



# Mon pire souvenir 2019 en périphérique

Jérôme Brunet

Cardiologie

Clinique Rhône-Durance Avignon

# Mme DE ....

- 66 ans - Diabète, HTA, Surpoids
- Antécédent de fracture du plateau tibial droit
- Passé vasculaire
  - Décembre 2014 : **angioplastie poplitée droite** pour claudication et sténose serrée de la poplitée intercondylienne (Kardégic 75)
  - Janvier 2015 : claudication récurrente. ED/TDM : occlusion poplitée.
  - Mars 2015: **thrombo-endarterectomie poplitée moyenne** (Plavix)
  - Aout 2015: claudication récurrente. Angio: Oblitération AFS initiale. Perméabilité de l'AFS basse et de la poplitée.
  - Novembre 2015: **pontage prothétique entre la fémorale superficielle ostiale et la poplitée haute**
  - Décembre 2015 : pontage thrombosé
- Claudication persistante
- ED : occlusion AFS native, oblitération du pontage, IPS 0.59.
- Adressée pour tentative de recanalisation

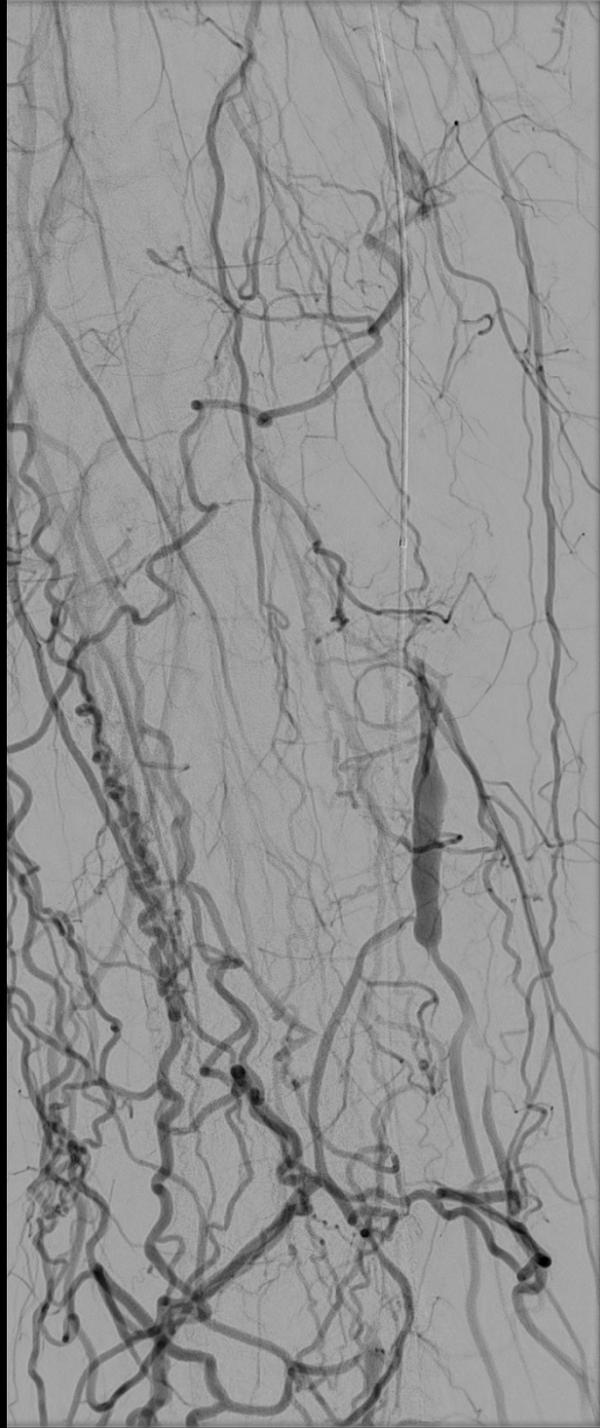


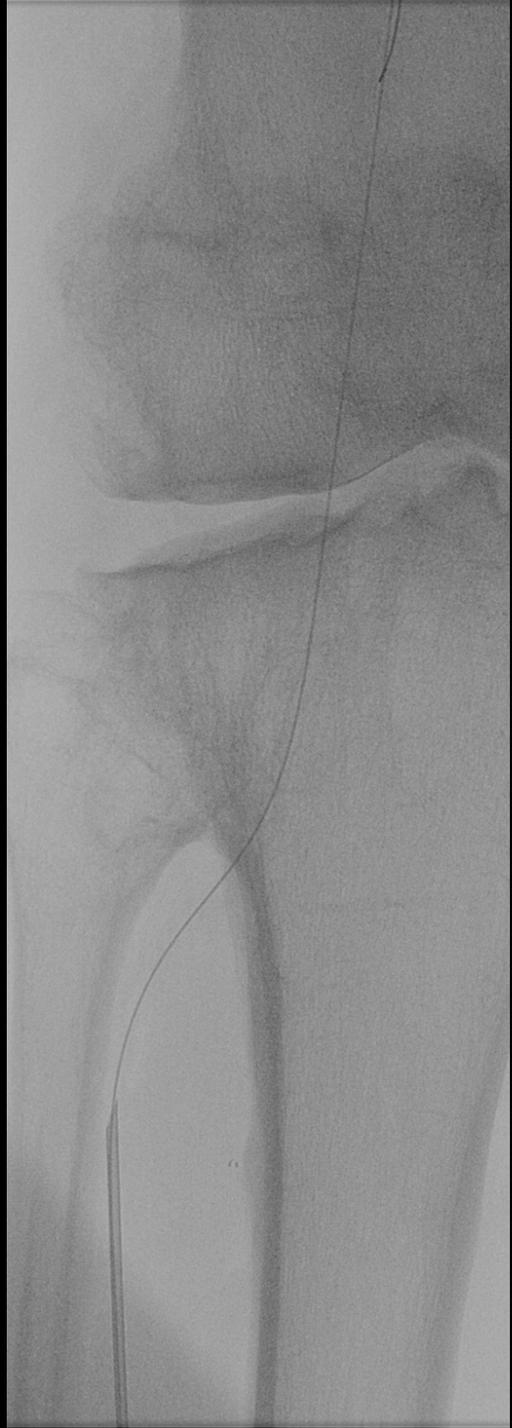
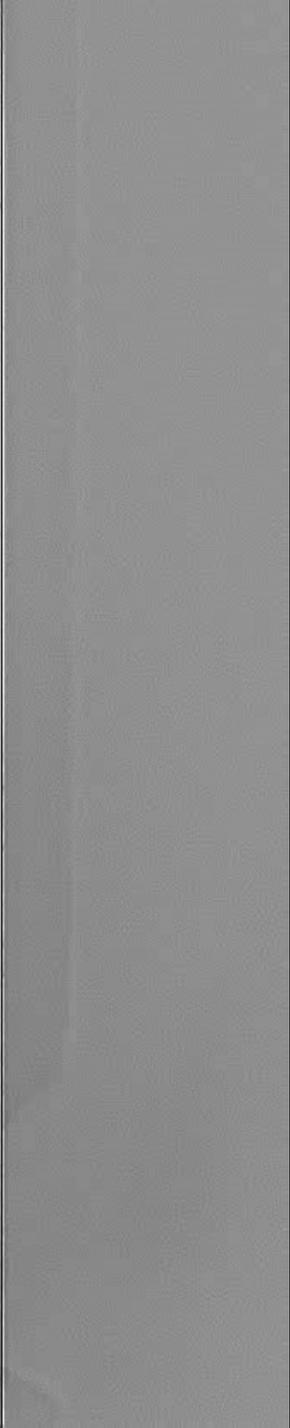
D  
NT PTA



D  
NT PTA



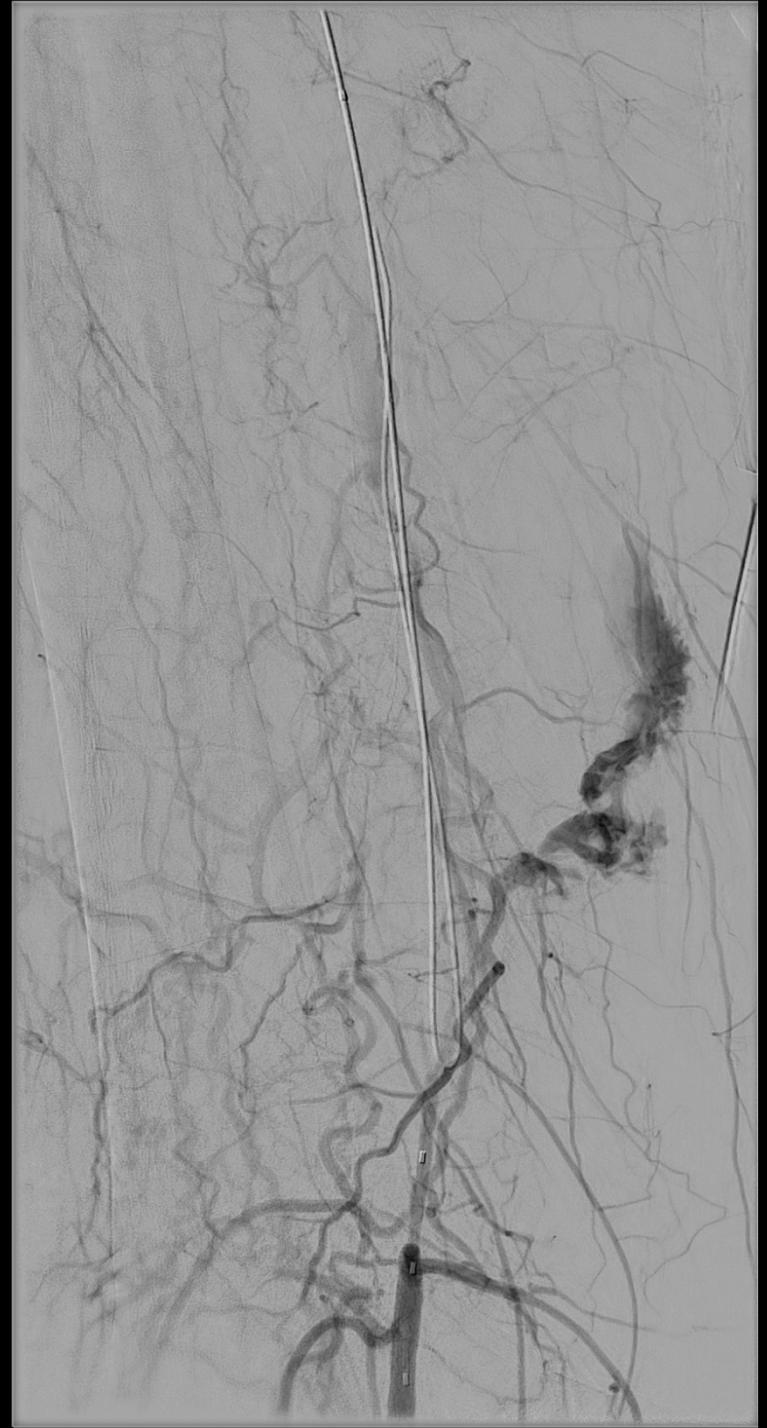


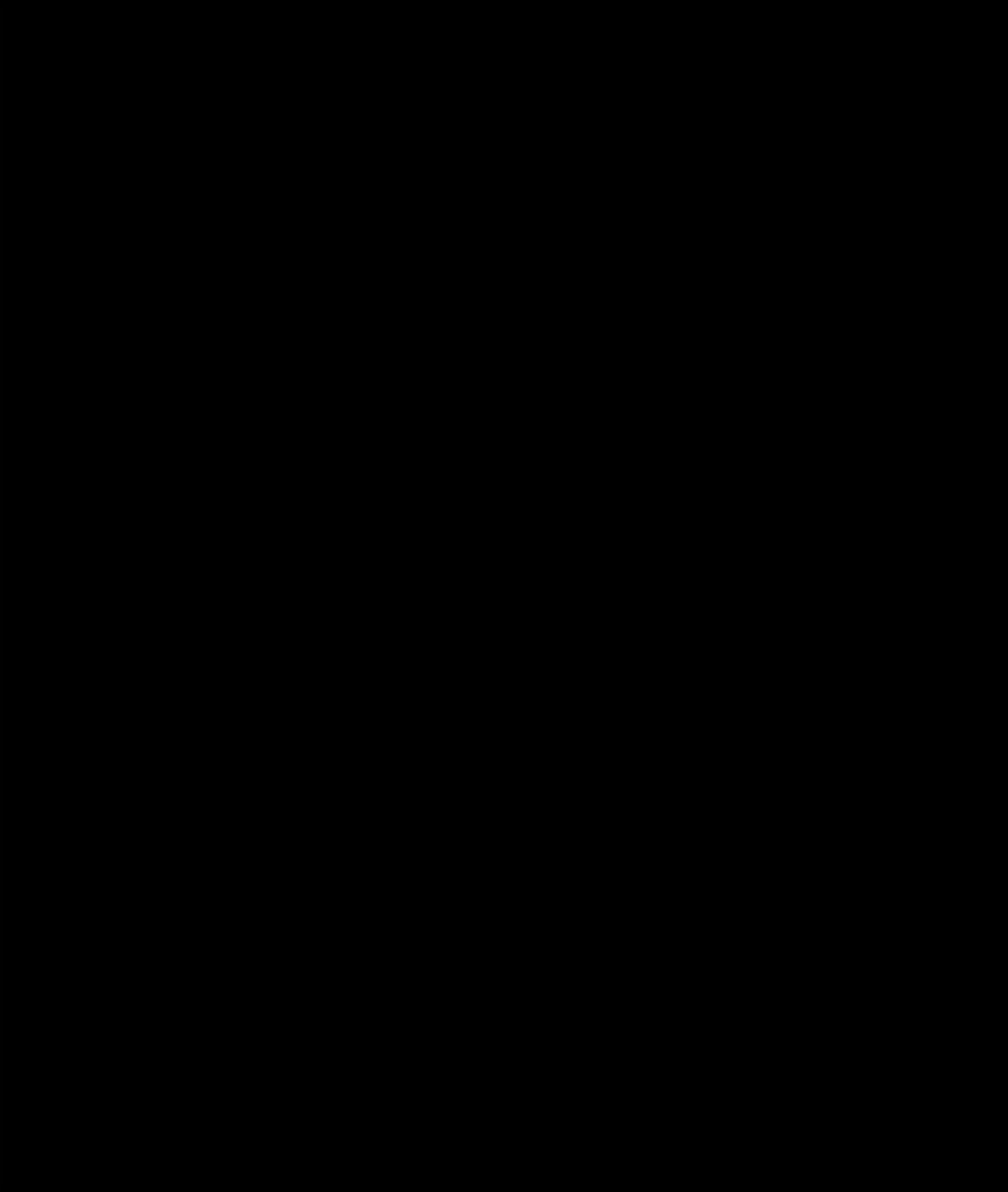
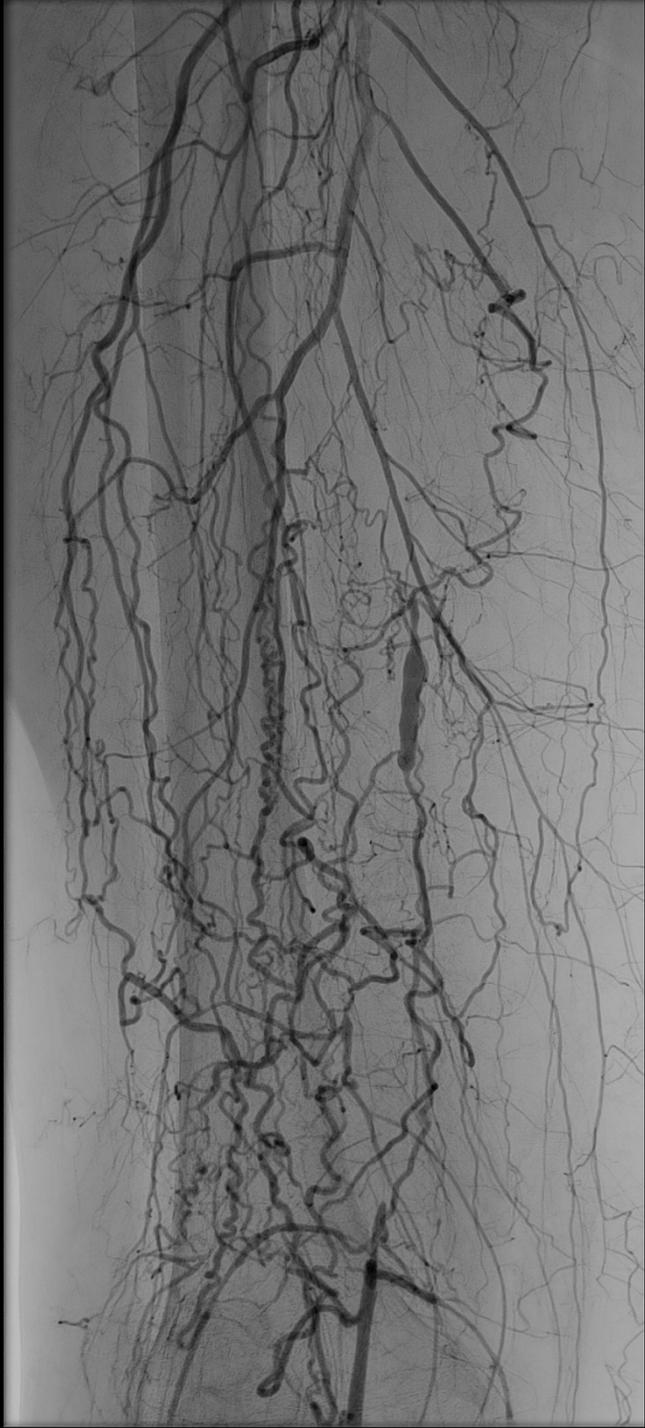


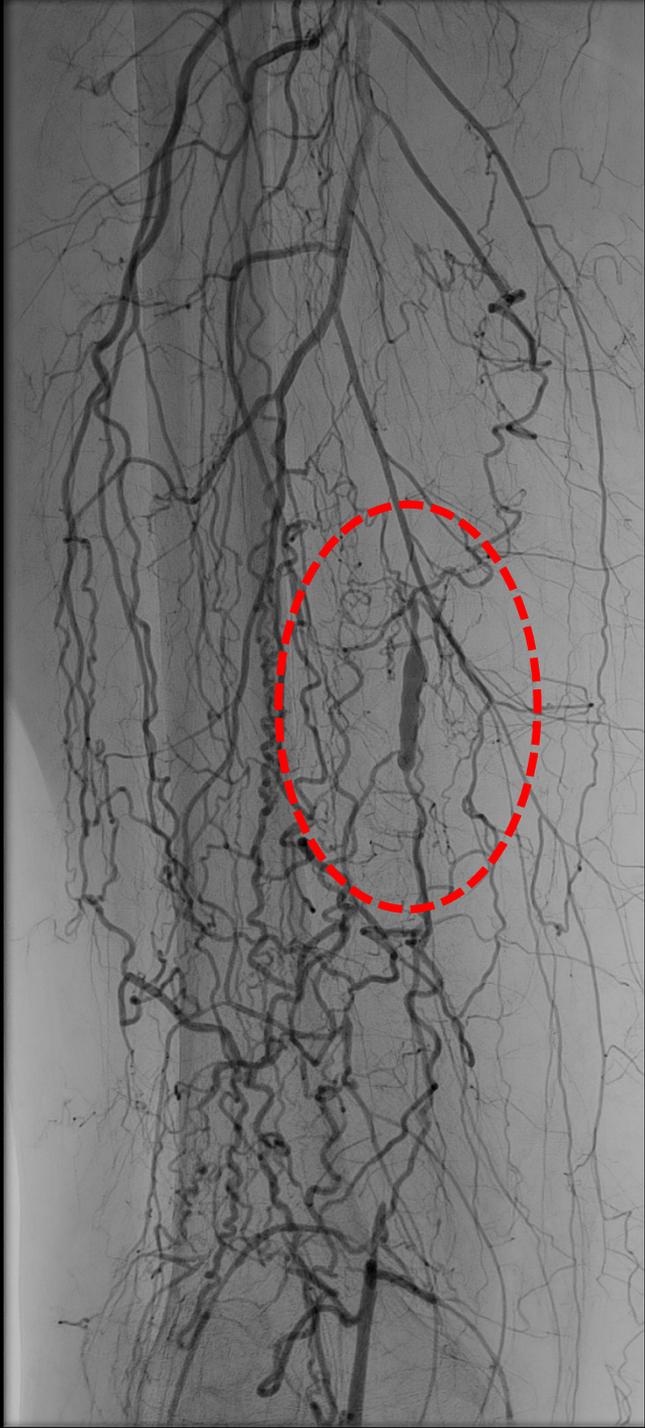
Guide antégrade sans doute dans le pontage prothétique (thrombosé depuis son origine) qui bute au hunter (anastomose?) sans possibilité d'aller plus bas

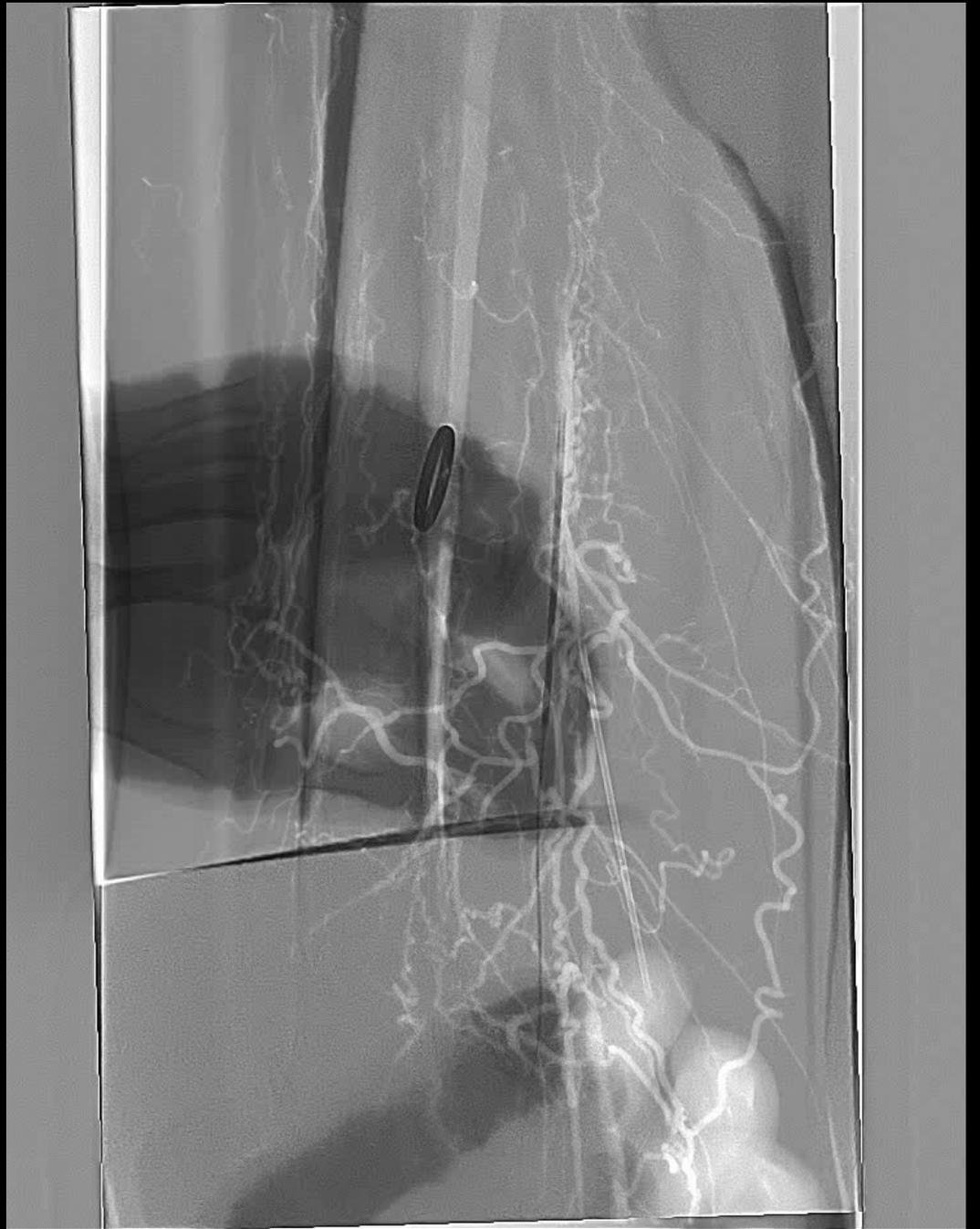
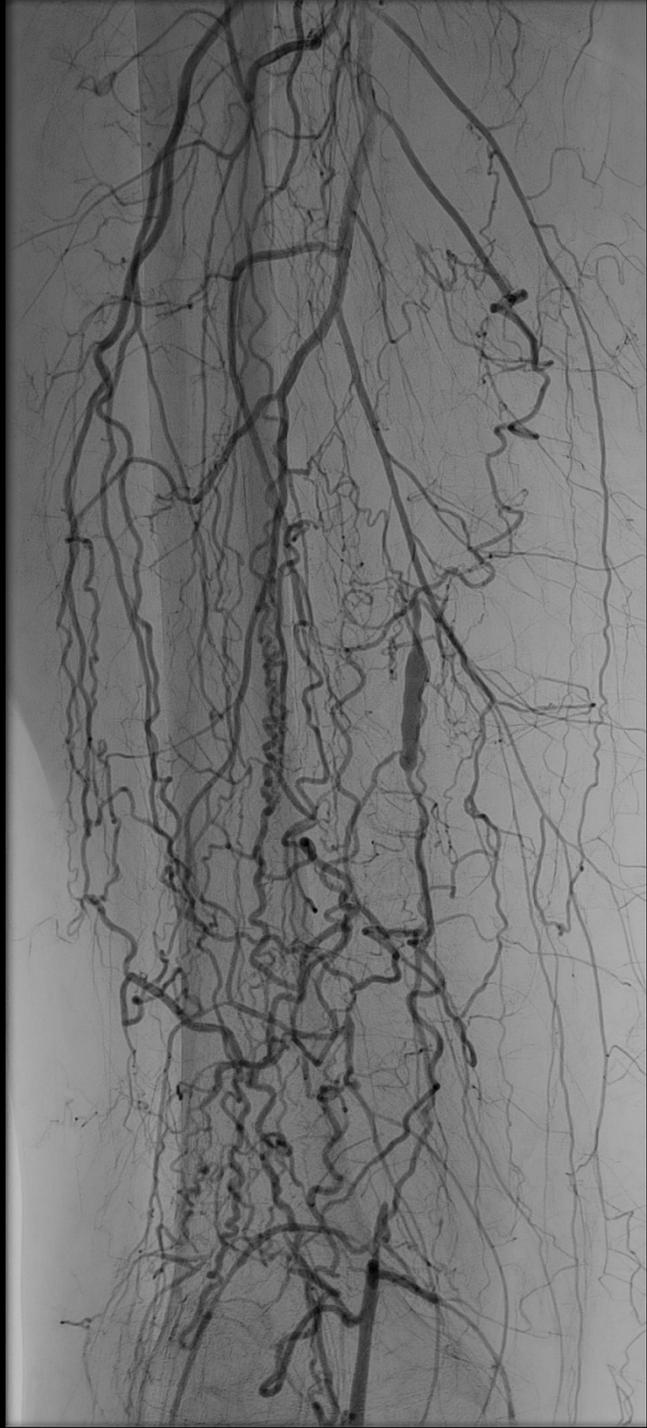
Guide rétrograde qui bute lui aussi rapidement sans possibilité de remonter, ni vers le pont, ni vers le vaisseau natif, avec sortie de route et extravasation de contraste ....

Que faire ?

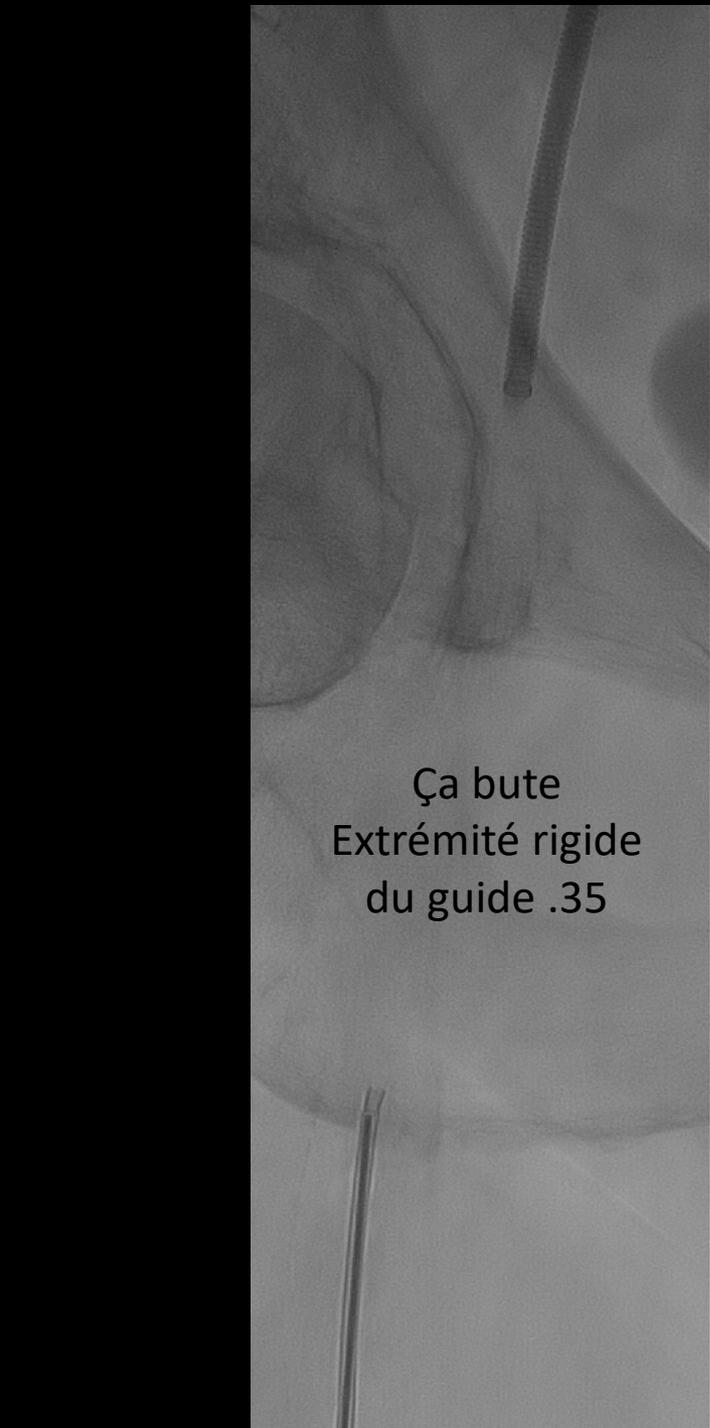






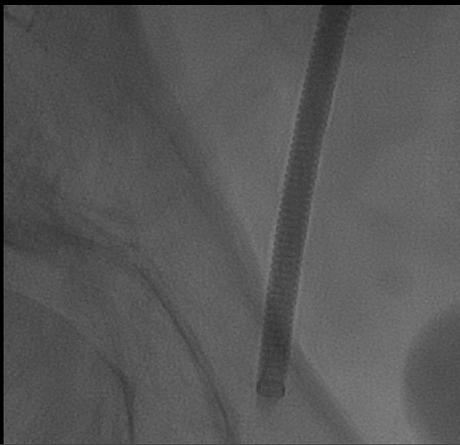


Guide 0.35 Terumo Advantage



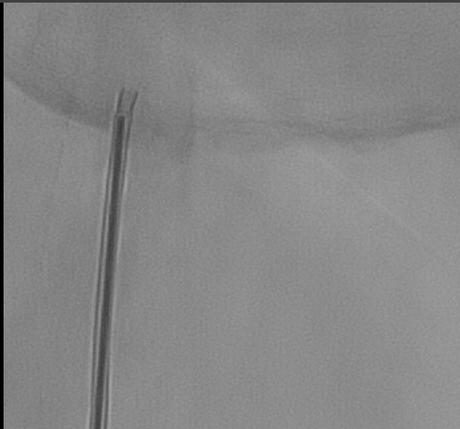
Ça bute  
Extrémité rigide  
du guide .35





**CRO 2015**

**« Clampage du trépied fémoral.  
Transection de l'AFS 4 à 5 cm  
après l'ostium. Anastomose de  
la prothèse Gore-Tex VXT 6mm  
sur la portion initiale de l'AFS en  
termino-terminal »**





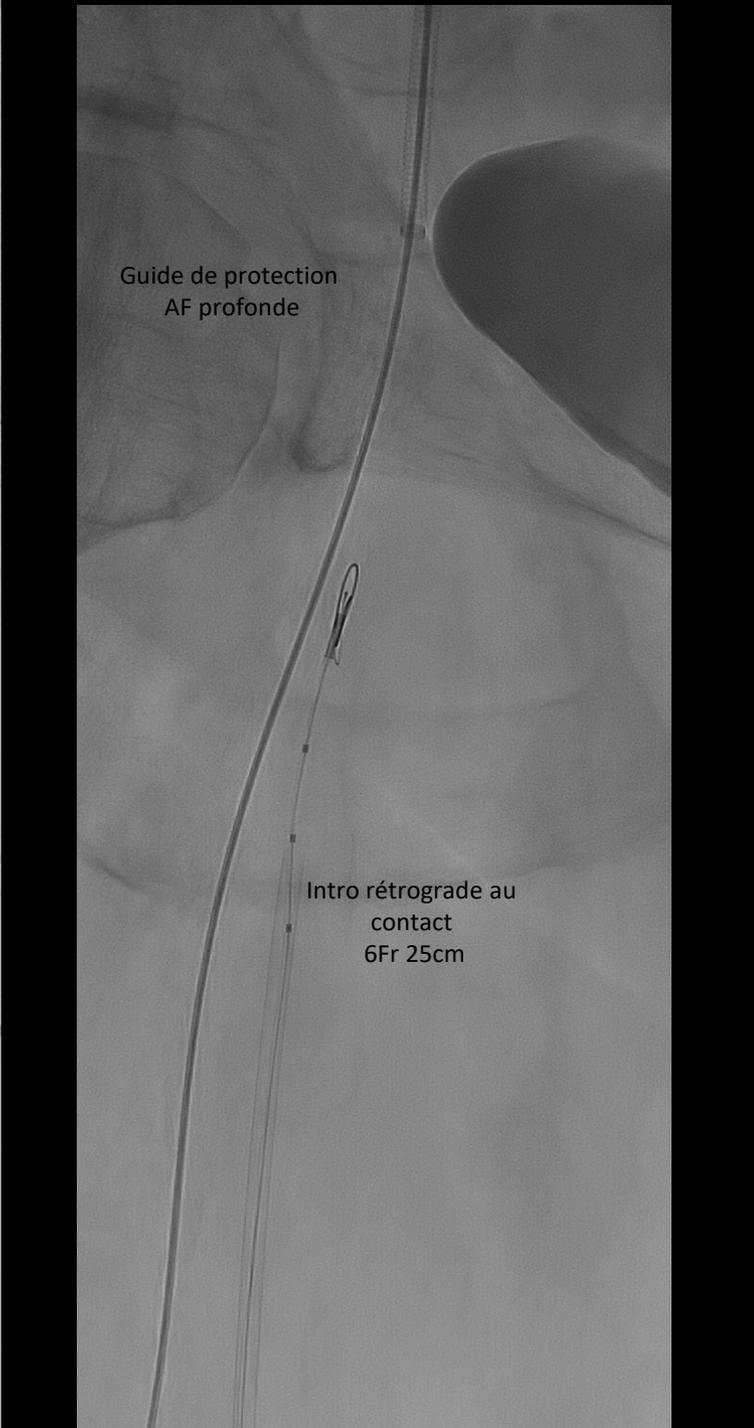
Guide 0.18 Command ST (Abott)  
Microcathéter 0.18 Quickcross (Philips)

This panel shows a fluoroscopic view of a coronary artery. A guide wire (0.18 Command ST) and a microcatheter (0.18 Quickcross) are visible, positioned within the vessel lumen. The vessel is filled with contrast, and the devices are clearly outlined against the background.



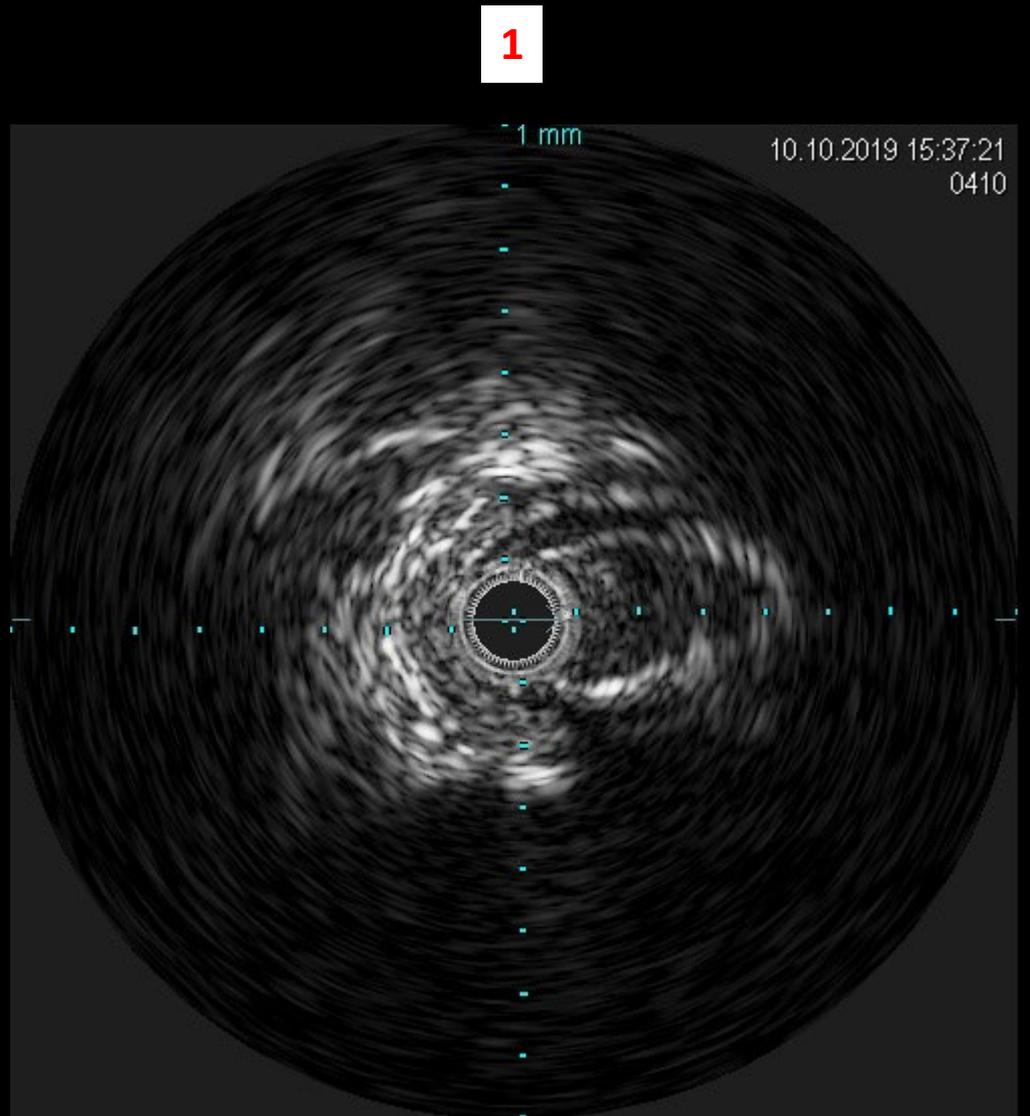
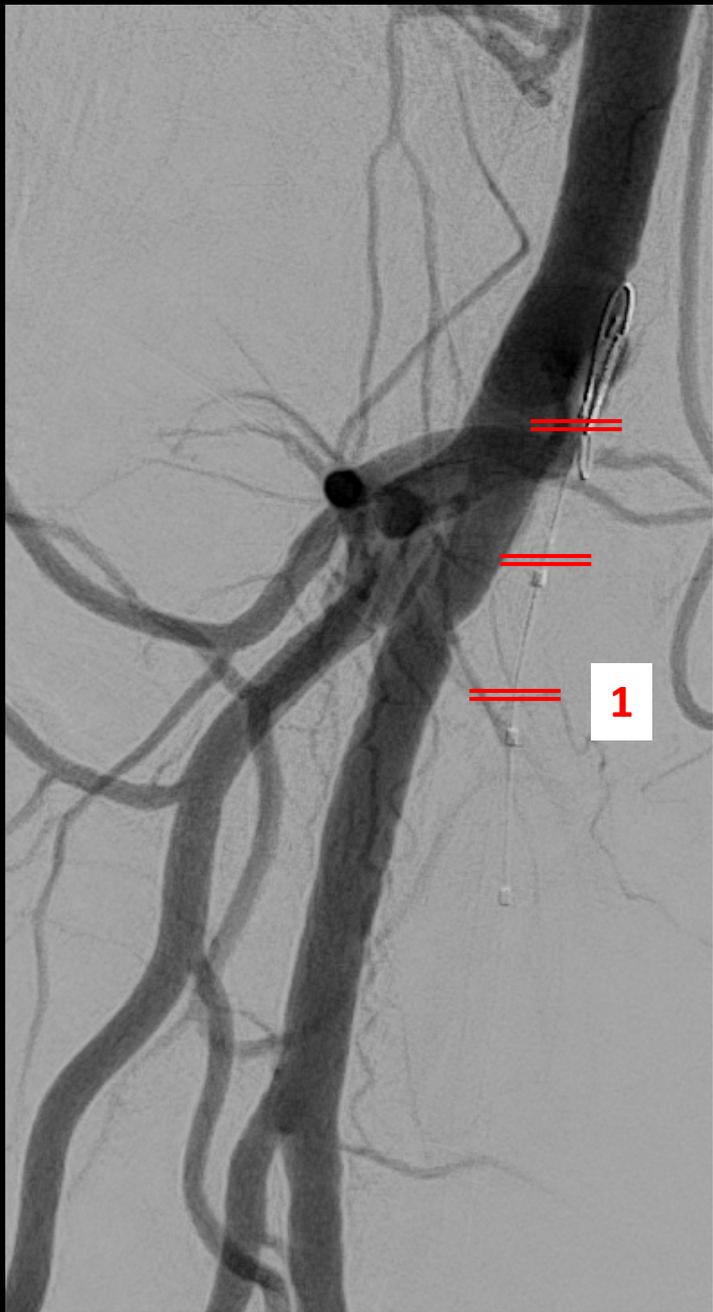
Guide de protection  
AF profonde

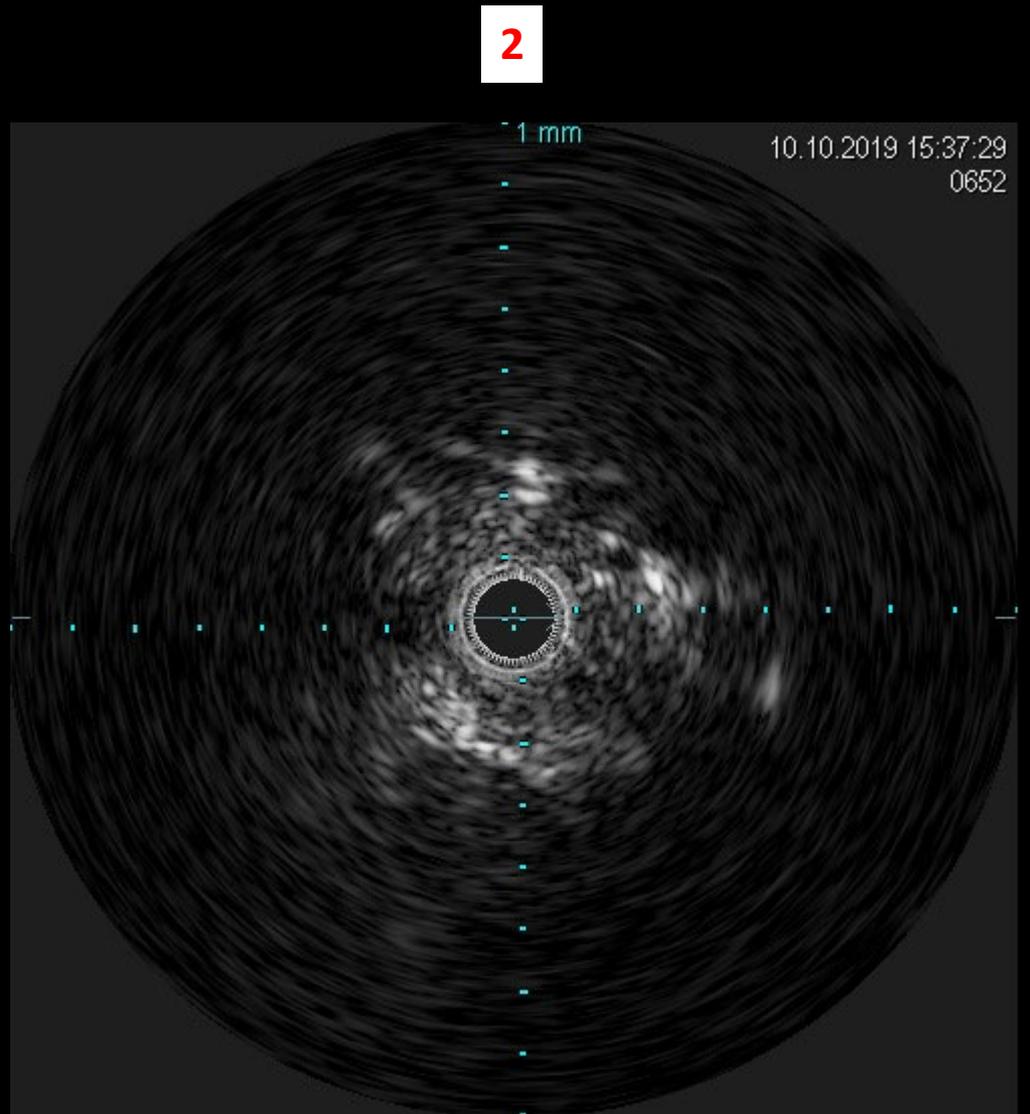
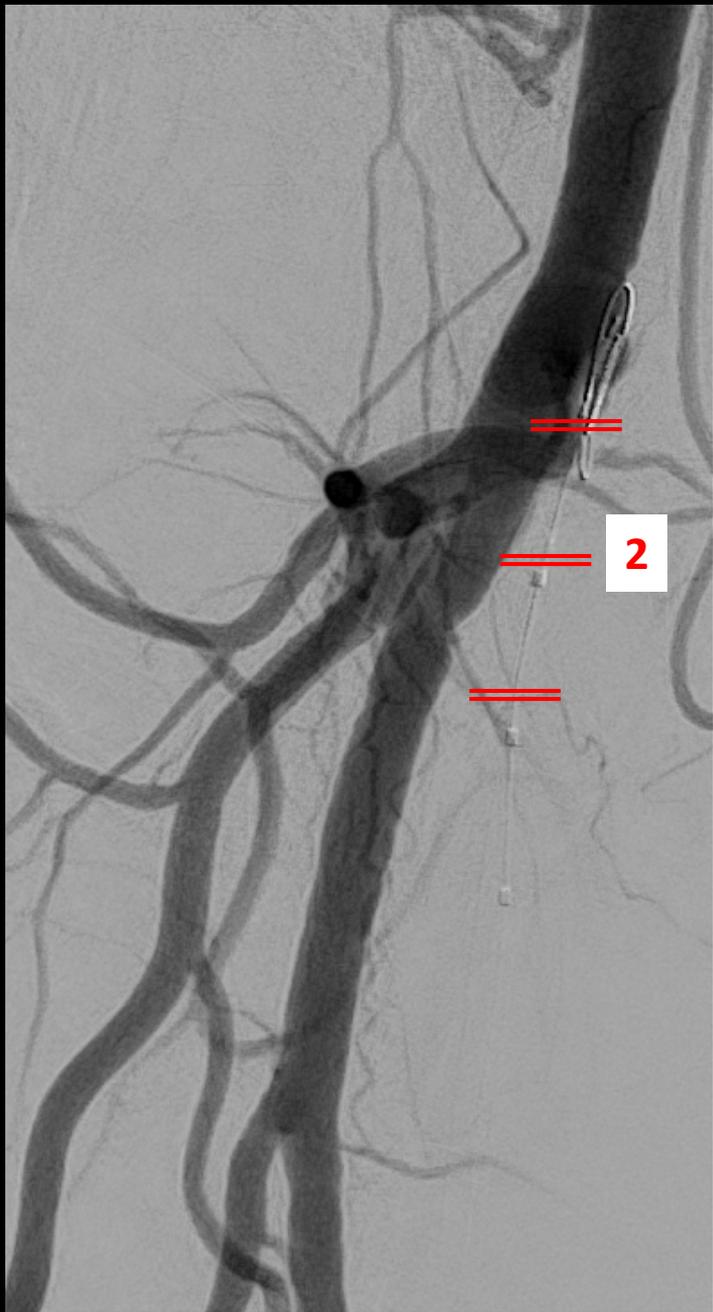
This panel shows a fluoroscopic view of a coronary artery. A protection guide (AF profonde) is visible, positioned within the vessel lumen. The vessel is filled with contrast, and the guide is clearly outlined against the background.

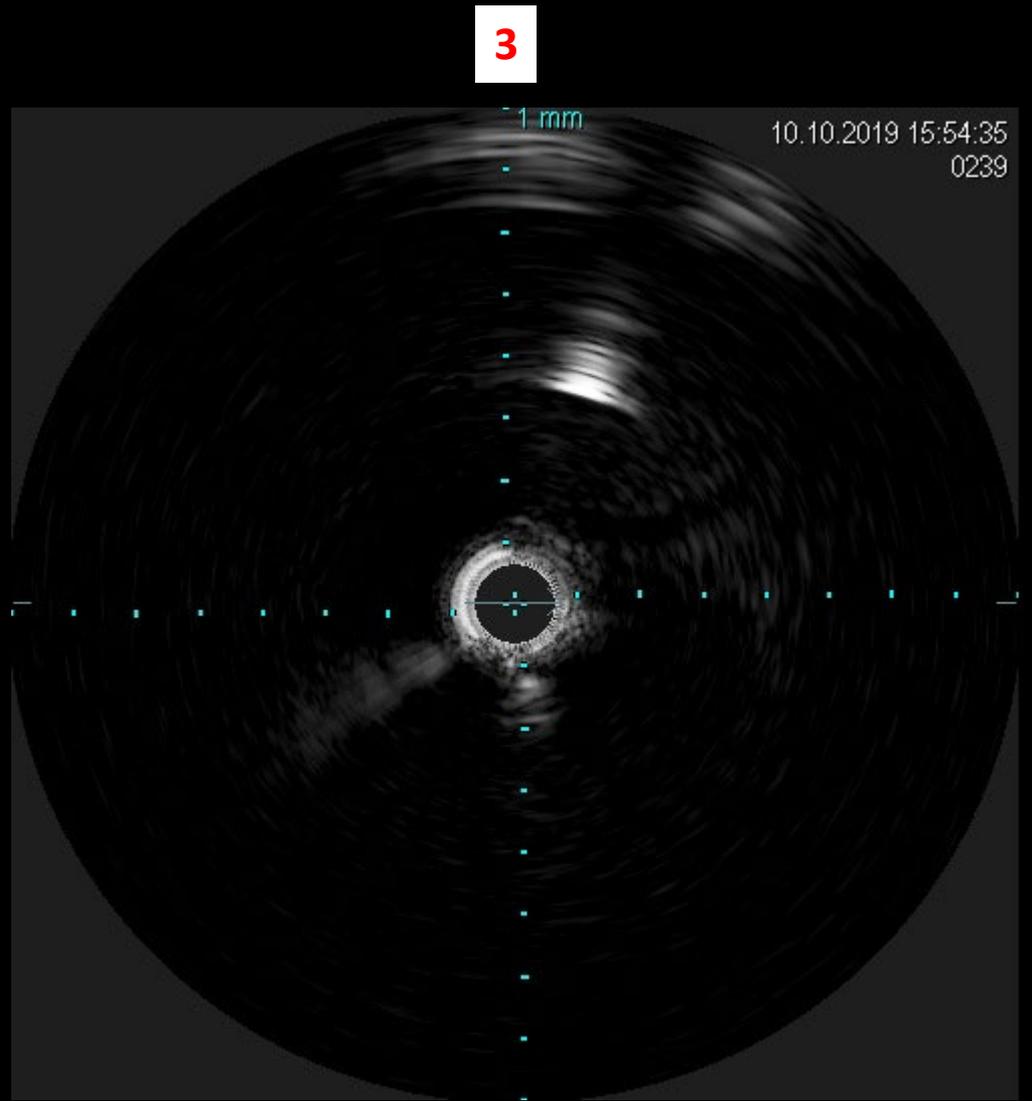
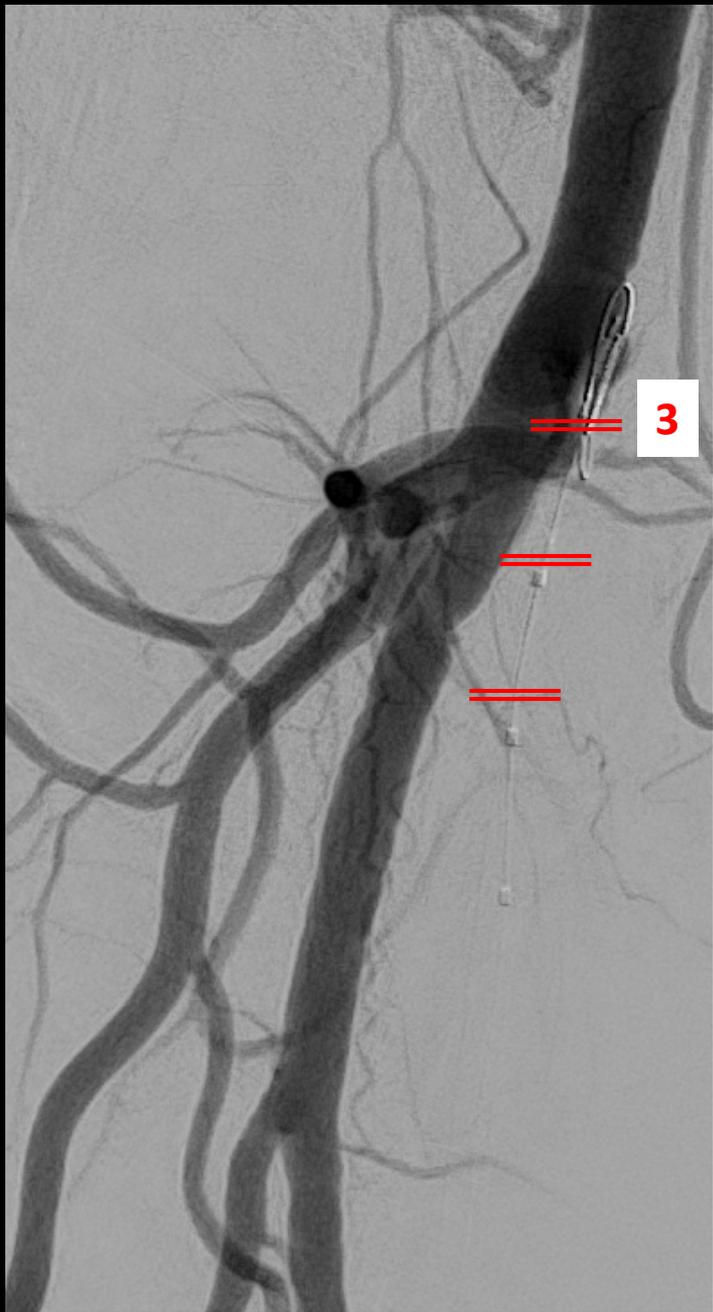


Intro rétrograde au  
contact  
6Fr 25cm

This panel shows a fluoroscopic view of a coronary artery. A retrograde catheter (6Fr 25cm) is visible, positioned within the vessel lumen. The vessel is filled with contrast, and the catheter is clearly outlined against the background.

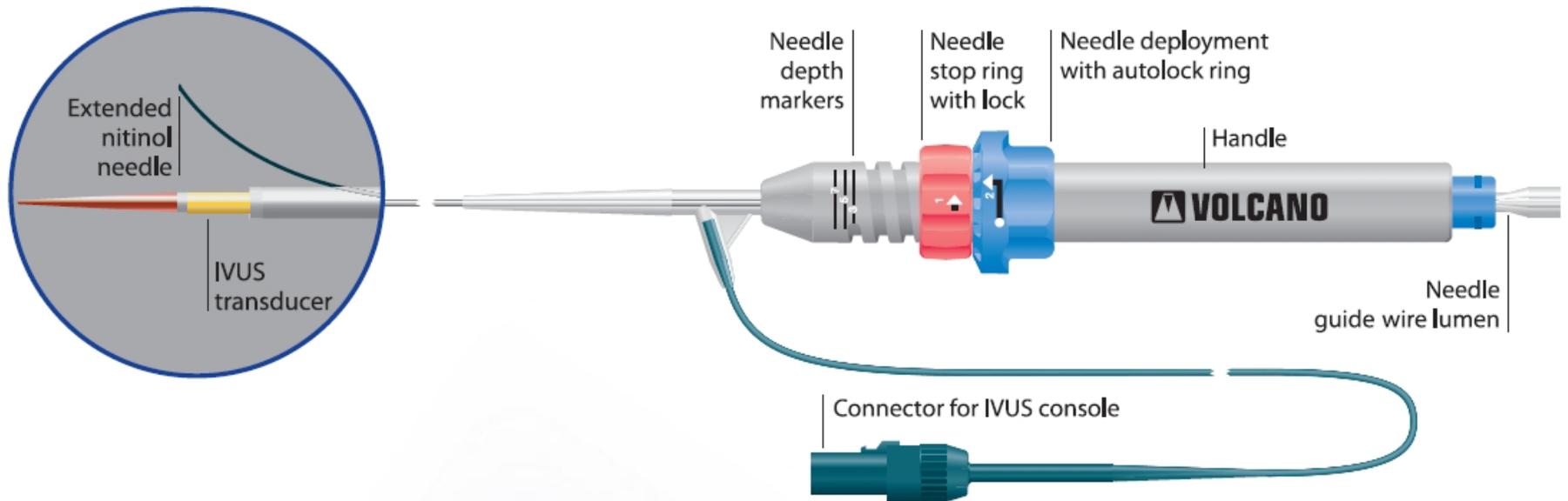






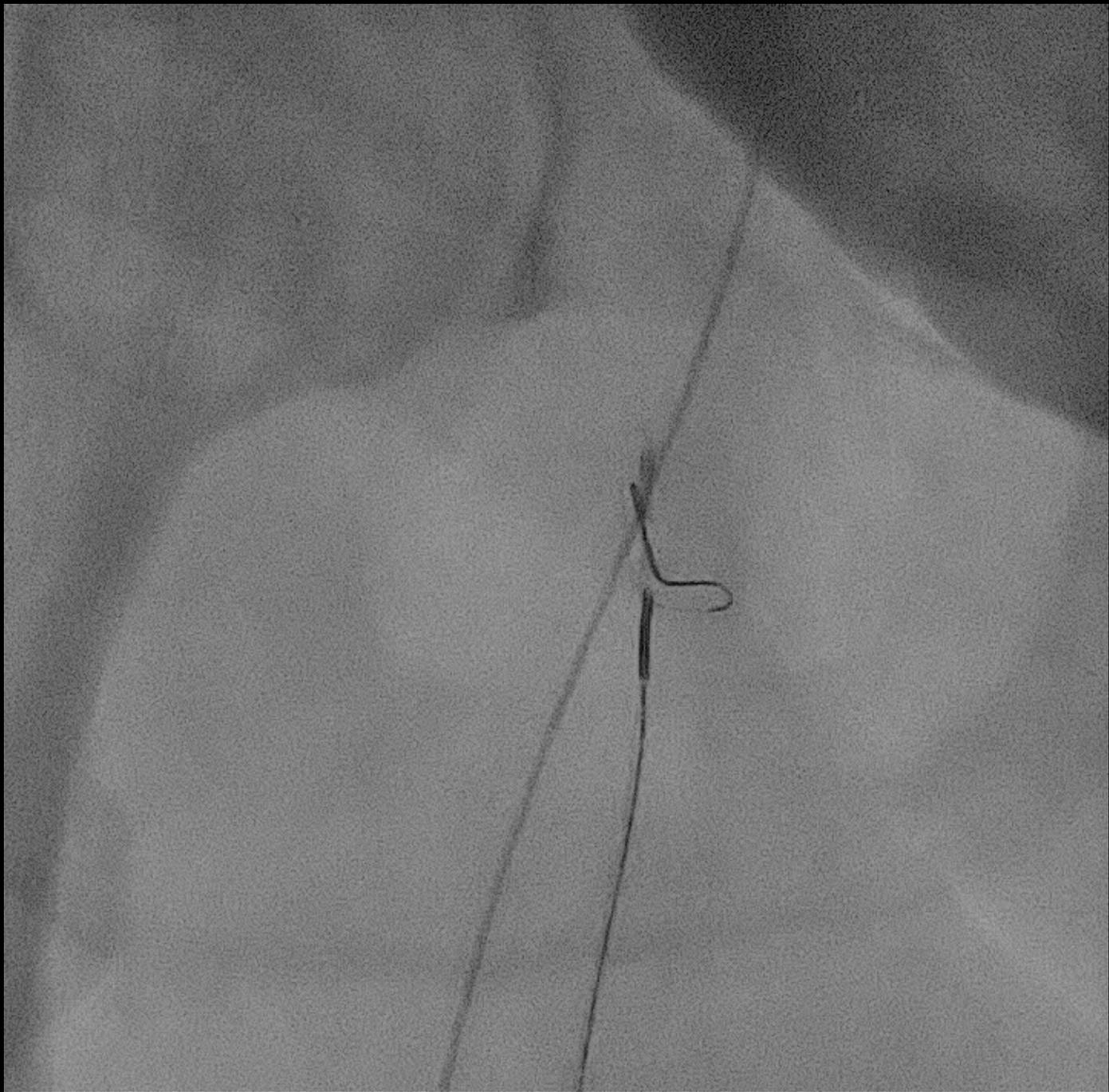
# ***Cathéter de ré-entrée Pioneer Plus\****

6 Fr - Double lumière – Ponction sous contrôle IVUS



**Le danger : en cas de ré-entrée trop haute sur la commune, risque de compromettre la profunde en rabattant un lambeau intimal**

**Objectif : cibler l'ostium de l'AFS pour préserver la profunde**



2 stents en kissing (BeGraft)

5/18 mm AFP par voie antégrade

7/38 mm AFS par voie rétrograde



2 stents en kissing (BeGraft)

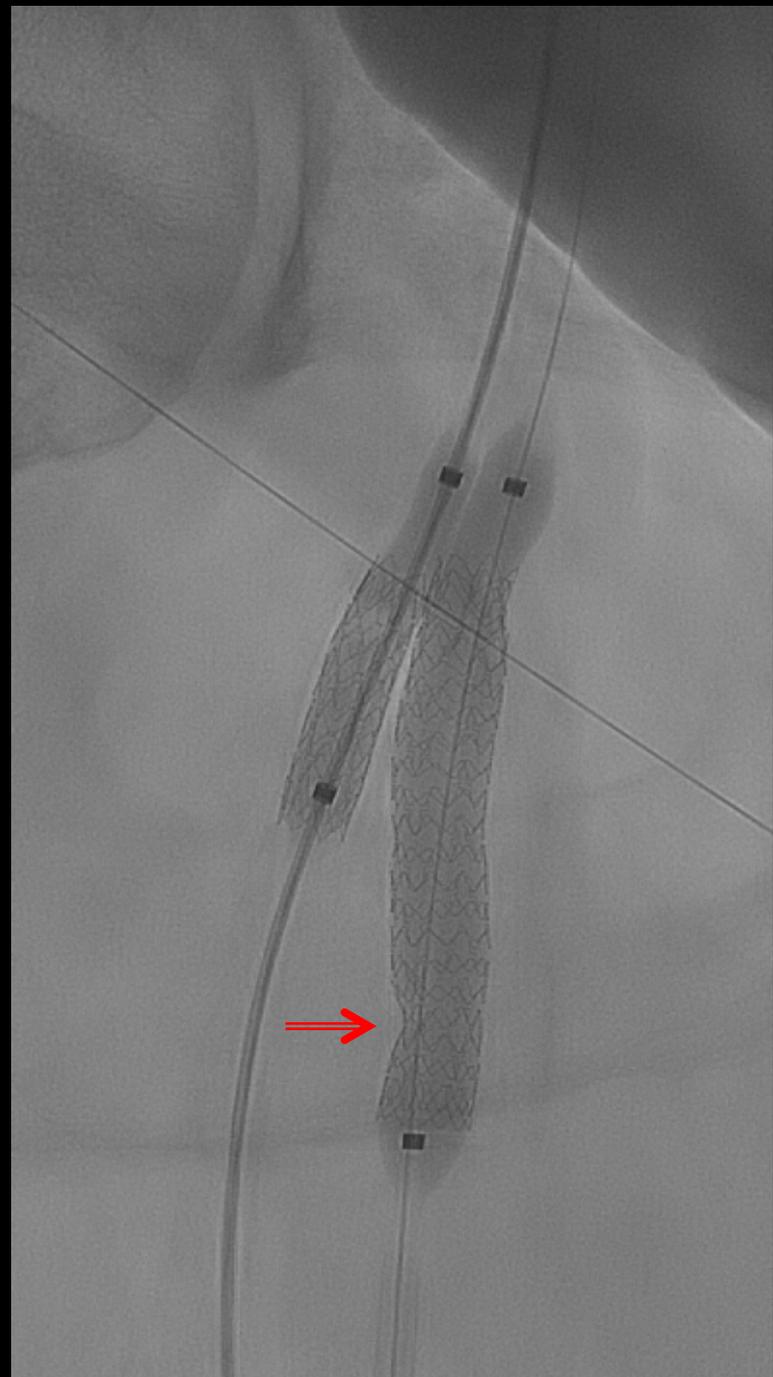
5/18 mm AFP par voie antégrade

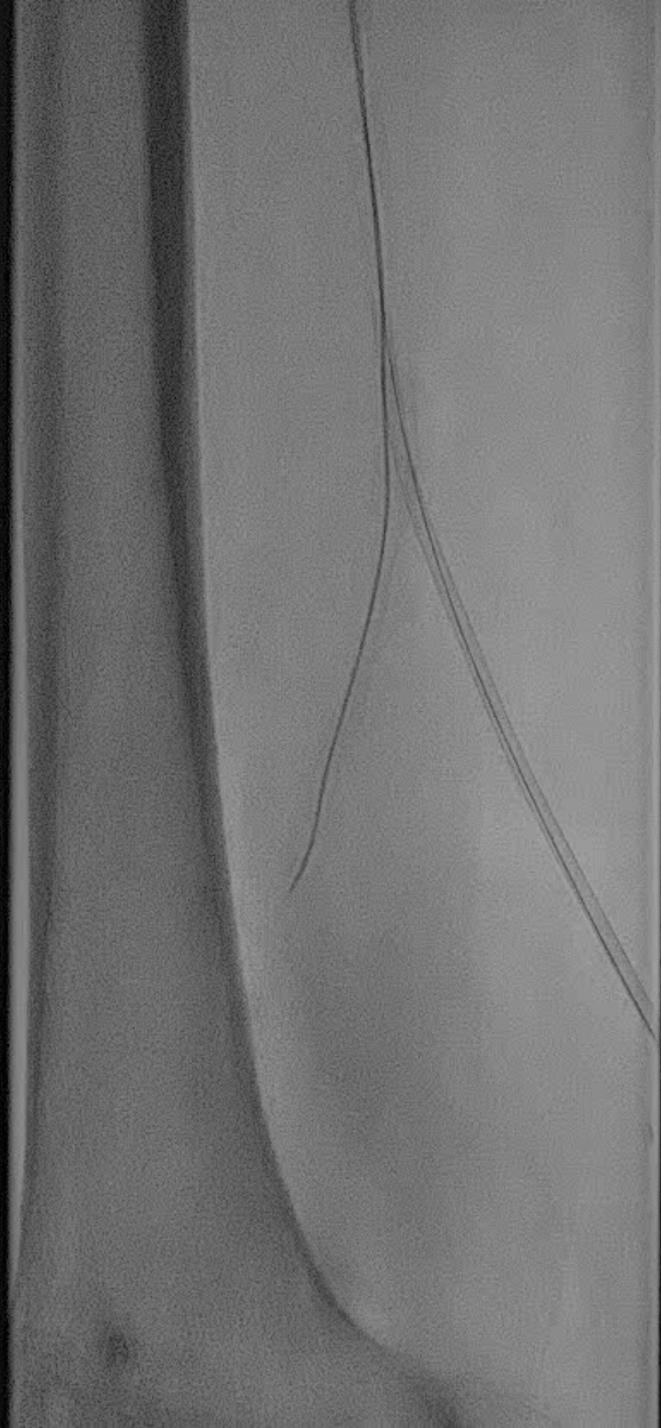
7/38 mm AFS par voie rétrograde

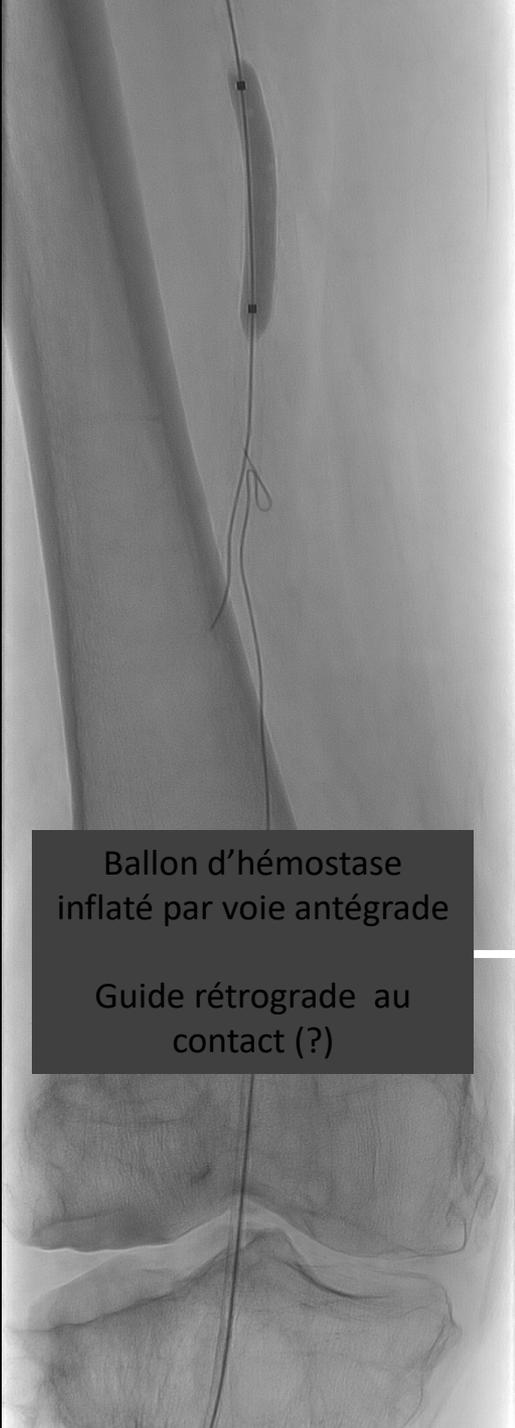
**CRO 2015**

« **Clampage du trépied fémoral.**

**Transection de l'AFS 4 à 5 cm**  
**après l'ostium.** Anastomose de  
la prothèse Gore-Tex VXT 6mm  
sur la portion initiale de l'AFS en  
termino-terminal »





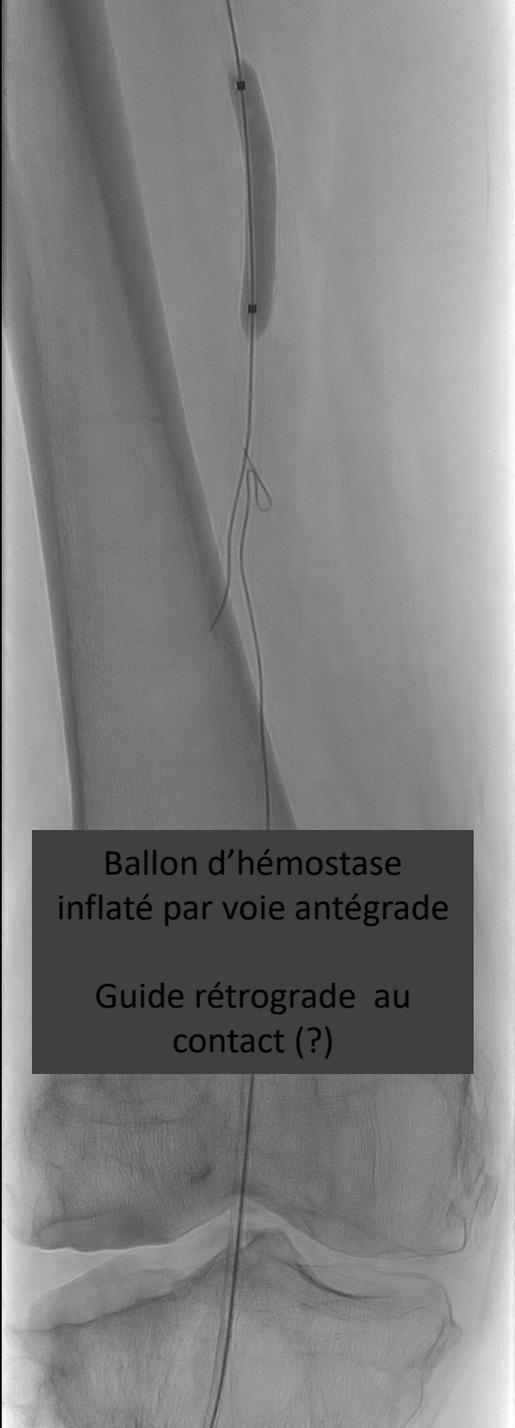


Ballon d'hémostase  
inflaté par voie antégrade

Guide rétrograde au  
contact (?)



SAFARI ?

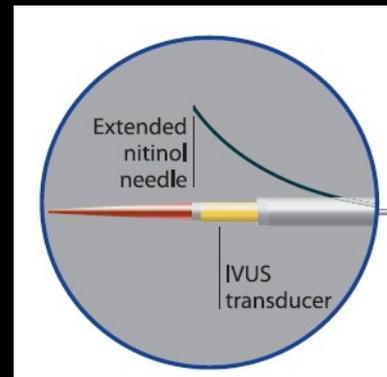


Ballon d'hémostase  
inflaté par voie antégrade

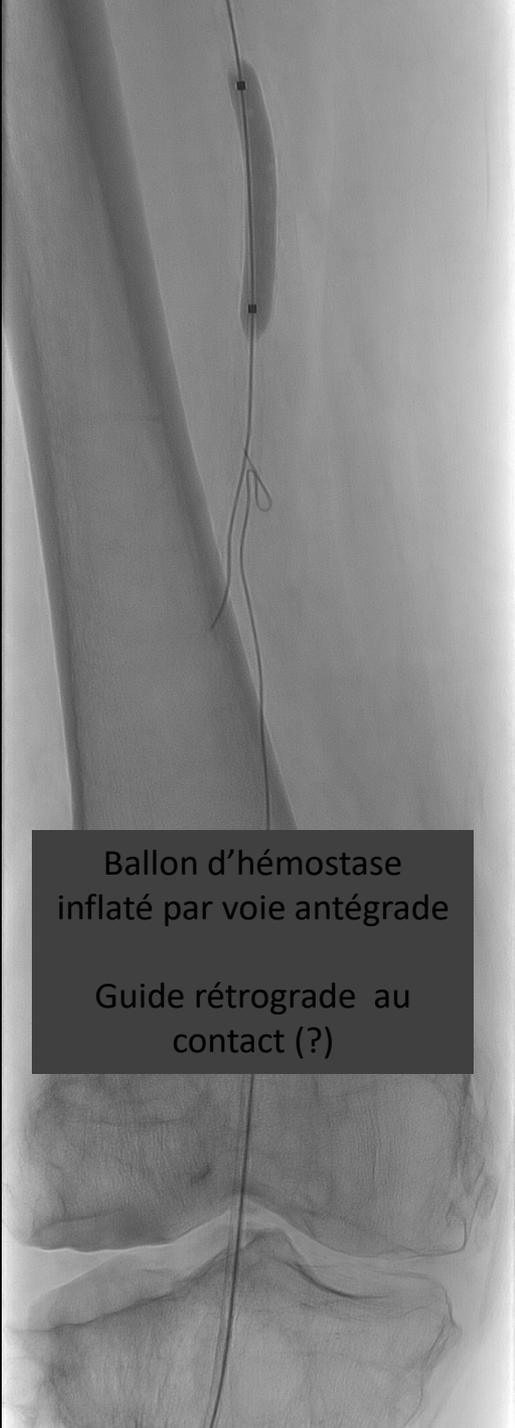
Guide rétrograde au  
contact (?)



Sonde Eagle Eye 0.14 Philips Volcano\*



Longueur maximale de l'aiguille  
du Pioneer\* = 7mm



Ballon d'hémostase  
inflaté par voie antégrade

Guide rétrograde au  
contact (?)

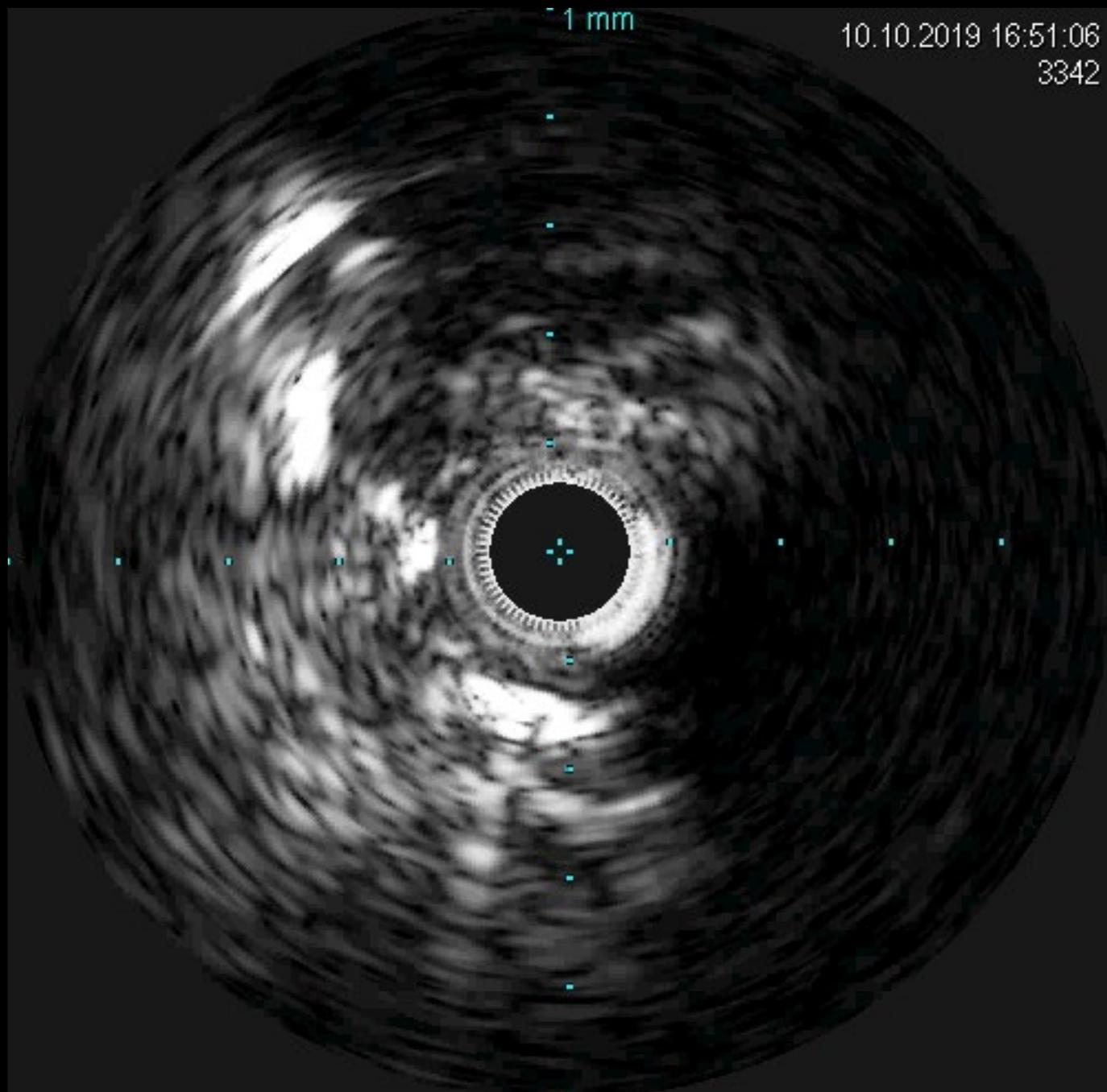


On identifie en IVUS  
la sortie de route

1 mm

10.10.2019 16:51:06

3342

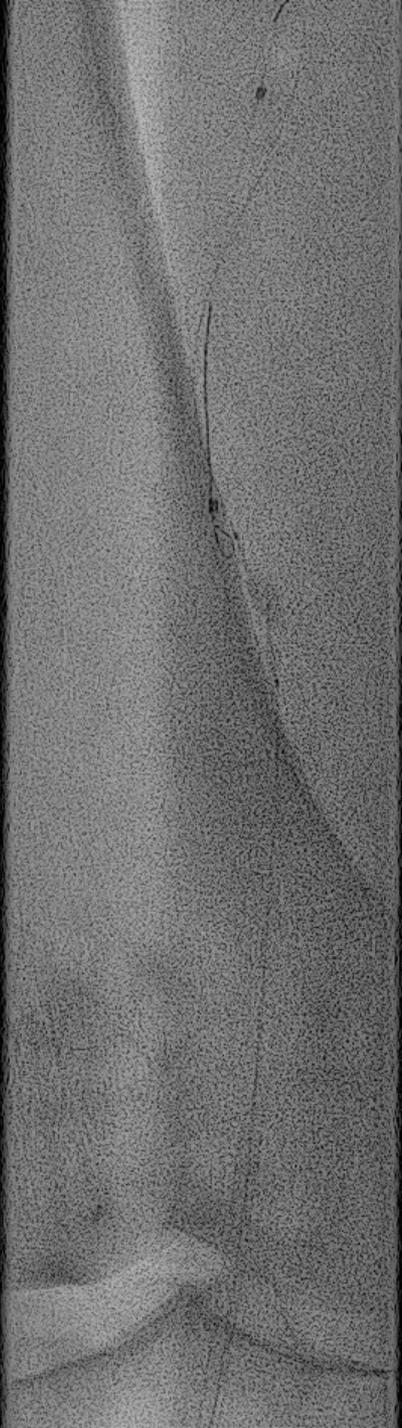
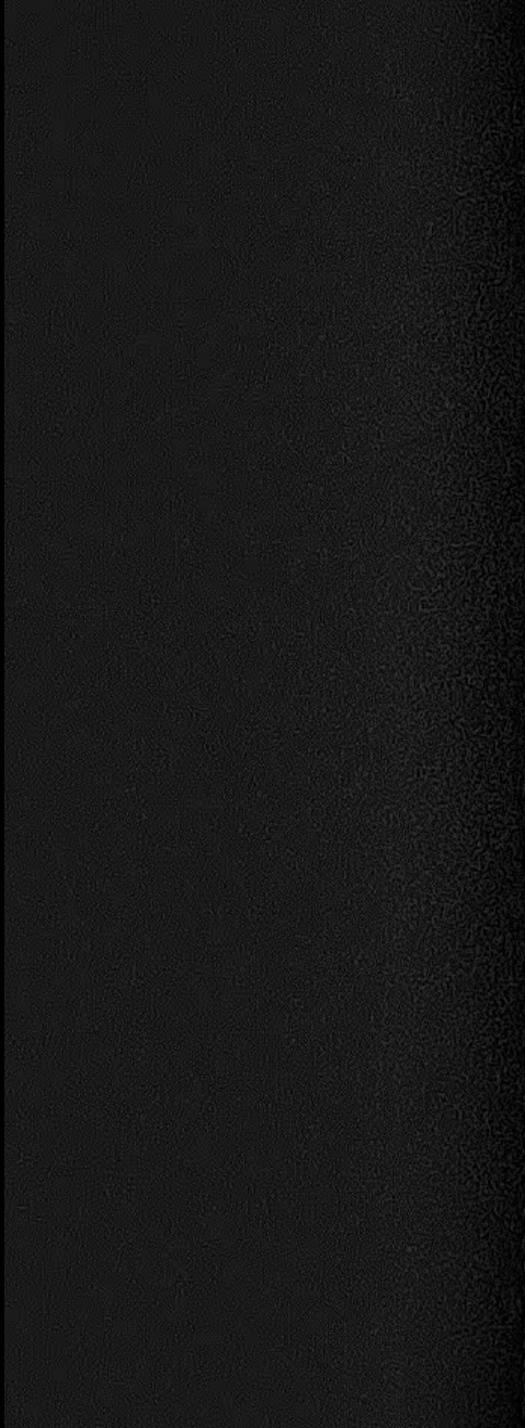




Hornet 14 (Boston)

Astato 40 (Asahi)





Guide antérograde sans doute dans le pontage prothétique (thrombosé depuis son origine) qui bute au hunter (anastomose?) sans possibilité d'aller plus bas

Guide rétrograde qui bute lui aussi rapidement sans possibilité de remonter, ni vers le pont, ni vers le vaisseau natif, avec sortie de route et extravasation de contraste ....

« **Clampage de l'AFS basse et de l'artère poplitée haute. Transection de l'AFS basse. Reflux poplité satisfaisant. Ligature de l'AFS qui est thrombosée. Anastomose en termino-terminal d'une prothèse Gore-Tex VXT 6mm »**





DES Eluvia 6/80 jonction F/pop

DCB Ranger 6/200 en amont  
de stent à stent

Ballon d'hémostase 3/40 ATA





# Conclusion

Après occlusion d'un pont fem/pop, il est possible de recanaliser un réseau natif ligaturé chirurgicalement ...

... au prix d'un geste difficile, long et coûteux

***cauchemar procédural !***

- Rôle salvateur
  - de l'**abord rétrograde**, parfois multiples
  - de la **navigation sous IVUS** et du **système de ré-entrée** (préservation de la profonde chez un claudiquant)
- Franchissement toujours très difficile de la zone ligaturée
  - Guide super stiff « inversé »
  - Aiguille (système de ré-entrée, Brockenbrough trans-septale)
  - Laser
- Récupérer le CRO avant de commencer +++