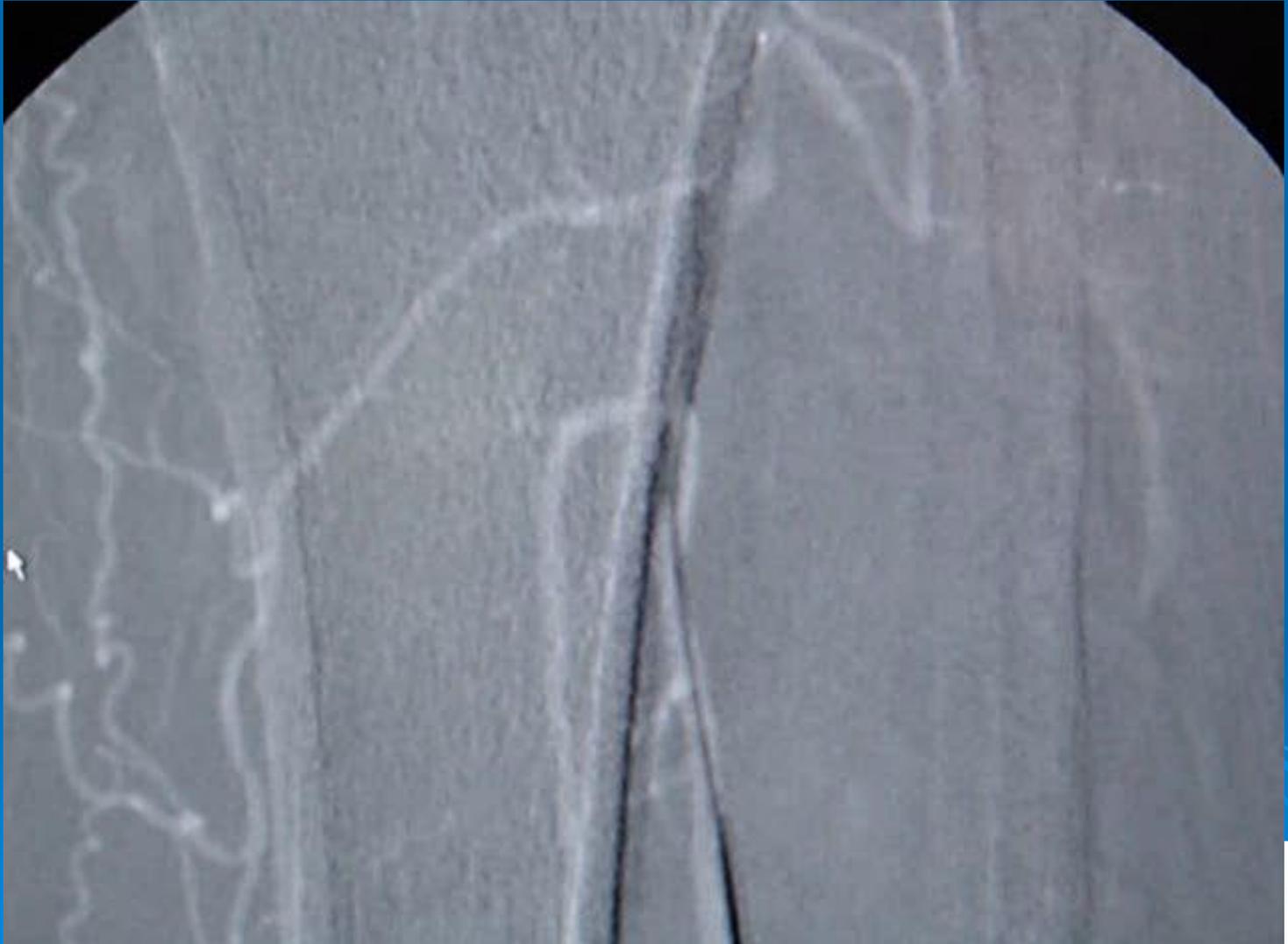
Recanalisation péronière (2)



Recanalisation péronière (3)



Recanalisation péronière (4)



Techniques (2)

- Recanalisation « trans-collatérale »

Recanalisation tibiale postérieure



Recanalisation tibiale postérieure (2)



Recanalisation tibiale postérieure (3)



Recanalisation tibiale postérieure (4)



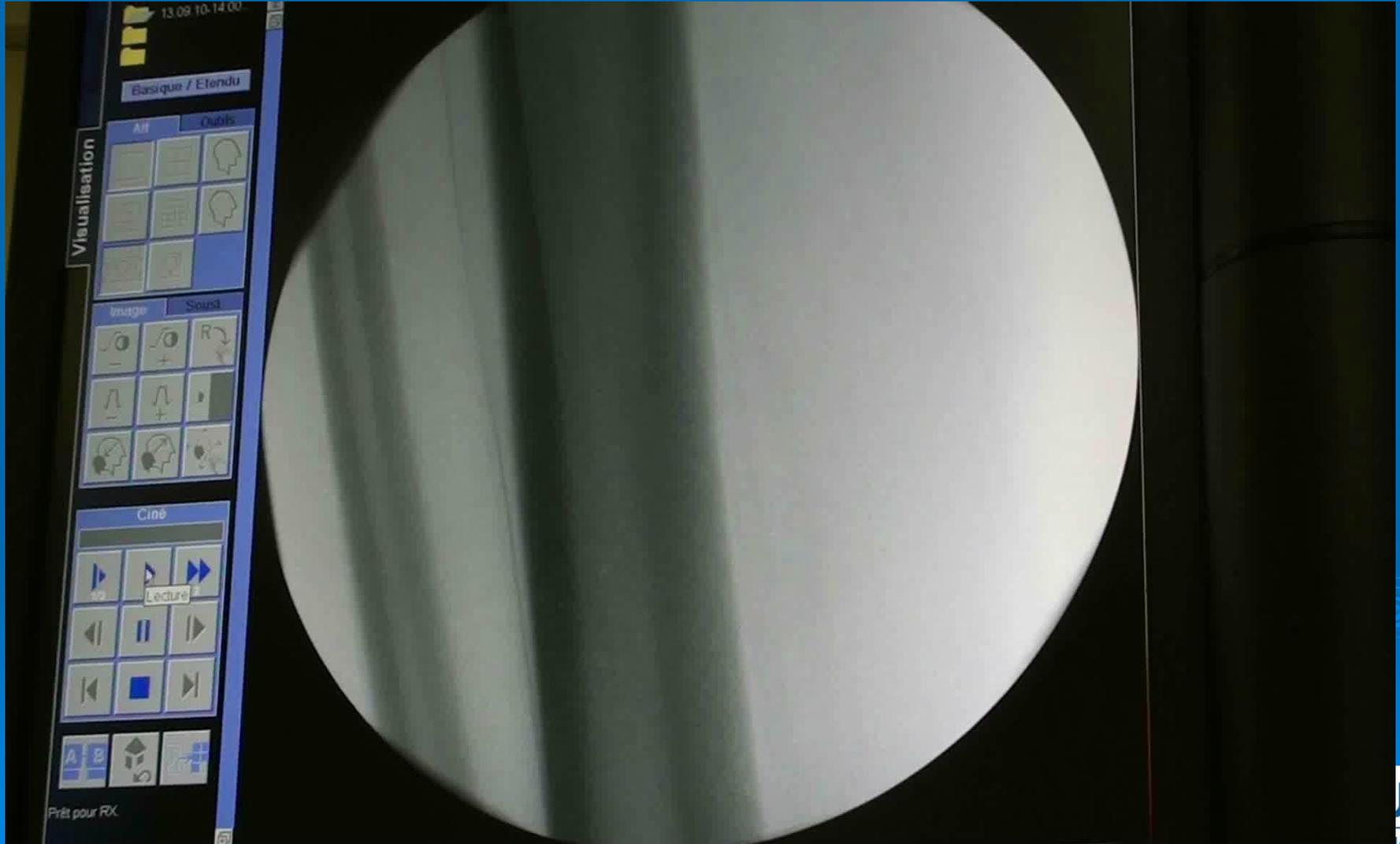
Recanalisation tibiale postérieure (5)



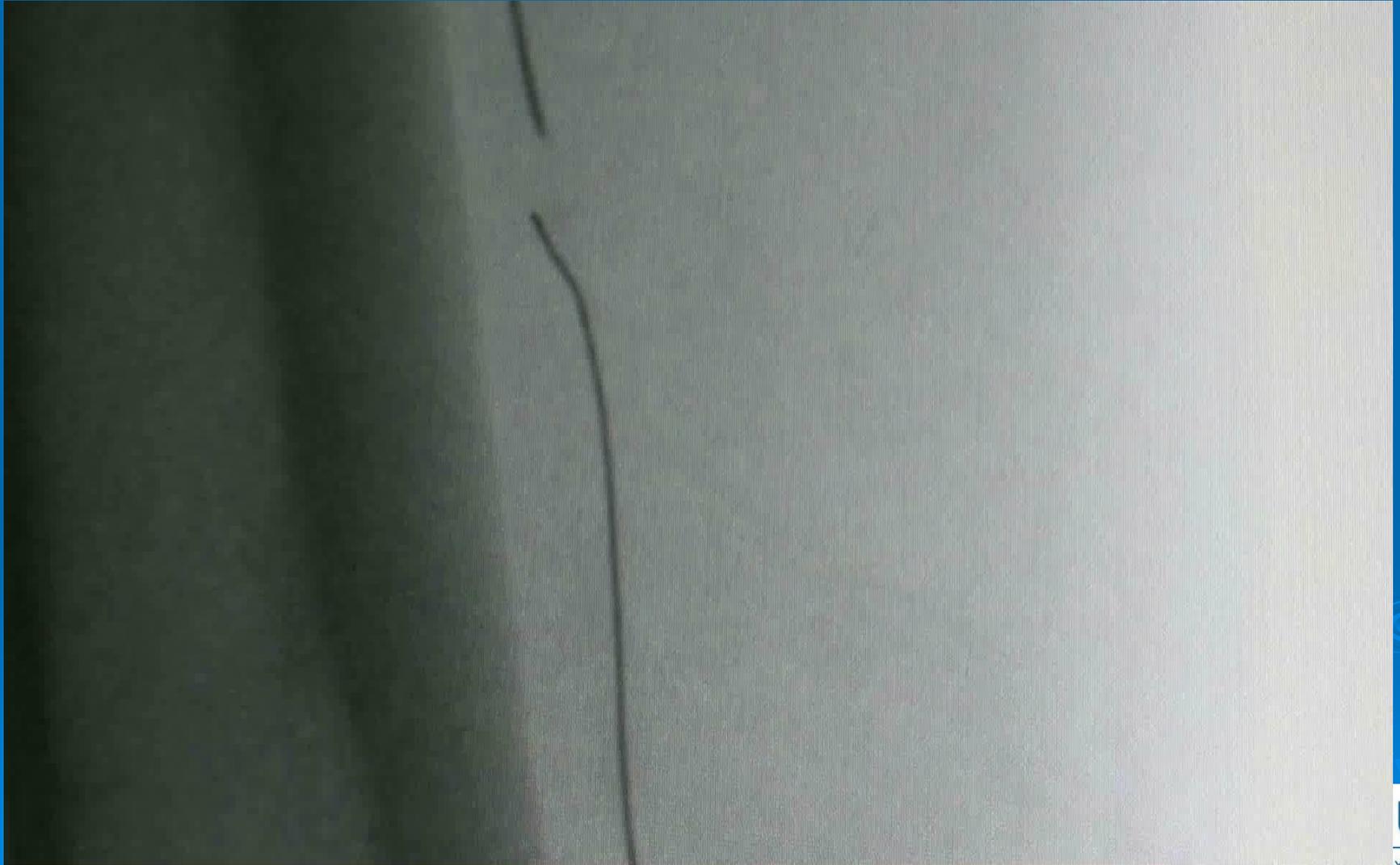
Recanalisation tibiale postérieure (6)



Recanalisation tibiale postérieure (7)



Recanalisation tibiale postérieure (8)



Techniques (3)

➤ « Loop pédio-plantaire »

Permet de recanaliser à rétro l'artère tibiale antérieure ou tibiale postérieure en profitant de l'arcade pédio-plantaire

Recanalisation A plantaire



Conclusion

Ça marche !

