

La transposition de l'artère fémorale est une option durable pour le traitement des anévrismes de l'artère poplitée

Gaël Bounkong et al. Paris, CHU Pitié-Salpêtrière. (J Vasc Surg 2018)

RÉSUMÉ

Objectif

Le pontage en veine grande saphène (GSV) est considéré actuellement comme la meilleure technique pour la reconstruction artérielle d'un anévrysme de l'artère poplitée (PAA). Quand la VGS est absente, variqueuse ou de trop petit diamètre pour réaliser un pontage fémoro-poplitée, les alternatives à la VGS sont les prothèses, mais leur perméabilité à long terme est médiocre pour les pontages infragéniculaires. Les autres autogreffes veineuses sont d'un usage marginal et les endoprothèses encore dans les premiers stades de leur évaluation à moyen terme. En pratique, un segment suffisamment long et non anévrysmal de l'artère fémorale superficielle homolatérale (AFS) est souvent utilisable comme matériel de pontage chez les patients ayant un PAA. Ce segment artériel a souvent des caractéristiques morphométriques qui correspondent souvent de manière optimale à celles de la bifurcation poplitée. Pour cette raison, l'autogreffe artérielle de l'AFS (AAFS) est devenue notre technique choix lorsque la GSV homolatérale n'était pas utilisable. Nous présentons ici les résultats à long terme de l'utilisation des AAF pour le traitement des AAP en l'absence de VGS utilisable.

Méthodes

Dans cette étude monocentrique, tous les patients ayant bénéficié au cours des 26 dernières années de la mise en place d'une AAF pour le traitement d'un AAP ont été revus rétrospectivement. Les données démographiques, les facteurs de risque, les comorbidités, la morphométrie de l'AAP et les données préopératoires et de suivi ont été analysés.

Résultats

De 1997 à 2017, les dossiers de 67 patients ayant un AAP et traités par une AAFS ont été revus. L'âge moyen des patients était 67,6 ans, 98 % étaient des hommes. Les symptômes liés à l'AAP étaient une claudication intermittente dans 25 % des cas (n=17), une ischémie critique des membres inférieurs dans 7 % des cas (n=5), une ischémie aiguë chez 10 % des cas (n=7), enfin 51 % des patients (n=34) étaient asymptomatiques. Le diamètre moyen de l'AAP était de 29 ± 11 mm [12-61 mm]. Le temps opératoire moyen était de 254 ± 55 minutes [140-480 minutes], avec un temps de clampage moyen de $64,5 \pm 39$ minutes [19-240 minutes]. La durée médiane du séjour hospitalier était de 9 ± 4 jours [5-42 jours].

Il n'y a pas eu d'amputations ou de décès précoces. Au cours d'un suivi moyen de $47,9 \pm 48,23$ mois, il y a eu 2 sténoses anastomotiques, 11 thromboses du pontage (16%), une infection prothétique et une dégénérescence anévrysmale de l'AAFS ; 6 patients sont décédés d'une pathologie non liée à la chirurgie. Les taux de perméabilité primaire et secondaire à 1, 3, 5 et 10 ans étaient respectivement de 93 % et 96 %, 85 % et 90 %, 78 % et 87 % et 56 % et 87 %.

Conclusions

Ces données suggèrent que l'utilisation de l'AAFS pour les AAP est une option durable. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats et déterminer l'intérêt de cette technique en tant que stratégie de référence.

Commentaires

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une durée de 20 ans avec les aléas habituels de qualité de suivi de ces études. Un suivi moyen de $47,9 \pm 48,2$ mois avec une médiane de suivi de 3 ans dans une étude dont le premier patient a été opéré en 1997 suggère qu'un certain nombre de patients ont été perdus de vue. Le taux de perméabilité à 10 ans est excellent et la mortalité opératoire nulle. Ces résultats à long terme devraient être confirmés par des registres multicentriques.