



Techniques endoluminales de traitement des lésions de la bifurcation carotidienne

Endovascular therapy for carotid bifurcation occlusive disease

J.-N. Albertini *, L. Muller, L. Fouilhé, C. Clément

Service de chirurgie et médecine vasculaire, hôpital Robert Debré, 1, avenue du Général-Koenig, 51092 Reims cedex, France

MOTS CLÉS

Artère carotide ;
Accident vasculaire
cérébral ;
Traitement
endovasculaire ;
Dilatation ;
Endoprothèse ;
Protection cérébrale

KEYWORDS

Carotid artery;
Stroke;
Endovascular therapy;
Stenting;
Cerebral protection

Résumé La technique de dilatation des lésions de la bifurcation carotidienne est aujourd'hui bien codifiée. Elle repose sur la couverture de la totalité de la lésion par une endoprothèse et l'utilisation quasi consensuelle d'un système de protection cérébrale. La prescription systématique d'une association d'aspirine et de clopidogrel, dans les jours qui précèdent la procédure, permet de réduire de façon importante les thromboses aiguës intrastent postopératoires précoces. Le respect scrupuleux des contre-indications et des différentes étapes de la procédure permet d'obtenir des taux de succès technique élevés et des taux cumulés de morbidité neurologique postopératoires faibles. La dilatation carotidienne est actuellement comparée à l'endarterectomie carotidienne dans le cadre d'essais prospectifs randomisés.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract Today, the technique of carotid artery endoprosthesis is well standardised. The procedure consist of the stenting of the entire length of the carotid lesion and, for most operating centres, the use of cerebral protection. Preoperative therapy by aspirin and clopidogrel is mandatory as this reduces the rate of postoperative acute in-stent thrombosis. In order to ensure high rates of technical success and low rates of neurological events, carotid stenting should not be performed in patients with adverse anatomical features and the endovascular procedure guidelines should be strictly applied. Comparison of carotid stenting and endarterectomy is currently being performed in prospective randomised trials.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jnalbertini@chu-reims.fr (J.-N. Albertini).

Indications actuelles de la dilatation carotidienne

Le traitement endoluminal des lésions de la bifurcation carotidienne n'est pas un concept récent puisque la première observation a été publiée par Mathias en 1980.¹ Au cours des années suivantes, le développement des techniques endovasculaires a favorisé l'expansion de la dilatation carotidienne. Les séries initiales rapportaient toutefois des taux cumulés de morbidité (TCMM) importants en relation le plus souvent avec des échecs techniques.²⁻⁵ Progressivement, la compréhension des mécanismes d'échec, l'amélioration des endoprothèses et le développement des systèmes de protection cérébrale ont permis de résoudre une grande partie des problèmes techniques et d'aboutir à des procédures standardisées.^{6,7} Par la suite, plusieurs études monocentriques ont fait état de taux de succès élevés et d'une morbidité acceptable.⁸⁻¹¹ Wholey et al. ont confirmé, dans un registre multicentrique, la baisse progressive entre 1997 et 2002 du TCMM postopératoire.¹² Ces données ont conduit un nombre croissant d'auteurs à considérer la dilatation comme une alternative mini-invasive à l'endartériectomie carotidienne. Les indications de la dilatation carotidienne ont été acceptées de plus en plus largement dans toutes les situations où l'endartériectomie était considérée comme à plus haut risque. En 2001, un article de consensus identifiait plusieurs situations cliniques : les resténoses après endartériectomie, les sténoses postradiothérapie, les sténoses carotidiennes hautes et, dans certains cas, l'existence de comorbidités sévères.¹³ L'essai prospectif randomisé SAPPHIRE¹⁴ a porté sur 334 patients symptomatiques ou asymptomatiques et considérés à haut risque pour une endartériectomie carotidienne. La différence des TCMM à 30 jours n'était pas significative (4,5 % dans le groupe dilatation et 6,6 % dans le groupe endartériectomie) et il était noté une fréquence plus significative d'accidents ischémiques myocardiques dans le groupe endartériectomie (6 % versus 2,6 %).

En ce qui concerne les patients à risque standard pour l'endartériectomie carotidienne, un nombre croissant d'essais prospectifs randomisés comparant l'endartériectomie et la dilatation carotidienne ont été mis en place. Le premier d'entre eux est l'essai CAVATAS¹⁵ qui a été démarré au début des années 1990 et a montré des TCMM équivalents dans le groupe endartériectomie (6,3 %) et dilatation (6,4 %). Cependant, cet essai a été critiqué en raison des taux élevés de complications dans les deux groupes et de l'inclusion de patients porteurs de lésions vertébrales. D'autres essais prospectifs

randomisés incluant uniquement des patients porteurs de sténoses symptomatiques sont actuellement en cours. En France, l'essai EVA-3S a été démarré en 1999 et doit inclure 900 patients.¹⁶ En Europe, deux essais sont en cours : SPACE et ICSS (CAVATAS II) et, dans chacun d'eux, il est prévu d'inclure environ 2 000 patients. Aux États-Unis, l'essai CREST¹⁷ doit inclure environ 2 500 patients. Les résultats de ces essais ne seront pas disponibles avant plusieurs années. En attendant, il est recommandé de ne réaliser la dilatation carotidienne que chez des patients porteurs d'une sténose serrée symptomatique, dans le cadre d'un protocole d'évaluation clinique de cette technique.¹⁸

Parallèlement, il est très important de s'assurer de l'absence de contre-indications à la dilatation carotidienne. Sur le plan anatomique, les situations suivantes peuvent rendre difficiles le cathétérisme carotidien et/ou la réalisation des différentes étapes de la dilatation : allongement important de la crosse aortique avec angulation sévère à l'origine des troncs supra-aortiques, lésions très calcifiées circonférentielles de la bifurcation carotidienne, tortuosités et/ou angulations sévères de l'artère carotide interne. L'existence d'une crosse aortique très athéromateuse ou la présence d'un volumineux thrombus au sein de la lésion représente un risque embolique majeur. Sur le plan général, on note l'insuffisance rénale sévère contre-indiquant l'injection de produit de contraste iodé et l'existence de contre-indications à l'utilisation de médicaments antiagrégants plaquettaires.

Point important

Les contre-indications anatomiques de la dilatation carotidienne sont :

- les boucles et/ou tortuosités importantes de l'artère carotide interne ;
- l'angulation importante entre la crosse aortique et l'origine des troncs supra-aortiques ;
- l'athérome important de la crosse aortique ;
- le thrombus flottant volumineux au contact de la lésion carotidienne interne ;
- les calcifications sévères circonférentielles de la bifurcation carotidienne.

Bilan préopératoire

Le type d'exploration et les modalités d'évaluation du degré de sténose ne sont pas différents de ceux utilisés en préopératoire d'une endartériectomie carotidienne. Cependant, il existe des éléments morphologiques spécifiques au traitement endovasculaire des lésions de la bifurcation carotidienne.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9400737>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9400737>

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