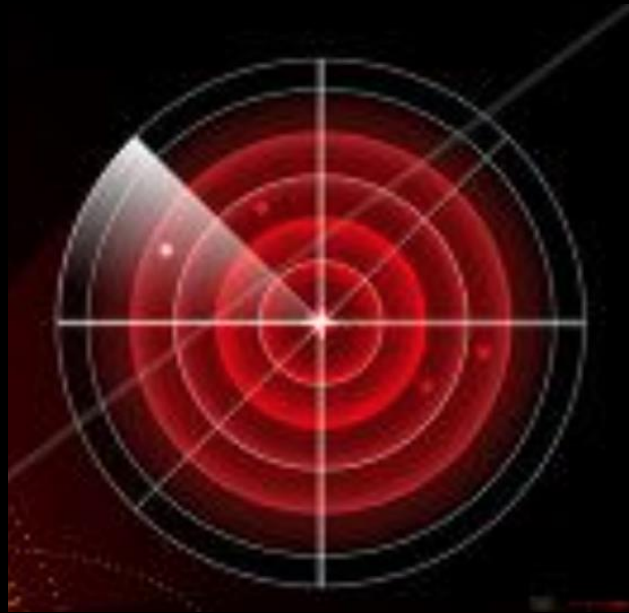


La technique RADAR : pourquoi est-ce la meilleure?



Dr Serge DECLEMY

Chirurgien vasculaire, CHU de Nice

CACVS 2018 Session Abords Vasculaires

Disclosure

Speaker name:

Serge Declemy

- ☐ I have the following potential conflicts of interest to report:
 - ☐ Consulting
 - ☐ Employment in industry
 - ☐ Shareholder in a healthcare company
 - ☐ Owner of a healthcare company
 - ☐ Other(s)
- ☒ I do not have any potential conflict of interest

LA TECHNIQUE RADAR

(Radial Artery Deviation and Reimplantation)

Radial artery deviation and reimplantation inhibits venous juxta-anastomotic stenosis and increases primary patency of radial-cephalic fistulas for hemodialysis

Nirvana Sadaghianloo, MD,^{a,b} Serge Declémy, MD,^{a,b} Elixène Jean-Baptiste, MD, PhD,^{a,b} Pierre Haudebourg, MD,^{a,b} Christophe Robino, MD,^c Mohamed Shariful Islam, MD,^{b,d} Réda Hassen-Khodja, MD,^{a,b} and Alan Dardik, MD, PhD,^{e,f} Nice, France; Monte Carlo, Monaco; and New Haven, Conn

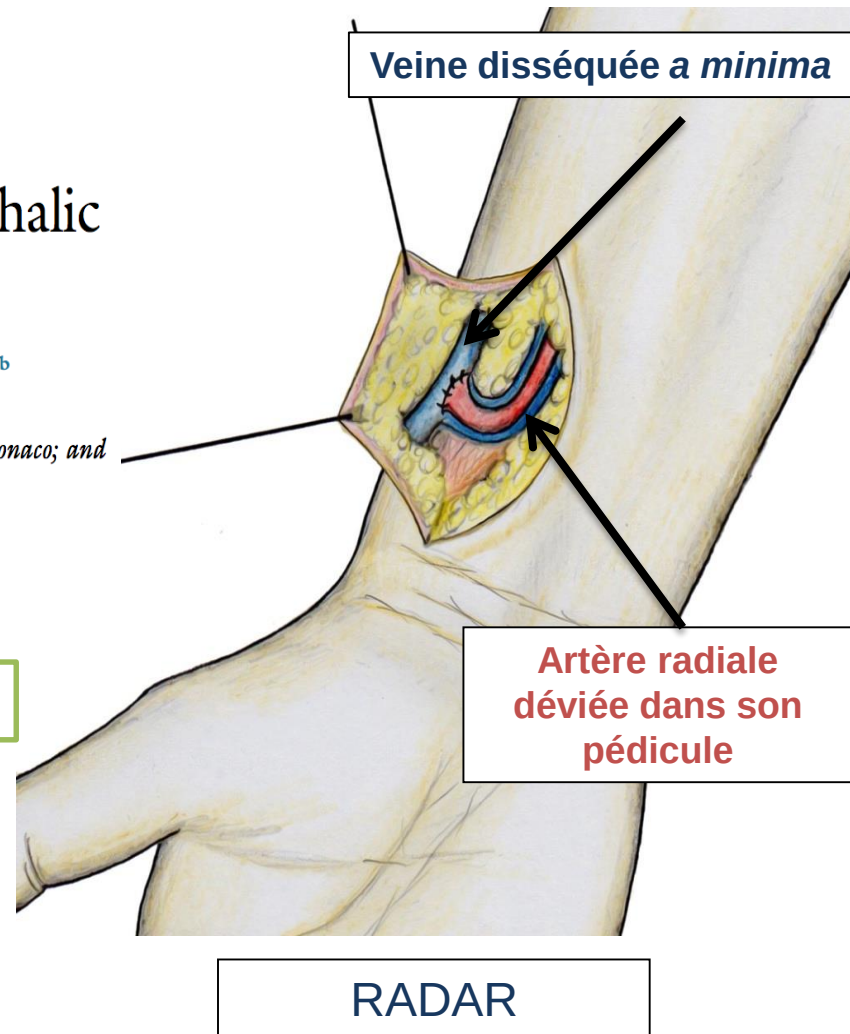
J Vasc Surg 2016;64:698-707

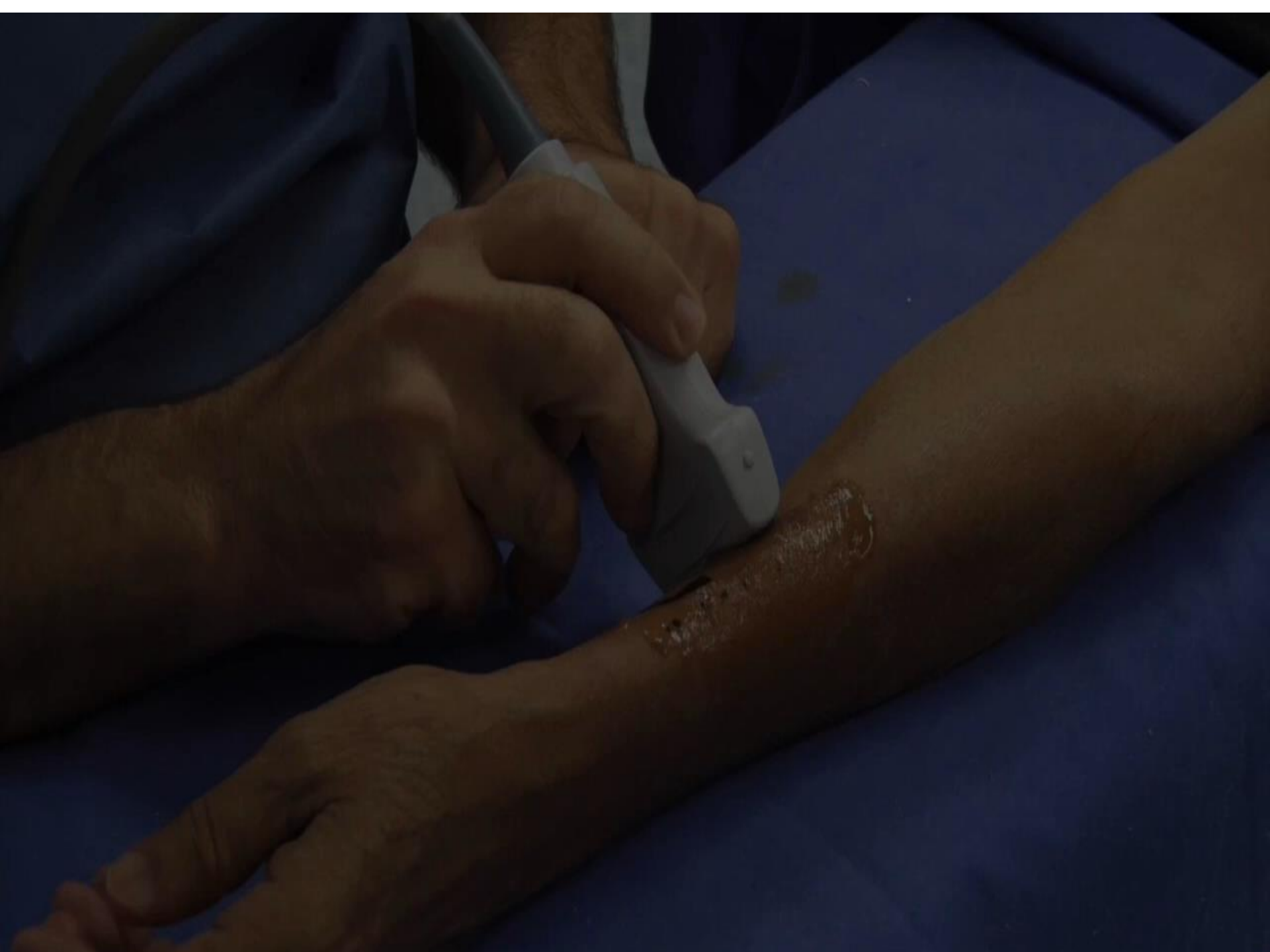
50 premières RADAR vs. FAV traditionnelle

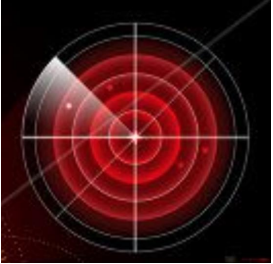
92% de maturation à 3 mois vs. 71%

2% de JAS veineuses vs. 41%

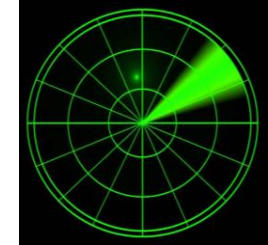
10% de réintervention vs. 74%



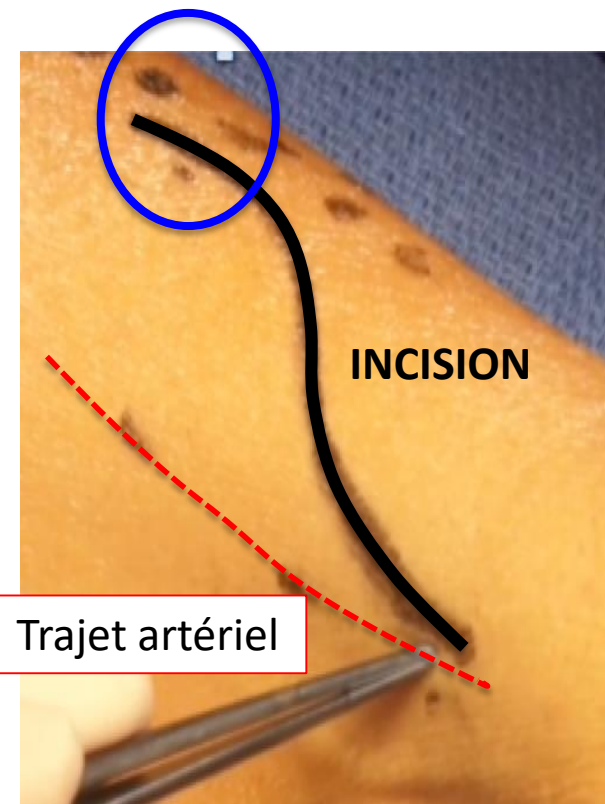




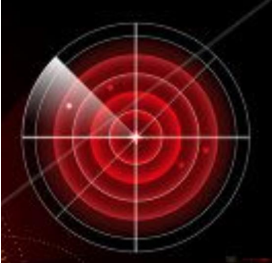
LA TECHNIQUE RADAR



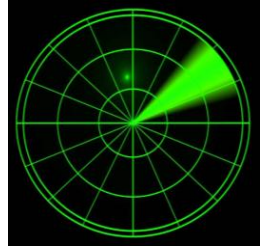
Point 1 : inciser au bon endroit



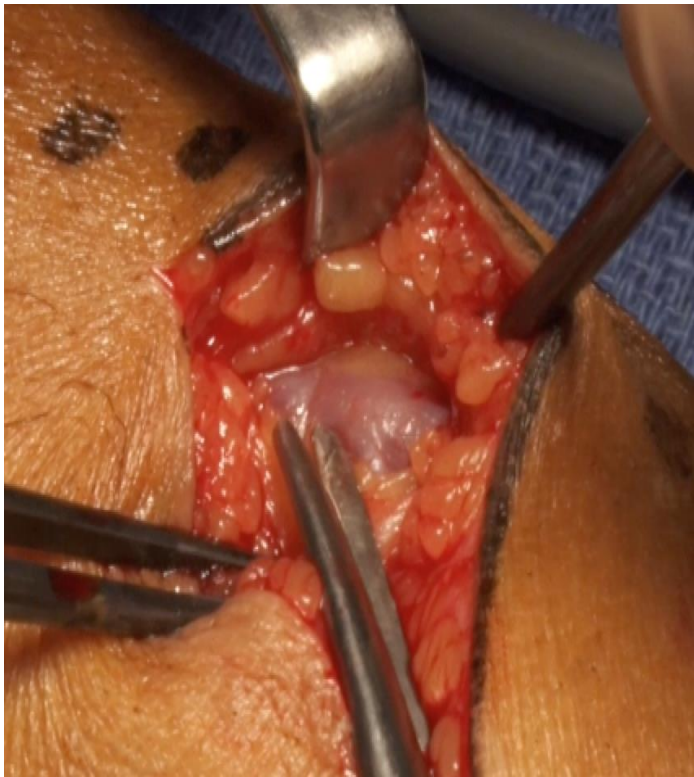
L'échographe est votre ami !!



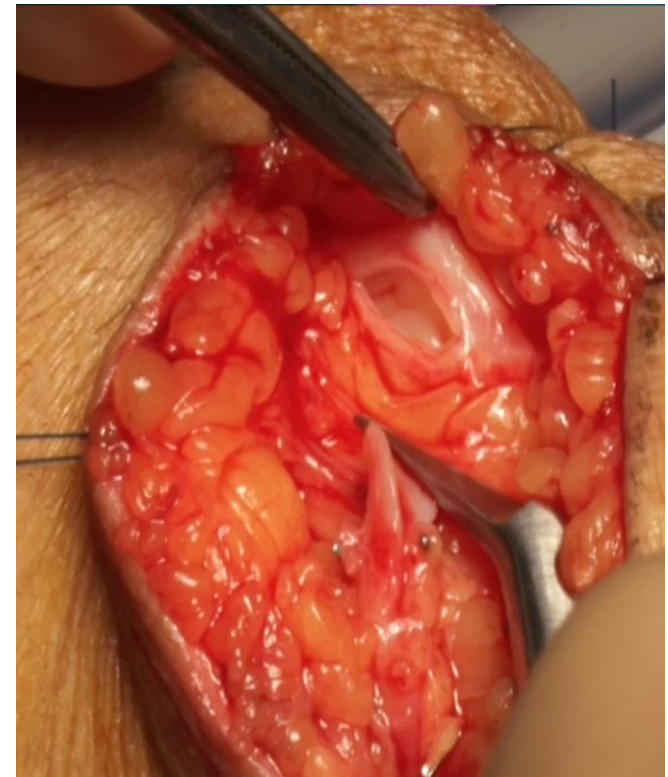
LA TECHNIQUE RADAR



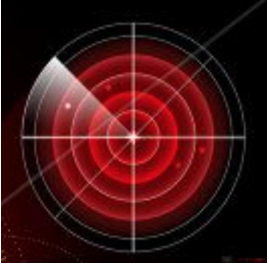
Point 2 : disséquer la face antéro-interne de la veine



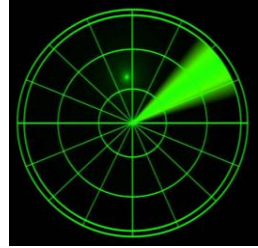
Ne pas faire le tour!!



Incision vers le pédicule radial

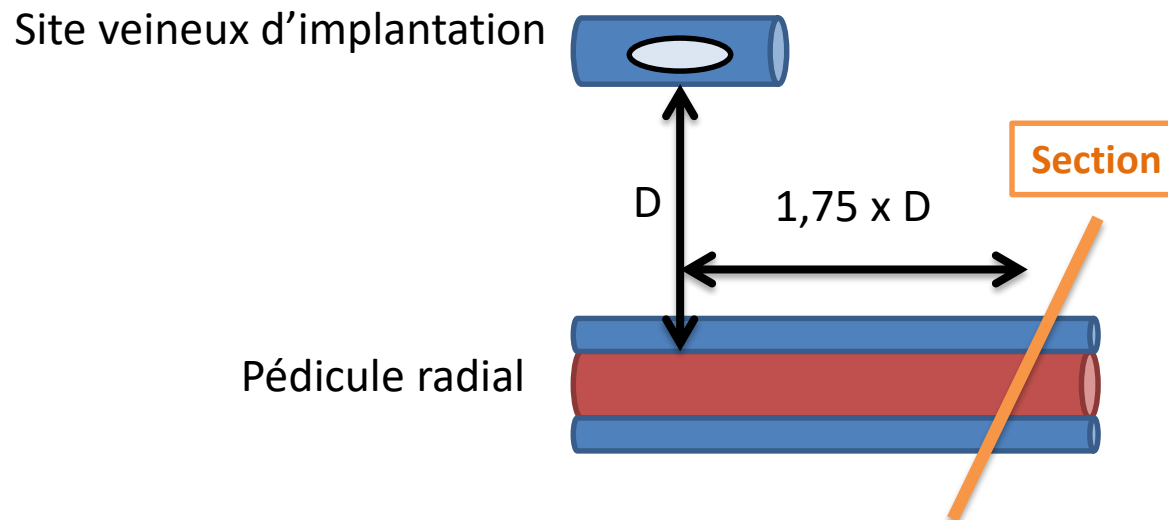


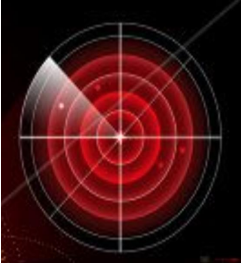
LA TECHNIQUE RADAR



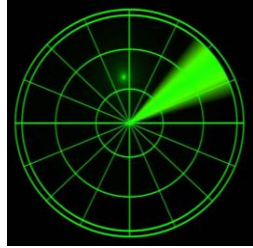
Point 3 : disséquer la bonne longueur de pédicule radial

Pédicule radial = (Distance Artère <> Veine) x 1,75

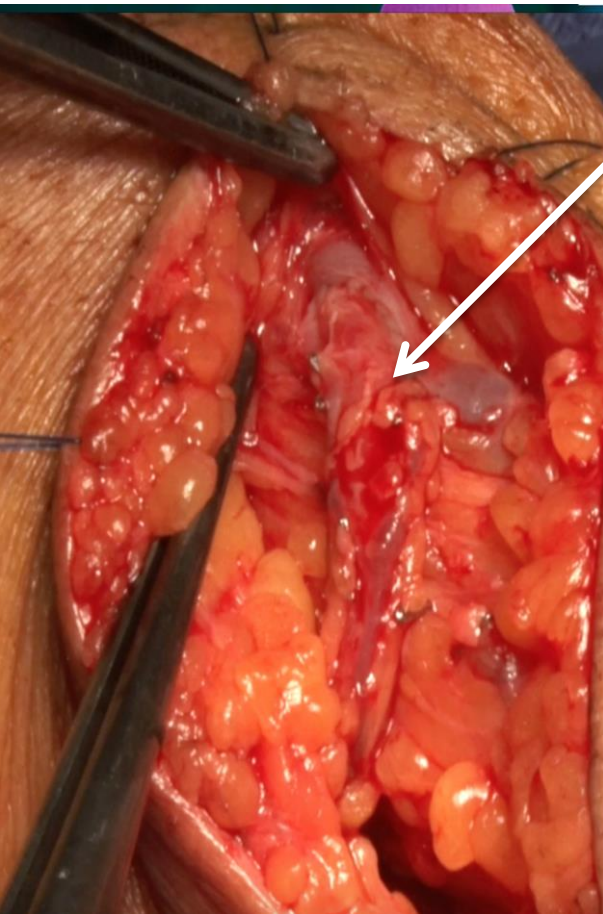




LA TECHNIQUE RADAR



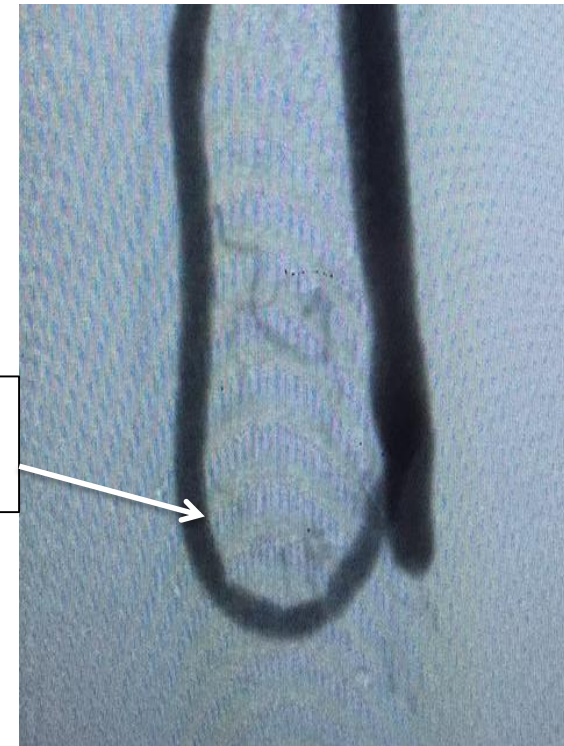
Point 4 : prévoir la boucle parfaite APRES fermeture



Artère légèrement étirée
avant ablation des fils de
traction cutanée



Courbe harmonieuse
après fermeture



Eviter le « kink » après fermeture : zone de sténose potentielle

Les patients : la suite...

RAPPEL

Critères d'inclusion:

- *A. ulnaire et Arcade palmaire perméables*
- *Veine et artère $\geq 2\text{mm}$*
- *Longueur de veine $\geq 10\text{cm}$*

157 fistules RADAR

*Suivi moyen : **17 mois**
(Minimum 6 mois)*

*Age : **68 ans***

*Hommes : **69%***

*Diabète: **27%***

*HTA: **75%***

Diamètre veineux :
3,1mm ($\pm 0,6$)

Diamètre artériel :
2,6mm ($\pm 0,3$)

Très peu de complications

Pas de signes d'ischémie

7 thromboses sur 157

0,03 thromboses/patient-année

2 abandons sur 157

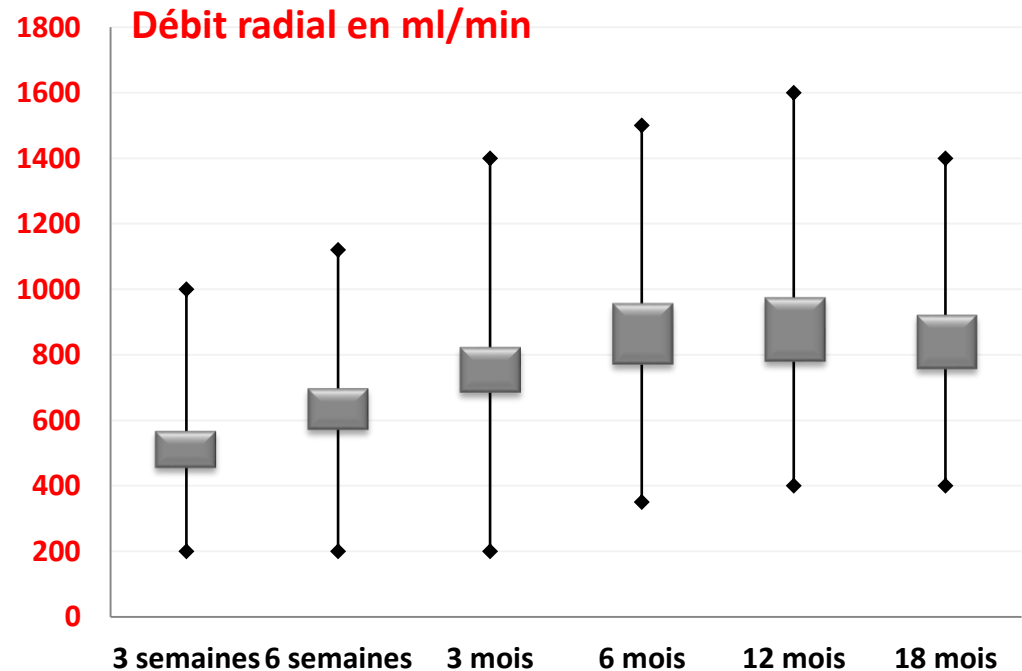
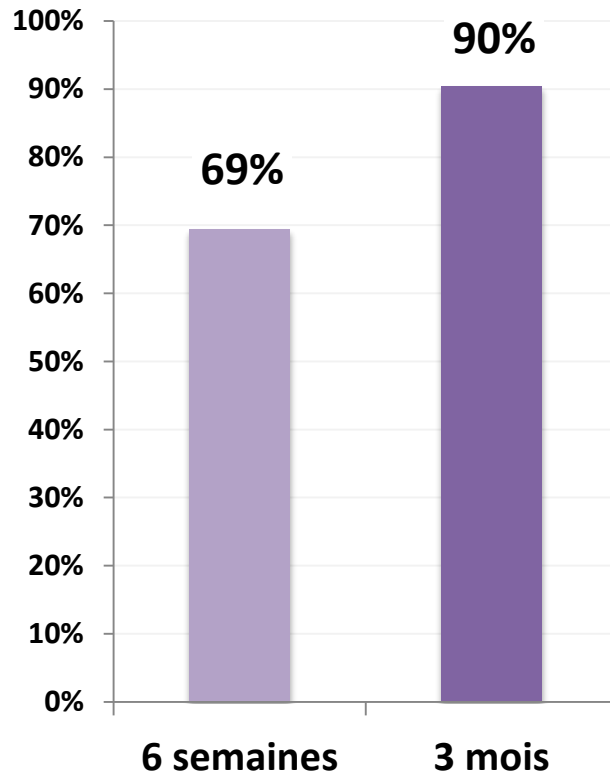
→ 1 défaut artériel (5^{ème} patiente de la série)
→ 1 sténose veineuse sur point de ponction
avec refus de traitement

Très bons taux de maturation

Rappel définition

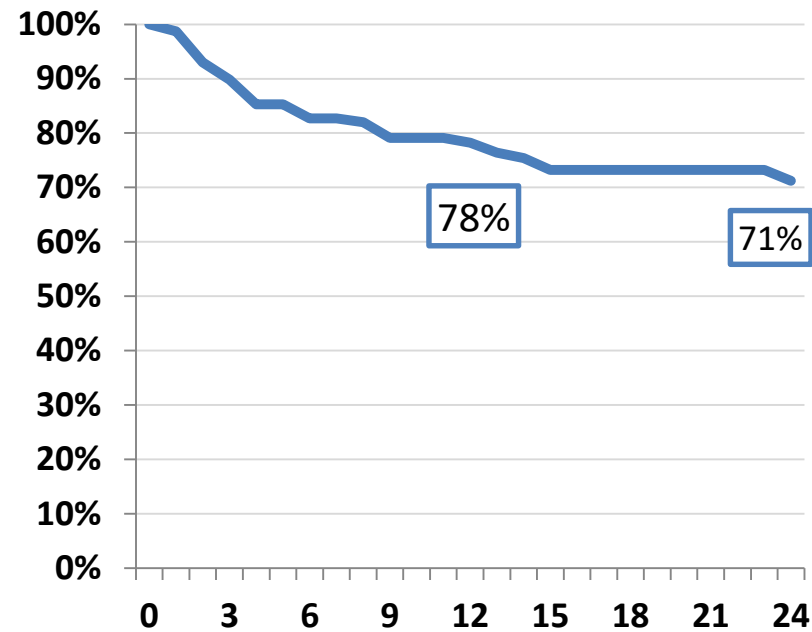
Débit d'accès $\geq 500\text{ml}$
& Diamètre de la veine $\geq 5\text{mm}$
ou
Séance de dialyse complète à 2 aiguilles

Taux de maturation non assistée



Excellentes perméabilités

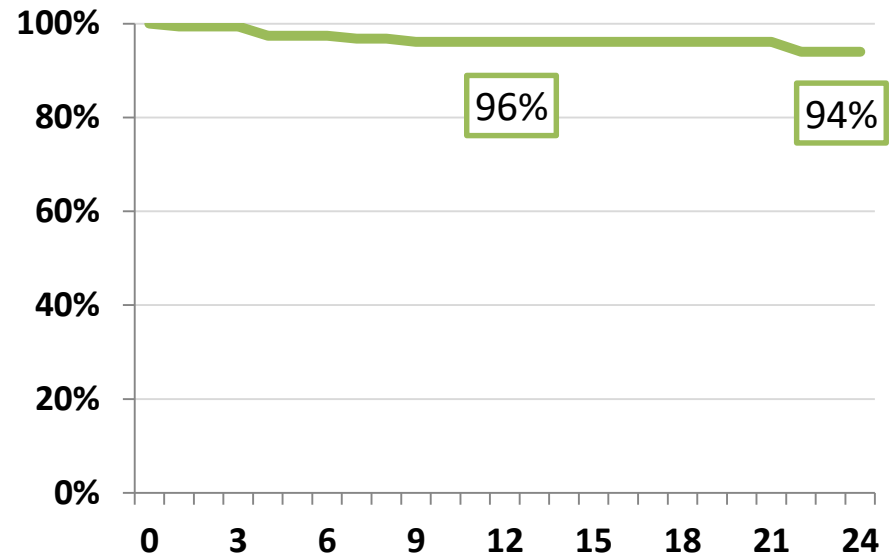
Perméabilité primaire



Temps en mois

SE <10%

Perméabilité primaire assistée



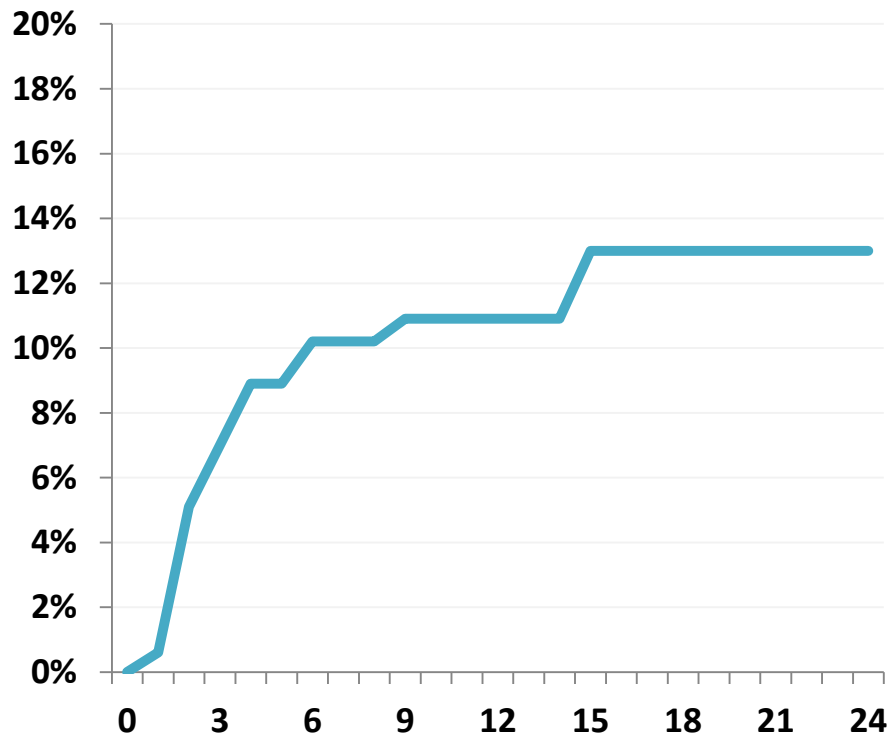
Temps en mois

Perméabilité secondaire : 97% à 2 ans

Faible taux de réinterventions

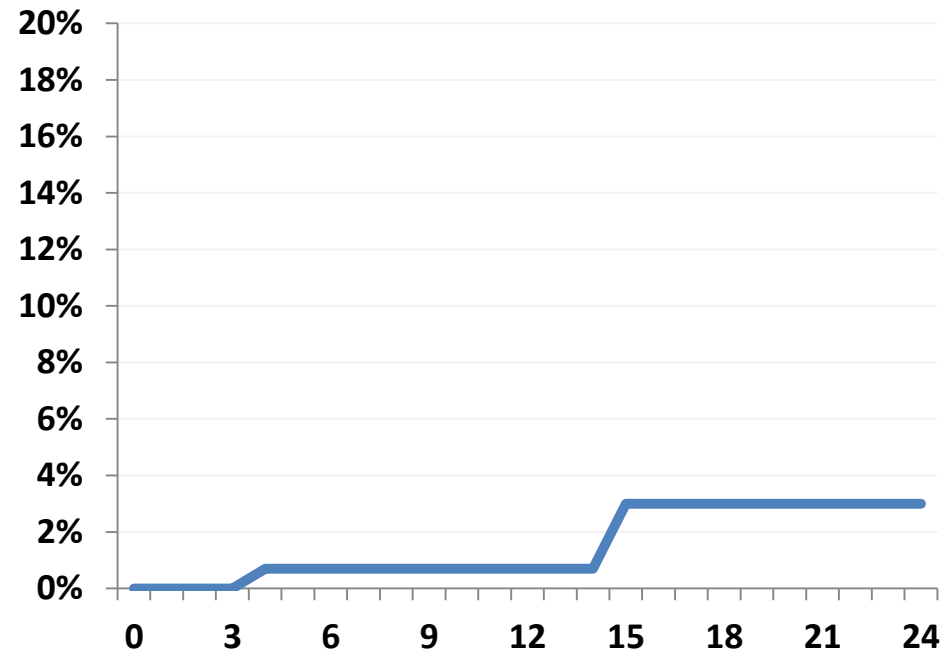
0,22 interventions/patient-année (tous segments et causes confondues)

Taux de réintervention cumulé sur le segment juxta-anastomotique



Taux de réintervention cumulé sur le segment juxta-anastomotique

VEINEUX

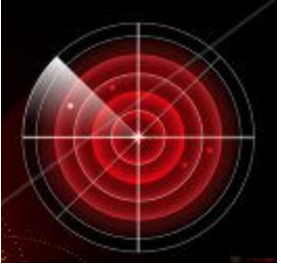


LA TECHNIQUE RADAR

***prévient les sténoses juxta-anastomotiques
VEINEUSES***

ne prévient pas :

- Les lésions veineuses pré-existantes
- Les lésions sur zone de ponction
 - Les sténoses artérielles



LA TECHNIQUE RADAR

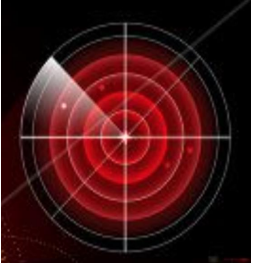


**Etude multicentrique prospective
randomisée RADAR
PHRC-I 2015**

RADAR versus FAV traditionnelle
Suivi échographique

2 CHU (Nice, Marseille)
+ 2 centres privés (Ollioules, Draguignan)
= 200 patients

Inclusions débutées



LA TECHNIQUE RADAR



declemy.s@chu-nice.fr
sadaghianloo.n@chu-nice.fr

