

Quand le paramed fait du périphérique: étage aorto-ilio-fémorale

Mr THEBEAUD ANTHONY
Mr MEGRES SOFIAN

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊT AVEC LA PRÉSENTATION

Noms des orateurs: Sofian MEGRES, Nîmes

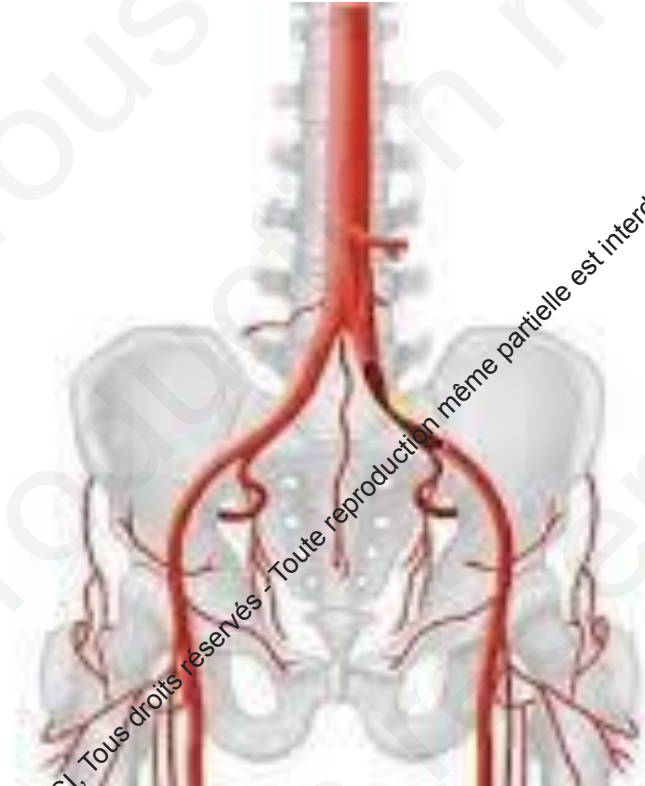
Anthony THEBEAUD, Nîmes

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © GRCI, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Anatomie



Anatomie

- Description:



Aorte

Iliaque

Fémorale

Anatomie

- Etage complexe :

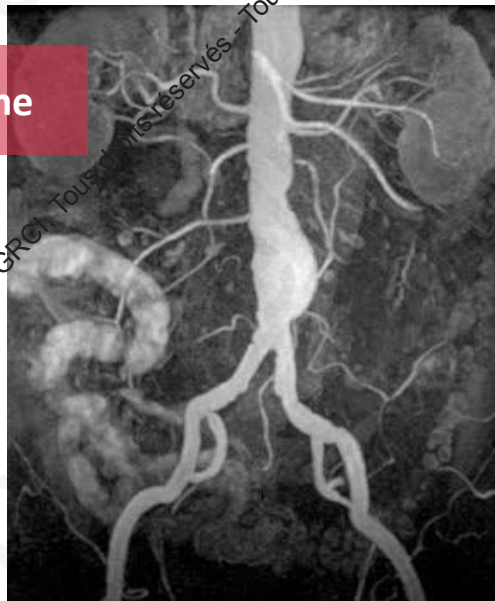
- Artères coronaires : environ de 2 à 4 mm

- Artères périphériques :
 - Aorte environ 15 mm,
 - Iliaque environ 10 mm,
 - Fémorale 6 à 9 mm.

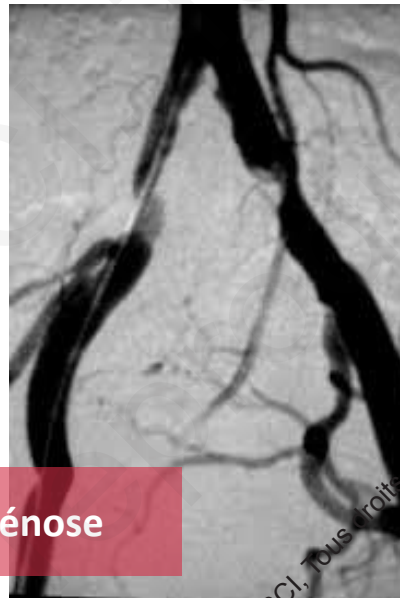
Indications et voies d'abord

- Indications:

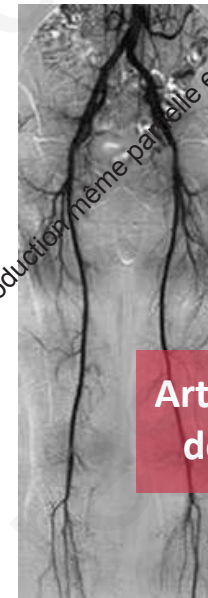
Anévrisme



Sténose



Artériographie de contrôle



Un petit rappel

TASC	Lésion	Revascularisation
TASC A	<ul style="list-style-type: none"> – Sténose(s) unilatérales ou bilatérales de l'artère iliaque primitive. – Sténose unilatérale ou bilatérale de l'artère iliaque externe. 	Le traitement endovasculaire est le traitement de choix.
TASC B	<ul style="list-style-type: none"> – Sténose ≤ 3 cm de l'aorte sous-rénale. – Occlusion unilatérale de l'iliaque primitive. – Sténoses(s) unilatérale(s) totalisant ≤ 10 cm, concernant l'iliaque externe mais ne concernant pas la fémorale commune. – Occlusion unilatérale de l'iliaque externe ne concernant ni les iliaques internes ni la fémorale commune. 	Il n'existe pas de consensus mais le traitement endovasculaire tend à être préféré.
TASC C	<ul style="list-style-type: none"> – Occlusion bilatérale de l'iliaque primitive. – Sténose(s) bilatérale(s) totalisant 3 à 10 cm concernant l'iliaque externe mais ne concernant pas la fémorale commune. – Sténose étendue de l'iliaque externe étendue à la fémorale commune. – Occlusion unilatérale de l'iliaque externe concernant l'iliaque interne et/ou la fémorale commune. – Occlusion unilatérale calcifiée de l'iliaque externe 	Il n'existe pas de consensus mais le traitement chirurgical tend à être préféré.
TASC D	<ul style="list-style-type: none"> – Occlusion de l'aorte sous-rénale. – Atteinte diffuse de l'aorte et des deux axes iliaques. – Sténoses multiples unilatérales concernant l'iliaque primitive, l'iliaque externe et la fémorale commune. – Occlusion unilatérale de tout l'axe iliaque. – Occlusion bilatérale des iliaques externes. – Atteinte occlusive aorto-iliaque associée à un anévrisme de l'aorte ou à toute autre lésion nécessitant un abord chirurgical. 	Le traitement chirurgical est le traitement de choix.

TASC	Lésion	Revascularisation
TASC A	<ul style="list-style-type: none"> – Sténose unique ≤ 10 cm. – Occlusion unique ≤ 5 cm. 	Le traitement endovasculaire est le traitement de choix.
TASC B	<ul style="list-style-type: none"> – Lésions multiples (sténoses ou occlusions) ≤ 5 cm chacune. – Sténose ou occlusion unique ≤ 15 cm ne touchant pas la poplitée sous-articulaire. – Occlusion calcifiée ≤ 5 cm. – Sténose poplitée unique. – Lésion(s) unique(s) ou multiple(s) avec absence de lit d'aval jambier. 	Il n'existe pas de consensus mais le traitement endovasculaire tend à être préféré.
TASC C	<ul style="list-style-type: none"> – Lésions multiples (sténoses ou occlusions) > 15 cm au total. – Toute lésion récidivante après deux procédures endovasculaires. 	Il n'existe pas de consensus mais le traitement chirurgical tend à être préféré.
TASC D	<ul style="list-style-type: none"> – Occlusion complète de la fémorale commune et/ou de la fémorale superficielle. – Occlusion complète de la poplitée et du trépied jambier. 	Le traitement chirurgical est le traitement de choix.

Indications et voies d'abord

- Voies d'abords.



Voie fémorale



Attention, échographie indispensable pour éviter les fistules et faux anévrismes et hématomes rétro péritonéaux.

Voie humérale

En cas d'impossibilité radiale ou fémorale



Matériels

- Matériel de périphérique : diversifié.



Guides Cathéters
Introducteurs

Matériels

➤ Types de lésions :

Stents et Ballons



Matériels

Stent en acier (sur ballonnet)

- Placement optimum
 - Haute force radiale
 - Recul élastique faible
- MAIS
- Pas de résistance à la déformation

Stent en nitinol (auto-expansible)

- Flexibilité
 - Résistance à la compression
- MAIS
- Recul élastique important
 - Faible force radiale

Matériels

Matériel de CTO :
lésions + calcifiées

Attention, préparation
primordiale en amont.



Examens

- Préparation du patient :
 - Installation sur la table d'intervention de façon classique (tête-pieds) par voie fémorale, radiale ou humérale dans une salle de vasculaire périphérique
 - Si radiale gauche ou double abords (radiale + fémorale) sont nécessaire, le patient sera installé à l'envers (pieds-tête) dans une salle opératoire standard
- Préparation des champs opératoire
- Bénéfices de l'examen

Optimisation et sécurité

- Tenue plombée

wow je
suis à
l'aise

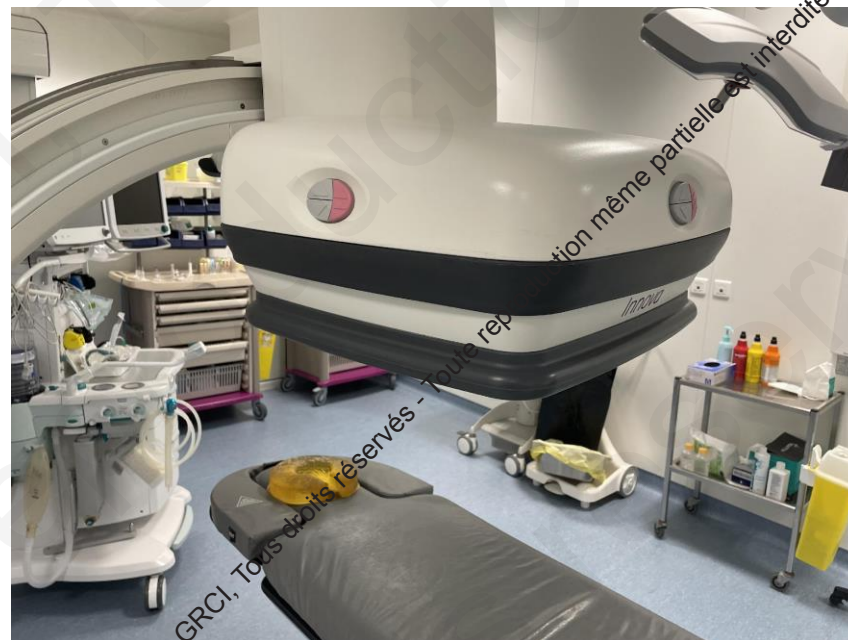


Optimisation et sécurité

Capteur coronarographie



Capteur vasculaire périphérique



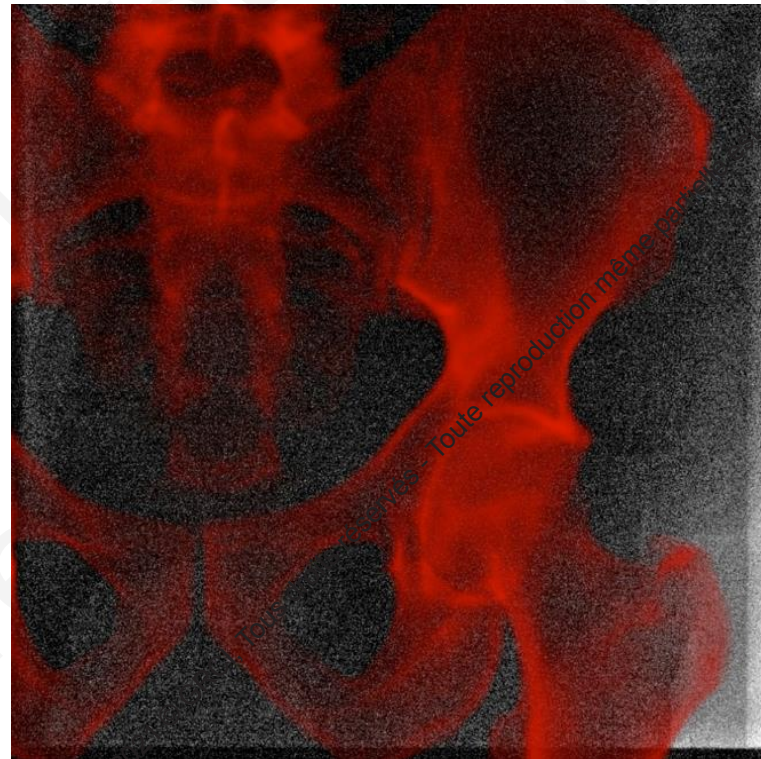
Optimisation et sécurité

- Fusion



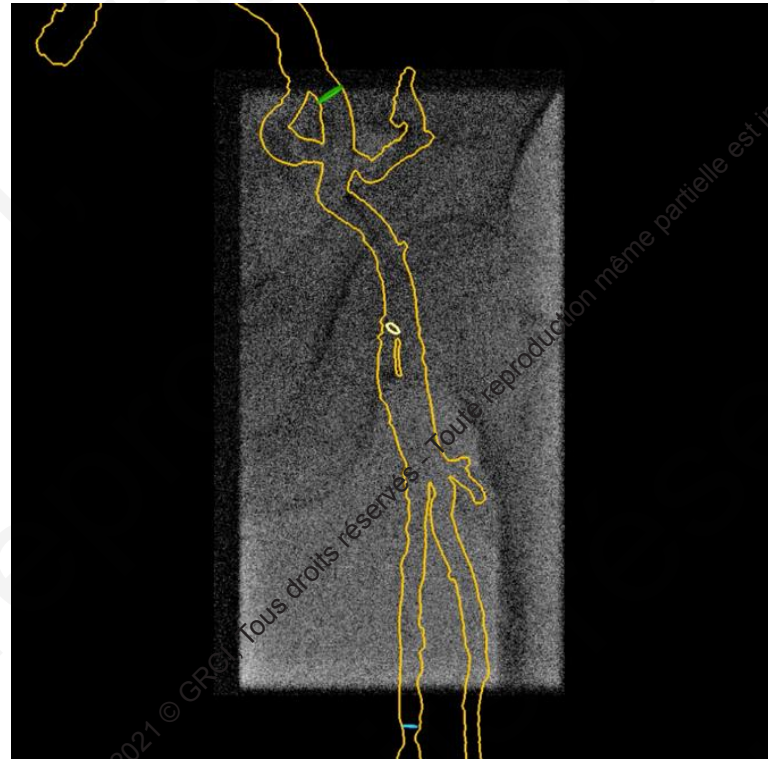
Optimisation et sécurité

- Fusion



Optimisation et sécurité

- Fusion



Assistance

- Traçabilité
- Habillage
- Surveillance
- Aide support matériels



- Collaboration paramed – médecin est la clé d'une bonne réussite

Conclusion

- Etage complexe en fonction des artères
- Matériel très diversifié
- La préparation par le paramédical est primordiale
- Peu de contre-indication : accessible à beaucoup
- Le travail d'équipe et la collaboration sont la clé d'une bonne réussite
- Le paramédical est essentiel au bon déroulement de l'examen

Merci de votre attention

