

TRAITEMENT DES SEQUELLES DE PHLEBITE

Recanalisation des thromboses veineuses

L'intervention radiologique en détails

La recanalisation des thromboses veineuses ilio-fémorales chroniques post-phlébitiques vise à rétablir un flux sanguin au sein des veines iliaques et/ou fémorales thrombosées et occluses, suite à un épisode de thrombophlébite aiguë du membre inférieur.

Elle est pratiquée sous anesthésie générale, car les manipulations de recanalisation du radiologue durant l'intervention peuvent être sensibles.

Les suites sont simples, permettant une prise en charge ambulatoire (hospitalisation de jour) ou un court séjour d'hospitalisation.

Elle s'effectue en salle d'angiographie. La patiente est installée sur le dos, pour une durée moyenne d'1h30.

Après aseptie stricte du point de ponction, la plupart du temps jugulaire interne droit, le radiologue ponctionne la veine pour y introduire un cathéter afin de naviguer dans les veines caves supérieure, puis inférieure, et atteindre le site occlus de la veine, à l'étage iliaque et fémoral (ou rarement la portion caudale de la veine cave inférieure).

A l'aide de matériel dédié, il pratique sous contrôle radiographique la recanalisation de la portion occluse de la veine, du haut vers le bas, jusqu'à s'aboucher dans la portion circulante du vaisseau, en distalité de l'occlusion.

Lorsque l'occlusion est difficile à franchir, on peut avoir recours à un point de ponction supplémentaire au creux inguinal, du côté de l'occlusion, pour compléter la recanalisation par le bas.

Également, en fonction des pratiques, la recanalisation peut être effectuée à partir d'un unique point de ponction fémoral, du bas vers le haut.

À l'aide de produit de contraste iodé, le radiologue interventionnel s'assure de la qualité du chenal recanalisé.

Puis, à l'aide d'un ballon d'angioplastie qui est gonflé à l'intérieur du chenal, il rétablit le calibre initial de la lumière veineuse.

Après rétablissement d'une lumière normale, le radiologue place un stent du même calibre (cylindre métallique à force radiale) au niveau de la portion traitée du vaisseau, qui maintiendra ce calibre et luttera contre les récives de sténose.

On procède à la pose de plusieurs stents contigus, car le trajet de recanalisation est étendu en longueur.

Après la pose optimale des stents, le radiologue effectue une opacification de contrôle pour s'assurer du rétablissement d'un flux veineux satisfaisant au sein du(es) vaisseau(x) recanalisé(s).

Le point de ponction est refermé par compression digitale durant quelques minutes.

Le montage est contrôlé par échographie-Doppler au décours immédiat de l'intervention, puis systématiquement à J1 pour en confirmer la perméabilité. Au décours de l'intervention radiologique, un respect de la prise de médicaments fluidifiant le sang pour les premiers mois est primordial.

Le retour à domicile peut s'effectuer le soir après l'intervention, ou le lendemain, après une nuit d'hospitalisation.

Ainsi, le rétablissement d'un flux veineux de large calibre au sein des veines iliaques et fémorales permet la disparition des symptômes chroniques liés à l'occlusion et au défaut de drainage veineux.

La recanalisation des occlusions veineuses ilio-fémorales chroniques ne laisse aucune cicatrice.



Ce document d'information vous a été transmis via le site internet du

CENTRE DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE CHU DIJON

<https://www.radiologie-interventionnelle-chu-dijon.fr/>