



Réunion ARCHIV 2023

« Scarpas hostiles » situations cliniques

•Dr Chloé GERI

Patient 1.

- ✓ 69 ans. Tabagique. HTA
- ✓ Aout 2020: Pontage prothetique Axillofemoral G
- ✓ Sept 2020: Pontage fémoro poplité bas à G veine in situ
- ✓ Mai 2021: thrombose du pontage (suite effort de portage en kine?), aortobifemoral le 11.06. Suites simples
- ✓ 15juin. Tableau septique abdo. Ischémie colique. Colectomie, colostomie. IR aigue

21.06



23.06



28.06



21.06



23.06



28.06



TPN avec instillation de sérum phy. (protection film de PU, pont)



08juillet: Synd coronarien aigu, angioplastie

20 juillet: sortie de réa

13.07



15.07



22.07



13.07

22.07



22.09



DC le 29.09

Patiente 2.

- ✓ 55 ans
- ✓ Diabète
- ✓ Obésité
- ✓ Vue à M1 pour retard de cicatrisation
- ✓ Pas de matériel

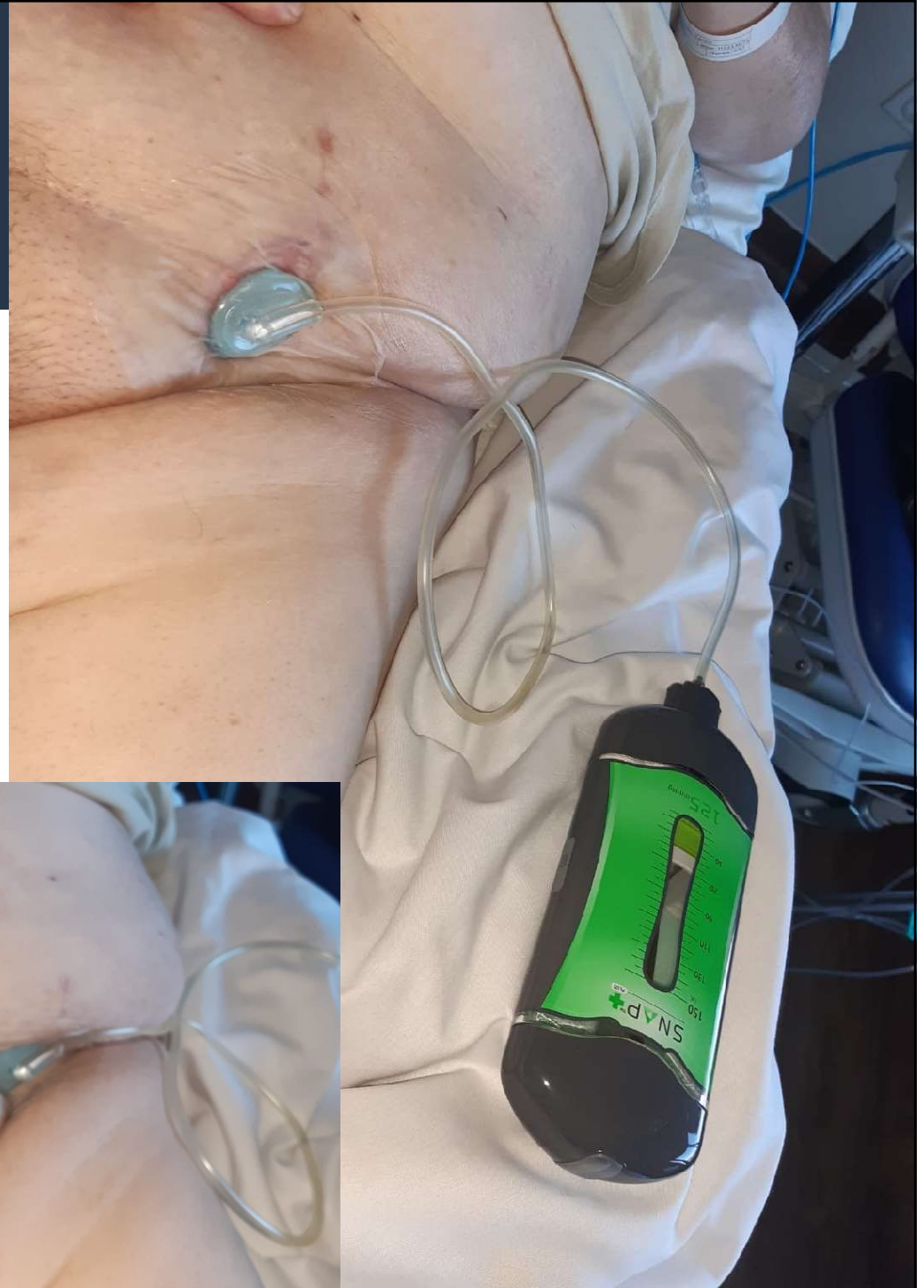
18.02.22





28.02





07.03

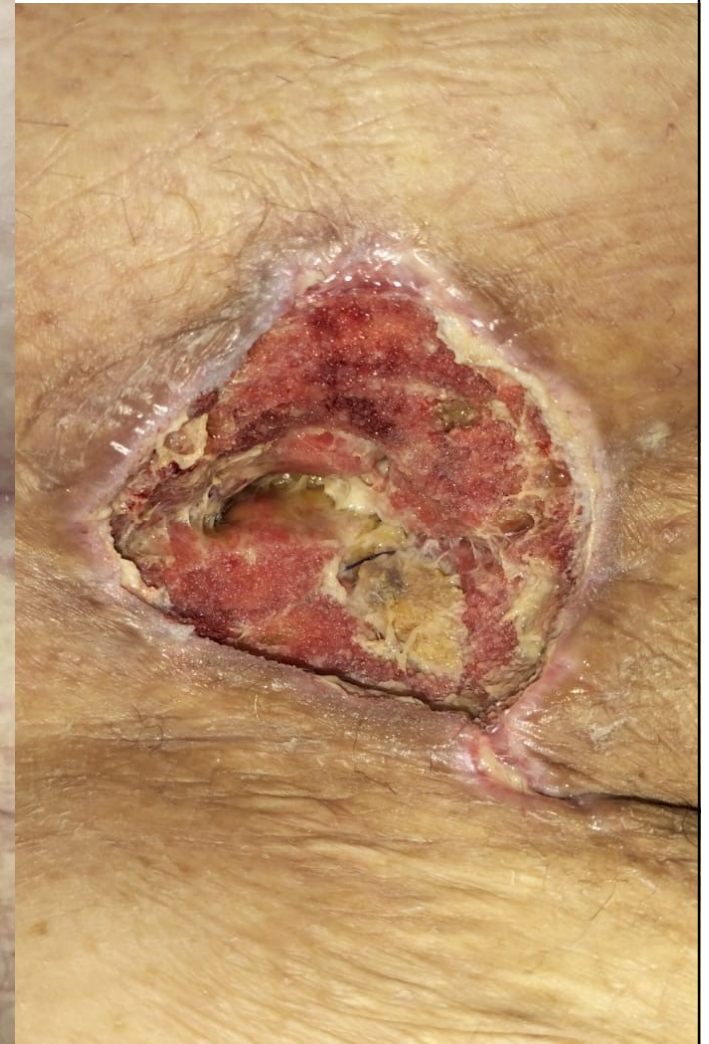


Patient 3:

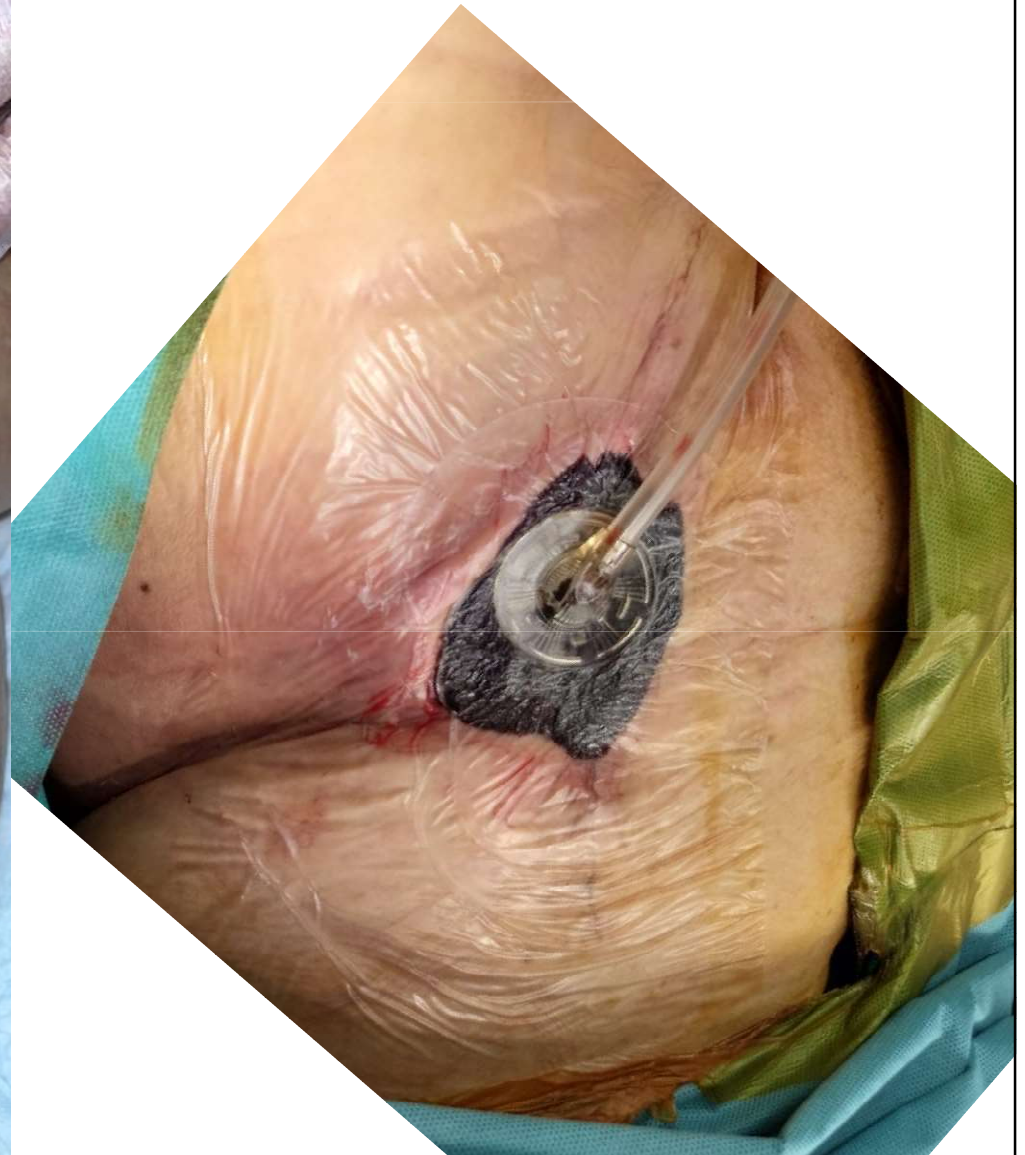
26.09

28.09

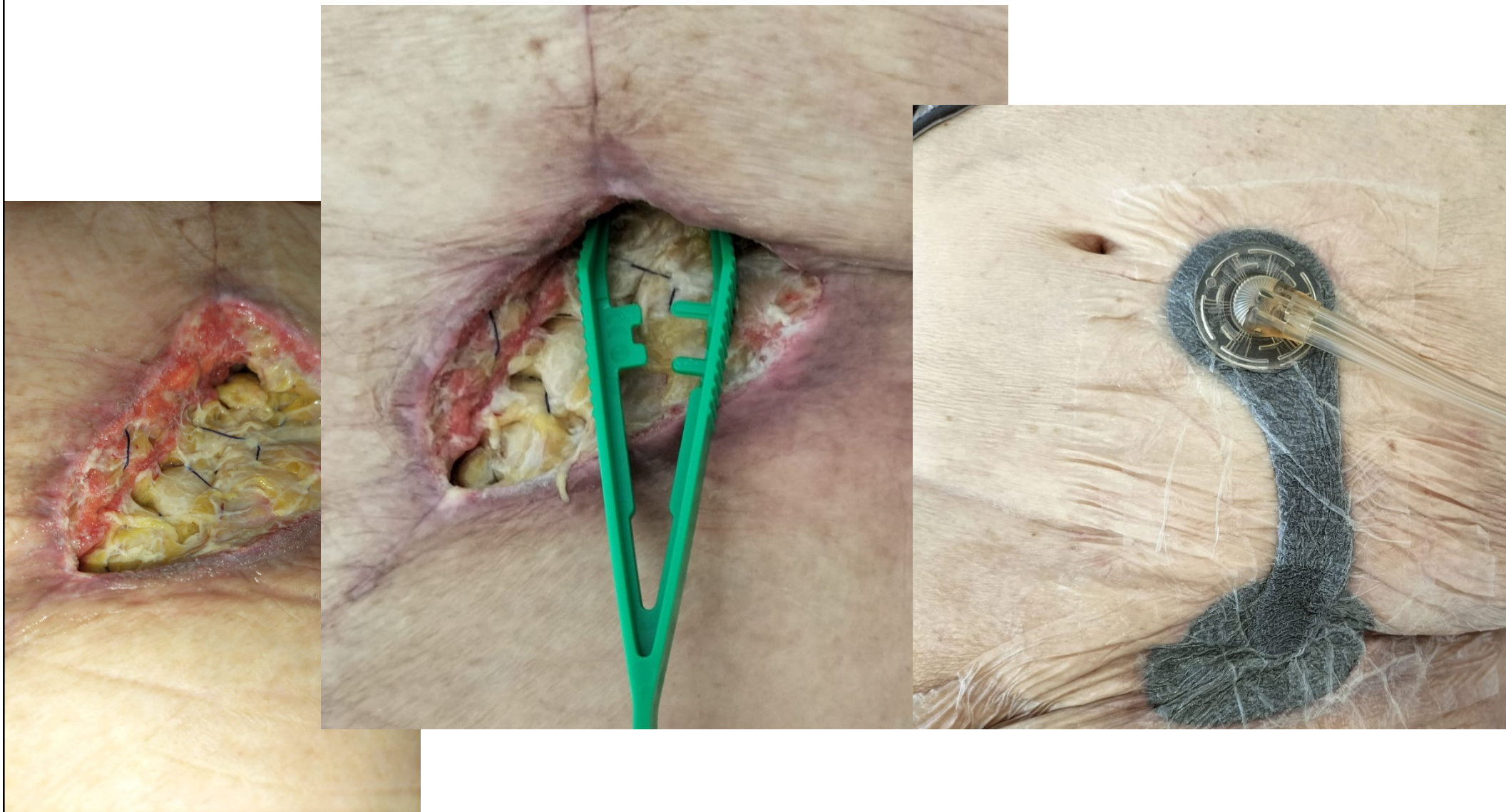
01.10



Patient 4:
12.01 patch prothétique. Parage au bloc



J3 pansement en chambre: déport du track-pad



02.02 départ SSR



Patient 5:

Chir le 21.12.22

- ✓75 ans DT2,
- ✓HTA,
- ✓tabac sevré,
- ✓IMC 35,
- ✓lobectomie pulm 2021

TITRE : Endarteriectomie du trepied fémoral droit et pontage séquentiel fémorofémoral profond (SILVER 8mm) avec réimplantation de la superficielle dans la prothèse + angioplastie de tout l'axe iliaque avec stent (2x LIFESTREAM 9x58)

INDICATION OPÉRATOIRE : Patient présentant une ischémie d'effort du membre inférieur droit avec périmètre de marche < 100m. Le bilan pré opératoire retrouve une sténose fémorale commune et une occlusion segmentaire de la fémorale profonde. Décision de chirurgie.

INTERVENTION

Patient en décubitus dorsal sous anesthésie générale. Désinfection cutanée selon le protocole en vigueur.

Abord longitudinal du scarpa droit. Contrôle et mise sur vessel loop de l'artère fémorale commune, l'artère fémorale profonde, l'artère fémorale superficielle. Contrôle de l'artère fémorale commune jusqu'aux douleurs calmées il existe un athérome massif avec une sténose probable de tout l'axe iliaque externe. Héparinisation générale. Clampage des axes. Artériotomie longitudinale fémorale commune prolongée sur les premiers centimètres de la fémorale profonde. Endartériectomie ilio-fémorale. Occlusion sur environ 4 cm de l'artère fémorale profonde. Décision de réaliser un abord mi-cuisse pour le contrôle en zone saine. Prolongation de l'abord du Scarpa. Dissection de la veine fémorale superficielle et la veine fémorale profonde pour retrouver une branche correcte de l'artère profonde qui est contrôlée et mise sur Vessel-loop. Impossibilité de réaliser 1 patch compte tenu de la longueur et du croisement avec la veine fémorale profonde. Décision de réaliser un pontage. Trans-section de la fémorale commune au ras de l'arcade et anastomose termino-terminale sur une prothèse Silver 8 mm x 1 surjet de Prolène 5/0. Anastomose distale sur la fémorale profonde termino-latérale à l'aide d'un surjet de Prolène 5/0. Manœuvres de purge. Déclampage.

Trans-section de la fémorale superficielle. Courte endartériectomie. Réimplantation sur la prothèse à l'aide d'un surjet de Prolène 5/0. Déclampage.

Réalisation d'une bourse de Prolène 5/0 de la prothèse. Mise en place d'un introducteur de 7 Fr. Montée d'un guide Térumo dans l'aorte. Angiographie retrouvant une sténose très serrée de tout l'axe iliaque externe associée une 2e sténose de la terminaison de l'iliaque primitive. Angioplastie de tout l'axe iliaque jusque dans la prothèse à l'aide d'un ballon 6 x 80. Mise en place deux de stent de diamètre 9 dans l'iliaque externe et s'abouchant dans la prothèse. Bon flux pulsatile. Décision de ne pas mettre de stent sur la terminaison de l'iliaque primitive compte tenu d'un bon résultat angiographique. Vérification du pontage, fémorale profonde et fémorale superficielle perméable. Vérification d'hémostase. Lavage. Drainage. Compte des compresses exact. Fermeture selon méthode habituelle.

27.12



29.12



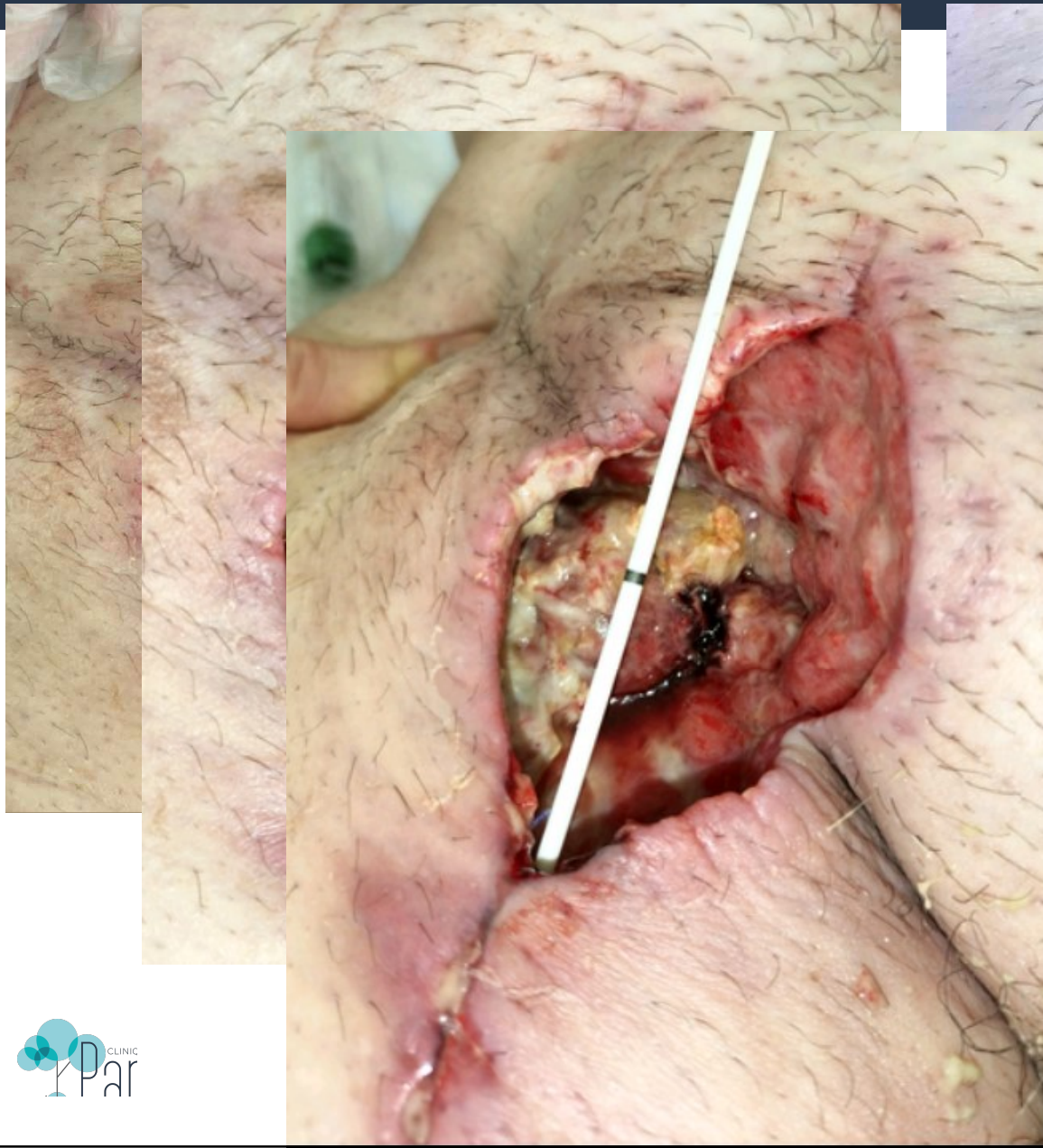
30.12



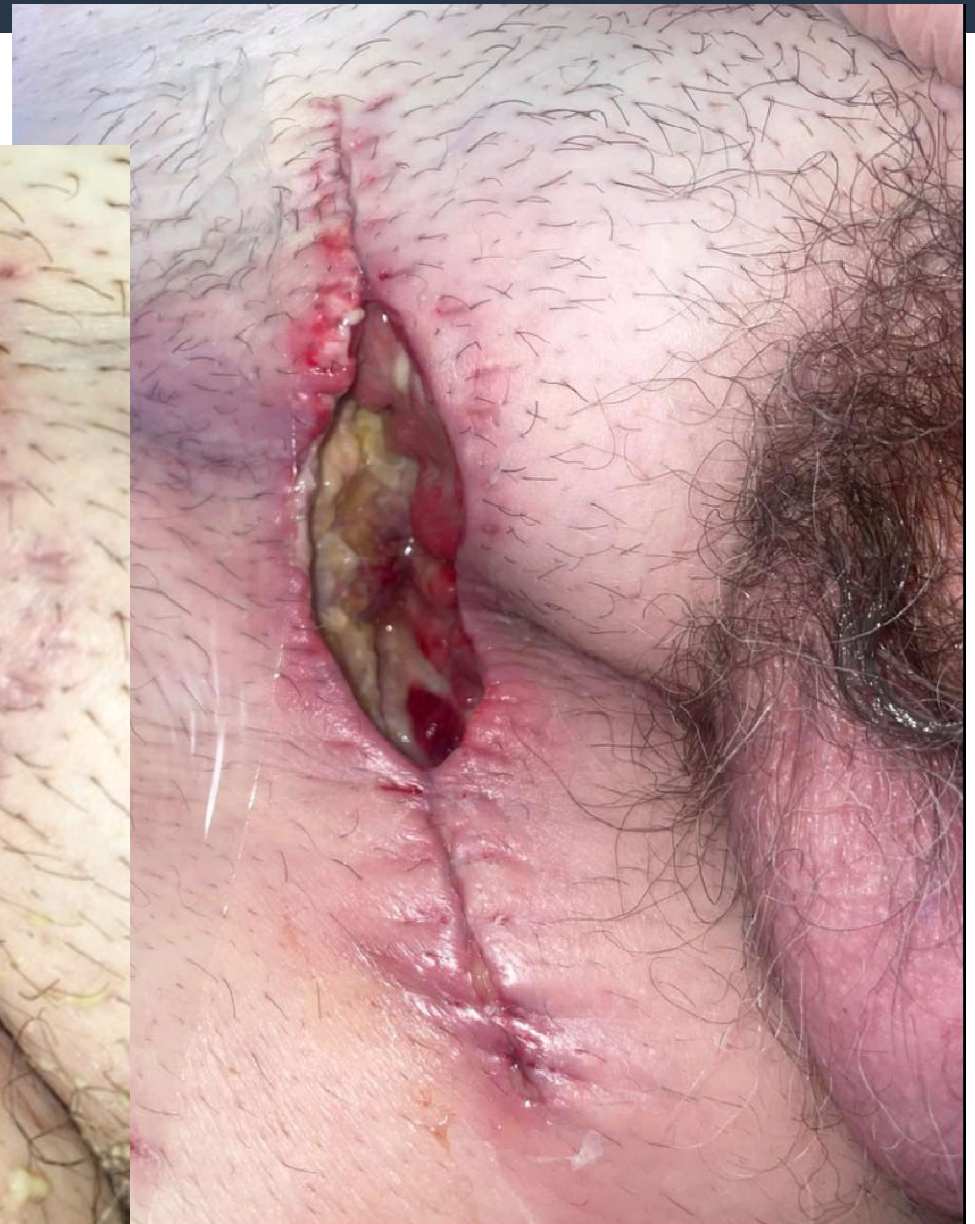
02.01



03.01



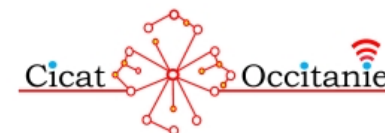
05.01



06.01



03.02 suivi CICAT-Occitanie



PROPOSITION D'AIDE A LA PRISE EN CHARGE

Destinataire : Dr Thomas D'ANNOVILLE (Chirurgie vasculaire)
50 rue Elime Combes
34171 CASTELNAU LE LEZ
Copie à : HAD APARD 34 GROUPE ADENE (établissement)

Le vendredi 3 février 2023

Chers confrères,
Chers collègues,

Votre patient(e) M. OLIVIER, né(e) le 05/10/1948, a bénéficié d'une téléconsultation par le réseau CICAT-Occitanie le 03/02/2023 pour avis concernant la prise en charge de sa/ses plaie(s).

Vous trouverez ci-joint les facteurs de retard de cicatrisation, la synthèse de cette visite virtuelle et la proposition de stratégie locale.

Plaie du scarpa dans un contexte d'AOMI revascularisée par Dr d'Annville avec desunion de la voie d'abord et risque d'exposition prothétique. L'évolution a été favorable sous sorbact dans un premier temps et un TPN a été mis en place après détersion complète.

Mise en place ce jour d'un pansement SNAP.

Poursuivre les soins à l'identique au niveau du scarpa.

Il nous signale ce jour une douleur du pied droit, on note une asymétrie et un oedème du pied, justifiant de réaliser un doppler rapidement afin de vérifier la perméabilité artérielle.

L'ensemble de l'équipe CICAT-Occitanie reste disponible 04.67.33.22.22
ou par e-mail : contact@cicat-occitanie.org si vous le jugez nécessaire,
et vous remercie de votre confiance.

Bien confraternellement,

Chloe GERI (ADELI : 34 1 11574 9)

Castelnau le lez, Le 17/02/2023

Objet : lettre de liaison

Chers amis,

N **né(e) le 05/10/1948**, a séjourné à la Clinique du PARC du 14/02/2023 au 17/02/2023 pour son artériopathie de jambe droit au stade d'ischémie critique persistante malgré une revascularisation de la fémorale profonde.

Le patient est entré le 14 février dernier pour une transfusion pré-opératoire de deux culots globulaires. L'intervention a eu lieu le 15/02/2023, malheureusement je n'ai pu réaliser qu'une artériographie diagnostique car le pontage fémoro-fémoral profond est bouché avec impossibilité de thrombectomie, recanalisation, traitement endovasculaire ou pontage. En effet des clichés distaux montrent une occlusion distale de la fémorale profonde, avec absence de moignon, artère fémorale superficielle de très mauvaise qualité.

J'ai donc expliqué à sa famille, _____ ue la situation reste très précaire, et qu'une amputation en cuisse sera discuté en cas d'aggravation des plaies ou de persistance des douleurs nocturnes.

Les suites opératoires ont été marquée par une chute dans sa chambre avec une plaie du scalpe qui a nécessité une suture aux urgences. Le scanner cérébral était normal.

Il a pu regagner son domicile le 17/02/2023 avec comme consignes post-opératoires :

- soins de cicatrice par le réseau plaie et cicatrisation.
- antalgiques à la demande,
- reprise de son traitement habituel

Pour son suivi, je le reverrai le 28 février prochain à 10h45.

En vous remerciant pour votre confiance,

Amicalement,

Docteur Thomas D'ANNOVILLE

Correspondants du patient :

SANGUINET FREDERIQUE - TOURNANT Guillaume - ALAGHA Khuder - CICAT - Lettre au patient

24.02



Mieux vaut



Patient 6

- ✓ Dialysé
- ✓ HTA
- ✓ Psychiatrique non observant (toxico?/OH? Hygiène...)
- ✓ Pontage femoro-femoral profond





Des IDEs formées et passionnées



La collaboration médico-chirurgicale...





Merci de votre attention

clinique-du-parc.net