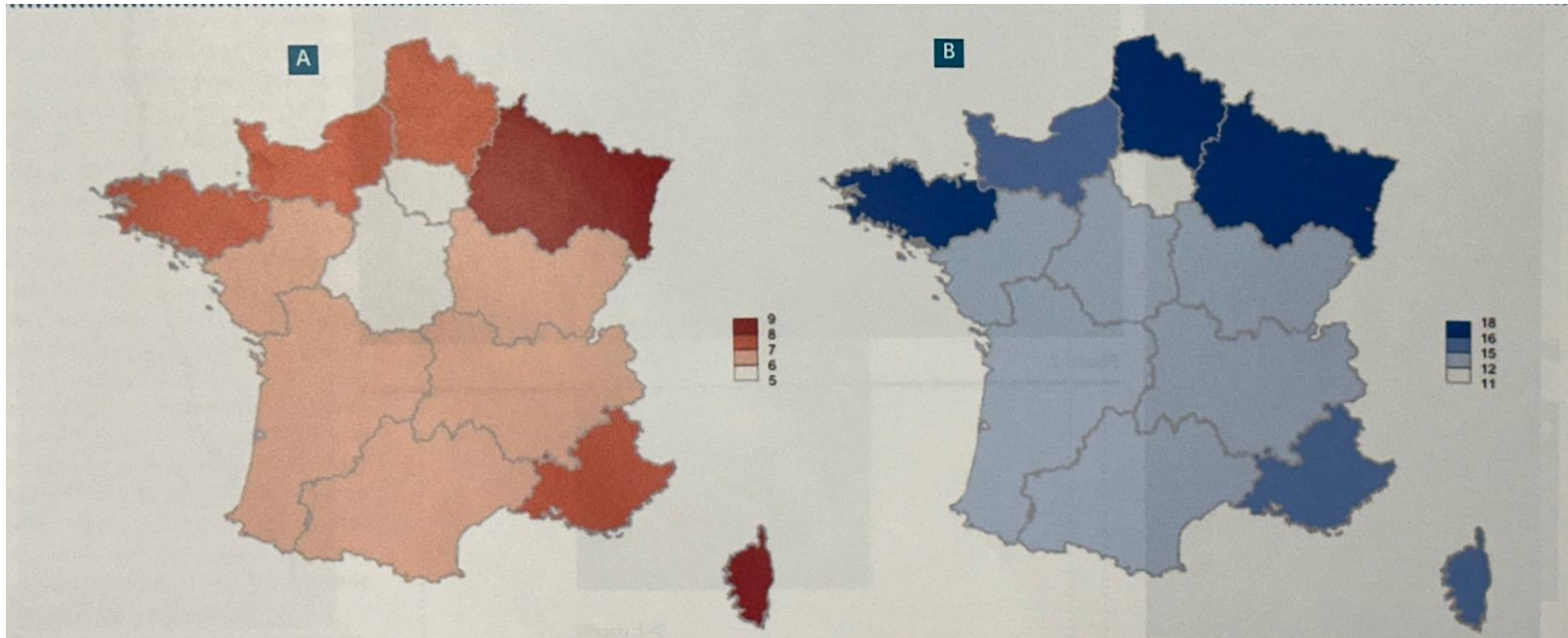


JE DEBOUCHE

Drs Etienne, Legghe





Gravité locale (stade 4)

Comorbidités

coronarienne

carotidienne

Dans un monde IDEAL...

Après l'Examen clinique

échodoppler (examen de référence)

prise en charge médicale, hygiène diététique,
fonctionnelle+++ (rééducation à la marche)

Mais...

delais de rendez vous chez angiologue

opérateur et patient dépendant (obésité, gaz..)

imagerie par segments, sans vision d'ensemble (pré
thérapeutique)

APPORT DE LA RADIOLOGIE

l'imagerie en coupe:

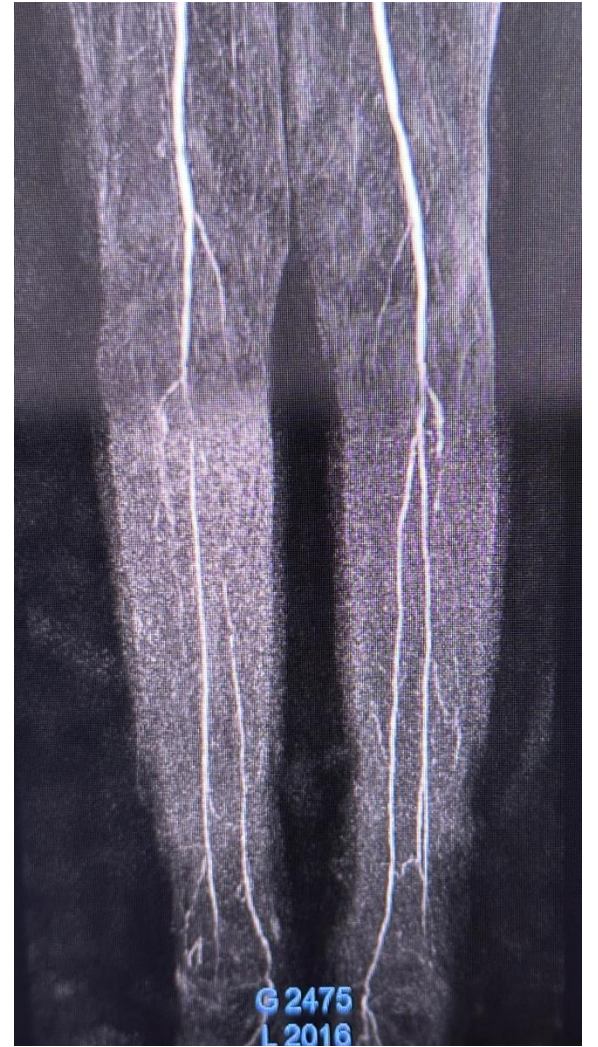
- Angio IRM et/ou angioscanner. (si opéré ou stent ou CI irm)
- Facilité en clinique de solliciter l'avis d'un spécialiste des maladies vasculaires concernant la prise en charge

ANGIO-CT	ANGIO-MR
Peu invasif Bonne résolution spatiale (2x celle de l'IRM)	Peu invasif
Bonne disponibilité	Reconstructions rapides
Images 2D et 3D	Images 2D et 3D
Bonne sensibilité-spécificité	Insensible aux calcifications
Irradiation, iode, coût	Disponibilité limitée, coût
Erreurs d'estimation sur des artères calcifiées et infra-poplitées	Artéfacts possibles (veines, métaux)
Moins utile chez le diabétique	CI : certains implants et pacemakers



Pitch Deck





Les radiologues interventionnels maîtrisent Les techniques percutanées

Une invention des radiologues, reprise par les cardiologues, beaucoup plus tardivement par les chirurgiens (chirurgie endovasculaire)

LES ORIGINES DE L'ANGIOPLASTIE ARTÉRIELLE

- En 1953, Sven Seldinger (radiologue suédois) met au point une technique de ponction artérielle par voie percutanée avec trois éléments (un trocard avec mandrin, un guide souple et un cathéter), facilitant ainsi la pratique de l'angiographie.

DU BALLON AU STENT ACTIF...

En 1964, dans un article dans *Circulation*, [Charles Dotter](#), radiologue américain et “père de la radiologie interventionnelle” et [Melvin Judkins](#) décrivent la technique de recanalisation des artères périphériques en enfilant successivement des cathéters d’un diamètre toujours plus important. La première angioplastie percutanée transluminale fut effectuée par Dotter au niveau de l’artère poplitée chez une jeune patiente atteinte de gangrène.

historique

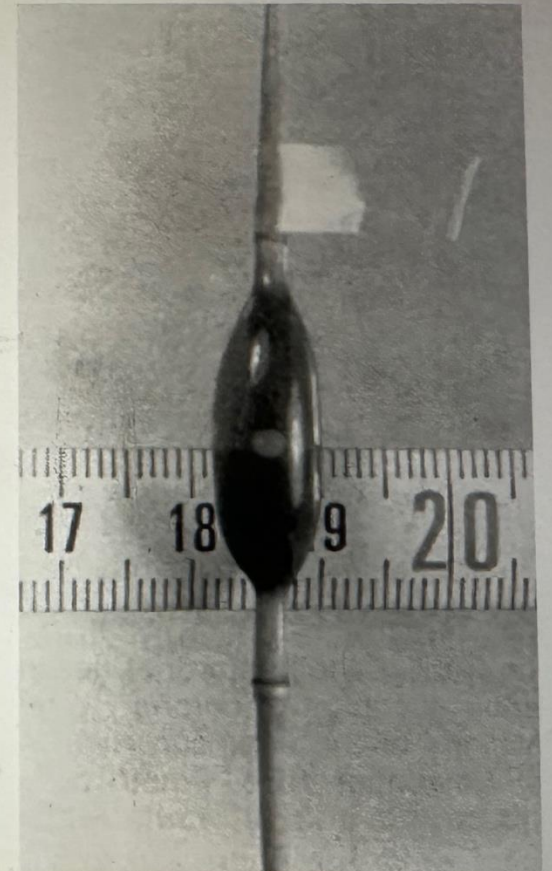
Dr DESILETS 1965



EMBOLLILLE


C’est cependant, dans les années 70 que l’angioplastie prit véritablement son essor, suite aux travaux d’un cardiologue allemand [Andreas Gruentzig](#) qui met au point la technique de dilatation par ballonnet.


Il s’inspira de la technique de Dotter pour imaginer le concept, travaillant en étroite collaboration avec un radiologue allemand, le Dr Eberhardt Zeitler (Nuremberg).




Ballon utilisé pour la 1ère angioplastie périphérique (1974)

→ ↻ 🏠 https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/artériopathie-obstructive-artérite-des-membres-inférieurs

 **Menu**

 **l'Assurance Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

ameli.fr

 **Rechercher**

La chirurgie de revascularisation comprend ainsi 3 types d'interventions.

L'angioplastie : dilater l'artère et poser un stent si nécessaire

L'**angioplastie** est pratiquée sous anesthésie locale par un chirurgien vasculaire, un cardiologue ou un **radiologue interventionnel**. Elle consiste à dilater l'artère au niveau de la plaque d'athérome grâce à un ballonnet gonflable monté sur une sonde, que l'on fait passer par l'artère fémorale (au pli de l'aîne) jusqu'au siège des lésions.

Souvent, au niveau de l'obstruction, on pose aussi une endoprothèse (ou **stent**) : ce petit ressort grillagé sert à maintenir l'artère suffisamment ouverte pour rétablir la circulation sanguine. Certains **stents, dits actifs**, libèrent un produit visant à limiter les risques de récurrence ou resténose. En effet, la récurrence de sténose concerne 30 % des cas dans les 3 à 12 mois après l'opération.

L'endartériectomie

L'**endartériectomie** (ou thromboendartériectomie) permet d'enlever la plaque d'athérome. Pratiquée sous anesthésie générale par un chirurgien vasculaire, elle concerne uniquement les artères de moyen à gros calibre (iliaque, fémorale).

Le pontage artériel

Le **pontage** consiste à mettre en place une dérivation de l'artère pour court-circuiter la zone obstruée, afin de rétablir l'apport de sang aux tissus en aval. Pour cela, le chirurgien vasculaire utilise, selon les cas, une veine de

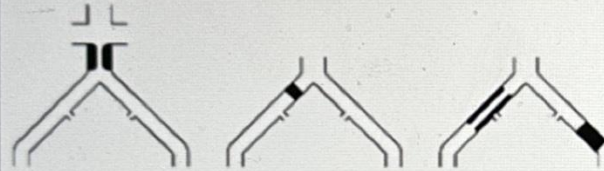
TASC A lesions

- Unilateral or bilateral CIA stenoses
- Unilateral or bilateral single short (≤ 3 cm) EIA stenosis



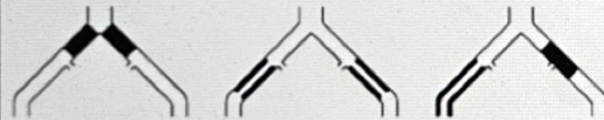
TASC B lesions

- Short (≤ 3 cm) stenosis of the infrarenal aorta
- Unilateral CIA occlusion
- Single or multiple stenosis totaling 3 to 10 cm involving the EIA not extending into the CFA
- Unilateral EIA occlusion not involving the origins of the internal iliac or CFA



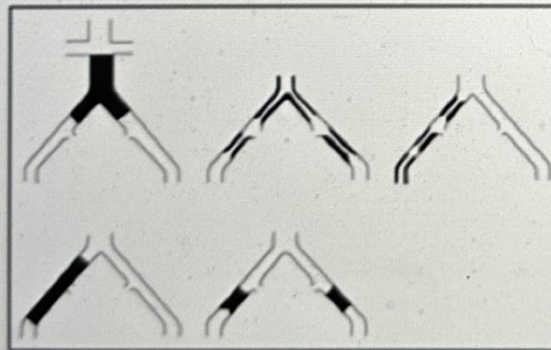
TASC C lesions

- Bilateral CIA occlusions
- Bilateral EIA stenoses 3 to 10 cm long not extending into the CFA
- Unilateral EIA stenosis extending into the CFA
- Unilateral EIA occlusion involving the origins of the internal iliac and/or CFA
- Heavily calcified unilateral EIA occlusion with or without involvement of the origins of the internal iliac and/or CFA



TASC aorto-iliac lesion

- Infrarenal aorto-iliac occlusion
- Diffuse disease involving the aorta and both iliac arteries requiring treatment
- Diffuse multiple stenoses involving the unilateral CIA, EIA and CFA
- Unilateral occlusions of both CIA and EIA
- Bilateral occlusions of EIA



TASC

• TASC 2000

- Type A
 - Endovascular treatment
- Type D
 - Surgical treatment
- Type B/C
 - Dependent on operator skills/preference

• TASC II

- Type A/D unchanged
- Type B
 - Endovascular treatment
- Type C
 - Surgery is the preferred treatment for good-risk patients
 - The patient's co-morbidities, fully informed patient preference and the local operator's long-term success rates must be considered when making treatment recommendations for type B and type C lesions (not all stents are equal, but also not all operators are equal)

Norgren L et al. EJVES 2007 ; 33 : S1-S75.

TASC A, B, C and D lesions in the aorto-iliac segments of patients with symptomatic PAD should be initially treated with endovascular therapy (Grade B)

PROPOSITION TASC 2013 : REFUS ET SCHISME !