

La radiale distale : un accès, de multiples possibilités

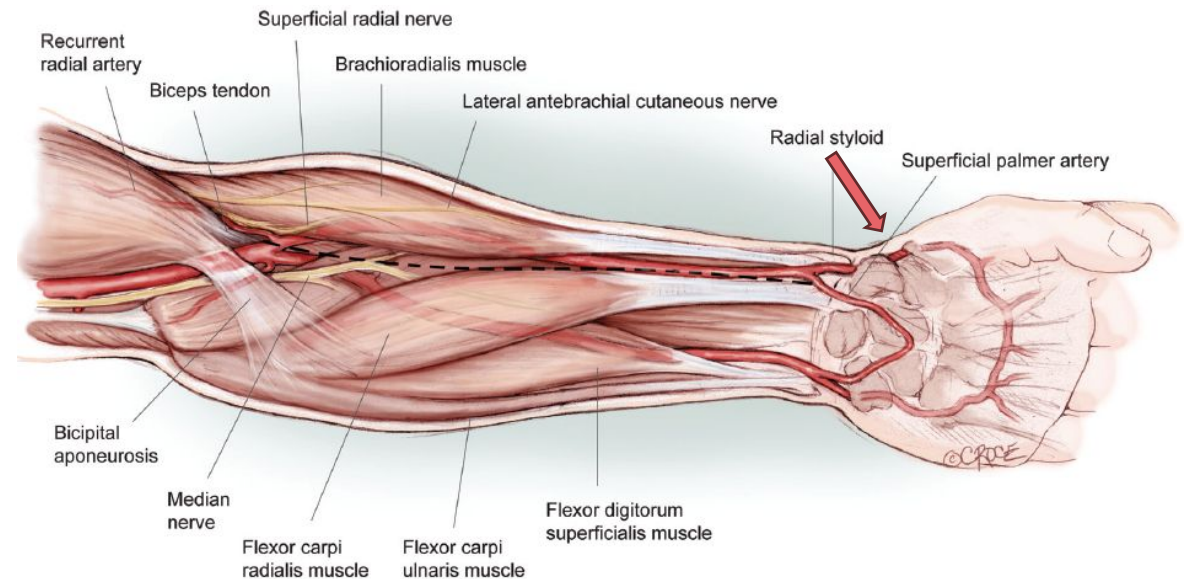
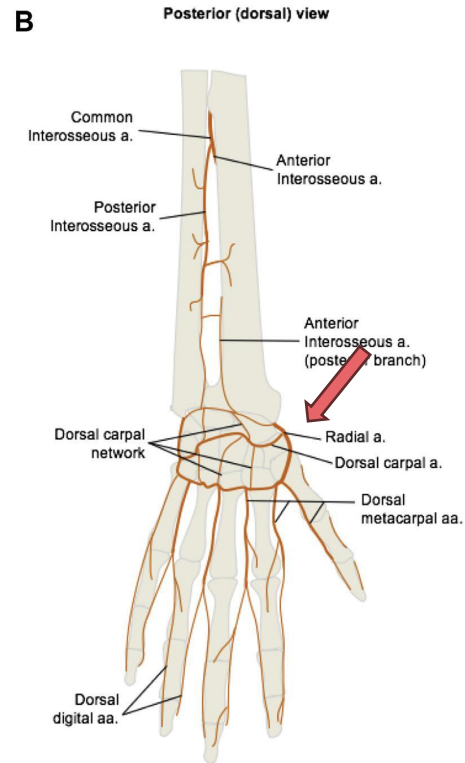
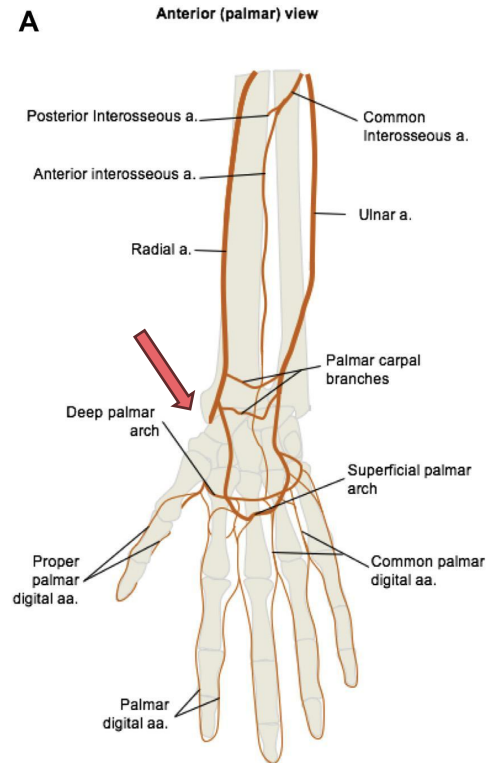
- 31ÈME JOURNÉE SCIENTIFIQUE DE l'AsPeCaF 3 OCTOBRE 2026
 - Grand Hôpital de Charleroi (GHdC)
 - Dr Natalis Alexandre – Cardiologue interventionnelle



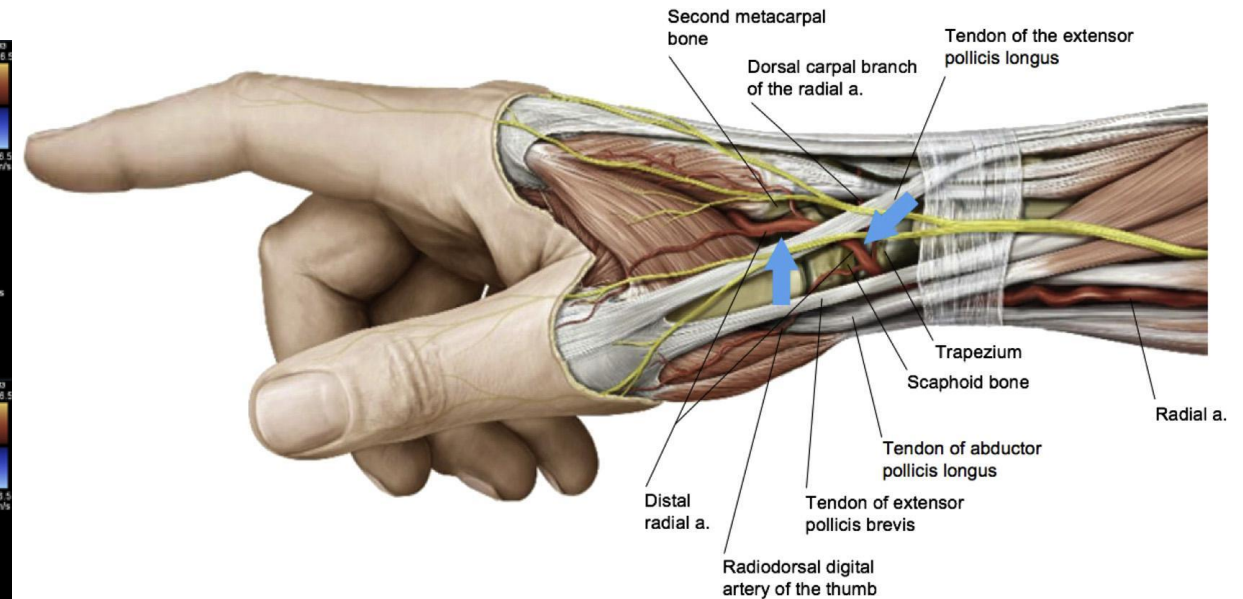
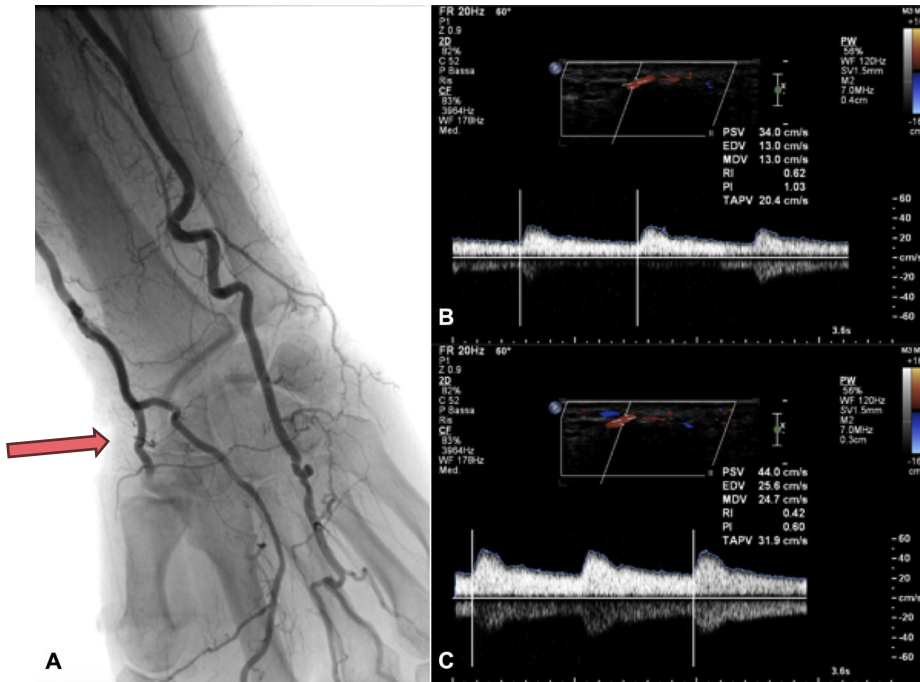
La radiale distale : un accès, de multiples possibilités

- Chapitre 1 : Qu'est que c'est ?
- Chapitre 2 : Pourquoi ?
- Chapitre 3 : La position actuelle
- Chapitre 4 : La technique
- Chapitre 5: Les possibilités modernes
- Chapitre 6 : Limites
- Conclusion

Chapitre 1 : la radiale distale qu'est-ce que c'est ?



Chapitre 1 : la radiale distale qu'est-ce que c'est ?



Sguela GA, Di Giorgio A, Gaspardone A, Babunashvili A. Anatomic basis and physiological rationale of distal radial artery access for percutaneous coronary and endovascular procedures. *JACC Cardiovasc Interv.* 2018;11:2113-2119.

Chapitre 2 : Pourquoi distale ?

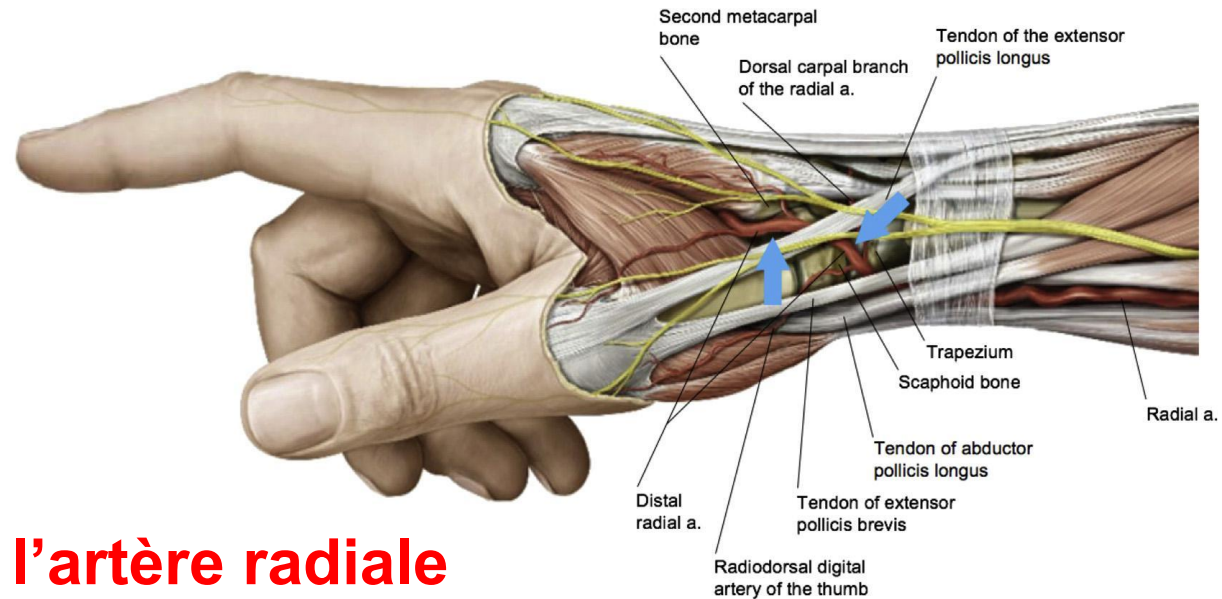
- L'accès radial réduit la mortalité dans tout le spectre de la maladie coronaire (surtout SCA)
 - ☐ Class I ESC and ACC/AHA /SCAI Guidelines
- Une artère pour beaucoup de « client » :
 - Cardiologie interventionnelle (coro et structurelle), radiologie interventionnelle, neuro-intervention....
 - Chaque accès radial répétée à un taux de succès qui diminue
 - Succès diminué de 5 à 10% par essai (Sakai 2001, abdelall 2013)
 - RAO (occlusion artère radiale) 5 à 10% selon série. ☐ Importance de la préservation

Chapitre 2 : Pourquoi distale ?

- L'occlusion de la radial est-elle un problème ?
 - Taux de MACCE à un an de 94,9 vs 95% en cas de RAO (Pacchioni A, et al Minerva Cardiol Angiol 2023;71:414-20.)
- Le problème est la **perte d'un accès** :
 - Nécessité de coronarographie répétée ou angioplastie programmée
 - Cathétérisation non-cardiaque ou structurelle
 - Perte de possibilité de pontage
 - Perte de possibilité de fistule
 - Passage en fémoral et risque de saignement
- **LA BASE** : prévention : héparine, hémostase patente, petit introducteur (glidesheat)

Chapitre 2 : Pourquoi distale ?

- ↓ RAO (1% vs 5%)
- ↓ Ischémie de la main
- ↓ Saignements
- ↑ stabilité du cathéter
- ↑ confort
- **Possibilité de rouvrir l'artère radiale**
- Polyvalence et traitement possible des complications de la radiale proximale



Chapitre 3 : La position actuelle

L'ensemble des données confirme un compromis

Méta-analyse : 44 études, 21 081 patients

RAO



pRA 4,76 %

dRA 1,28 %

× 2,42

Risque d'échec d'accès plus élevé
avec la dRA

– 66 min

Hémostase moyenne plus courte

KODRA

4 977 patients

94,4 %

ponction réussie

98,8 %

PCI terminée
après accès

0,8 %

RAO à 1 mois

DIPRA : pas de différence de fonction de la main à 30 jours

Chapitre 3 : La position actuelle

DISCO RADIAL : valide, sans supériorité démontrée

Essai multicentrique randomisé, opérateurs experts (>100), prévention optimale de la RAO

0,31 %

RAO d'avant-bras dRA

0,91 %

RAO d'avant-bras pRA

153 min

Hémostase dRA

180 min

Hémostase pRA

RAO : différence non significative

P = 0,29. Le protocole proximal optimal a produit un taux exceptionnellement bas.

Le prix technique

Crossover 7,4 % dRA contre 3,5 % pRA. Spasme 5,4 % contre 2,7 %.

Conclusion : même sécurité globale, ponction plus exigeante, hémostase plus rapide

Chapitre 3 : La position actuelle

EuroVASC 2025 : la place de la radiale distale

European Vascular Access Club : 27 experts, vote en temps réel, consensus accepté pour publication dans EuroIntervention

Gradient de sécurité des voies d'accès



Gestion du capital vasculaire au long cours (“lifetime management”)

Accès d’aujourd’hui et de demain

Tout documenter

Points d’accord entre les experts :

L’échographie doit être disponible dans chaque cathlab

Ponction distale échoguidée

M.I.M.E. : minimalement invasif, maximalement efficace

Diamètre externe adapté à la complexité de la procédure

La formation doit inclure la DRA, la ponction fémorale échoguidée et la prévention de la RAO

Squeglia GA, Colletti G, Ungureanu C, ... Aminian A. Guiding principles for vascular access and haemostasis for coronary procedures: consensus statement from the EuroVASC meeting. EuroIntervention (in press).

Chapitre 4 : La Technique

Cath lab and operator setups

Chapitre 4 : La Technique

Optimal hand positioning

Chapitre 4 : La Technique

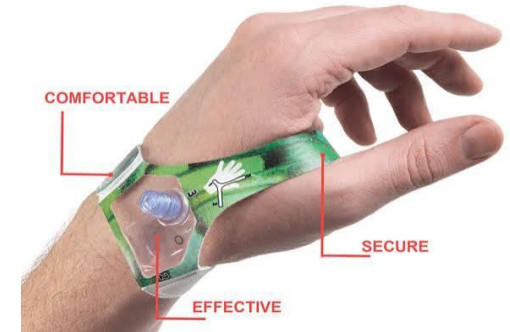
Ultrasound assessment

Chapitre 4 : La Technique

Ultrasound-guided needle alignment and puncture

Chapitre 4 : La Technique

Haemostasis techniques



Chapitre 5 : les possibilités modernes

La radiale distale ré-ouvre ce qui a été fermé par la voie radiale classique

À l'origine : dès 2011, Gabunashvili a introduit l'abord radial distal précisément pour recanaliser les artères radiales de l'avant-bras occluses après un cathétérisme antérieur.

Registre multicentrique de recanalisation

- 110 patients présentant une occlusion radiale · 7 centres · registre prospectif
- Opérateurs ayant réalisé plus de 200 procédures par DRA
- Franchissement rétrograde par la tabatière anatomique : drilling ou knuckle wire
- Dilatation par dotterisation ou angioplastie au ballon
- Critères de jugement : succès procédural et perméabilité au Doppler à 30 jours

94 %

succès procédural

80 %

perméabilité de l'artère radiale à 30 jours

Facteurs prédictifs de perméabilité à 30 jours

Approche sans
introducteur

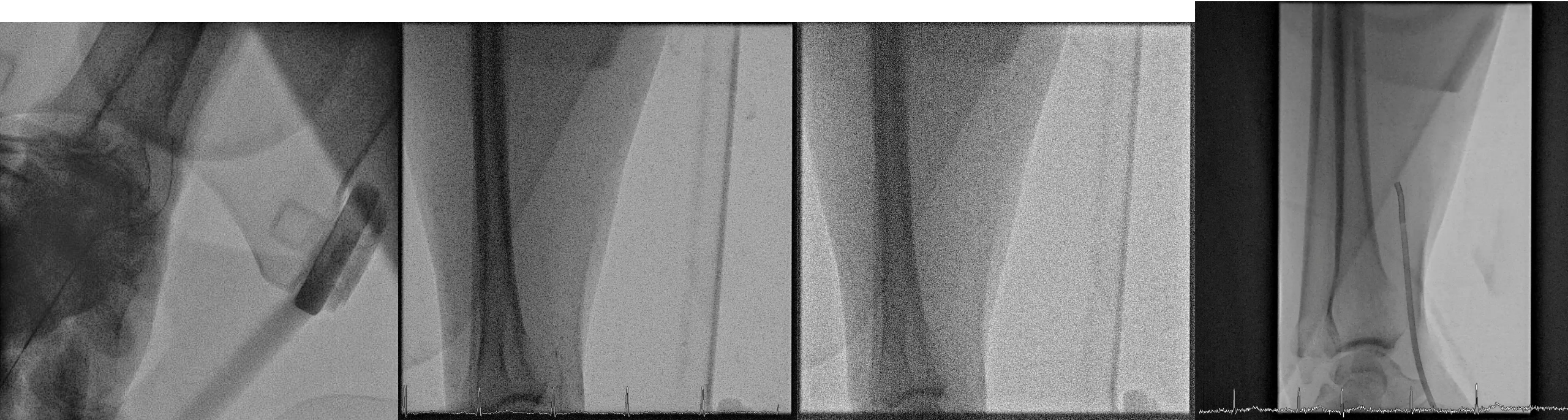
OR 3,07 ; p = 0,033 : principal prédicteur indépendant.

Facteurs
défavorables :

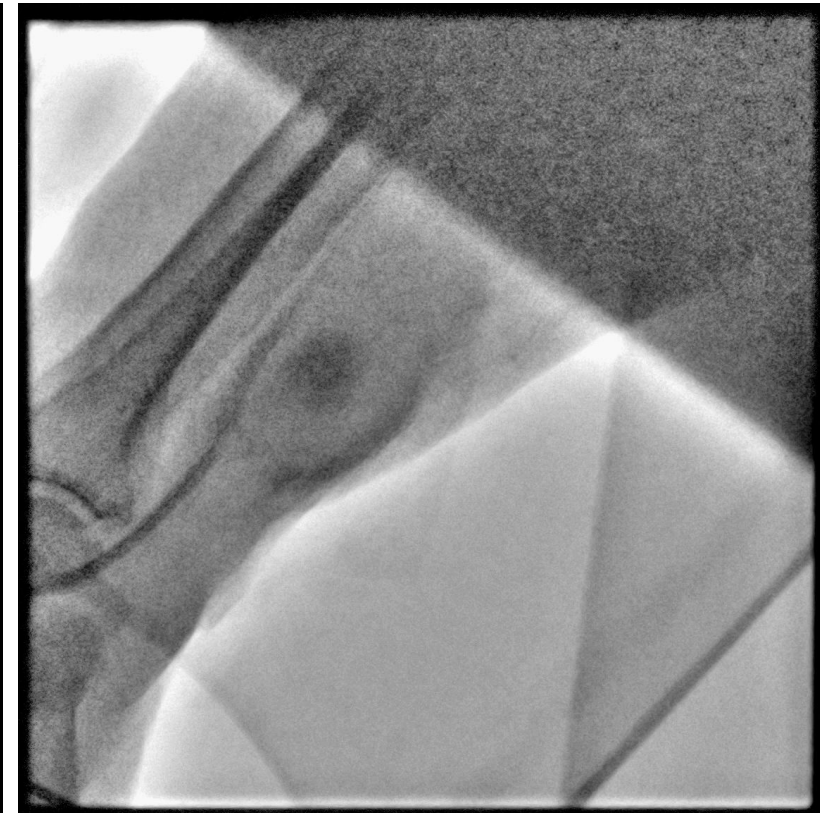
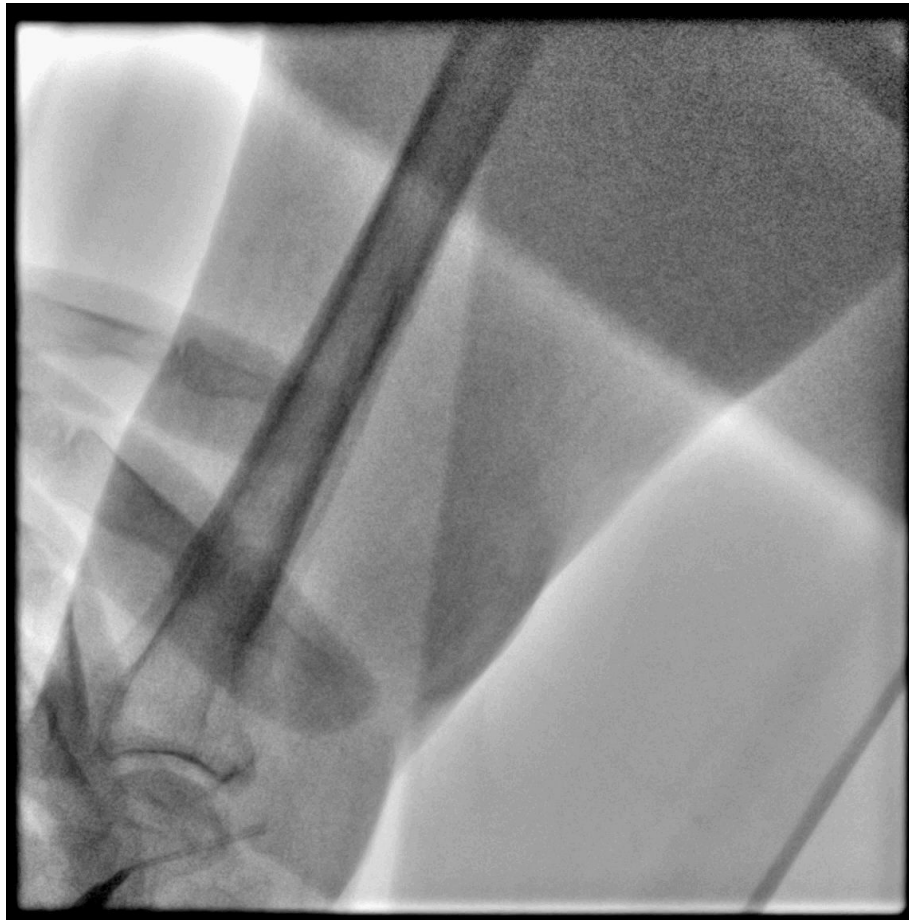
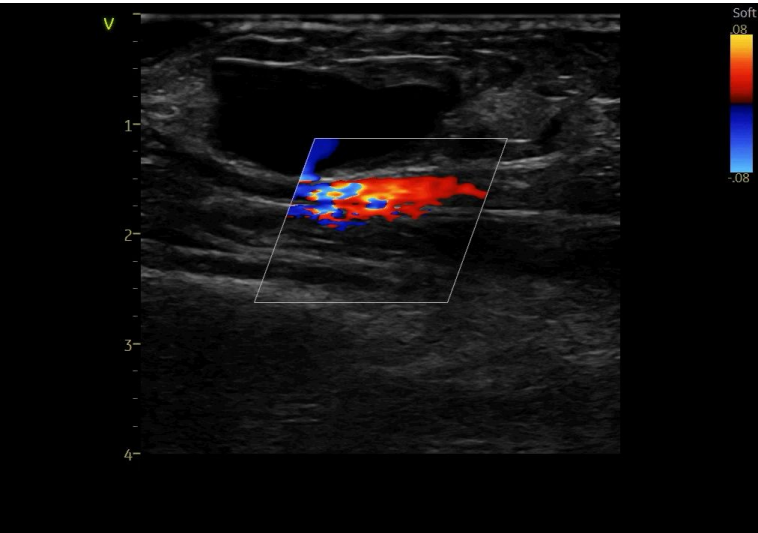
introduceurs > 6 Fr et ballons > 2,25 mm.

Chapitre 5 : les possibilités modernes

La recanalisation



Chapitre 5 : les possibilités modernes



Chapitre 5 : les possibilités modernes

You're in my spot !



Chapitre 6 : Limites et quand preferer un autre accès ?

Quatre situations qui imposent de réfléchir

1

Pouls distal faible ou absent

2

CTO rétrograde nécessitant des cathéters guides de 90 cm

3

Petit diamètre, calcifications ou atteinte échographique

4

Instabilité hémodynamique

Conclusion

- La radiale distale est une voie **sécuritaire**, **versatile** et qui préserve au mieux le **capital vasculaire** du patient
- La radiale distale n'est pas le **compétiteur** de la radial classique, elle **complète** l'offre des possibilités du cathlab
- Elle doit faire partie de l'apprentissage de tout nouvel opérateurs (médecin et infirmier)