

# Le patient poly-artériel

## *Rôle du cardiologue interventionnel dans la prise en charge globale*

**Dr Rémy Cohen**



**Service de Cardiologie  
CH Marne la Vallée - Jossigny**

# Comment aborder le patient polyvasculaire ?

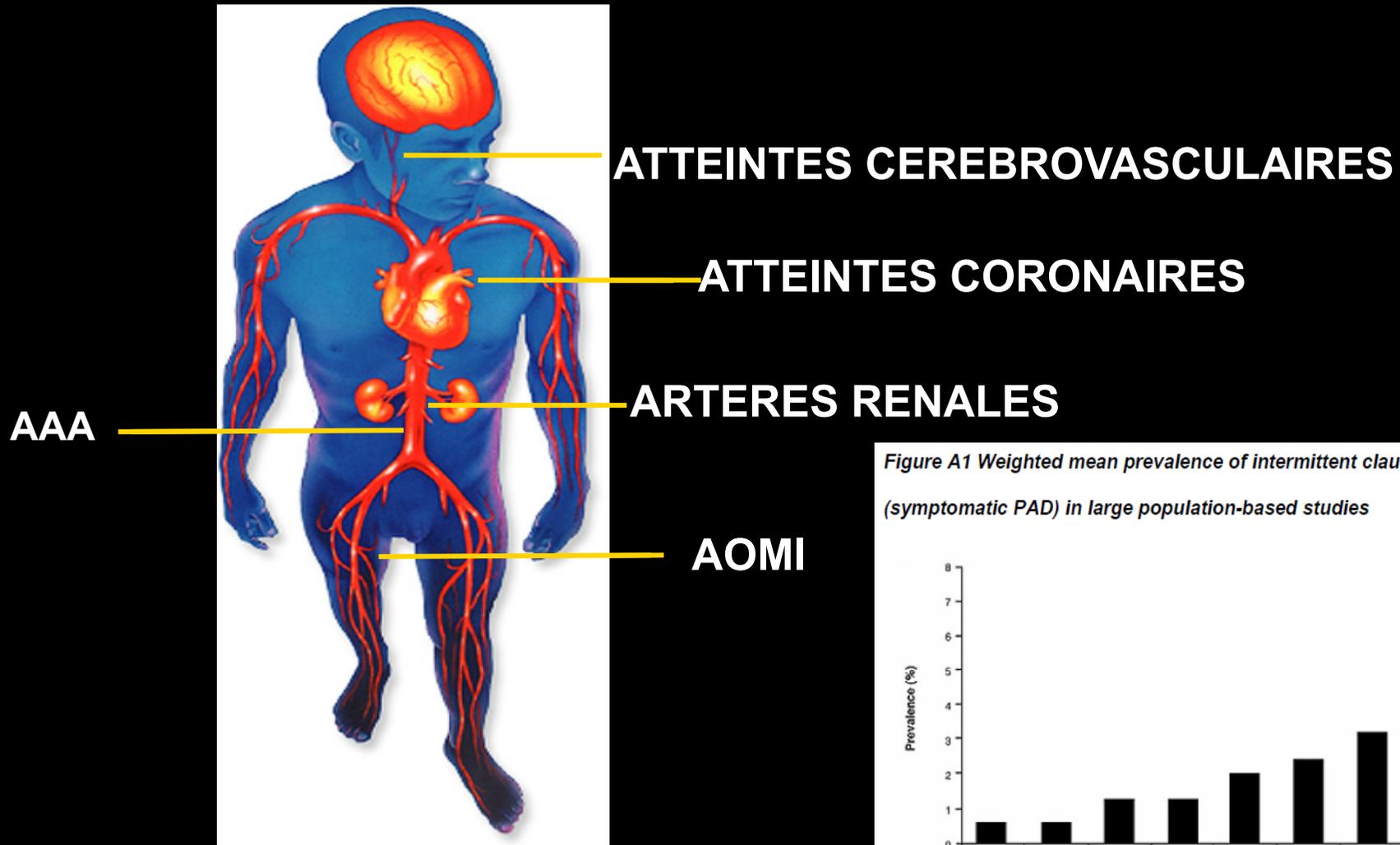
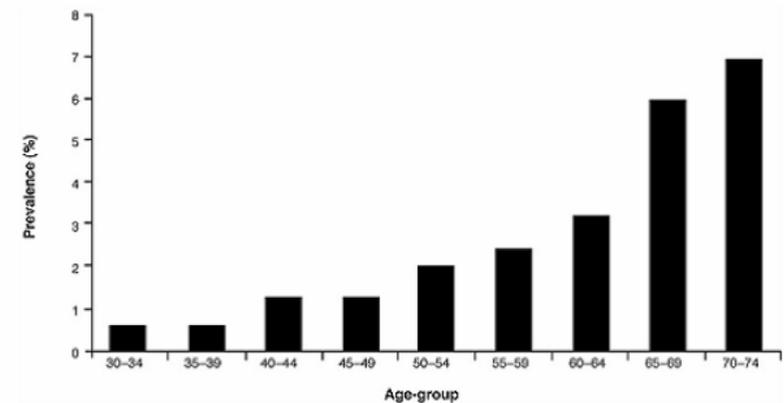
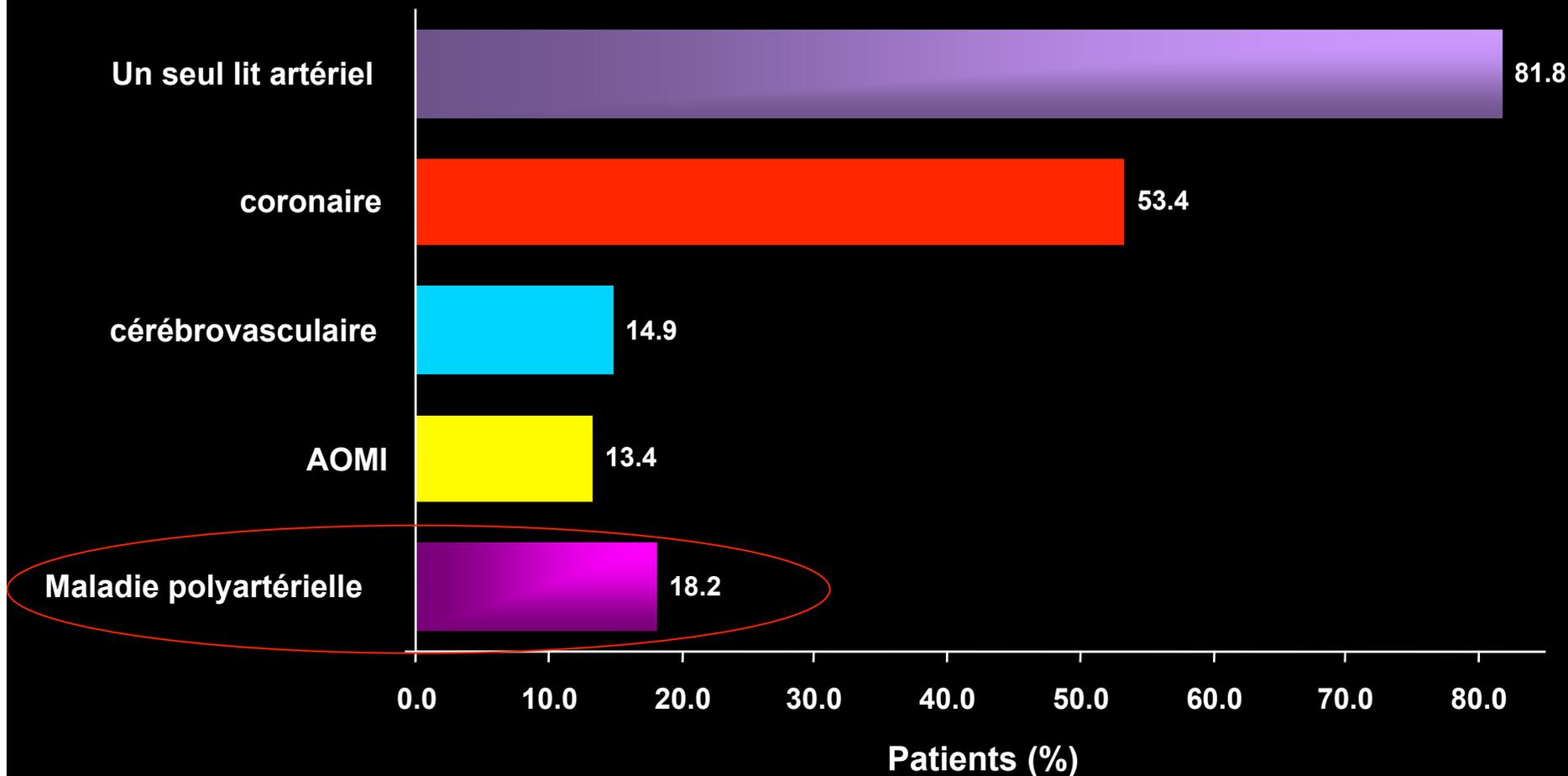


Figure A1 Weighted mean prevalence of intermittent claudication (symptomatic PAD) in large population-based studies

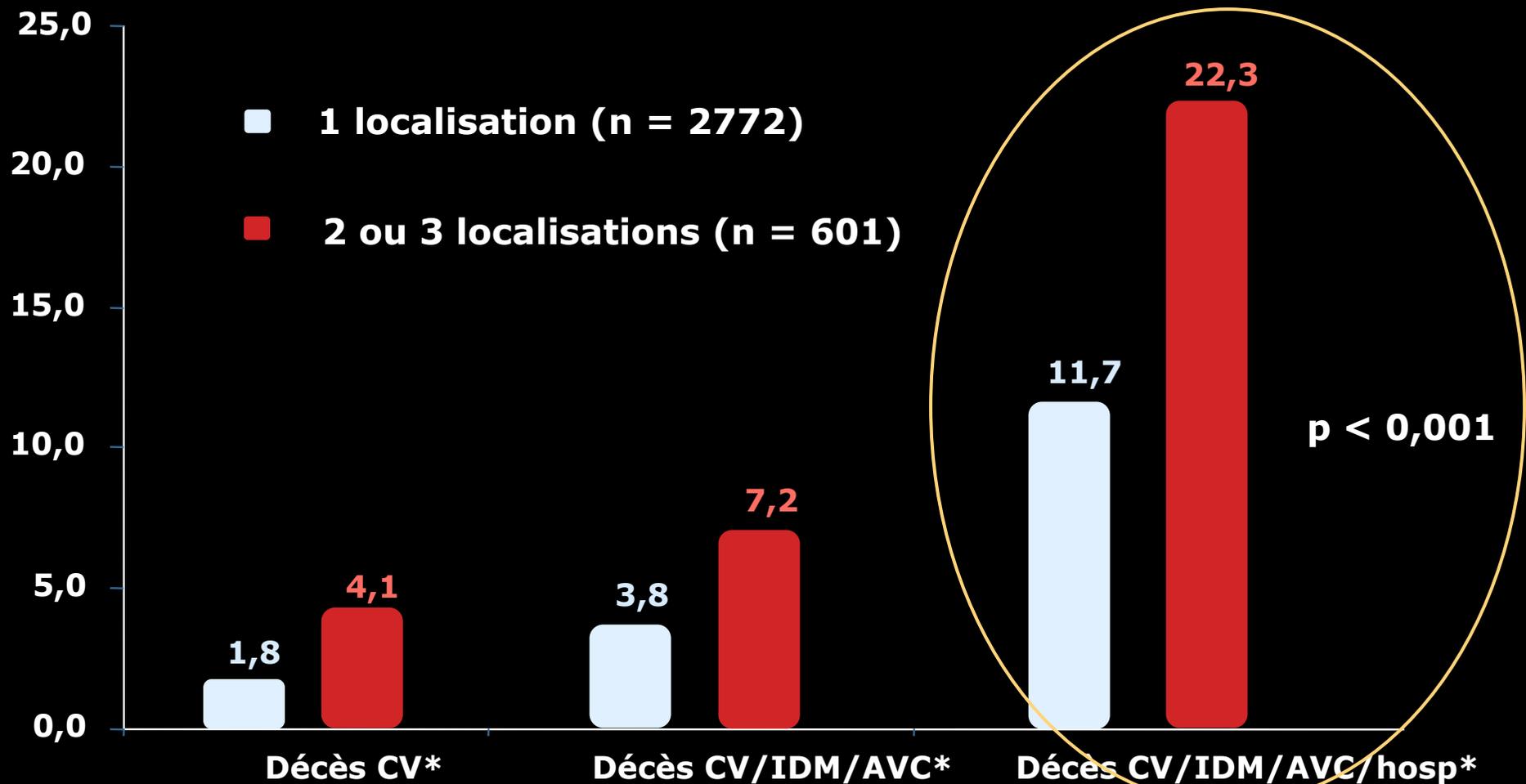


# Patients avec une Maladie Athérotrombotique Établie : près d'1 patient sur 5 est polyartériel

## Prévalence de la maladie selon les localisations (% du total)



# Le taux d'événements CV à 1 an augmente avec le nombre de territoires atteints



\*Taux ajustés pour l'âge et les facteurs de risque, AIT, angor instable, autres événements artérielles ischémiques incluant l'aggravation d'une maladie artérielle périphérique.

Sabouret P et al. REACH Arch Cardiovas Dis 2008;101:79-87.

# Rôle du cardiologue interventionnel

- Association très fréquente des affections vasculaires périphériques et de la maladie coronaire
- Bonne connaissance du TTT médical
- Le cardiologue est le mieux entraîné aussi bien dans les manoeuvres instrumentales que dans la prise en charge de la prévention secondaire vasculaire
- Possibilité d'un véritable bilan cardio-vasculaire angiographique (coro+ artério rénale et Mbe Inf) en 1 temps
- procédures diagnostiques ambulatoires par voie radiale

# Revascularisation atteinte fémoro-poplitée

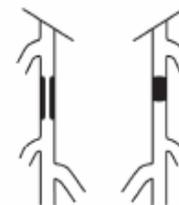


- intermittent claudication
- CLI
- ALI

Figure F2 TASC classification of femoral popliteal lesions

### Type A lesions

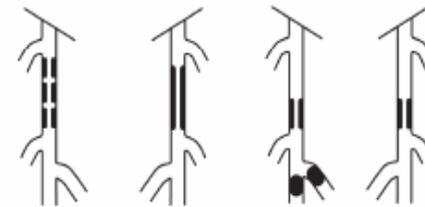
- Single stenosis  $\leq 10$  cm in length
- Single occlusion  $\leq 5$  cm in length



**PCI**

### Type B lesions:

- Multiple lesions (stenoses or occlusions), each  $\leq 5$  cm
- Single stenosis or occlusion  $\leq 15$  cm not involving the infrageniculate popliteal artery
- Single or multiple lesions in the absence of continuous tibial vessels to improve inflow for a distal bypass
- Heavily calcified occlusion  $\leq 5$  cm in length
- Single popliteal stenosis



**PCI**

### Type C lesions

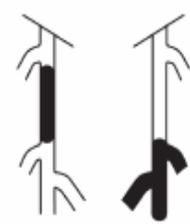
- Multiple stenoses or occlusions totaling  $>15$  cm with or without heavy calcification
- Recurrent stenoses or occlusions that need treatment after two endovascular interventions



**PCI**

### Type D lesions

- Chronic total occlusions of CFA or SFA ( $>20$  cm, involving the popliteal artery)
- Chronic total occlusion of popliteal artery and proximal trifurcation vessels



**CHIR**  
**PCI (IIbC)**

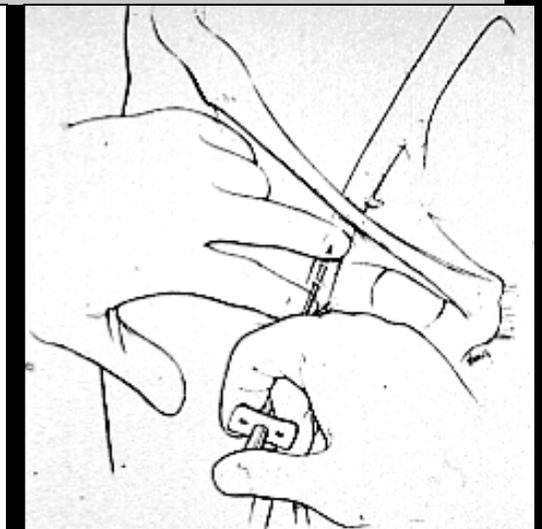
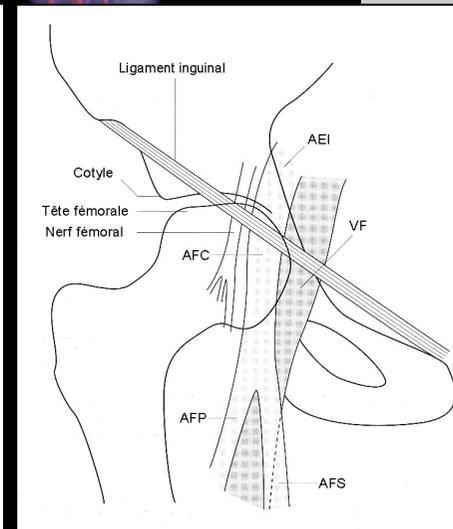
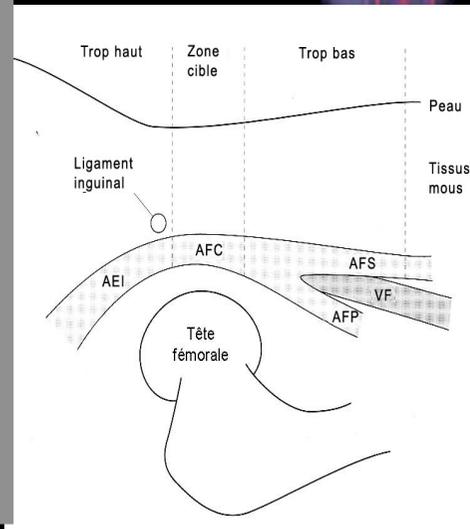
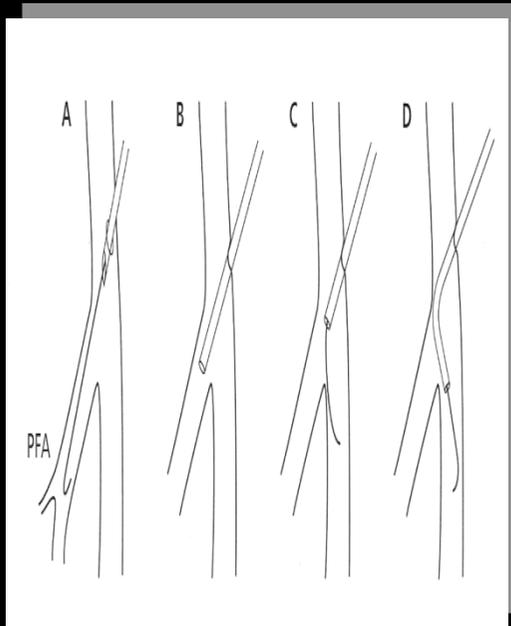
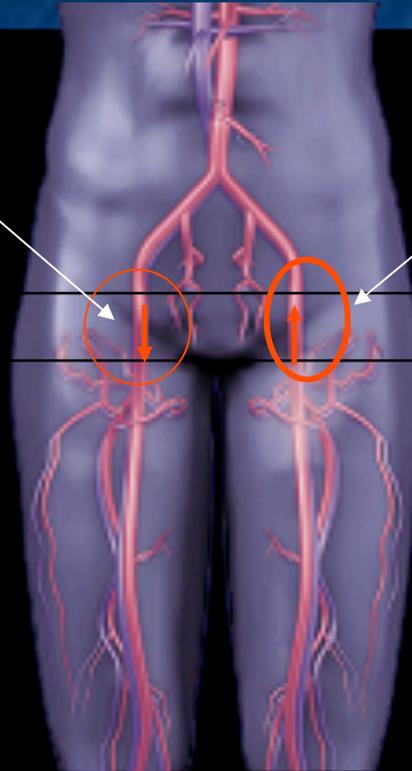
# Les voies d'abord

## Abord fémoral antérograde

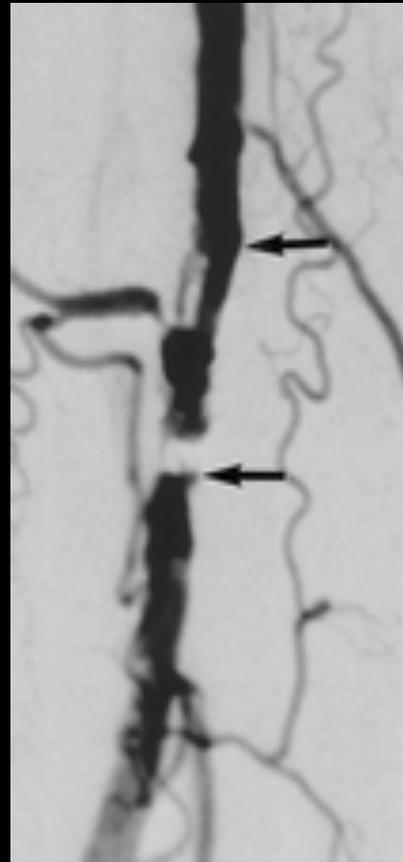
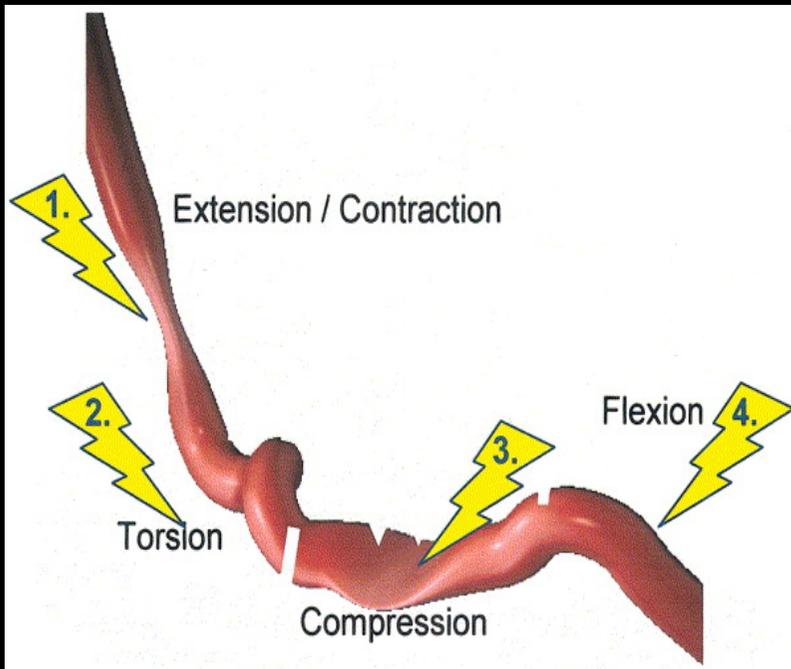
- en seconde intention
- courbe d'apprentissage
- en cas de cross over impossible
- si TTT BTK associé au TTT fémoral
- Complications vasculaires++ (obèse++)
- désilet fémoral 10-25cm

## Abord fémoral rétrograde

- approche classique en « cross over »
- Plus sûre
- moins de complications vasculaires
- Non utilisable en cas de pontage aorto-bifémoral ou aorto-bi-iliaque ou pathologie fémorale commune
- désilet contro-latéral dédié 40-45cm



# Lésions dangereuses...



POPLITEE



TREPIED FEMORAL  
(oblique homolatérale 30-45°)



# Endoprothèse auto-expansible

## Matériel:

Endoprothèses au nitinol alliage thermo-sensible à mémoire de forme

## Système de délivrance :

Endoprothèse installée entre 2 gaines, une gaine rétractable et un cathéter interne

## indication :

Lésions longues

Lésions sinueuses

Idéal dans les artères fémorales superficielles

résistance à l'écrasement

résistance à la fatigue



## Les endoprothèses auto-expansibles sont :

flexibles

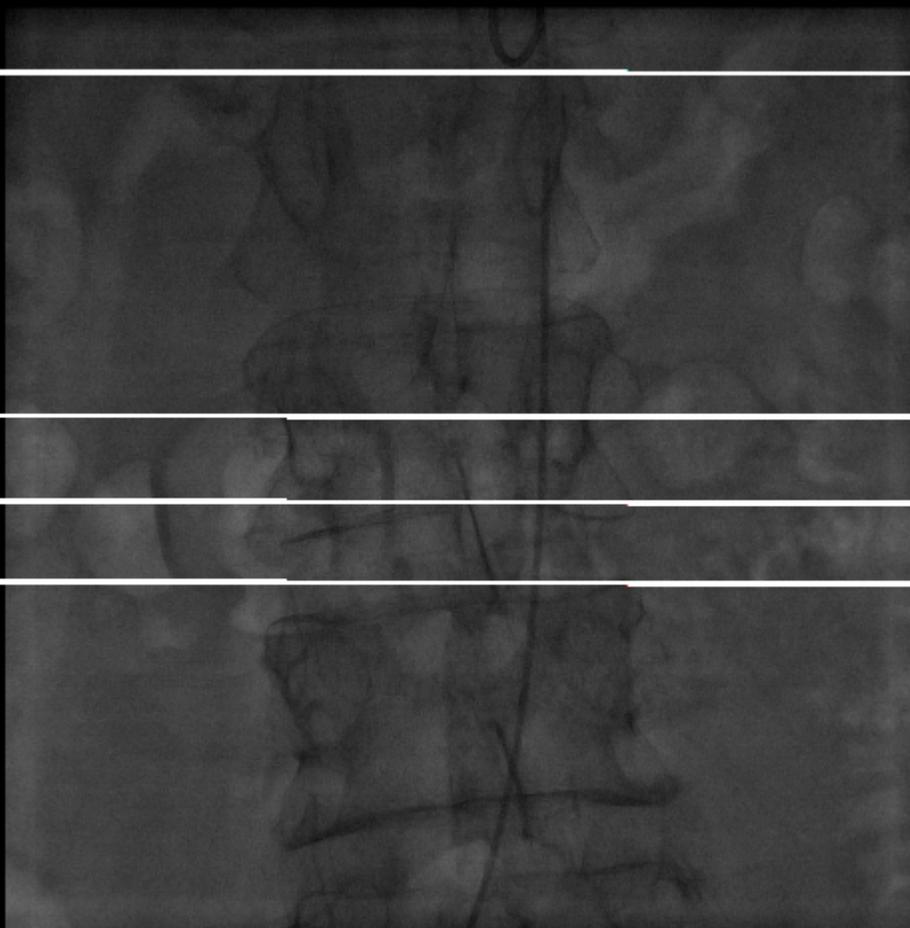
conformables

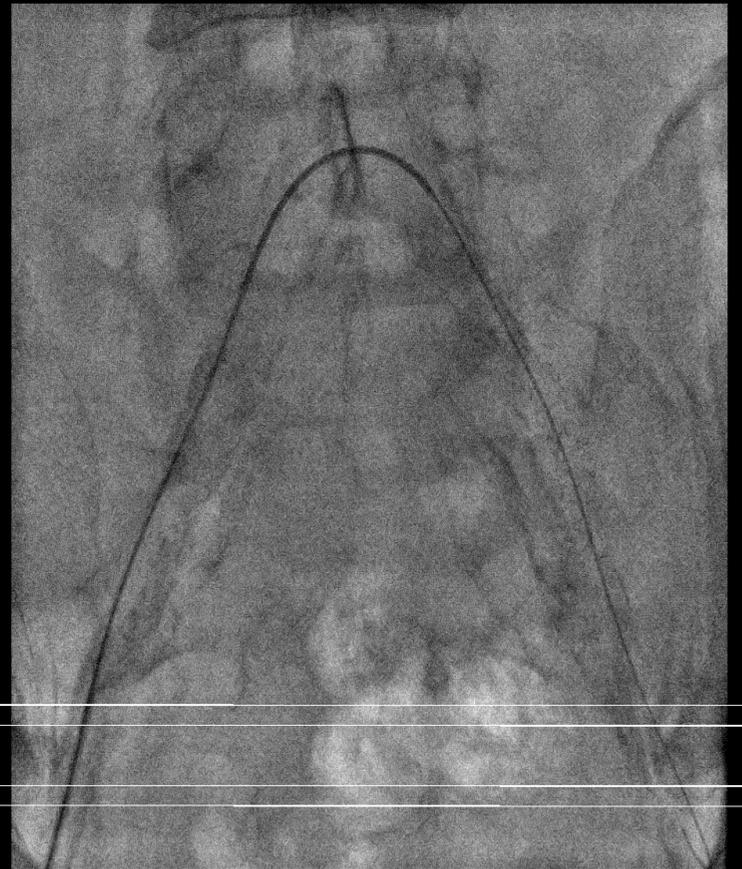
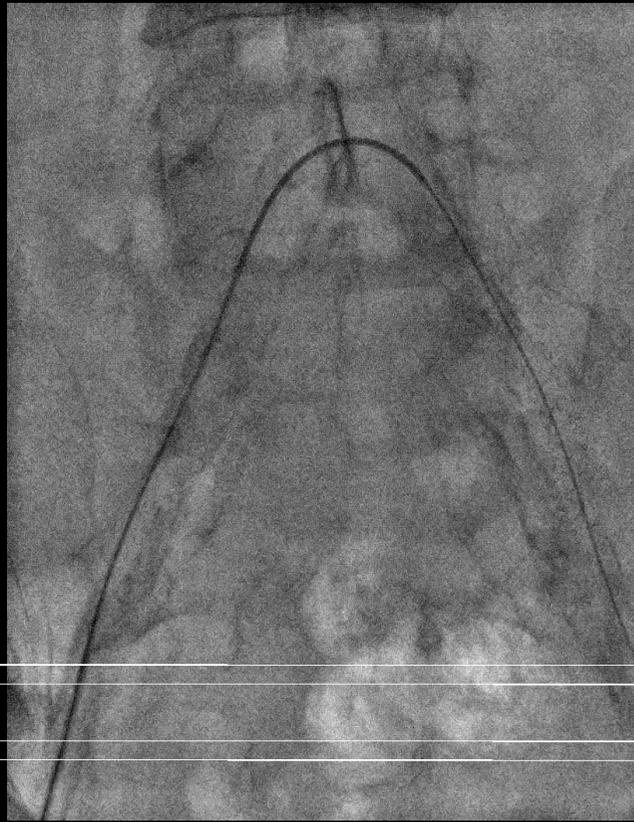
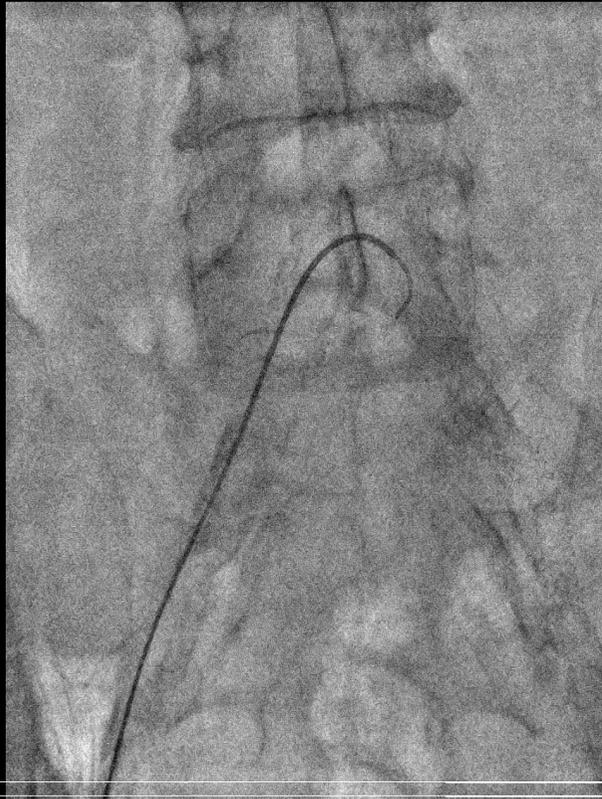
respectueuses des variations du diamètre

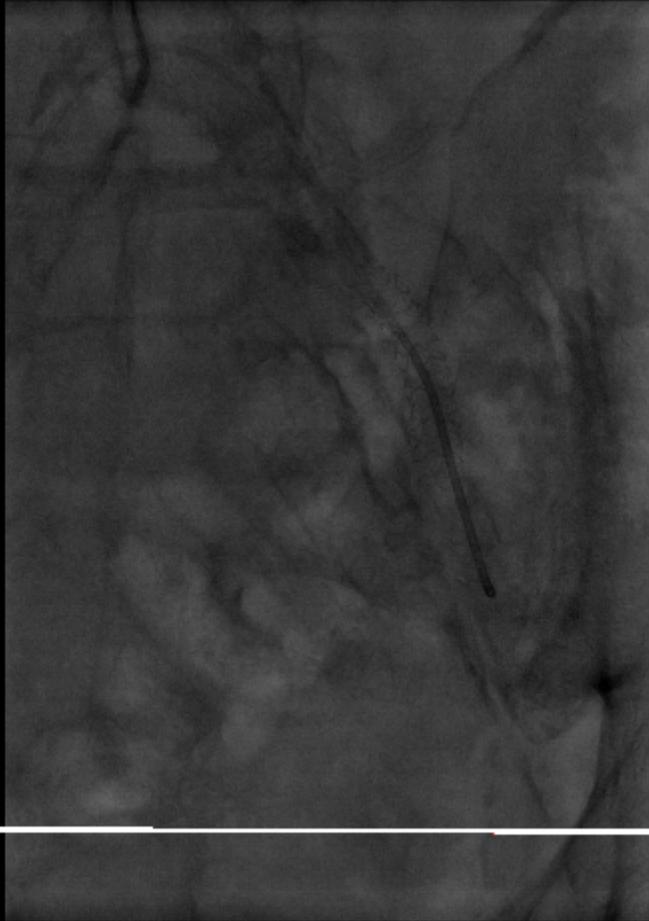
vasculaire

# Mr LEM, 45 ans

- Tabagique sevré
- ATCD pontage fémoro-poplité droit en 2005, ATCD stenting iliaque commune G
- Récidive claudication serrée gauche (<50m) depuis 6 mois
- Doppler: sténose significative FSG en amont du Hunter
- Décision d'artériographie d'emblée
- Voie fémorale droite 4F, Pigtail 65cm

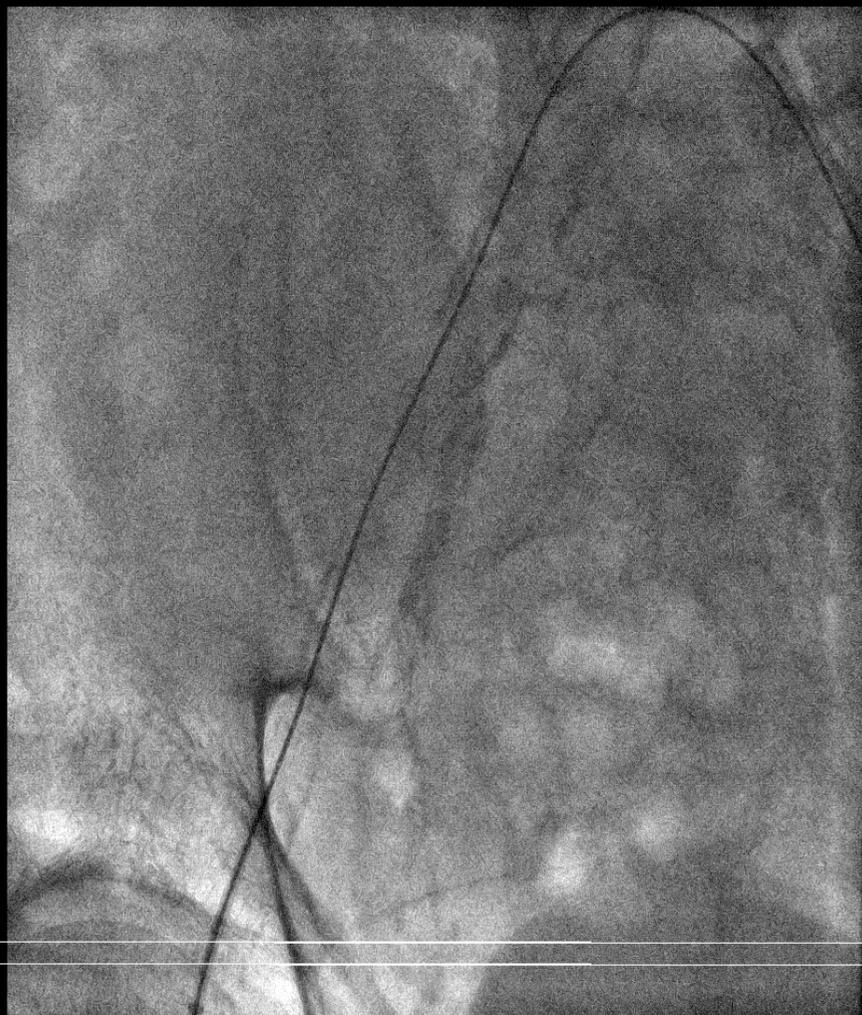


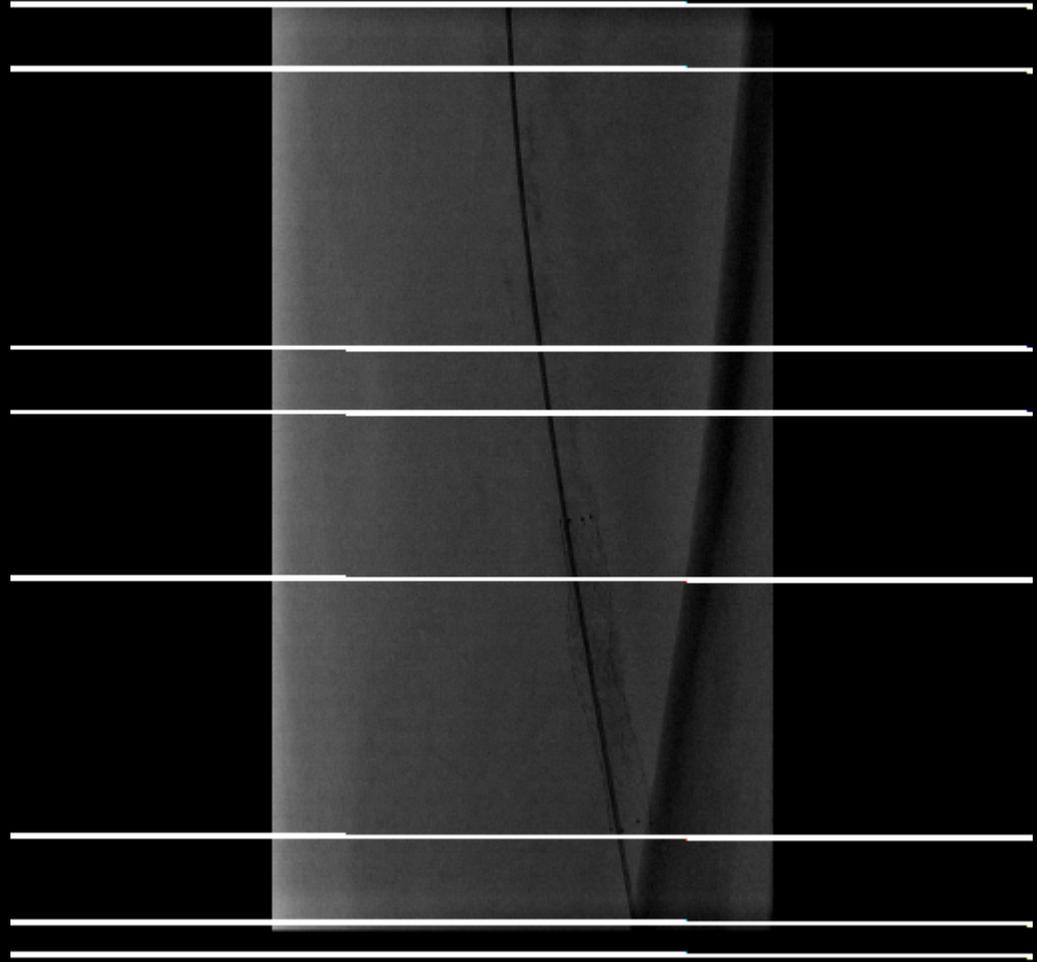
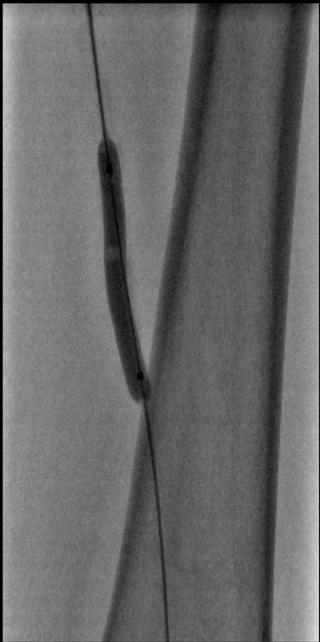




1 2 3 4 5

# DESTINATION 45cm 6F CROSS OVER





SES 7 mm x 40 mm

# Mr LEC, 51 ans

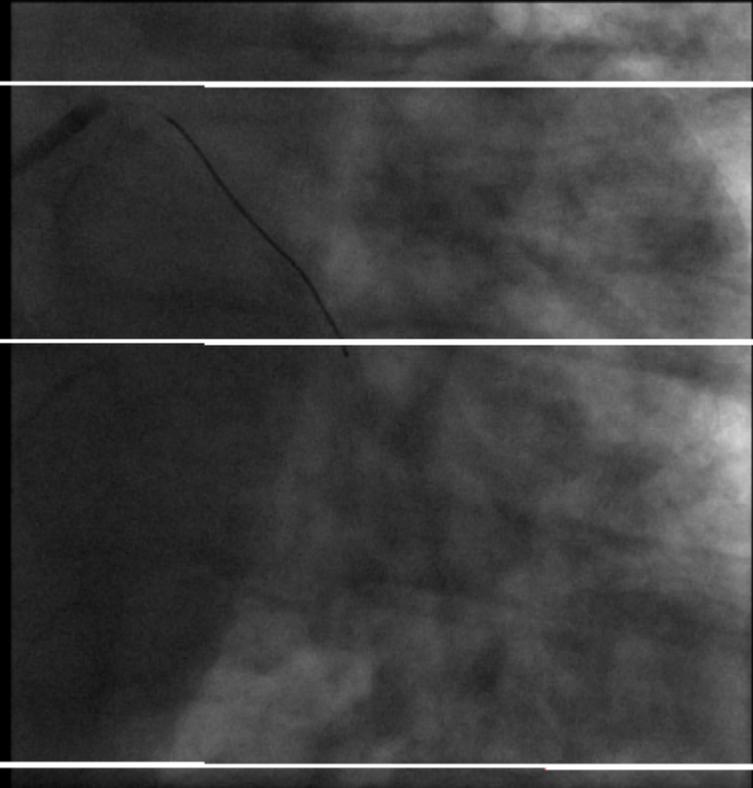
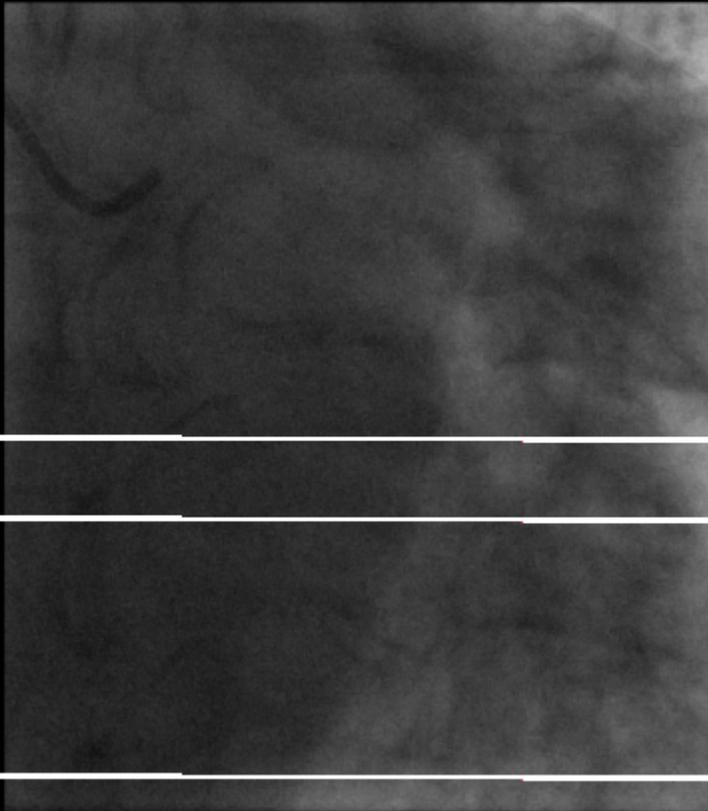
Tabagisme actif

05.03.13: douleur thoracique constrictive,  
diagnostic d'infarctus latéral à H+6

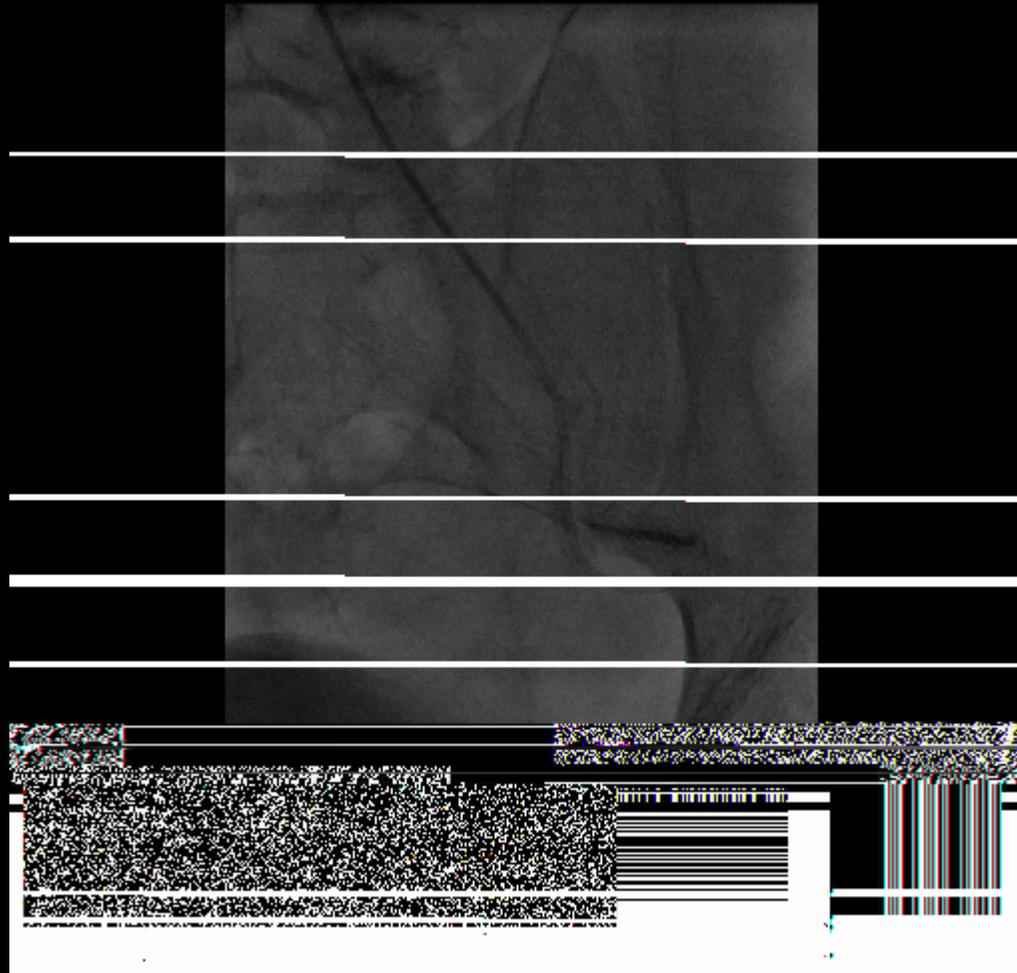
Coronarographie en urgence

Voie radiale droite 6F

# Occlusion artère circonflexe



# Claudication « serrée » du mollet gauche plus ancienne non explorée



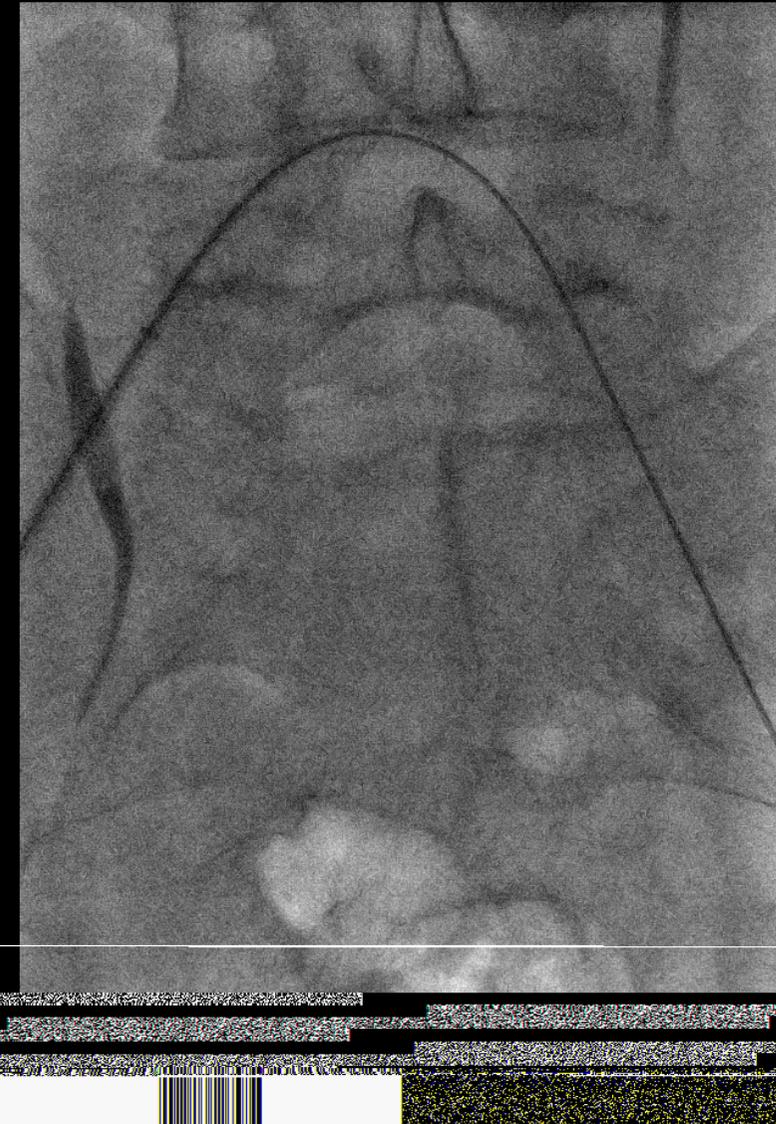
# Suites cardiaques simples

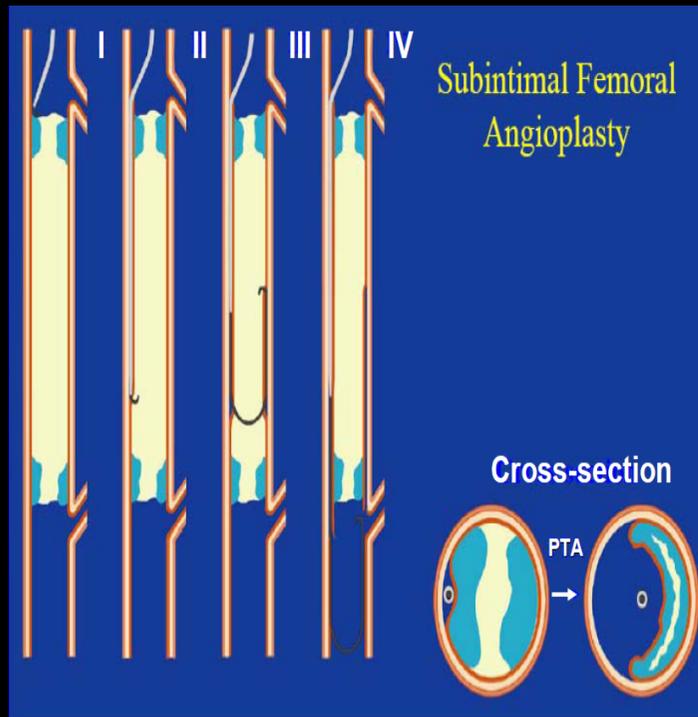
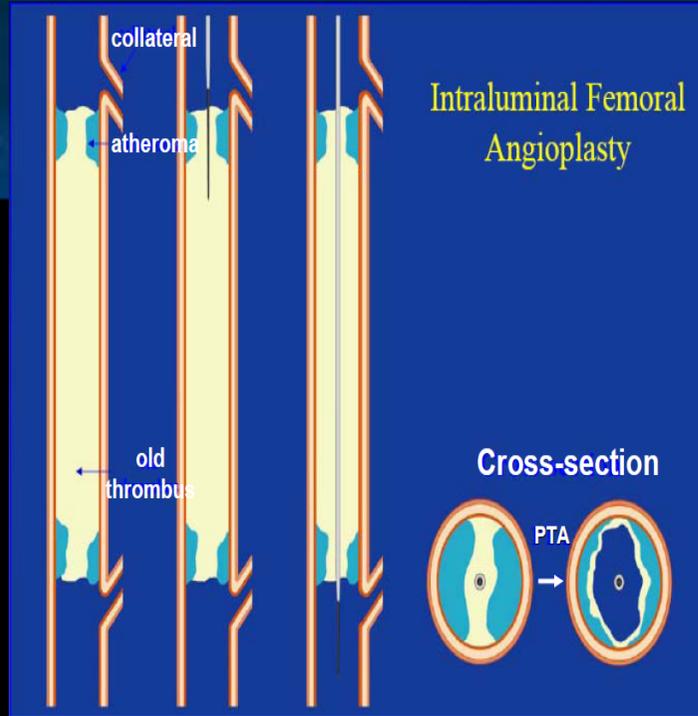
1 mois plus tard, angioplastie fémorale superficielle gauche

Voie fémorale droite

Approche controlatérale  
avec cross-over droit-  
gauche

Desilet DESTINATION 6F

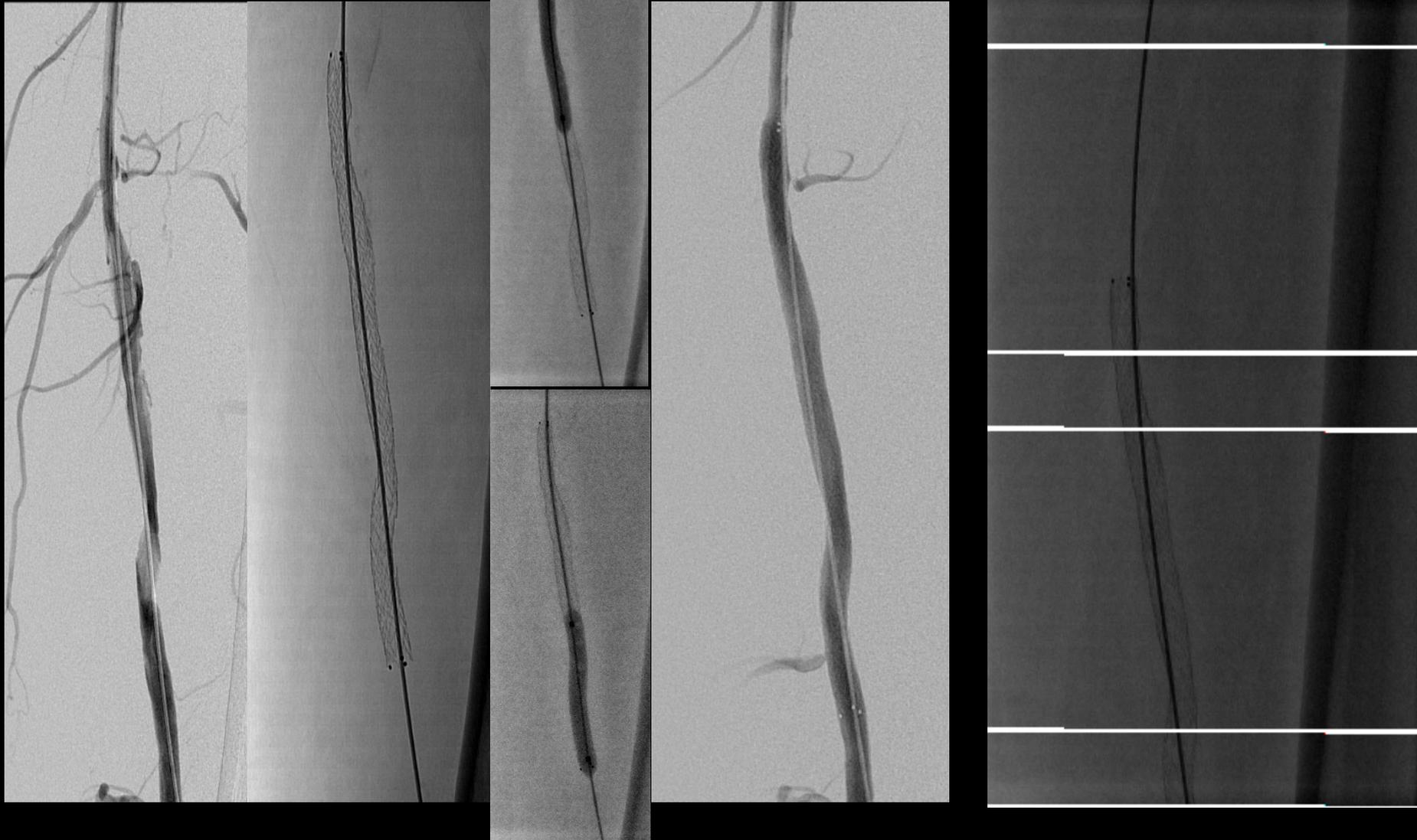




Après  
ballon

Post-ATL

**FINAL**



**SES 7 mm x 100 mm**

**Merci de  
votre  
attention**



# Conclusion: Atteinte poly-artérielle

- Il est bien établi qu'une maladie vasculaire dans un territoire influence les autres territoires, principalement la SAR et l'HTA réno-vasculaire
- Le pronostic des patients coronariens porteur d'une atteinte PVD sévère est altéré lors de la revascularisation coronaire
- La procédure de revascularisation devient à haut risque
- Importance d'avoir du matériel d'angioplastie de qualité+++
- (désilet, guides, sondes, ballons, stents...)
- Importance du dépistage des atteintes athéromateuses extra-coronaires++
- Rôle du cardiologue interventionnel dans la prise en charge globale de ces patients