



Pontage versus traitement endovasculaire? Réflexion à partir d'un cas



Dr Arnaud Kerzmann
Service de Chirurgie
Vasculaire et Thoracique
Hôpital Saint Nicolas
Eupen



Début de l'affection

- ♂ né le 18/04/1938
- Vit à son domicile où il se déplace assez peu
- Se présente aux urgences le 17/07/2009 pour
⇒ **douleur** permanente de la moitié distale de la jambe et du pied droit
⇒ **plaie** bord interne du pied droit à hauteur de la tête du 1^{er} métatarsien présente depuis au moins 8 mois

Antécédents

- Fibrillation auriculaire et pacemaker
- Cardiopathie ischémique et infarctus
- HTA, dyslipidémie, diabète de type 2
- Insuffisance rénale chronique modérée (clearance de créatinine calculée à 45ml"/m²)
- Goutte
- Arthropathie des épaules
- Hypothyroïdie
- Prothèse totale des 2 genoux

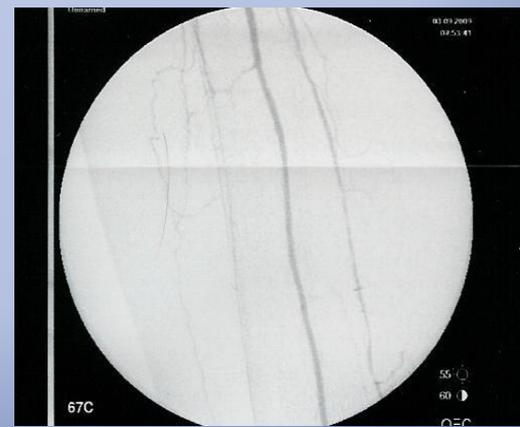
Examen clinique et Echo doppler

- Fémorales et poplitées palpées
- Pouls distaux non palpés
- Artères jambières incompressibles, pas d'ICB
- Bactériologie de la plaie du pied droit: MRSA et Serratia

- Echo doppler: pas de lésion sus-inguinale, fémorales superficielles et poplitées perméables, maladie des troncs jambiers

Artériographie fémorale

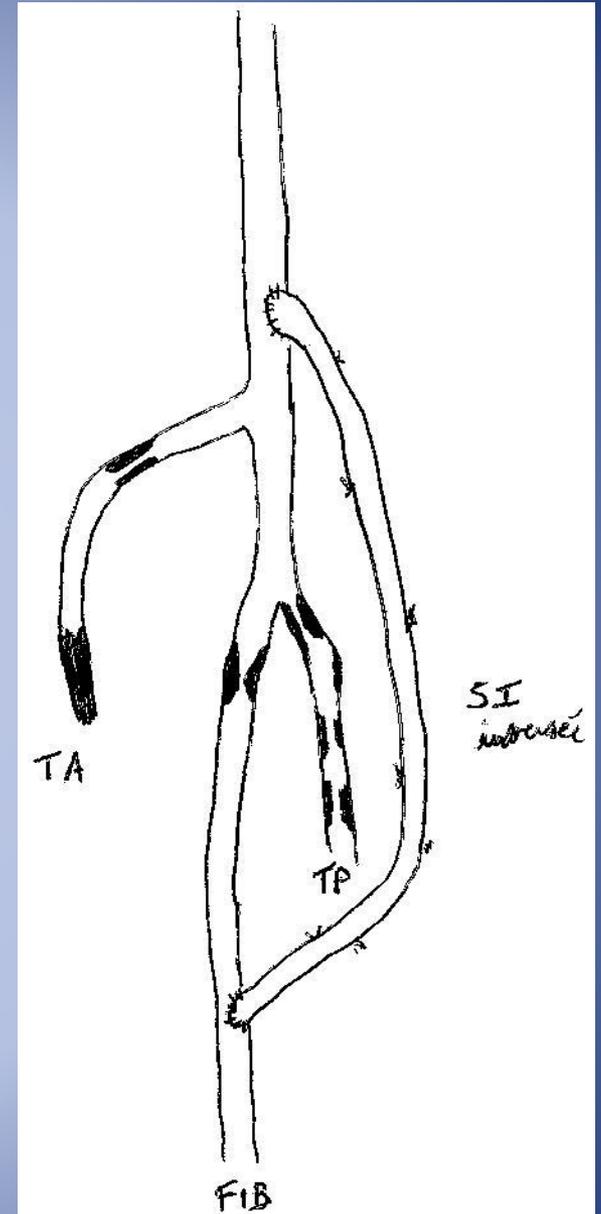
droite 03/09/2009



Chirurgie

15/09/2009

Pontage veineux inversé
poplitéo distal -
fibulaire droit



Suites opératoires

- Disparition des douleurs de repos
- Œdème de la jambe droite \pm **4 semaines**
- Légère déhiscence cicatricielle au tiers moyen de la face interne de la jambe droite \pm **5 mois!**
- Évolution de la plaie du pied droit qui met à nu la tête du 1^{er} métatarsien et la 1^{ère} articulation métatarso-phalangienne

Amputation transmétatarsienne droite

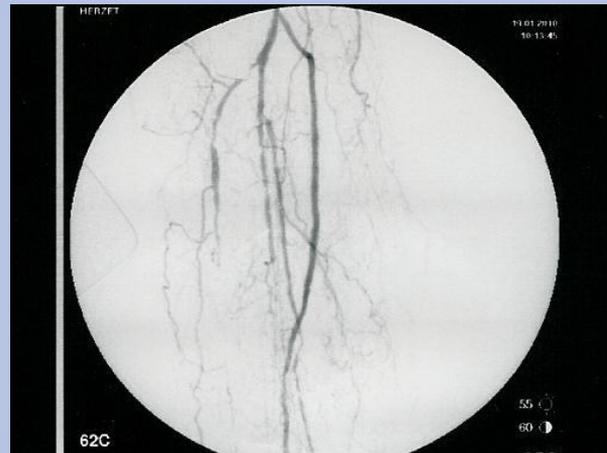
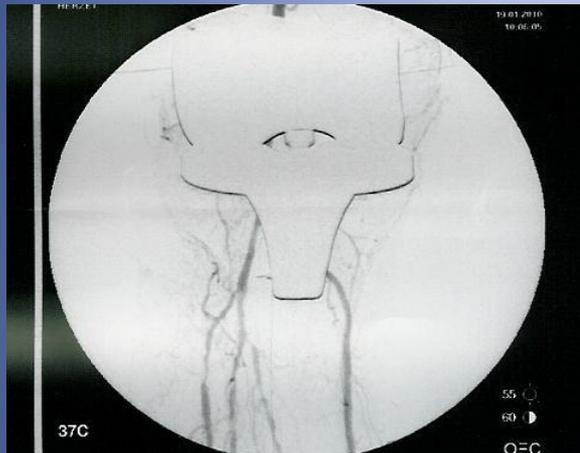
20/10/2009

- Refusée dans un premier temps par le patient
- Il regagne son domicile le 2/10/2009
- Suivi en consultation
- Revient aux urgences le 15/10/2009 en acceptant l'amputation, réalisée 5 jours plus tard
- Petite plaie au bord externe de la cicatrice en post-op

Evolution (1)

- Suivi pour le pontage et la plaie
- Fin décembre 2009, réapparition des douleurs de repos
- Pontage palpé mais flux très amorti à l'écho doppler à la consultation du 11/01/2010
- Fémorographie droite proposée

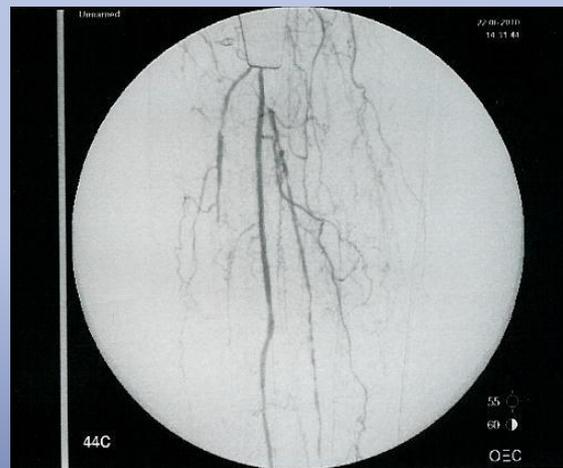
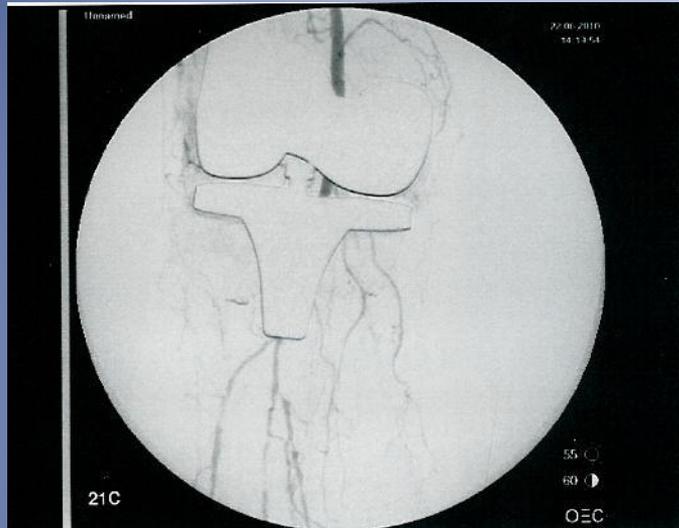
Angioplastie percutanée jambière droite 19/01/2010



Evolution (2)

- Disparition des douleurs de repos
- Lente amélioration de la plaie (mm)
- En juin 2010, réapparition des douleurs de repos et aggravation de la plaie
- Pontage non palpé et non retrouvé au doppler à la consultation du 14/06/2010
- Fémorographie droite **à nouveau** proposée

Angioplastie percutanée jambière droite 22/06/2010



Evolution (3)

- Disparition des douleurs de repos
- Cicatrisation complète de la plaie en moins de 2 mois
- Prothèse d'épaule droite en septembre 2010
- À la consultation du 01/08/2011, ni plaie, ni douleur de repos. Se sent très bien et a pris 20kg.....



Conclusion

- N'aurait-il pas mieux valu faire une angioplastie percutanée jambière d'emblée???
- « There is increasing evidence to support a recommendation for angioplasty in patients with critical limb ischemia and infrapopliteal artery occlusion where in-line flow to the foot can be re-established and where there is medical comorbidity. » TASC II, Eur J Vasc Endovasc Surg Vol 33, Supplement 1, 2007.



ST. NIKOLAUS-HOSPITAL EUPEN

**Merci beaucoup pour votre
attention**



LEF 13 - Gembloux 21 octobre 2011