

TABATIÈRE RADIALE:

Nouvelle approche RailTraking



MALIKA HAMMACHE

ASPECAF

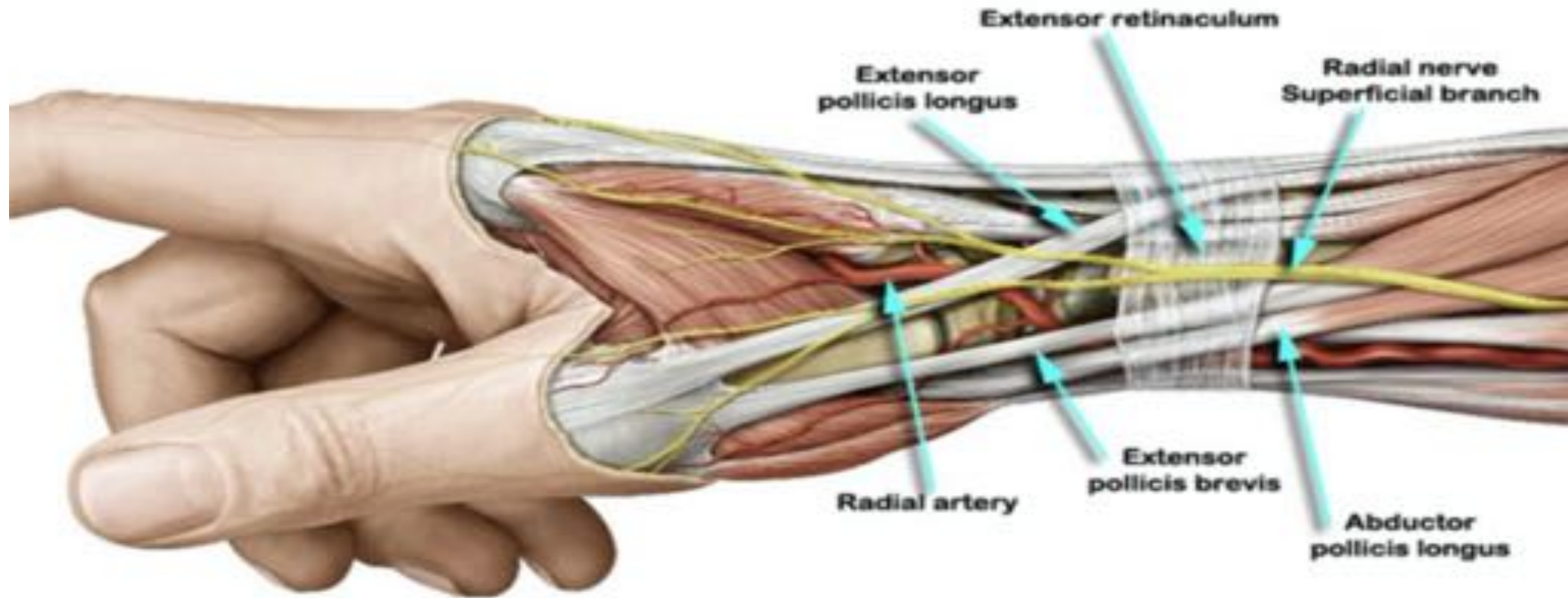
23 octobre 2021

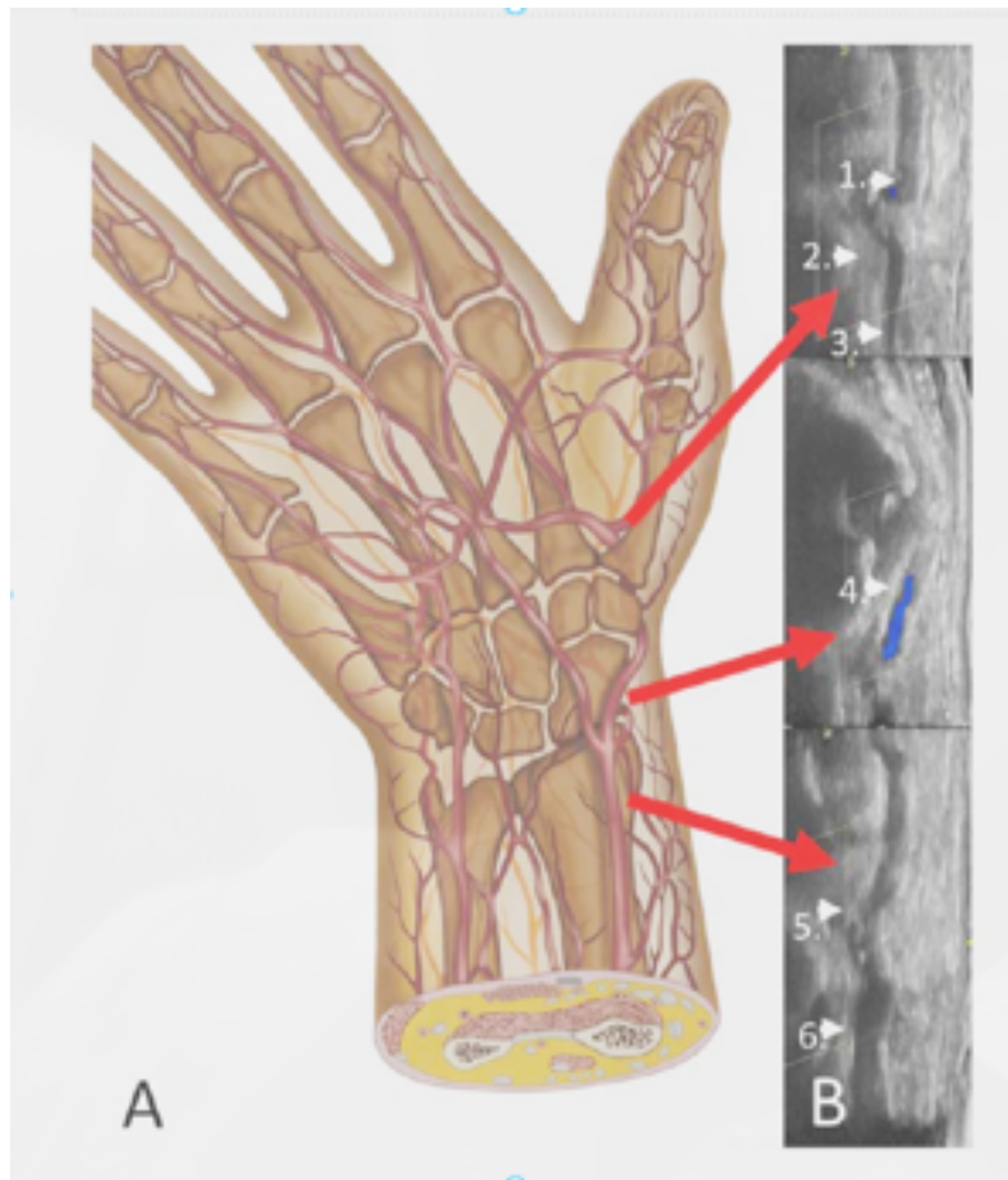
INTRODUCTION

L'artère radiale distale: Nouvelle voie d'abord en cardiologie interventionnelle.

- ❖ *Abord de l'artère radiale distale au niveau de la tabatière anatomique.*
- ❖ *Méthode de Seldinger classique.*
- ❖ *Voie utilisée pour la Coronarographie classique et l'intervention coronaire.*

RAPPEL ANATOMIQUE



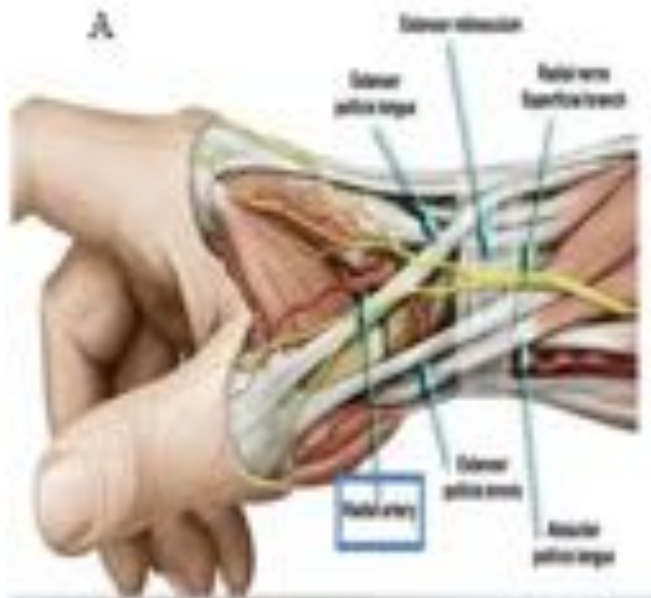


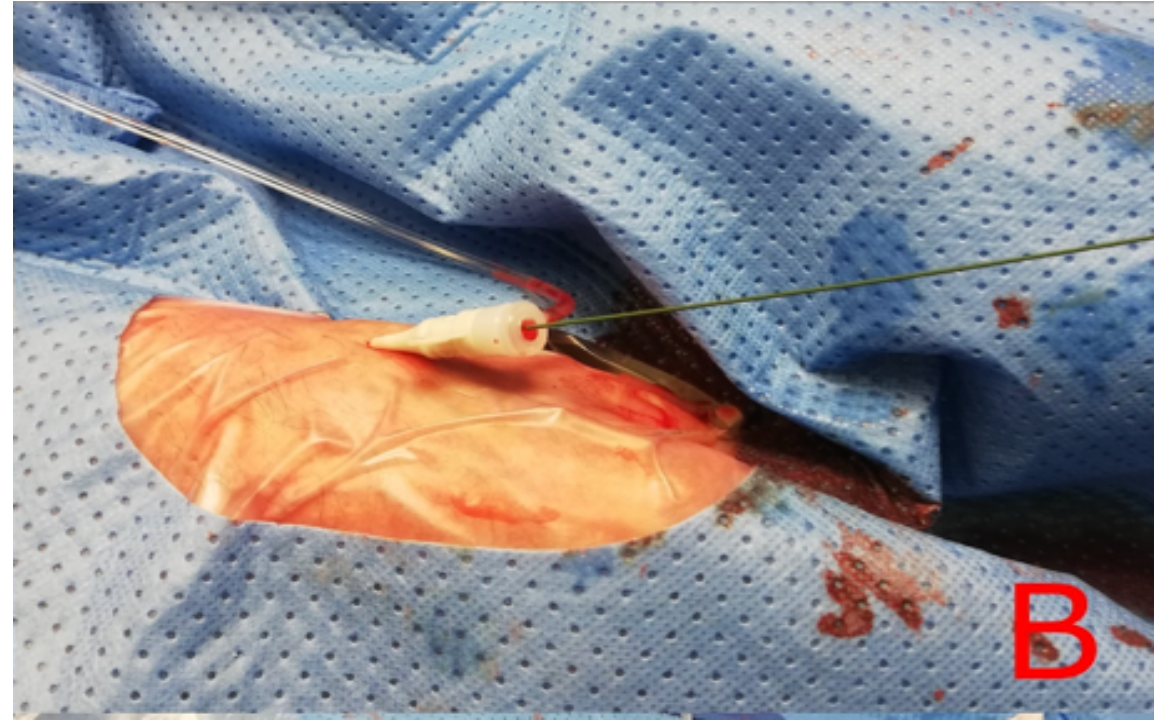
HISTOIRE

- ❖ *L'accès radial **proximale** pour la réalisation des procédures interventionnelles a été réalisé pour la première fois en 1989 et en 1993.*
- ❖ *Approche fondamentale : utilisation dans 90% des procédures en raison des faibles complications liées à l'accès.*
- ❖ *Faisabilité de cette technique a provoqué une euphorie chez les cardiologues interventionnels.*
- ❖ *Prise de conscience des inconvénients de la technique, des complications possibles (spasmes, tortuosités, occlusion de l'artère...).*
- ❖ *Approche du site de ponction de l'artère radiale **distale** optimal.*

TECHNIQUE

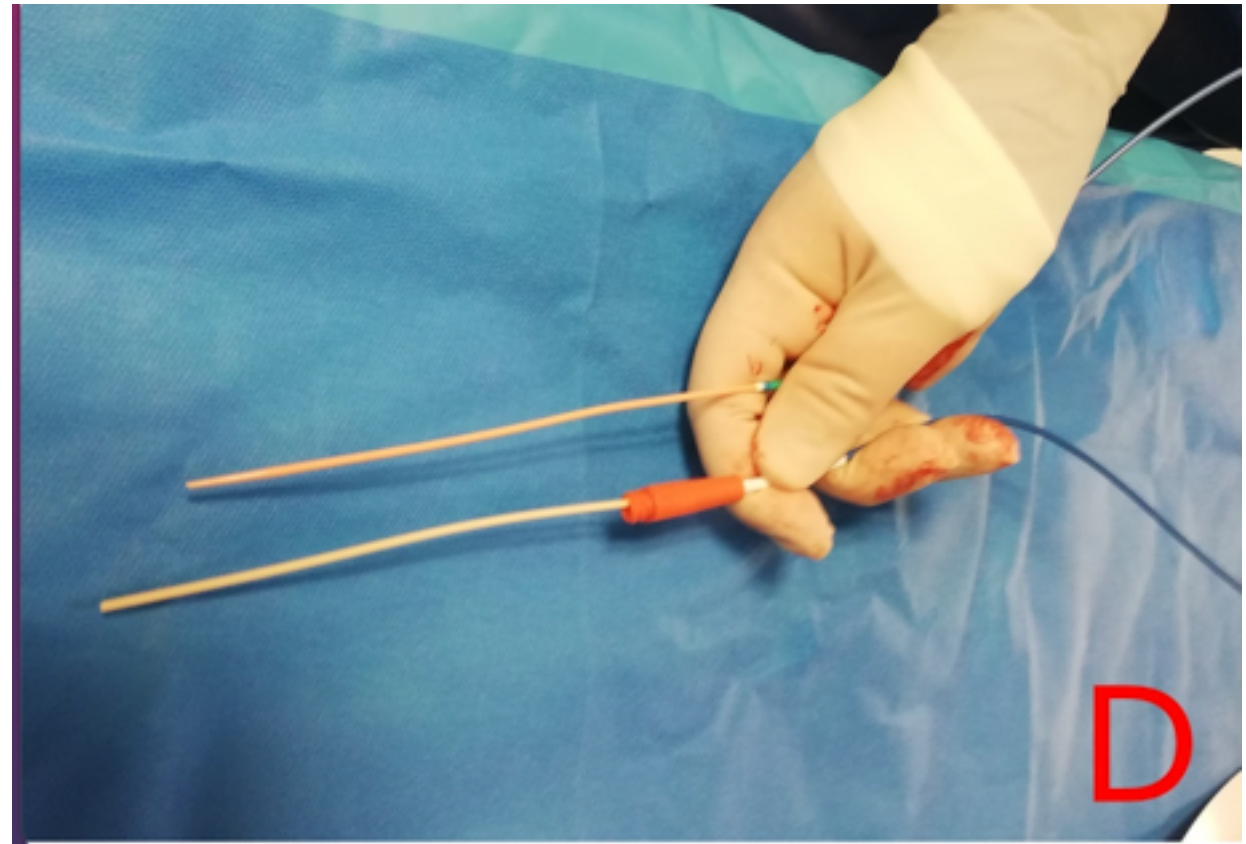
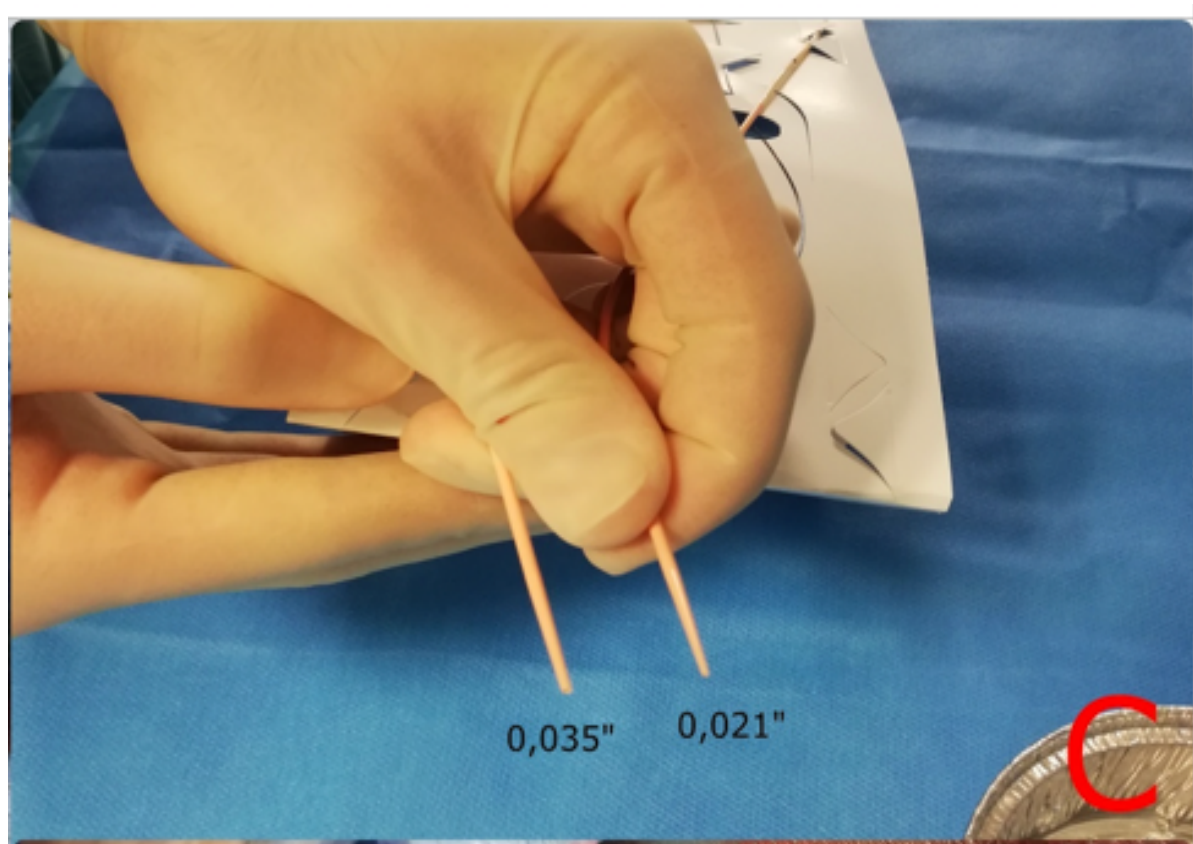
- ❖ *L'artère est généralement palpable à la jonction de l'intersection du pouce et l'index sur les structures osseuses de la tabatière.*
- ❖ *La main est placée confortablement en légère supination avec le pouce en flexion. L'anesthésie locale peut nécessiter plus de xylocaïne que la voie radiale traditionnelle, en la faisant pénétrer dans les tissus par massage. Il ne faut ponctionner que la paroi antérieure de l'artère.*
- ❖ *Ponction de l'artère ...*





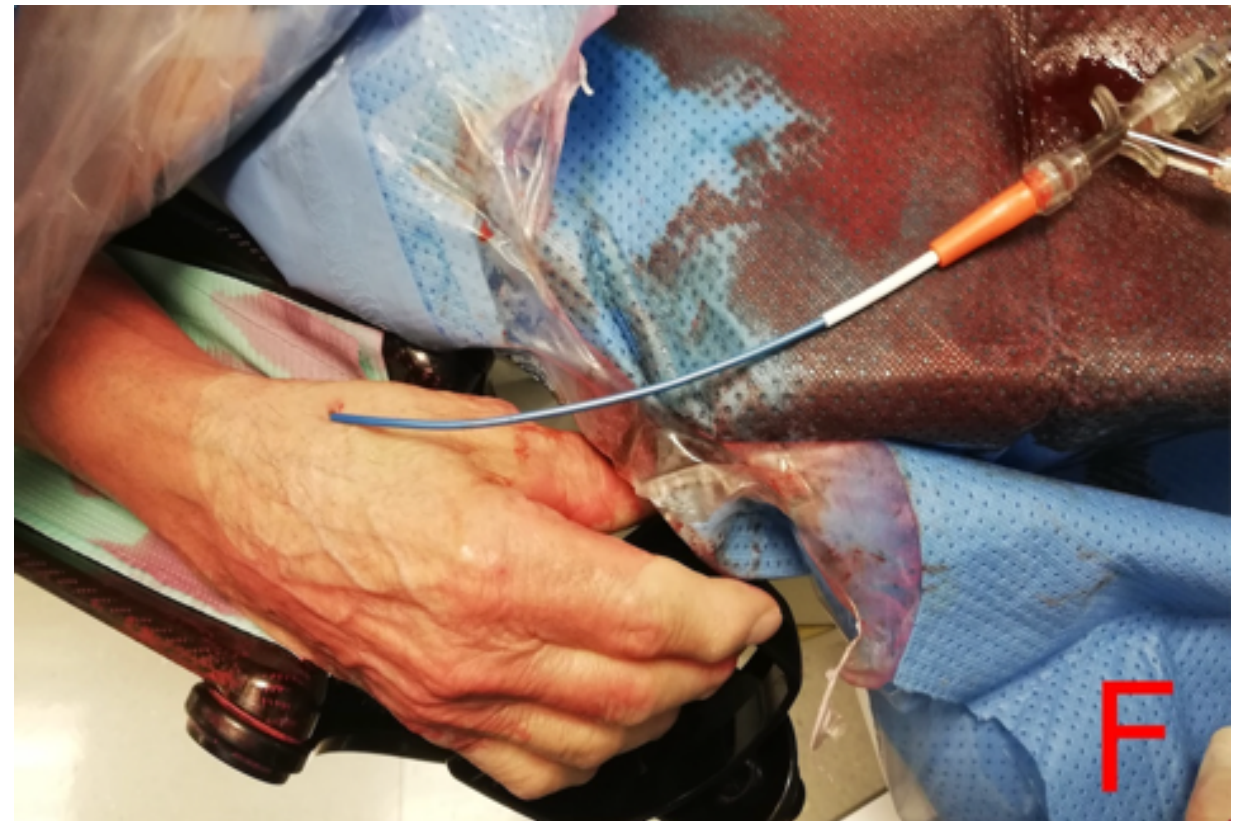
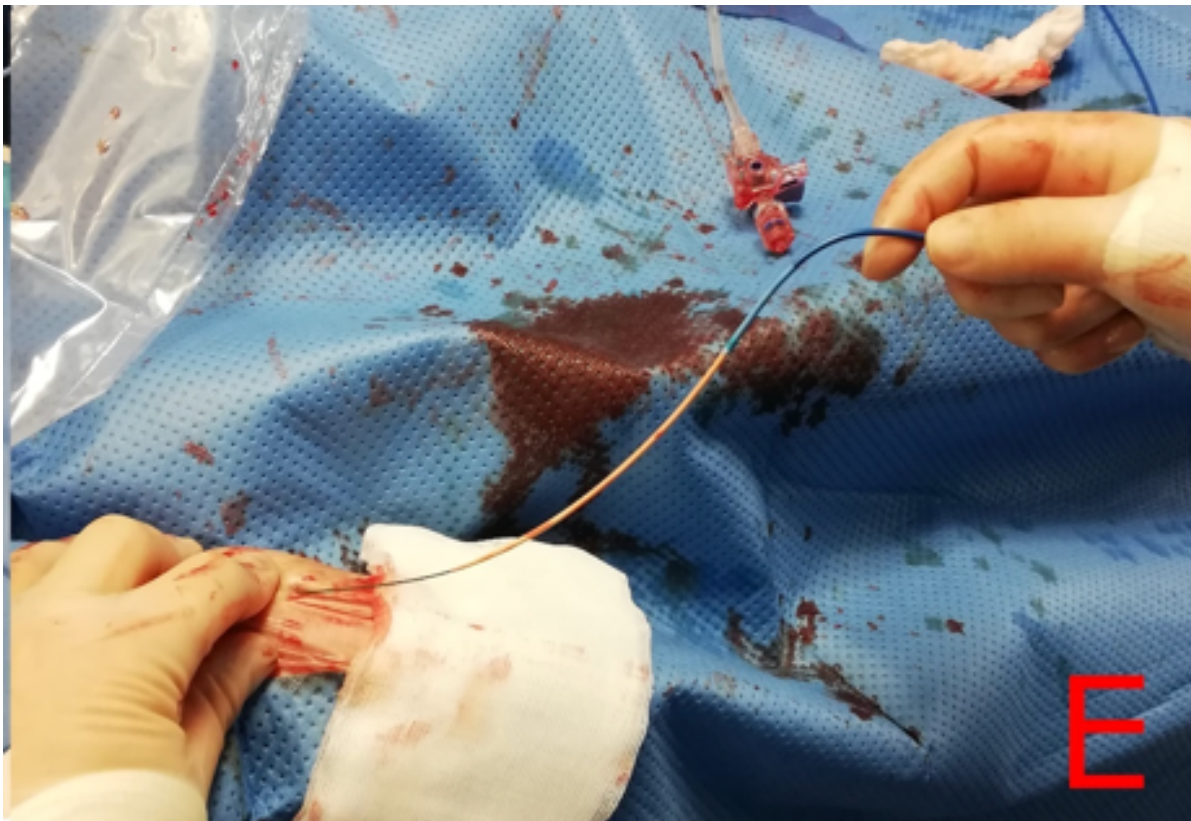
A: SITE D'ACCÈS APPROPRIÉ À L'ARTÈRE RADIALE DISTALE.

B: UN INTRODUCTEUR 5FR EST ENSUITE POSITIONNÉ SUR UN FIL GUIDE 0,035 ET AVANCÉ DANS L'AORTE ASCENDANTE.



C: LES DEUX DILATATEURS DU SYSTÈME D'ACCÈS SANS GAINÉ RAILWAY , RESPECTIVEMENT COMPATIBLE AVEC UN FIL 0,035 ET 0,021 SONT REPRÉSENTÉS.

D: LE GUIDING 7FR EST CHARGÉ AVEC LE DILATATEUR COMPATIBLE RAILWAY DE 0,035.



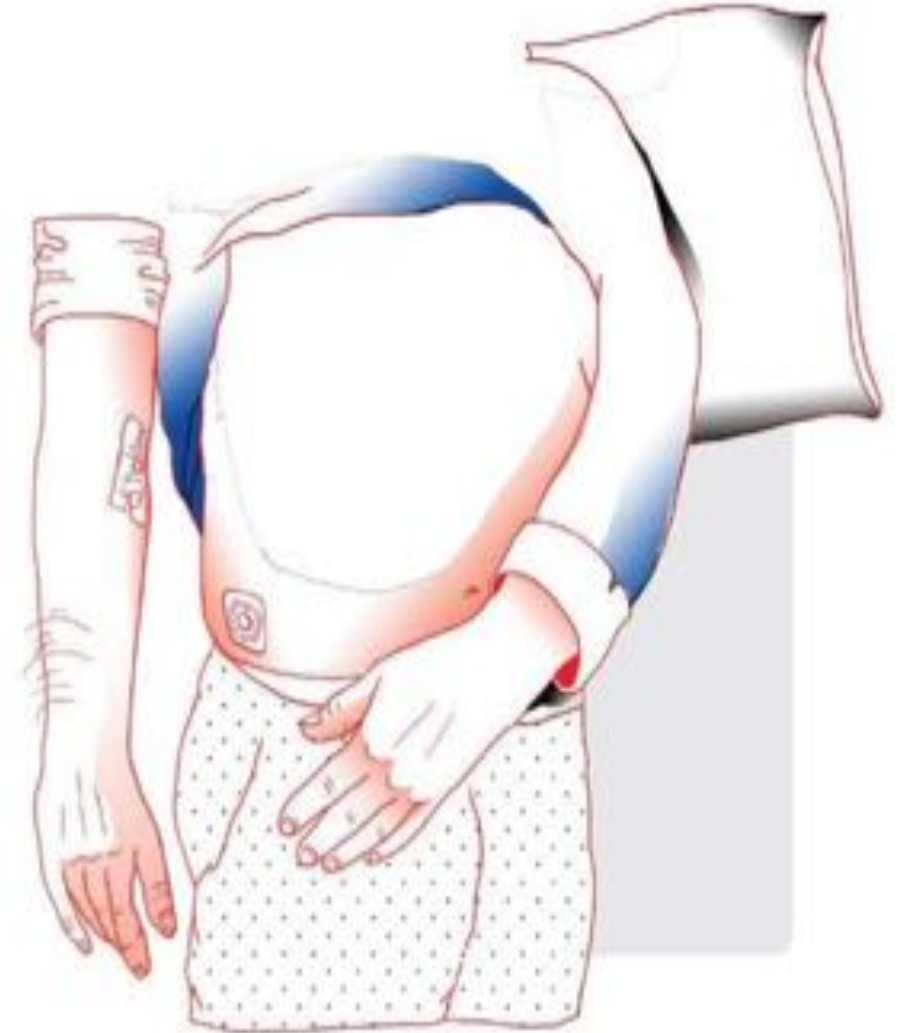
E: APRÈS LE RETRAIT DE L'INTRODUCTEUR 5FR, LE CATHÉTER EST CHARGÉ DANS LE DILATATEUR RAILWAY ET AVANCÉ SUR LE FIL J 0,035 .

F: POSITION FINALE DU GUIDING PENDANT L'ACCÈS D'TRA.



AVANTAGES DE LA VOIE RADIALE DISTALE

- ❖ *Confortable pour le patient, qui ne doit pas rester en supination forcée.*
- ❖ *Surtout pour l'accès gauche.*
- ❖ *Cet accès est au-delà des loges musculaires de l'avant-bras (pas de risque pour un syndrome de loge).*
- ❖ *Le flux sanguin antérograde est préservé grâce à l'arcade palmaire superficielle, minimisant ainsi le risque d'ischémie de la main, de thrombose et d'occlusion étendue de l'artère radiale à l'avant-bras.*
- ❖ *Elle permet de préserver l'artère radiale proximale.*
- ❖ *Sécurité accrue.*
- ❖ *Moins de spasme de l'artère radiale.*
- ❖ *Moins de risque hémorragique et des complications vasculaire ou plutôt **pas de risque** .*
- ❖ *Permet l'utilisation en routine pour les procédures complexes des guiding de 7fr avec une technique de sheathless.*



ETUDE CLINIQUE (JOLIMONT)

UNE ÉTUDE CLINIQUE « RAILTRAKING » A ÉTÉ EFFECTUÉE PAR NOS CARDIOLOGUES INTERVENTIONNELS SUR LA VOIE DISTALE EN 2020

❖ Objectifs de l'étude :

- Faisabilité et la sécurité du 7Fr Railray Sheathless access System « CORDIS » pour les Pci Complexes

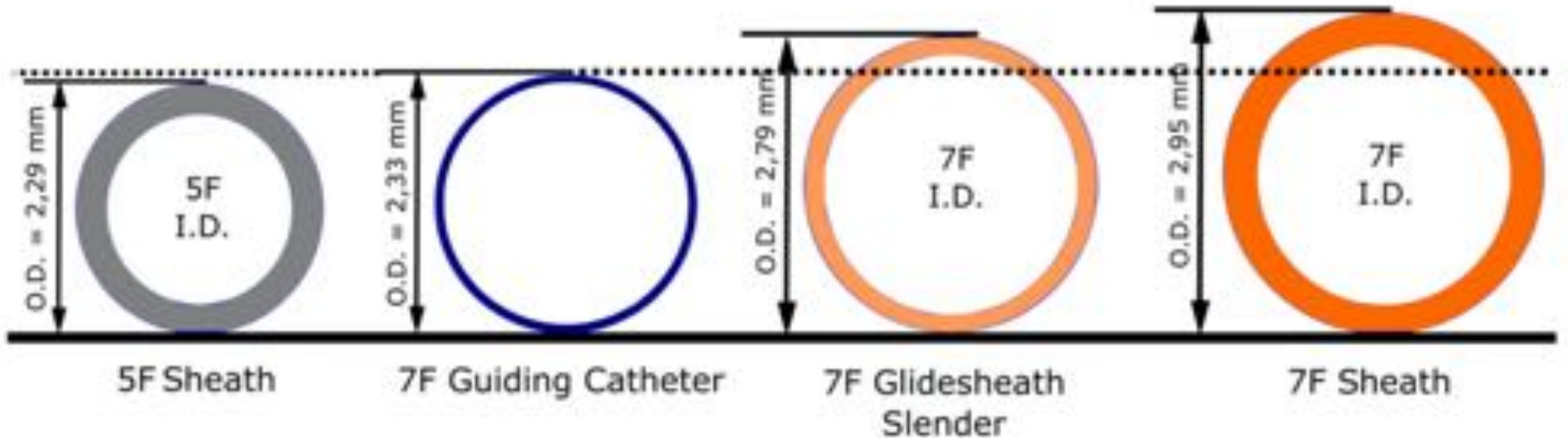
❖ Méthodes et les résultats :

- 20 patients sur un délai de 2 mois,
- Pci complexe où cathéter guide de 7Fr a été nécessaire,
- Techniques de bifurcations, Rotablator , PCI Tronc commun.

❖ CONCLUSION : La nouvelle approche RailTracking

- Réalisable et sûre pour les PCI complexes,
- Réduit potentiellement le risque hémorragique,
- Réduit le risque d'une occlusion de la radiale proximale, surtout quand un grand cathéter guiding est nécessaire.

ETUDE CLINIQUE (JOLIMONT)



Les diamètres extérieurs de divers introducteurs et d'un cathéter de guidage 7FR sont représentés montrant qu'une gaine de 5FR et 7FR sont comparables.

PATIENTS CIBLES

- ❖ *PCI COMPLEXES : Pour pouvoir utiliser des guidings plus larges.*
- ❖ *PLUSIEURS PROCEDURES DE CATHETERISME CARDIAQUE : Permet de sécuriser l'accès de la radiale proximale.*
- ❖ *Confort des patients par la tabatière gauche (bras en position confortable).*
- ❖ *Occlusion de l'artère radiale (la voie tabatière permet une désocclusion de la voie radiale proximale).*


SURVEILLANCE

❖ FERMETURE DE L'ACCES A L'AIDE D'UN BRACELET PRELUDE « MERIT MEDICALE ».

❖ DEGONFLER 2CC D'AIR TOUTES LES 30 MINUTES.

❖ SI SAIGNEMENT REGONFLER DE 2CC D'AIR.

❖ LE BRACELET PEUT RESTER EN PLACE 3 HEURES.

 J-Plateaux techniques / Consultations	Surveillance post coronarographie	Ref : JPC-G-ENR-398-02
		Version : 02 Aplicable le : 27-04-2021

Dispositif : Radiale Tabatière
 Heure de mise en place :h.....min

Paramètres cliniques : **SURVEILLANCE POST CORONAROGRAPHIE**

Heure	TA	POULS	PULSATIONS	PANSEMENT	OBSERVATION
RADIALE	SURVEILLANCE DES PARAMETRES (TA, POULS, COLORATION) TOUTES LES 15 MINUTES PENDANT 3H PUIS OTER LE DISPOSITIF ET EFFECTUER UN PANSEMENT				
					<ul style="list-style-type: none"> - Dégonfler 2 cc d'air après son retour en chambre, - Si saignement regonfler de 2 cc !!, - Puis dégonfler 2 cc d'air toutes les 15 minutes.
					ATTENTION À TOUJOURS REGARDER LE POINT DE PONCTION ET VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'UN HÉMATOME.
					- Le bracelet peut être enlevé après 2h.
TABATIÈRE	SURVEILLANCE DES PARAMETRES (TA, POULS, COLORATION) TOUTES LES 30 MINUTES PENDANT 3H PUIS OTER LE DISPOSITIF ET EFFECTUER UN PANSEMENT				
					<ul style="list-style-type: none"> - Dégonfler 2 cc d'air après son retour en chambre, - Si saignement regonfler de 2 cc !! - Puis dégonfler 2 cc d'air toutes les 30 minutes.

!!! BIEN EXPLIQUER AU PATIENT LE RISQUE HÉMORRAGIQUE ET D'APPELER L'INFIRMIÈRE AU MOINDRE SYMPTÔME !!!

ATTENTION À TOUJOURS REGARDER LE POINT DE PONCTION ET VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'UN HÉMATOME.

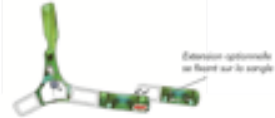
- Le bracelet peut être enlevé après 3h.

PreludeSYNC DISTAL DEVICE



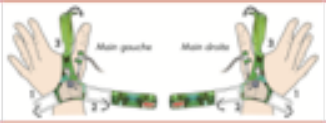
POSITIONNEMENT

- Sélectionnez le dispositif pour main gauche ou main droite et utilisez une bande d'extension si nécessaire.



1

- Bande 1 : côté de l'auriculaire.
- Bande 2 : côté du pouce.
- Bande 3 : sur le haut, vers le pouce.



2

- Centrez le « mire » du ballonnet sur l'artériotomie (emplacement où la gaine a pénétré l'artère, à environ 1 à 2 mm du site de ponction).



3

- **Étape 1 :** Resserrez fermement la bande 1 et la bande 2 autour du poignet.
- **Étape 2 :** Enroulez fermement la bande 3 autour du pouce sans laisser de mou.



GONFLAGE DU DISPOSITIF

1

- Remplissez la seringue (incluse) de 10 mL d'air.

REMARQUE : Volume de remplissage maximal du ballonnet : 10 mL.

2

- Gonflez lentement le ballonnet avec de l'air tout en retirant la gaine.

3

- Une fois que la gaine est retirée, continuez à injecter de l'air dans le ballonnet jusqu'à ce que le saignement s'arrête.

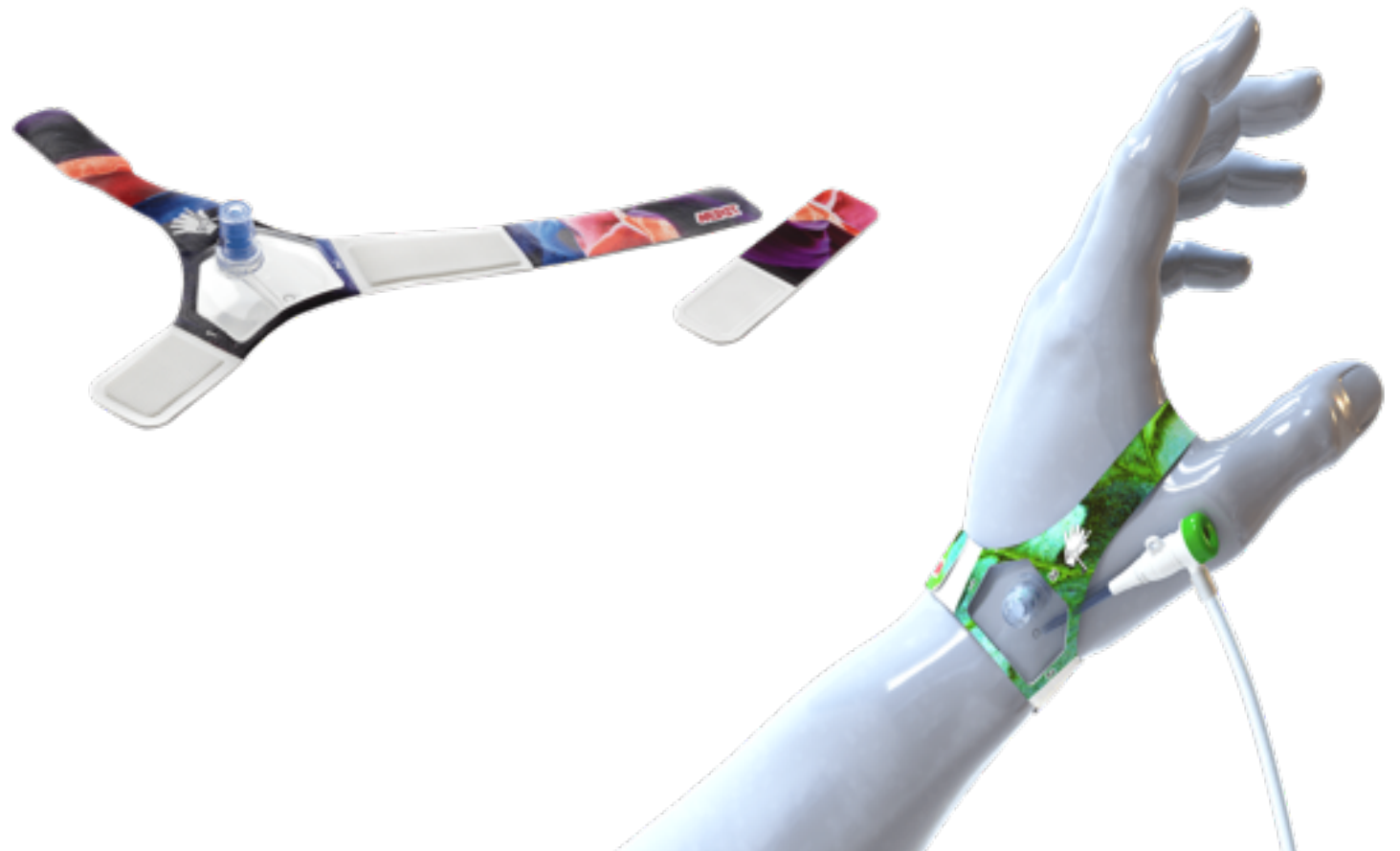


REMARQUE : Pendant que vous gonflez, maintenez la pression sur le piston de la seringue pour éviter toute perte d'air accidentelle.

REMARQUE : Le patient devrait pouvoir bouger librement la main et le poignet sans saigner. Si vous observez un saignement, injecter un supplément d'air (sans dépasser le volume de remplissage maximum de 10 mL) jusqu'à ce que le saignement s'arrête.

REMARQUE : Le volume d'air et la durée de compression peuvent varier selon la condition du patient, le dosage d'anticoagulant et la taille du site de ponction.

VOIR AU DOS POUR LE DÉGONFLAGE ET LE RETRAIT DU DISPOSITIF



COMPLICATIONS

❖ *Risque infime d'hémorragie*

❖ *Pas de syndrome des loges*



PEU OU PAS DE COMPLICATIONS

CONCLUSION

- ❖ *Cette approche semble être plus sûre et pourrait présenter des avantages importants pour les interventions coronariennes complexes.*
- ❖ *Cette approche pourrait être une option précieuse pour réduire les risques hémorragiques.*
- ❖ *La surveillance est plus laxiste (30min pendant 3H).*
- ❖ *Pas de risque de perdre la radiale si on ne dégonfle pas rapidement le bracelet.*

MERCI