

TRAITEMENT  
ENDOVASCULAIRE DES  
STENOSES  
ATHEROMATEUSES DE  
L'AORTE SOUS RENALE

Service de chirurgie vasculaire  
Hôpital Militaire Med V

## Les lésions occlusives de l'aorte sous rénale

---

- Peu fréquentes
- TTT endovasculaire réputé dangereux
- Excellents résultats de la chirurgie mais!
  - risque élevé
  - risque infectieux
- TTT endovasculaire: revolution

# TECHNIQUE

---

- Salle de cathétérisme cardiaque
- Monitoring
- Abord fémoral / AL
- Introducteur 6F / 11F
- Guide hydrophile / stiff
- Positionnement / déploiement du stent
- contrôle

# STENTS

---

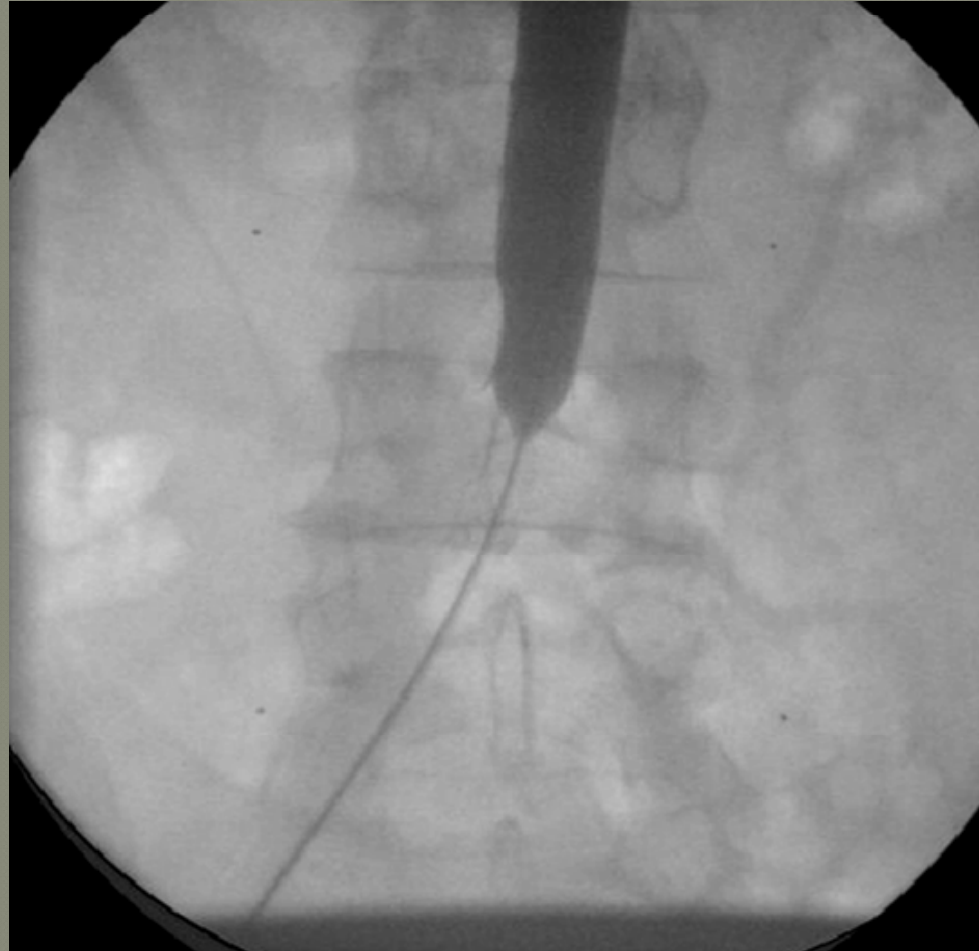
- Expandable sur ballon
- PALMAZ (cordis\*)
  - P 4014
  - P 5014
- Sizing
- Stenting primaire
- Prévoir chirurgie ultérieure
- Aspirine+Clopidogrel : 1 mois

# Cas 1

---

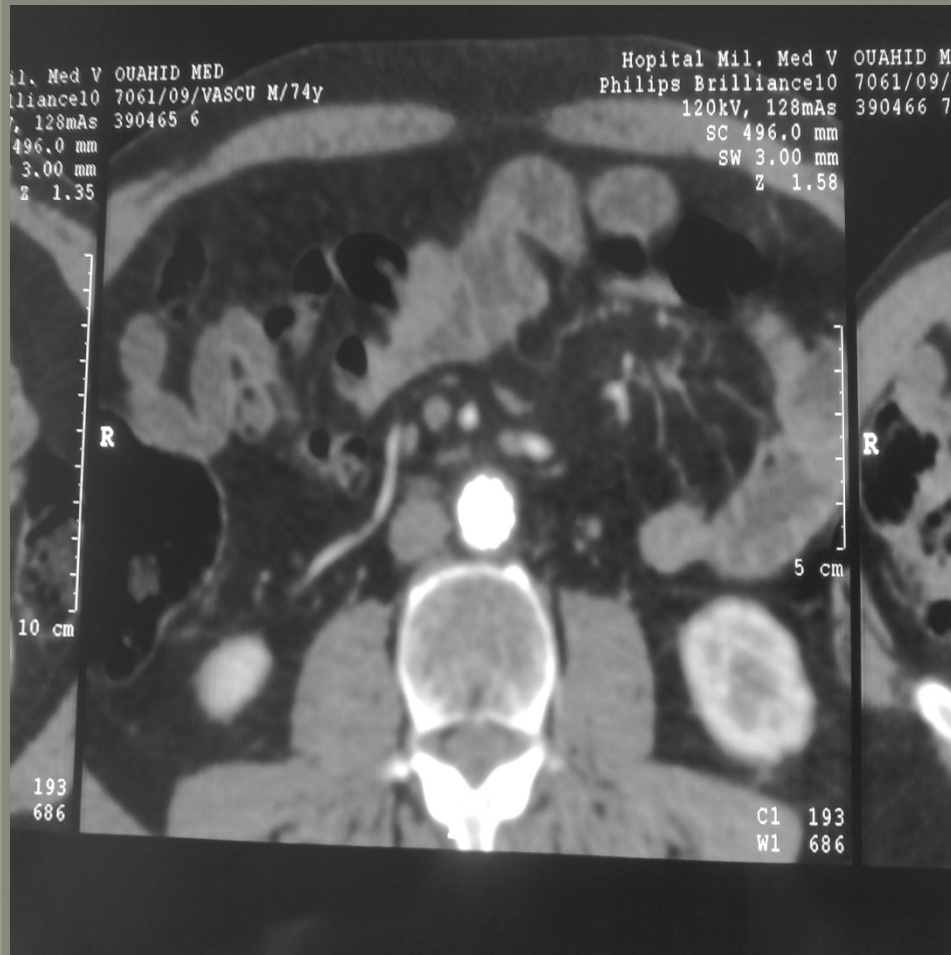
- 2005
- 71 ans
- frcv: diabete, HTA, tabac
- clinique: claudication
- bilan: artério + TDM













## Cas 2

---

- 2006
- 70 ans
- Accident emboligène
- Bilan : TDM

27-MAR-2006  
13:17:47.29  
TP -350.5  
IMA 95  
SPI 25

VC100  
H-SP-CR

Di 1 0.8  
An 1 0

kV 140  
mA 206  
TI 1.00  
GT 0.0  
SL 8.0/8.0  
317 -4/-35

AB50 LO AORTE ABD

W 294

27-MAR-2006  
13:17:47.89  
TP -355.3  
IMA 97  
SPI 25

VC100  
H-SP-CR

Di 1 1.0  
An 1 176

kV 140  
mA 206  
TI 1.00  
GT 0.0  
SL 8.0/8.0  
317 -4/-35

AB50 LO AORTE ABD  
1211020 CONTRAST

W 294  
C 80



# Cas 3

---

- 2008
- 62 ans
- Frcv: tabac, diabète
- Clinique: ischémie critique MID
- Bilan: angioIRM + artériographie















## Cas 4

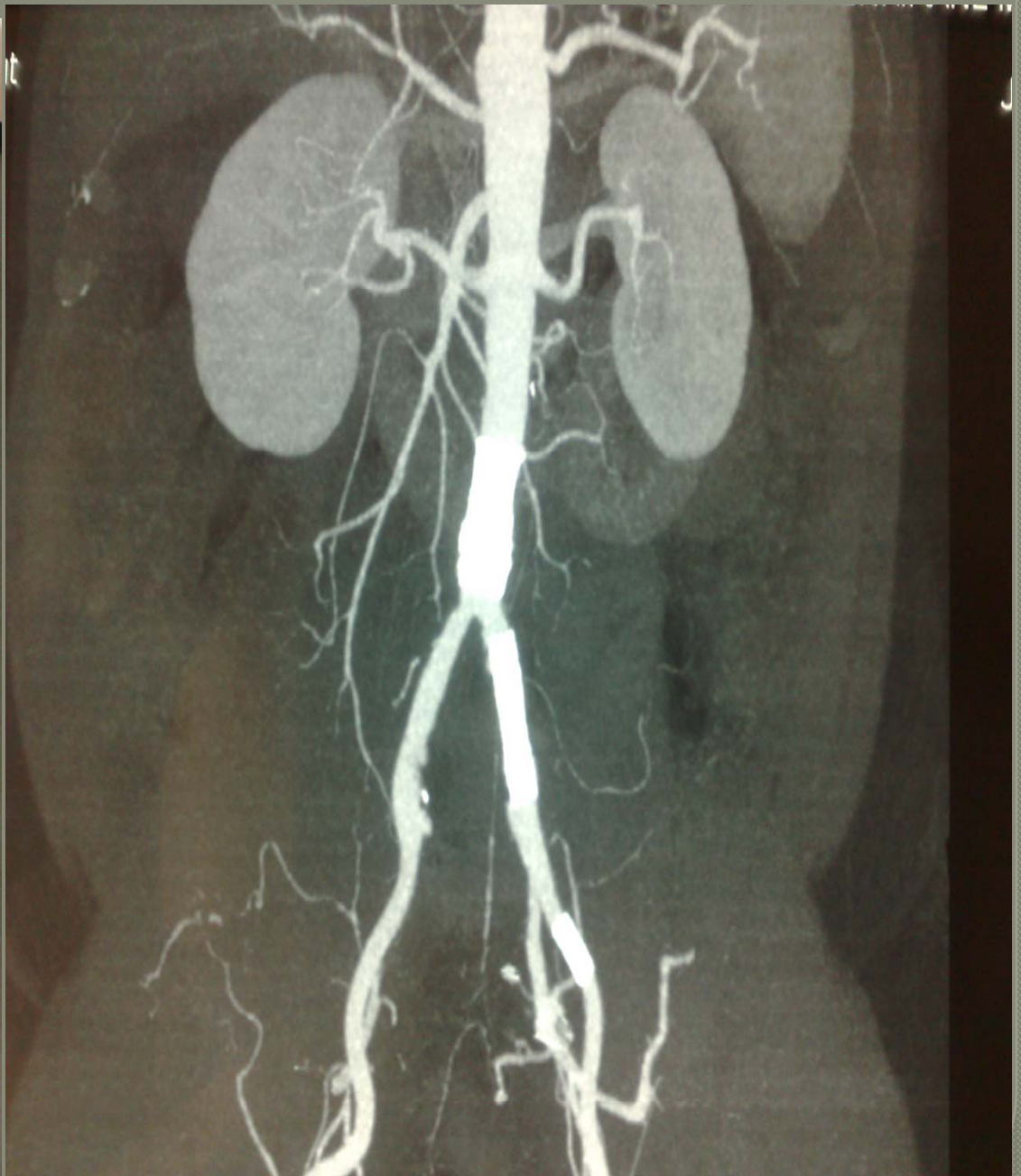
---

- 2009
- 61 ans
- Frcv: tabac, obésité++
- Clinique: claudication
- Bilan: artériographie











# Evolution du ttt endovasculaire

---

- ❑ dilatation par ballon
  
- ❑ Stenting
  - Moins de turbulences
  - Moins de recoil
  - Hyperplasie neointimale
  
- ❑ stents- couverts

# stenting

---

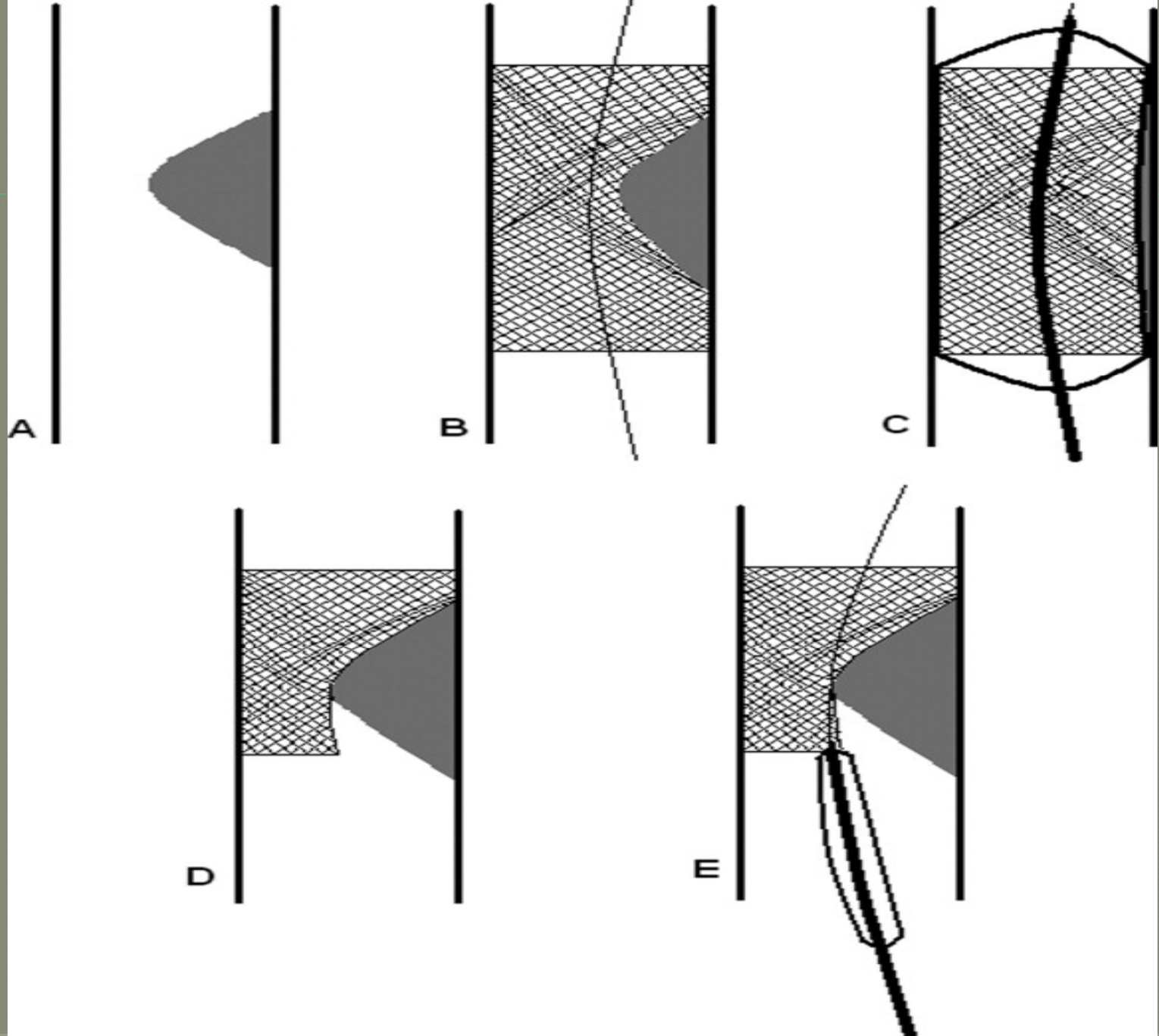
- ❑ pas de prédilatation
- moins de risque d'embolisation
- moins de risque de rupture
- ❑ thrombolyse avant?

<i>First author</i>	<i>Year</i>	<i>No of cases</i>	<i>Age (range)*</i>	<i>Stenosis/occlusion</i>	<i>Technical success (%)</i>	<i>Major complications</i>	<i>Mean follow-up, mon (range)</i>	<i>Primary patency (%)</i>
Sheeran. <sup>35</sup>	1997	9	61 (49-73)	9/0	100	0	19 (2-36)	89
Nyman. <sup>33</sup>	2000	30	61 (42-80)	21/9	93	4	19 (5-60)	97
Yilmaz. <sup>32</sup>	2004	13	57	13/0	100	0	43 (12-96)	100
Schedel <sup>17</sup>	2004	15	54 (46-62)	15/0	87	3	36 (12-46)	85
Ponczyłusz <sup>37</sup>	2006	26	57 (43-72)	26/0	100	0	18 (12-24)	100

# Types de stent?

---

- Autoexpansibles:
  - force radiale continue
  - moins de risque d'embolisation
  - si lésions iliaques associées
- Expandables sur ballon:
  - Lésions calcifiées
  - Déploiement précis



# Risques et complications

---

- Dissection
- embolisation:
  - manipulation prudente des guides
  - héparine
  - stenting direct
- rupture
- Ischémie digestive: AMI?

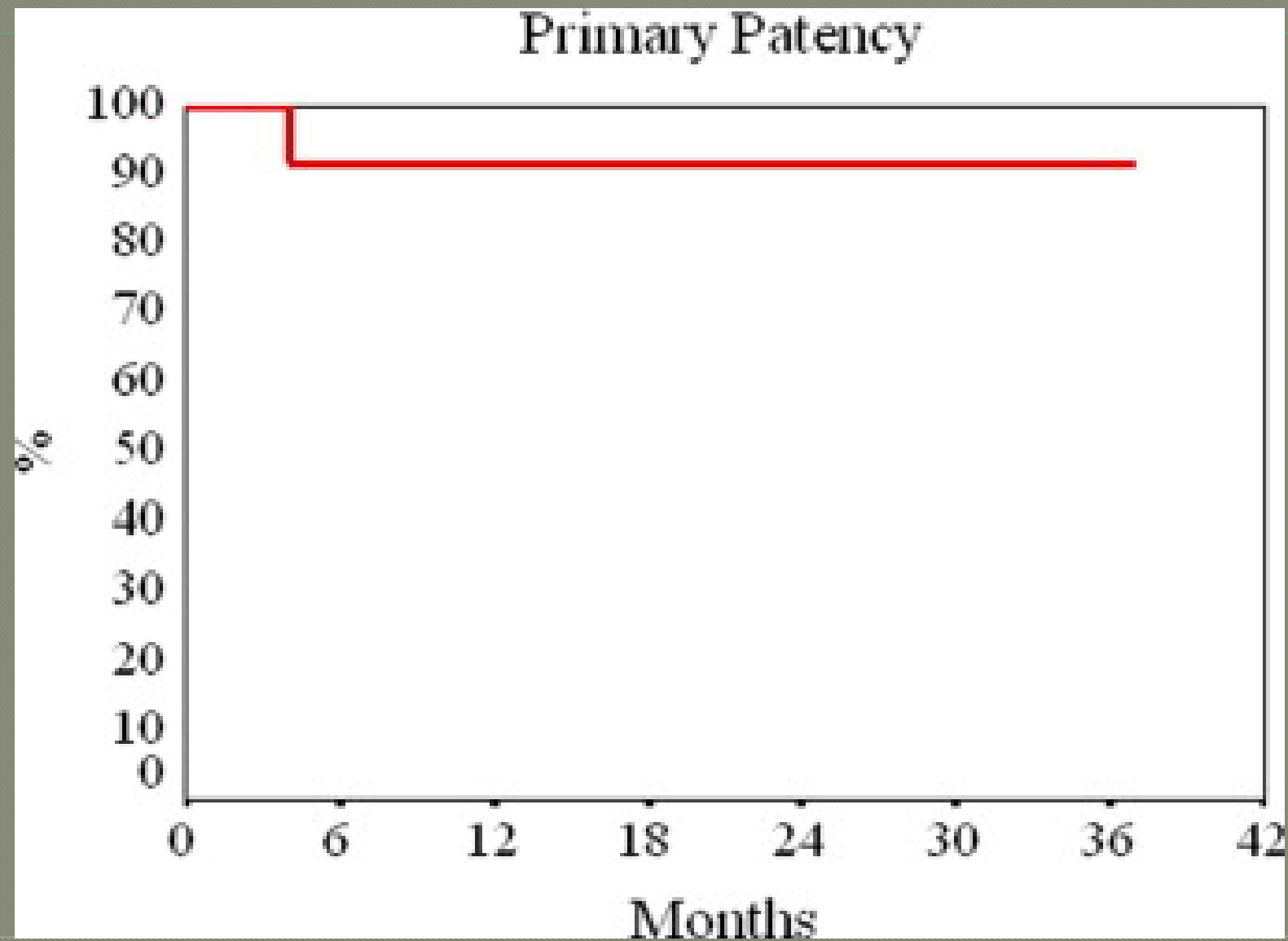
# LA RUPTURE

---

- Risque réel mais faible
- Calcifications ++ TDM
- Eviter la sur dilatation / douleur ++
- TTT:
  - hémostase / ballon
  - stent couvert!
  - chirurgie!

Primary stenting for aortic lesions: From single stenoses to total aortoiliac occlusions

(JVasc Surg 2008;47:310-7.)





Polytetrafluoroethylene Covered Stent Placement for  
Focal Occlusive Disease of the Infrarenal Aorta  
Eur J Vasc Endovasc Surg (2014)

---

- ❑ 36 patients
- ❑ Succès technique
- ❑
- ❑ Pas d'embolisation ni de rupture
- ❑ Perméabilité 2 ans: 100

# CONCLUSION

