

Une EP révélant une complication tardive d'un geste de revascularisation artérielle

FOUAD SAADI

CH SIMONE VEIL, EAUBONNE

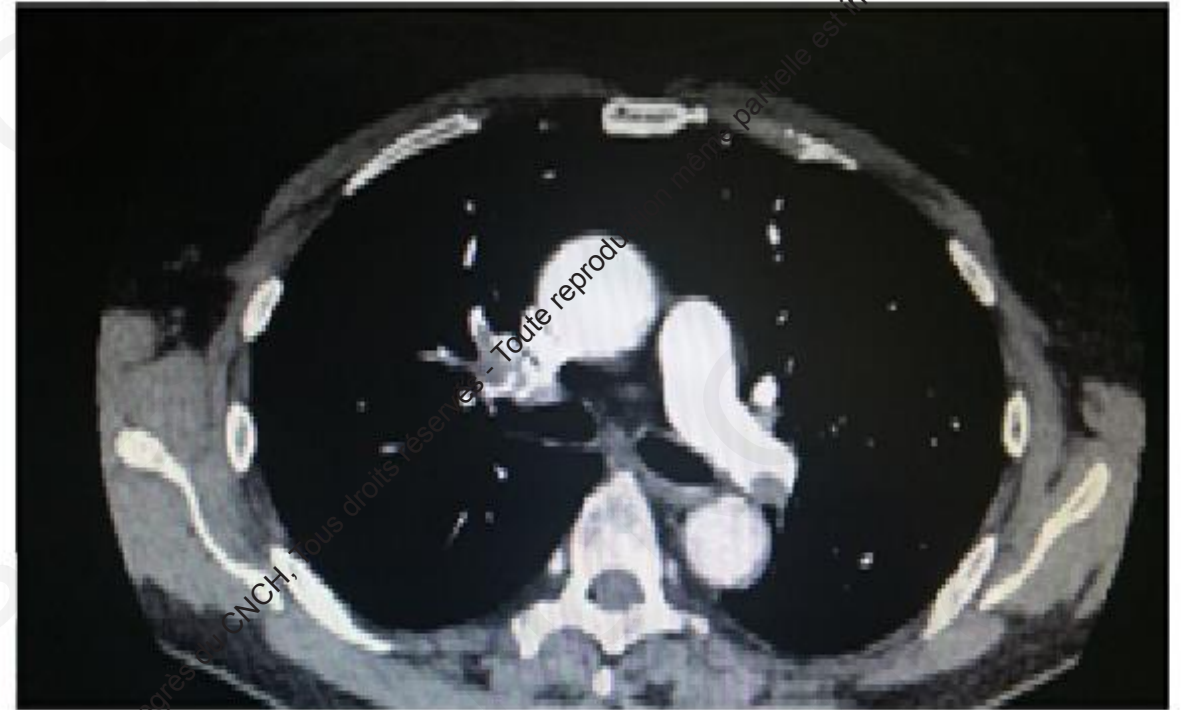
2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Mme B, 59 ans, admise en USIC pour une EP à risque intermédiaire haut

- ▶ Antécédents : HTA, DT2, AOMI avec revascularisation récente (< 1 mois) endovasculaire par abord fémoral droit, bonnes suites, lever précoce à J0.
- ▶ Sous KARDEGIC 160 mg + PLAVIX 75 mg
- ▶ L'examen des membres inférieurs ainsi que de l'aïne est sans anomalies.
- ▶ Amélioration rapide de la patiente après quelques jours d'anticoagulation.

- ▶ EP bilatérale proximale
- ▶ Gravité intermédiaire à haute (besoin d'1 L d'oxygène, élévation biomarqueurs, pas de choc)
- ▶ Evolution rapidement favorable, RAD prévue pour J5,
- ▶ Conclusion: MTEV sans FDR majeurs , évolution favorable.



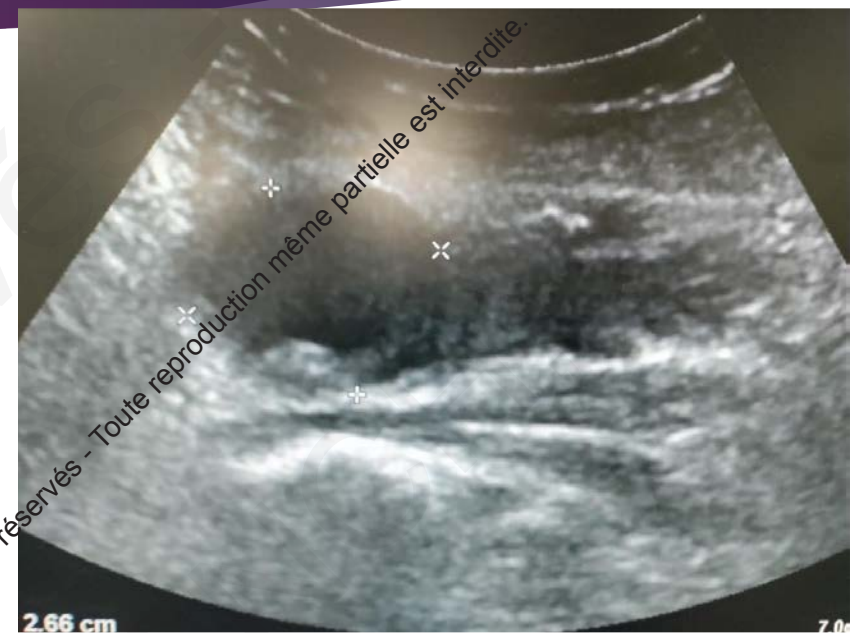
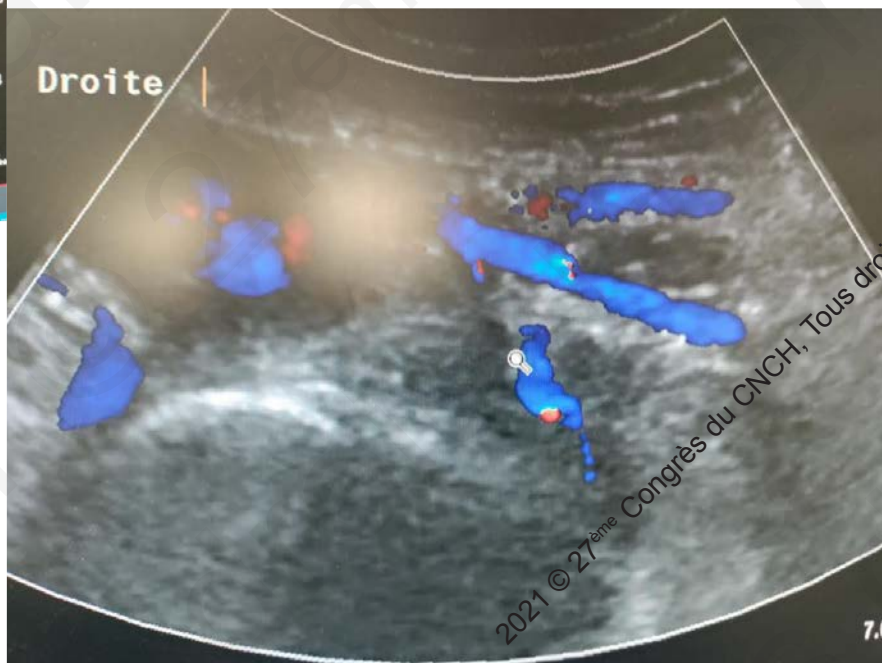
- ▶ Echo- Doppler des membres inférieurs programmé en ambulatoire,

- Pas de recommandations claires dans le cadre du bilan de l'EP et vice versa.

- En général pas de sanction thérapeutique au niveau médical, par contre si phlébite proximale, indication à la prescription d'une contention veineuse avec un niveau élevé, (III ou IV , équivalent de 25-38mmhg à la cheville , dans le cadre de la prévention du PPT

- ▶ La patiente , habitant loin de l'hôpital, exprime le désir de le faire avant sa sortie,

- ▶ Doppler fait ...



- Il est habituel de demander un doppler veineux des membres inférieurs après le diagnostic d'une EP, cependant, cet examen ne change que très rarement la prise en charge et aucune étude ou recommandation supporte la nécessité de le faire et quand le faire.
- Avec l'apparition des NACO, le séjour hospitalier des EP qui évoluent favorablement s'est nettement réduit (plus besoin de Relais HBPM/AVK) et très souvent le doppler veineux est *soit* escamoté, *soit* réalisé dans un second temps.

- ▶ Découverte d'une complication vasculaire du geste de revascularisation artérielle et ayant un lien direct avec l'épisode actuel.
- ▶ Faux anévrisme fémoral post cathétérisme :
- ❑ **Pronostic bon en général, thrombose spontanée possible (moins si anticoagulation)**
- ❑ **Pronostic moins bon si :**
 - **Pertuis large (>3mm)**
 - **Atteinte iliaque externe.**
 - **Compression Veineuse ou nerveuse**
- ▶ 2 des ces indications étaient présentes chez notre patiente,

indications à une prise en charge invasive

- ▶ Discussion sur les modalités de prise en charge du faux anévrisme IEG.
- ▶ Double risque opératoire ++
- **Sur le plan de l'AG (EP récente de gravité intermédiaire haut)**
- **Sur le plan thromboembolique (phlébite fémorale profonde, nécessité d'arrêter l'anticoagulation pour procéder au geste)**

- ▶ Deux possibilités de Prise en charge :
 - **Chirurgie conventionnelle avec mise à plat du faux anévrisme et suture de l'artère,**
 - **Méthode interventionnelle (angioplastie et pose stent couvert / coils sur le pertuis de l'anévrisme)**
 - **Les méthodes moins invasives (compression par sonde echodoppler/ injection de thrombine ne sont pas indiquées dans ce type de FA ,**

- ▶ Après contact avec le chirurgien vasculaire traitant, celui-ci opte pour une chirurgie classique, la patiente est opérée sans complications par la suite,

- ▶ Doppler de contrôle (3 Mois post op) objective une régression complète du reliquat du faux anévrisme, de la thrombose fémorale profonde droite et surtout une normalisation du comportement veineux à la compression ce qui traduit la levée complète de l'obstacle.
- ▶ Les NACO sont arrêtés au profit de l'aspirine.

Conclusion:

- ▶ Une complication artérielle d'un geste interventionnel artériel peut se manifester par une symptomatologie thrombo-embolique veineuse et pulmonaire.
- ▶ Le doppler veineux dans le cadre du bilan lésionnel lors d'une EP paraît nécessaire à chaque fois qu'il y'a des symptômes ou une histoire médicale au niveau des membres inférieurs.
- ▶ Un Faux anévrisme avec une compression veineuse est d'emblée une indication opératoire, aussi l'épisode de MTEV devrait être considéré comme provoqué au vu de la normalisation du risque ultérieur de MTEV si l'obstacle est levé.