Service de Chirurgie Vasculaire :
Pr. Ph.Plagnol
Dr.F.Bucci-Dr.F.Depasquale
Centre Hospitalier Sud Gironde
Université Victor Ségalen Bordeaux 2

Carole Guérin,
Denis Pommat (ibodes)

Centre Hospitalier
Sud Gironde

AFICV

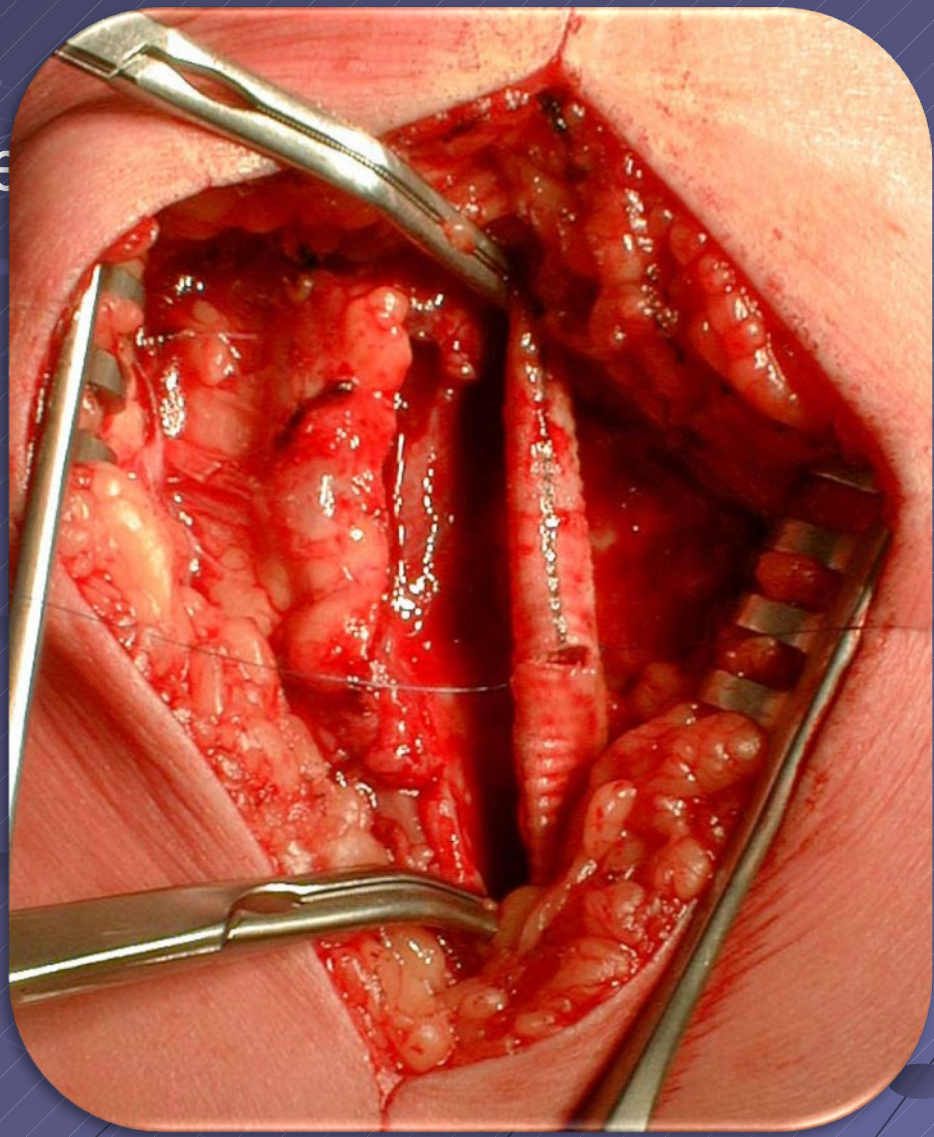
Association Française des Infirmières
de Chirurgie Vasculaire

N° organisme de formation : 31.59.06284.59

Les pontages fémoro fémoraux croisés versus les pontages ilio fémoraux directs

INTRODUCTION

- Définition : technique chirurgicale circuiter un obstacle
- Alternative:
- Pontages anatomiques :
- Pontages extra anatomiques:



INDICATIONS

- Axe iliaque comportant des lésions occlusives et/ou complexes avec +/- lésions fémorales
- Evaluation de la faisabilité par l'imagerie

Quelles alternatives ?

- Élargissement des indications endovasculaires dans les atteintes unilatérales ilio-fémorales.
- Lésions étendues (type C/D TASC working group)
  - ➔ chirurgie «conventionnelle»
- Alternatives chirurgicales : les PONTAGES
  - aorto-fémoral unilatéral,
  - Ilio-fémoral direct,
  - Extra-anatomique (axillo-fémoral) +/- Thrombo endartériectomie
  - Fémoro-fémoral croisé,

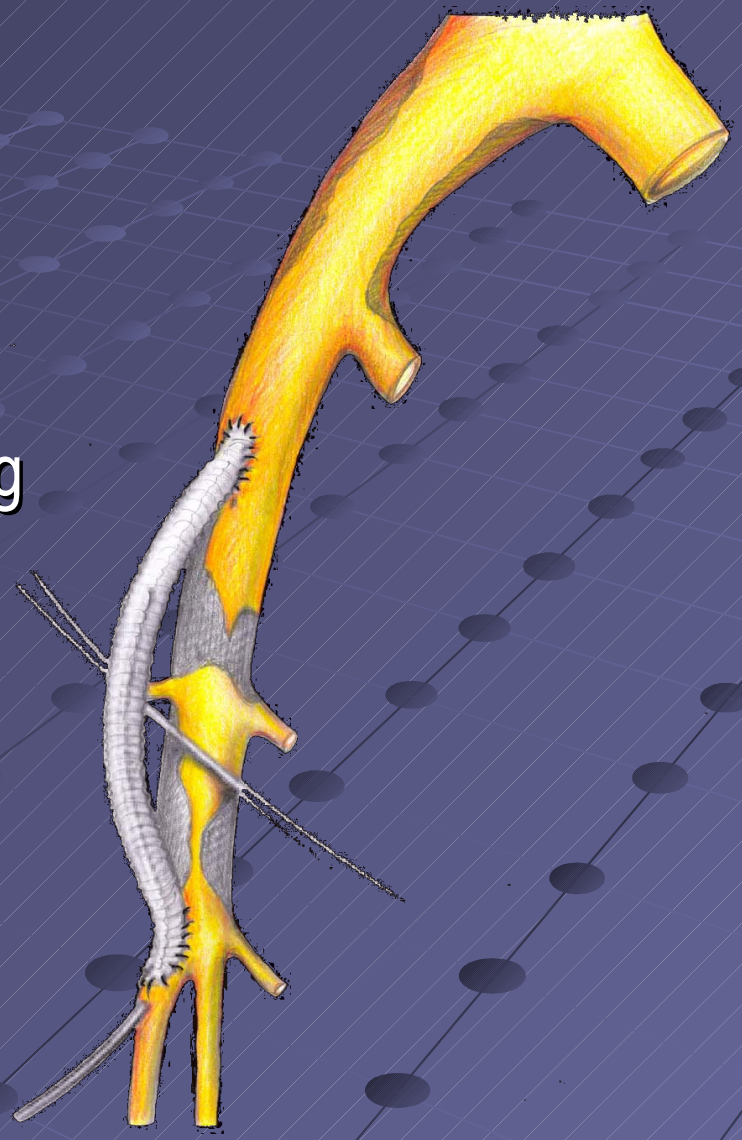
Alternatives chirurgicales (1)

- **Aorto-fémoral unilatéral**
  - Excellente perméabilité à long terme
  - Assez lourde Morbi-mortalité

D'après Schneider JR, Besso SR, Cronenwett JL. Femorofemoral versus aortobifemoral by-pass outcome and hémodynamique results. J Vasc Surg 1994 ; 19 : 43-55.

Alternatives chirurgicales (2)

- **Ilio-fémoral direct**
  - Longtemps l'alternative de choix
  - Etudes multiples : résultats à long et moyen terme satisfaisants.



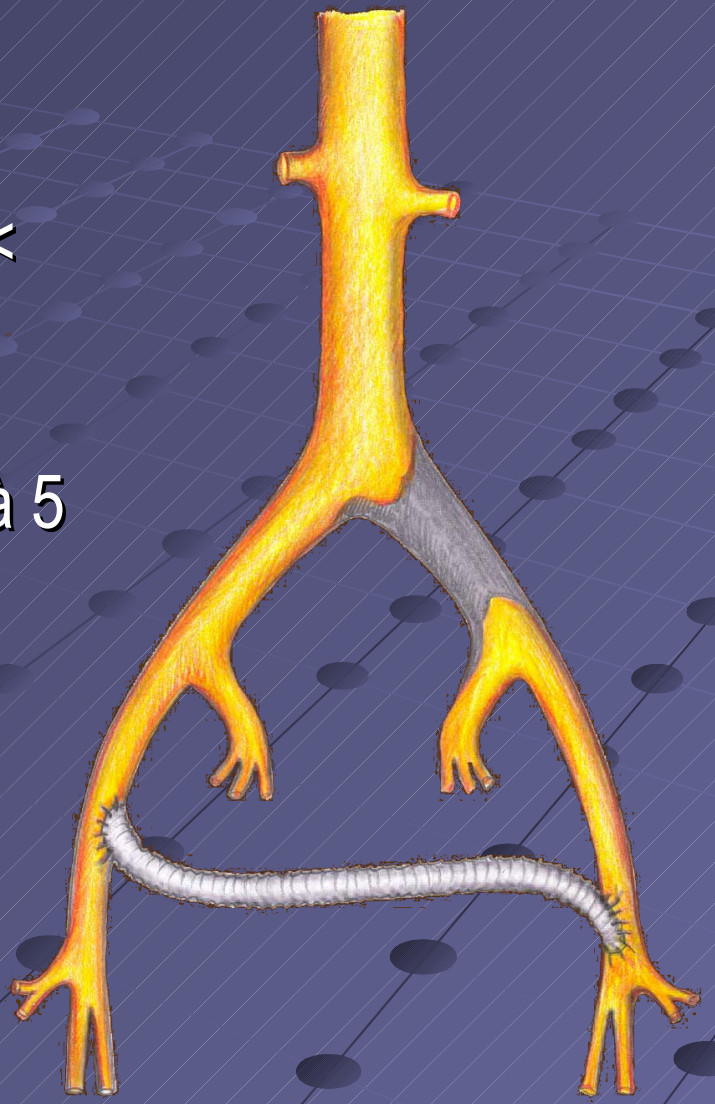
Alternatives chirurgicales (3)

- **Extra- anatomiques autres que croisés** (axillo-fémoral, aorte thoracique…)
  - Agression a minima
  - Complications évolutives élevées

D'après Harrington ME,Harrington EB,Haimov M,Schanzer H, Jackson JH II Axillofemoral bypass: compromised by-pass for compromised patients. J Vasc Surg 1994 ; 20 : 195-201

Alternatives chirurgicales (4)

- **Fémoro-fémoral croisé**
  - Séries historiques (1,2) : mortalité opératoire 15%, perméabilité à 5 ans < 40%
  - Début 90 séries plus nuancées (3) : mortalité opératoire 5%, perméabilité à 5 ans > 65-70%



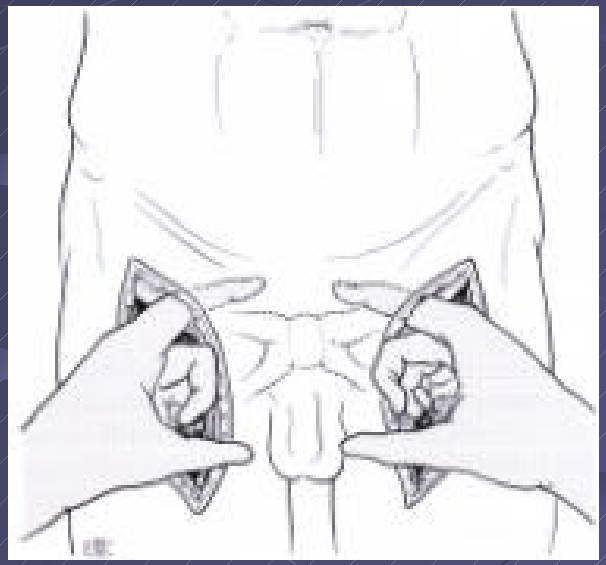
(1) Plecha FR, Plecha FM. Femorofemoral by-pass grafts: ten-year experience. J Vasc Surg 1984; 1 :555-61

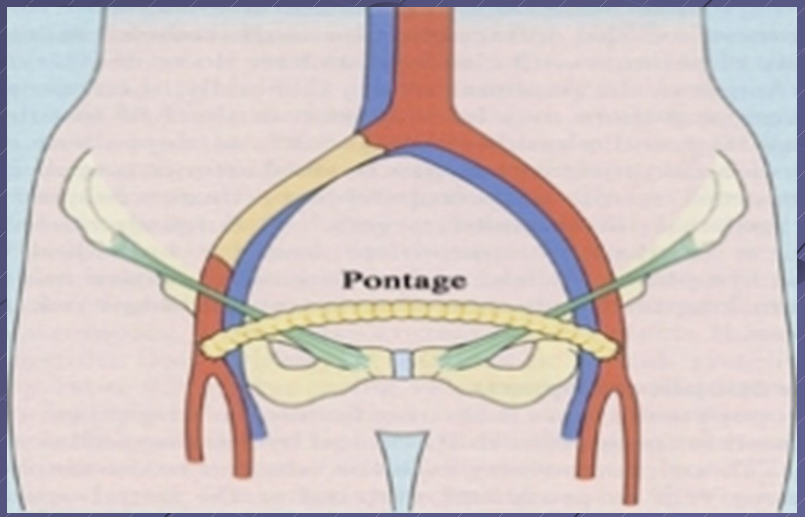
(2) Eugene J, Goldstone J, Moore WS. Fifteen-year experience with subcutaneous bypass graft for lower extremity ischemia. Ann Surg 1977; 186:177-83

(3) Ng RL, Gillies TE, Davies AH, Baird RN, Horrocks M. Iliofémoral versus femorofemoral bypass a 6-year audit. Br J Surg 1992; 79:1011-1013

Alternatives chirurgicales(4)

- Pontage fémoro- fémoral :
  - anastomose proximale sur AF avec axe iliaque sain
  - Anastomose distale AF contro latérale
- Pas d'abord abdominal donc pas de clampage aortique . Intérêts +++ pour patients fragiles





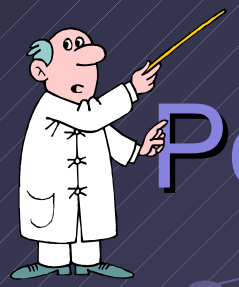
BUT

- Pontages directs ou croisés :
  - Quels choix ? Quels patients ?

- Étude rétrospective des résultats obtenus au CH Sud Gironde depuis 20 ans.

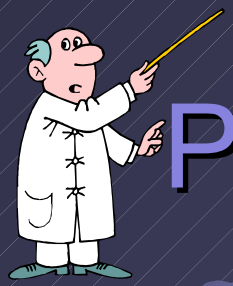
Patients et Méthodes (1)

- Patients ayant bénéficié d'une revascularisation ilio-fémorale directe (IFD) ou fémoro-fémorale croisée (FFC) sur la période de Janvier 1992 à Décembre 2012.
- 154 patients :
  - GROUPE 1 : FFC N = 79
  - GROUPE 2 : IFD N = 75
- Logiciel E.Vasc



Pontages croises/directs

- PAS DE DIFFERENCE SIGNIFICATIVE ENTRE LES 2 GROUPES POUR
  - Le sexe
  - L'âge
  - Les facteurs de risque
  - sauf p. inf. à 0.03 pour cardiopathies ischémiques, plus fréquentes dans le groupe des pontages croisés



Pontages croises/directs

- Pas de différence dans la répartition des gravités ischémiques des MI:
  - env.50% de stade 2
  - 25 et 22 % de stade 3
  - 8 et 11% de stade 4
  - env.12% de pathologies diverses +/- associées (anévrismes. dissections…)

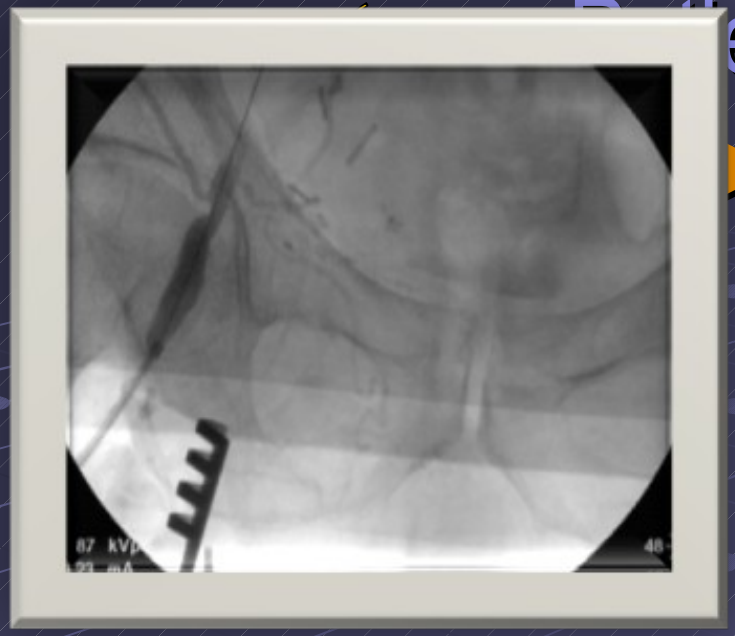
Patients et Méthodes (5)

► Matériels

	Groupe 1 FFC	Groupe 2 IFD	
Dacron	41	33	NS
PTFE	33	27	NS
Autres (greffons autologues, prothèses diverses…)	7	13	p<0,01

Patients et Méthodes (6)

Gestes associés



	Groupe 1 FFC	Groupe 2 IFD
Endartériectomies	12	20
Angioplasties sus , sous jacentes	8	6

Résultats (1)

► Complications précoces

	Groupe 1 FFC	Groupe 2 IFD	
Reprise	3	3	NS
Amputation majeure	1	1	NS
Hématome / Lymphocèle	12	6	P<0,03
Décès	2	2	NS

Résultats (2)

	Groupe 1 FFC	Groupe 2 IFD	
Asymptomatiques	47 3 années moy.	46 +3 années moy.	NS
Résiduels	21 Stade II 2 Stade III	18 Stade II 3 Stade III	NS
THROMBOSES	7	9	NS
Décès (après 30j)	6 À + 4 années my.	5 À + 3 années my.	

Conclusions (1)

- Absence de différence significative de détérioration des résultats entre les 2 groupes.
- Taux mortalité précoce sensiblement identique aux autres études : 4 – 8 % selon auteurs.
- Résultats comparables à facteurs de risques égaux.

MAIS :

- Beaucoup de perdus de vue clinique après 3 ans

Les pontages croisés
Prise en charge infirmière

- Pose indication chirurgicale
- Consultation anesthésie
- Prise en charge dans le service
  - Prise en charge psychologique
  - Préparation cutanée du futur opéré
  - Constitution du dossier complet
  - Respect du jeûne , prémédication si besoin

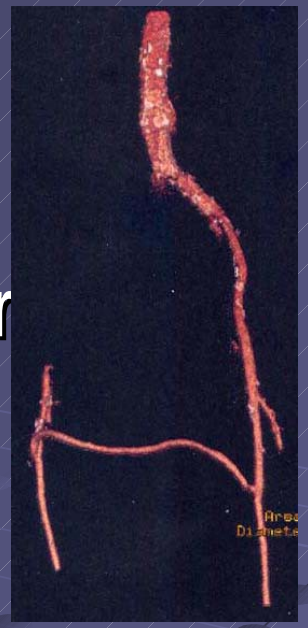
Prise en charge infirmière

- Post opératoire
- Prévention du risque et éducation du patient

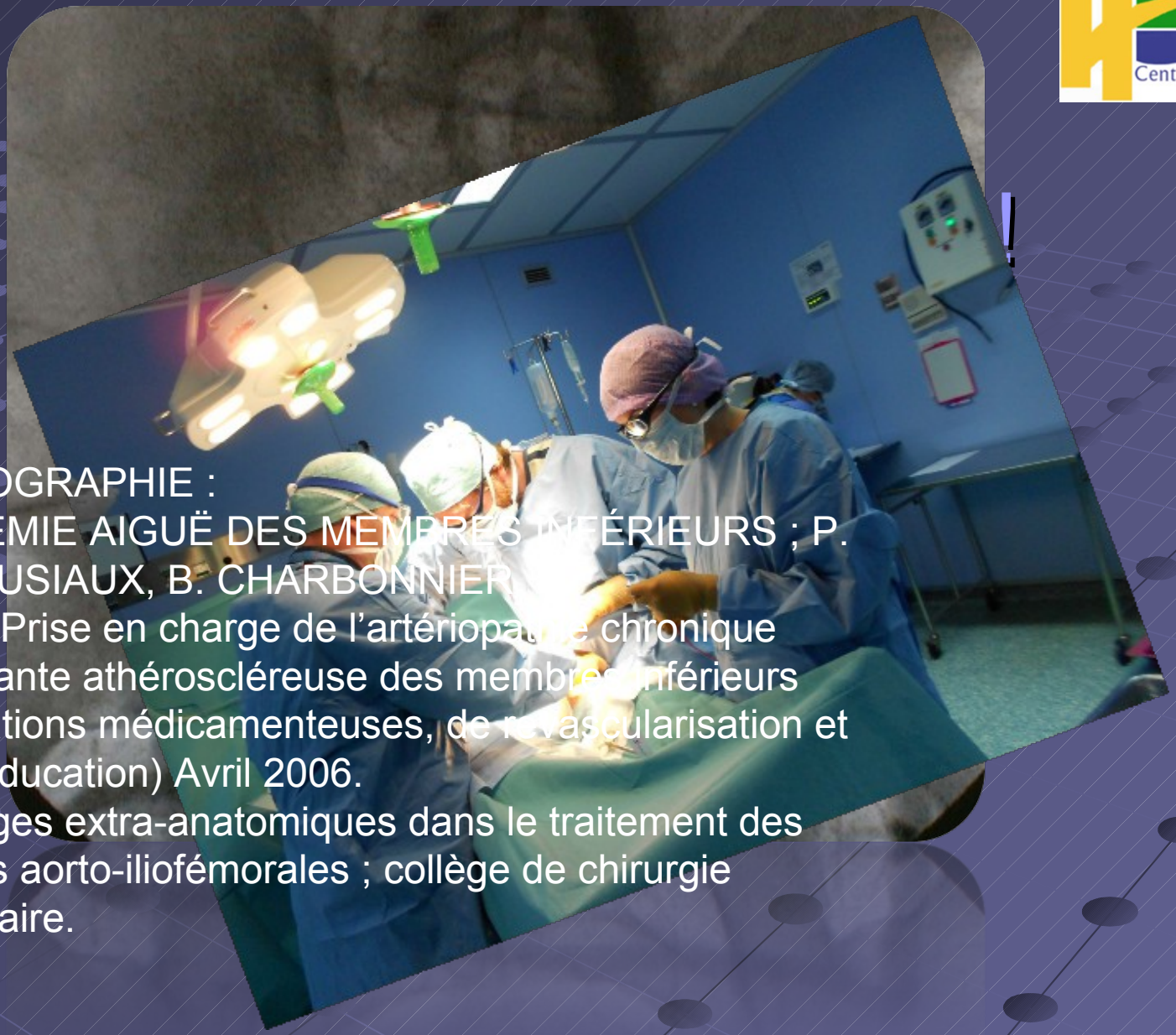
➢ La prévention repose :

- La surveillance clinique
- La surveillance par écho doppler
- La correction des anomalies dépistées
- Le traitement anti agrégant

Conclusions (2)



- Pontage croisé ne doit pas être un choix par défaut.
- Doit être privilégié devant (1):
  - Abdomen « rebelle »
  - Insuffisance respiratoire chronique sévère
  - Sujet jeune avec une atteinte hypogastrique potentielle
  - Risque cardiaque
- Geste(s) associé(s) très souvent :
  - Axe donneur +++
  - Trépied côté receveur



BIBLIOGRAPHIE :
ISCHÉMIE AIGUË DES MEMBRES INFÉRIEURS ; P. LERMUSIAUX, B. CHARBONNIER
HAS : Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation) Avril 2006.
Pontages extra-anatomiques dans le traitement des lésions aorto-iliofémorales ; collège de chirurgie vasculaire.