

Mise au point

Angioplastie périphérique par voie radiale

Transradial peripheral angioplasty

D. Tchétché*, A. Sauguet, C. Jordan

Unité de cardiologie interventionnelle, clinique Pasteur, 45, avenue de Lombez, 31300 Toulouse, France

Disponible sur Internet le 21 octobre 2009

Résumé

L'approche radiale est utilisée en routine dans l'angioplastie coronaire en raison d'un plus faible taux de complications hémorragiques et de durées de séjour plus courtes. Pour l'angioplastie périphérique la voie d'abord de référence reste fémorale qu'elle soit antérograde ou rétrograde. Tous les territoires artériels périphériques ne sont pas accessibles à un abord radial en raison d'une distance plus longue entre le point de ponction et le site à traiter. Cette voie nécessite de définir une stratégie thérapeutique précise avant tout geste et une connaissance du matériel compatible. Nous décrivons les sites préférentiels d'angioplastie périphérique par voie radiale et les techniques utilisables pour chaque site.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Angioplastie ; Transradiale ; Périphérique

Abstract

Radial access for coronary intervention has gained popularity due to a low rate of access site bleeding complications and the possibility for early discharge. The preferential access site for peripheral intervention remains femoral, via antegrade or retrograde puncture. Not all peripheral lesions are suitable for transradial intervention due to the distance between the access site and the lesion location. This technique requires a precise strategy planning and knowledge of the available devices. We describe accessible sites from radial approach and the techniques to be used.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Angioplasty; Transradial; Peripheral

1. Introduction

L'angioplastie périphérique connaît depuis plusieurs années un développement rapide, avec un engouement croissant de la part des cardiologues interventionnels. Cette spécialité nécessite des connaissances anatomiques précises de l'arbre vasculaire extracardiaque et des différentes voies d'abord. Chaque patient s'avère en effet unique de par son histoire clinique, sa pathologie artérielle et la lésion ciblée. À la différence de l'angioplastie transluminale coronaire (ATC) qui ne peut être réalisée que par voie rétrograde (radiale ou fémorale le plus souvent), l'angioplastie transluminale périphérique (ATP) peut être effectuée par de multiples voies d'abord (fémorale, humérale, radiale le plus fréquemment, exceptionnellement axillaire) et par ponction rétrograde, avec possibilité de *crossover*, ou

antérograde [1]. La ponction antérograde est utilisée pour traiter les lésions distales des axes jambiers homolatéraux. L'ATP requiert une planification rigoureuse de la procédure, en particulier l'anticipation de la voie d'abord. Une mauvaise voie d'abord peut en effet limiter la visualisation de la lésion cible et son lit d'aval, voire compromettre le succès d'angioplastie. Les procédures d'ATP sont dans la majorité des cas effectuées par voie fémorale. Cependant, après ce type de ponction, le taux de complications hémorragiques reste non négligeable, chez des patients souvent traités par double antiagrégation plaquettaire et héparine. L'apport des dispositifs de fermeture dans la prévention de ces événements reste à démontrer [2,3]. La voie humérale est également grevée de complications hémorragiques en raison des difficultés de compression de cette artère. L'utilisation de clip artériel en fin de procédure humérale a été décrite mais reste préliminaire [4]. L'intérêt principal de l'approche radiale dans le cadre de l'ATC est clairement démontré. Cette technique permet, en effet, après une certaine courbe d'apprentissage, de réduire significativement la fréquence des complications hémorragiques

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : d.tchetche@clinique-pasteur.com (D. Tchétché).

et ce, dans différents sous-groupes de population, notamment les octogénaires et les syndromes coronariens aigus [5,6]. Depuis la description des premiers cas d'ATC par voie radiale, la pénétration de cette approche est devenue importante en Europe, notamment du fait de possibilités de déambulation précoce permettant une réduction des durées d'hospitalisation. Il peut ainsi apparaître intéressant de transposer la technique coronaire radiale à l'ATP. Mais les lésions périphériques ne peuvent pas toutes être abordées par voie radiale. Le matériel d'angioplastie actuellement disponible reste limité en termes de longueur de cathéters et ne permet donc pas d'aborder les lésions distales des membres inférieurs. Les territoires cibles de l'ATP par voie radiale seront ainsi les artères sous-clavières, carotides, rénales et iliaques. Le but de cet article est donc de décrire les principes de la technique radiale appliquée à l'ATP et de l'illustrer en se basant sur les données de la littérature et notre expérience locale.

2. Technique de ponction radiale

La ponction de l'artère radiale a abondamment été décrite et ne posera pas de difficulté particulière au cardiologue interventionnel habitué à cette voie. Il n'existe aucun avantage démontré d'un abord radial droit par rapport à un abord à gauche ou d'une ponction à l'aiguille par rapport à une ponction transfixiante au cathon. Chaque opérateur développera donc sa technique en fonction de ses préférences. Cependant, il peut s'avérer délicat d'atteindre l'aorte thoracique descendante par approche radiale droite, notamment en cas d'aorte tortueuse ou déroulée. Dans ce cas de figure, une sonde diagnostique 5F de type Judkins Right (JR4), JL3,5 ou AL1 peut aider à négocier plus facilement l'angulation du tronc artériel brachiocéphalique par un guide 0,035' hydrophile de 300 cm de longueur. Comparée à une procédure coronaire, la limitation principale de l'ATP par voie radiale réside dans la taille des ballons et stents nécessaires au traitement de la lésion cible. Le recours aux introducteurs 7F sera beaucoup plus fréquent. Nous recommandons d'effectuer les tests d'Allen et/ou Barbeau avant d'aborder l'artère radiale en raison du risque non négligeable d'occlusion de cette artère après mise en place de ces désilets de gros calibre. Cependant, l'intérêt prédictif de ces tests reste discuté [7,8]. La nécessité d'introducteur de plus grand calibre (8F) devra faire envisager une approche transfémorale, cette taille étant en général incompatible avec une approche radiale du fait du diamètre insuffisant de cette artère. Il est également nécessaire d'anticiper l'utilisation de désilets longs qui permettent de gérer au mieux des tortuosités artérielles extrêmes au niveau des membres supérieurs. Notre préférence ira alors aux introducteurs à revêtement hydrophiles, moins spasmogènes [9].

3. Artères sous-clavières

Les artères sous-clavières sont, par relation anatomique étroite avec les artères radiales, l'un des sites possibles d'ATP par voie radiale. L'angioplastie peut être effectuée dans cette localisation avec un taux de succès supérieur à 95 %, un faible taux d'événements et une perméabilité artérielle supérieure à 90 % à un an, en particulier après implantation de stent [10]. La longueur de matériel ne représente pas une limitation et l'abord sera en

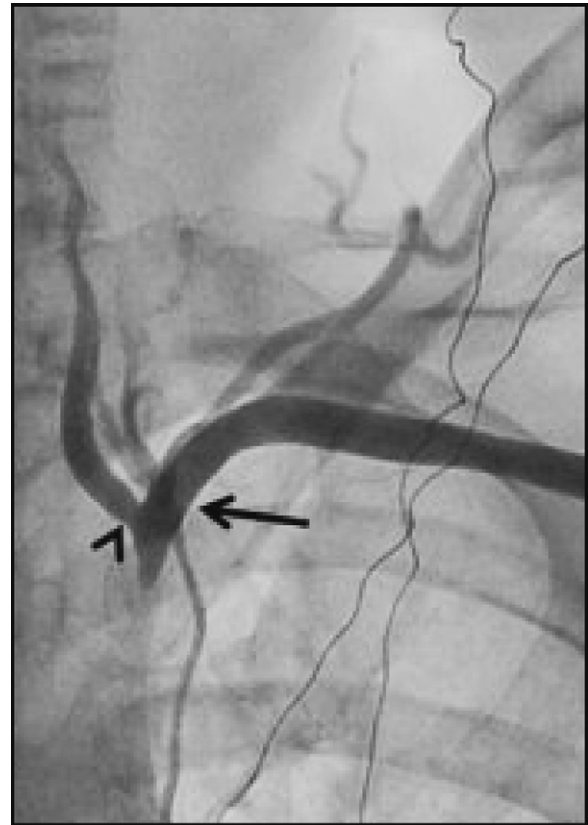


Fig. 1. Opacification par voie radiale d'une occlusion sous-clavière gauche.

général homolatéral. La palpation de l'artère radiale avant ponction dépendra alors de l'ancienneté et de la collatéralisation de la lésion sous-clavière. Compte tenu du calibre de cette artère, l'utilisation d'introducteurs 7F sera fréquemment nécessaire. Il sera important de déterminer de manière précise les rapports entre le site de la lésion sous-clavière et l'artère vertébrale. En cas de lésion située en amont de l'ostium vertébral, une technique en double abord a été décrite, à savoir la mise en place par voie radiale rétrograde d'un filtre de protection dans la vertébrale, et angioplastie de la lésion cible par voie fémorale avec implantation antérograde de stent (Fig. 1 et 2) [11].

4. Artères carotides

Les artères carotides seront le plus souvent abordées par voie transfémorale pour des raisons de cathétérisme sélectif et de stabilité du matériel d'angioplastie pendant la procédure. Des introducteurs de 6 à 8F (le plus souvent longs) seront utilisés avec un usage de plus en plus systématique de systèmes de protection embolique [12]. Il faut cependant souligner que les systèmes de protection distale sont en règle générale compatibles avec un cathéter-guide 6F, à l'inverse des systèmes de protection proximale qui nécessitent un cathéter-guide 8F et dont l'utilisation par voie radiale restera donc limitée [13]. Il reste envisageable d'effectuer ce type d'angioplastie par voie radiale, après analyse minutieuse de l'anatomie de l'arche aortique et de l'orientation de l'origine des artères carotides primitives. L'angioplastie carotidienne s'avère néanmoins techniquement complexe par voie radiale. Le cathétérisme des artères carotides par cette voie peut

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2869430>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2869430>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)