



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Techniques actuelles de recanalisation des artères de jambe chez le diabétique en ischémie critique☆

J.-M. Pernès*, M. Auguste, H. Borie, S. Kovarsky, A. Bouchareb, C. Despujole, G. Coppé

Centre plaies et cicatrises, hôpital privé Antony, 1, rue Velpeau, 92160 Antony, France

MOTS CLÉS

Diabète ;
Ischémie critique ;
Angioplastie ;
Occlusion ;
Artères de jambe

Résumé L'ischémie critique chronique, liée aux complications de la macro-angiopathie diabétique devient un enjeu considérable pour les spécialistes vasculaires prenant en charge la revascularisation artérielle. Les atteintes artérielles du diabétique sont remarquables par la localisation prédominante au niveau des axes infra-poplités, sous la forme essentiellement d'occlusions longues et multiples. L'amélioration récente de la technologie dédiée des matériels d'angioplastie, et plus particulièrement des guides miniaturisés de franchissement, associé à l'expertise croissante des spécialistes interventionnels ont permis de positionner la stratégie de revascularisation endovasculaire comme choix de première intention dans la majorité des situations cliniques. La revascularisation doit être la plus complète possible, en recommandant, lorsque cela est possible techniquement, de favoriser la revascularisation directe de l'artère nourrissant la plaie, selon le concept de l'angiosome. Une tentative de recanalisation antérograde est toujours privilégiée, généralement par un abord ipsilatéral fémoral, efficace dans près de 80 % des cas. En cas d'échec une double approche, dite de « téléphérique fémoro-distal » est maintenant possible grâce à un accès rétrograde distal, le plus souvent par l'intermédiaire d'une ponction artérielle en aval de l'occlusion, parfois selon le principe du *pedal-plantar loop technique*. Ces manœuvres sont couronnées de succès dans près de 80 % des échecs de la voie antérograde et constituent dès à présent un progrès majeur dans la prise en charge de l'ischémie critique chronique du diabétique.

© 2016 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiii.2014.09.002>.

☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : j.marc.pernes@wanadoo.fr (J.-M. Pernès).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2016.01.003>

2211-5706/© 2016 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Ischémie critique et diabète : état des lieux

L'ischémie critique chronique (IC) des membres inférieurs se traduit par des douleurs de décubitus, des troubles trophiques ou une gangrène, consécutifs à une dégradation majeure de la perfusion du pied. Elle se distingue de l'ischémie aiguë par son ancienneté, supérieure à 15 jours et correspond aux stades 4 à 6 de la classification de Rutherford, admise depuis l'élaboration du document de consensus TASC2 en 2007 [1]. La perfusion distale se déstabilise souvent brutalement après de longues années d'évolution de la maladie chronique négligée, voir non diagnostiquée. L'évolution naturelle de cette ischémie de repos, en l'absence de prise en charge « agressive » est extrêmement péjorative, car un an après l'apparition de douleurs nocturnes ou d'une ulcération, 50 % des patients sont soit décédés, soit amputés [2–4] ; on estime à un million le nombre annuel d'amputations dans le monde, soit une toutes les 30 secondes, dont la moitié est faite de première intention, sans évaluation diagnostique préalable [5]. Le diabète et ses comorbidités, principalement la neuropathie, représente le facteur de risque dominant de survenue d'une IC [6,7]. La maladie s'apparente à une véritable pandémie, avec pour ce qui concerne la France, une prévalence de 4 %, soit un chiffre contemporain de 4 millions de diabétiques recensés ; 7 % d'entre eux souffrent ou ont souffert une fois dans leur vie d'une plaie du pied (entre 75 000 et 150 000 personnes annuellement). Plus de 70 % des plaies diabétiques guéries vont récidiver dans les 5 ans, expliquant la haute fréquence des amputations liées à cette maladie, entre 10 et 15 000/an, dont on estime que la moitié pourrait être évitée car précédée d'une ulcération négligée [8,9]. Toutes les plaies du diabétique ne sont pas ischémiques, mais comparées aux ulcères neuropathiques ou mixtes, ce sont celles qui ont le plus mauvais pronostic avec une survie à 5 ans de 40 % (65 % pour les ulcères neuropathiques), et un taux d'amputation de 28 % (10 % pour le groupe neuropathie) [10].

La recherche de lésions obstructives artérielles est donc une étape fondamentale dans la prise en charge optimisée d'une plaie du diabétique, orientée par l'examen clinique et l'échographie Doppler. L'une des caractéristiques fondamentales de l'IC du diabétique est la prédominance de l'atteinte diffuse et étendue des axes artériels jambiers sous-poplités, isolée ou coexistant avec des lésions obstructives d'amo, fémoro-poplités [11–13]. Graziani et al. [14] ont objectivé par angiographie chez 417 diabétiques présentant des troubles trophiques ischémiques, l'existence de 2893 lésions constituées pour 55 % d'occlusion ; elles concernaient les axes iliaques dans 1 % des cas, alors qu'elles étaient présentes dans 74 % à l'étage sous-poplité. Soixante-six pour cent des lésions des axes de jambe étaient des occlusions et pour 50 % d'entre elles, de longueur supérieure à 10 cm ; dans 28 % des situations, les trois axes étaient occlus, alors que dans 55 %, au moins une artère distale restait perméable ; les auteurs ont établi une classification morphologique de sévérité croissante et constatent que la catégorie 4 (2 artères occluses associées à des sténoses multiples péronéo-tibiales et/ou fémoro-poplités) était la plus souvent rencontrée (36 % des cas).

Les calcifications sont très fréquentes [15] ; elles combinent celles assez spécifiques du diabète (et de l'insuffisance rénale chronique), par dépôt de calcium dans l'interstitium de la média (médiacalcose de Mönckeberg), longtemps prédominantes, respectant la lumière artérielle et celles intimes, caractéristiques de l'évolution de l'athérosclérose, réduisant progressivement la lumière artérielle. L'évaluation de ces calcifications, de leur importance et de leur diffusion est une étape importante de la réflexion sous-tendant le choix du mode de recanalisation endovasculaire, transluminale ou extraluminale, comme il sera détaillé ci-après.

La revascularisation s'impose comme l'unique solution susceptible de reperfuser le territoire de la plaie et permettre sa cicatrisation. Jusqu'à la fin des années 1990, la seule option de revascularisation des artères distales était la chirurgie de pontage [16], les options endovasculaires, qui se développaient pour d'autres territoires anatomiques étant alors bridées par le matériel inadapté aux caractéristiques morphologiques des obstructions infrapoplitées. Pourtant, dès les années 2000, la faisabilité technique de méthodes endovasculaires avec des dispositifs non spécifiques est bien montrée par les pionniers, Dorros et Soeder [17,18]. Ces dernières années, la recherche technologique orientée vers la création de matériels d'angioplastie dédiés s'est logiquement accompagnée d'une amélioration du taux de réussite technique, alors que ce mode de traitement s'adresse à des lésions de plus en plus complexes [19–21]. Par conséquent, la revascularisation endovasculaire est devenue de nos jours le choix de première intention du traitement des obstructions jambières du diabétique en IC [22–25]. Cette stratégie est fondée sur les résultats supérieurs en termes de sécurité périopératoire comparés à la chirurgie, et au moins équivalents en termes d'efficacité avec un taux de sauvetage de membre à un an comparable à celui de la chirurgie [26–28]. En 2008, Romiti et al. [29] font état dans une méta-analyse des 30 études consacrées à l'angioplastie des vaisseaux infra-poplités (2557 cas), d'un taux de perméabilité primaire à 3 ans de 48 %, de perméabilité secondaire de 62 %, de sauvetage de membre de 82 %, de survie de 63 % ; aucune différence significative n'est notée entre les sous-groupes où l'angioplastie ne concerne que les axes distaux et ceux où s'associe un traitement d'amo, sans différence non plus entre angioplastie endo- et sous-intimale intentionnelle. Ferraresi et al. [30], en 2009, rapportent chez 101 sujets diabétiques en IC traités par angioplastie de lésions exclusives infra-poplités, un taux de sauvetage de membre de 91 % à 3 ans, 9 % des patients étant décédés à un an, un taux de resténose de 42 %, seuls 3 patients ayant bénéficié d'une nouvelle angioplastie pour récurrence d'IC. Park [31], en 2013, dans une population clinique similaire à celle de Ferraresi et al., décrit chez 63 patients, un taux de succès technique de 93 %, de sauvetage à un an de 91 % et un taux de perméabilité primaire de 75 %.

La cicatrisation étant un phénomène directement lié au débit artériel, le postulat de base pose comme stratégie idéale de revascularisation, l'objectif d'une perfusion maximum du pied. Jusqu'à ces dernières années, la tactique endovasculaire privilégiée était la recherche d'un flux sanguin direct antérograde dans un des trois axes jambiers

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663419>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663419>

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