

PARIS

JOURNEES INTERNATIONALES  
ET FRANCOPHONES  
ANGIOLOGIE

2015

Paris  
30 Janvier 2015



# Le bon candidat à une recanalisation veineuse fémoro-iliaque



Olivier Hartung

Service de Chirurgie Vasculaire  
Hôpital Nord Marseille, FRANCE



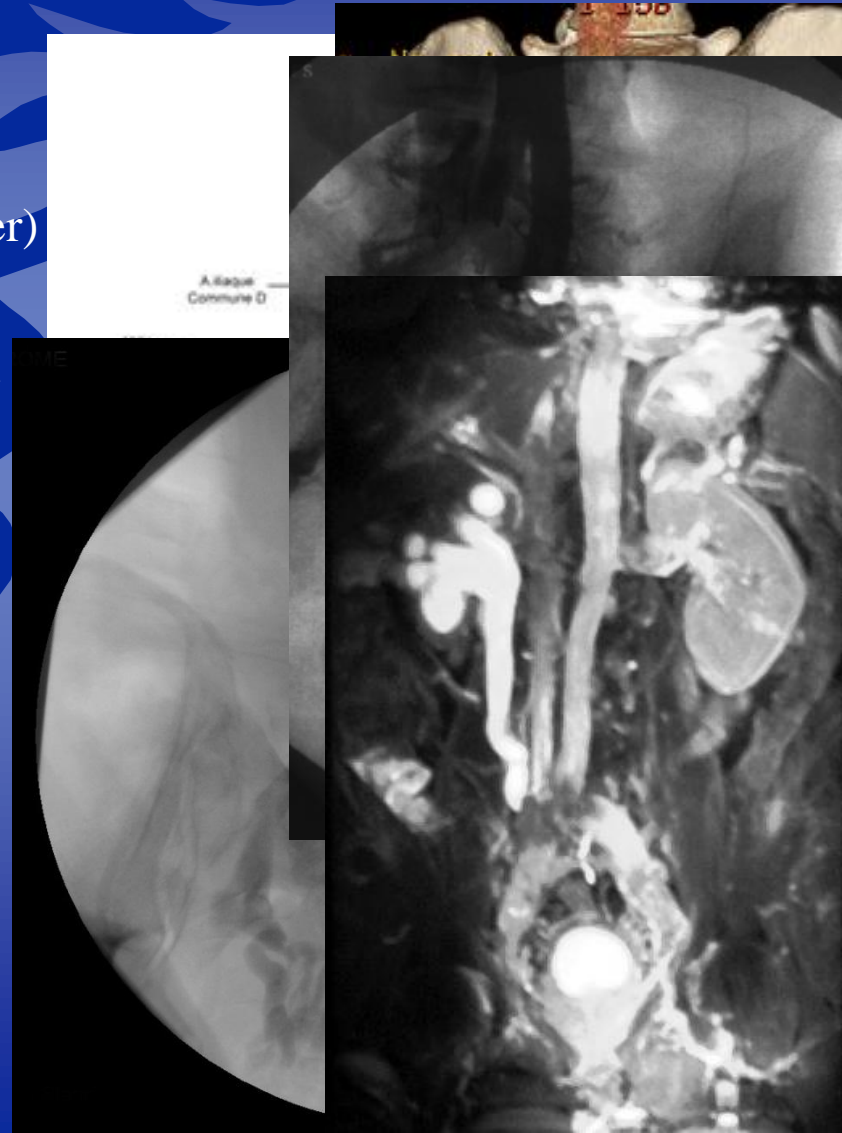
# Lésions obstructives veineuses

## ● Primaires

- Syndrome de Cockett (May-Thurner)
- Variantes

## ● Secondaires

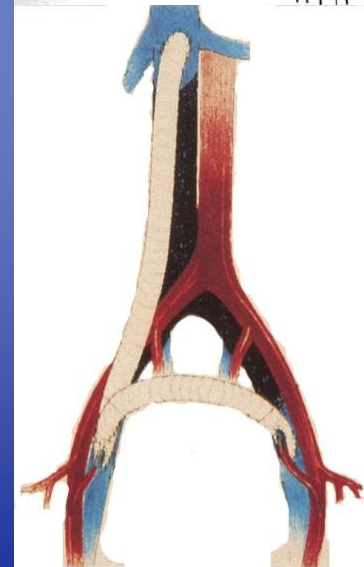
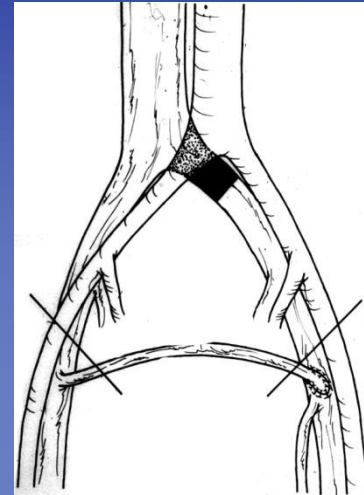
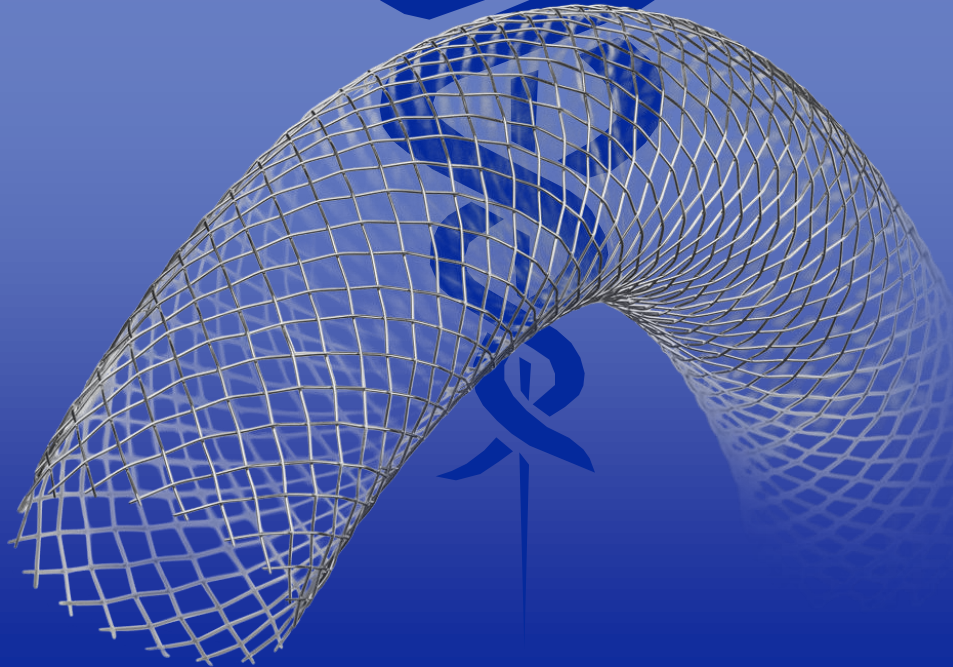
- postTVP
- Iatrogène
- Compression extrinsèque
  - FRP
  - Tumeurs



# Traitement

- Chirurgie => résultats mitigés

=> Stenting?



# Qui bénéficiera d'un stenting des lésions obstructives FI?

=> Tout patient avec symptômes invalidants malgré TRT médical adapté



*That's All  
Folks!*



# Notre experience

● Novembre 1995-Décembre 2013 :  
259 patients consécutifs avec lésions chroniques

149 lésions obstructives

110 lésions occlusives

Tentative de recanalisation

100% stentés

82% succès

# Résultats des recanalisations

- **Succès technique: 92 (82%)**

- 57 stent sous le ligament inguinal

- 8 endophlebectomies

- **Suivi médian 48 M (2-190)**

- **Perméabilité à 5 et 10 ans**

	N	PP	PPa	PS
Tous patients	92	80,4%	85,8%	92,3%
Percutanés	84	84,5%	89,2%	94%
Stenting VFC	49	83,6%	87,7%	93,8%
+ endophlebectomie	8	37,5%	50%	75%

# Analyse multivariée des facteurs prédictifs d'échec de recanalisation

	p	OR	95% CI
Délai depuis TVP initiale	0.483	1.002	0.996-1.008
Thrombophilie	0.132	5.968	0.582-61.164
<b>Thrombose de veine profonde déjà traitée chirurgicalement</b>	<b>0.000</b>	<b>65.080</b>	<b>8.154-519.459</b>
Lesions bilatérales	0.144	0.147	0.011-1.919
Nombre de segments occlus	0.654	0.654	0.351-1.0931



# Indications



- Patients avec lésions C2 à C6, symptomatiques et invalidés malgré TRT médical
  - ⇒ Claudication veineuse
  - ⇒ Syndrome de congestion pelvienne
  - ⇒ Signes neurologiques (compression par collatéralité)

# Echec de recanalisation



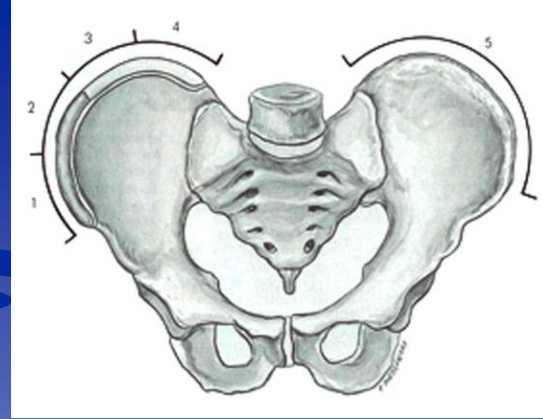
- **Pas d'aggravation**

- Clinique

- Echo-Doppler

**=> Une tentative devrait être réalisée chez tous les patients même en cas de présence de facteurs de risque d'échec**

# Limites



- **Age et condition physique**

- ⊖ Décès, EP, complications avec risque vital : 0

- ⊖ Patients à faible risque pour l'anesthésie

- ⊖ Patients jeunes: pas de contre-indication absolue

- Frazer CCI 2009

- Adéquation diamètre et longueur des stents avec croissance?

- ⇒ Pas avant que la croissance pelvienne ne soit terminée

- (Signe de Risser 4 au moins)

# Coagulopathie



- Pas un facteur de risque de rethrombose
- Influence seulement la durée du TRT anticoagulant postopératoire des post TVP
  - ⇒ 1 an d'avK chez tous les patients
  - ⇒ avK au long cours en cas de thrombophilie

# Etiologie



- **Primaire :**

- NIVL : peu d'occlusions
- Agénésie : pas de possibilité de recanalisation

- **Secondaire**

- PostTVP +++ : plus complexes, plus de rethromboses
- FRP : excellent résultats
- Lésions iatrogènes : ligature/résection veineuse?

# Cancer



- 2 cadres différents:

- Séquelles de cancer (chirurgie ou radiothérapie)
- Masse pelvienne => palliatif seulement
  - Améliore la qualité de vie
  - **Risque élevé de rethrombose/récidive**

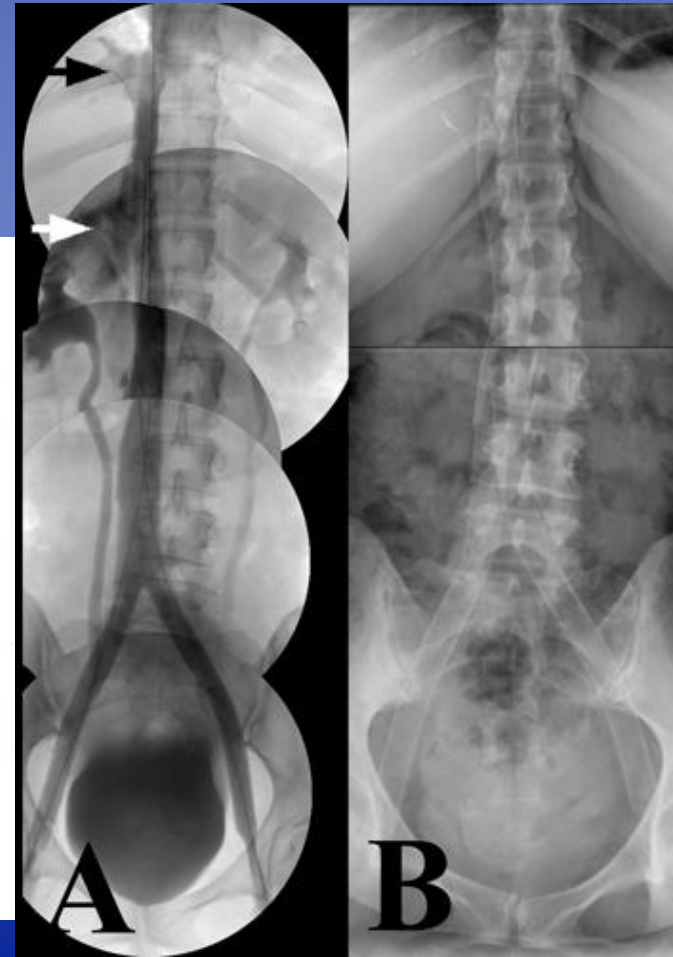
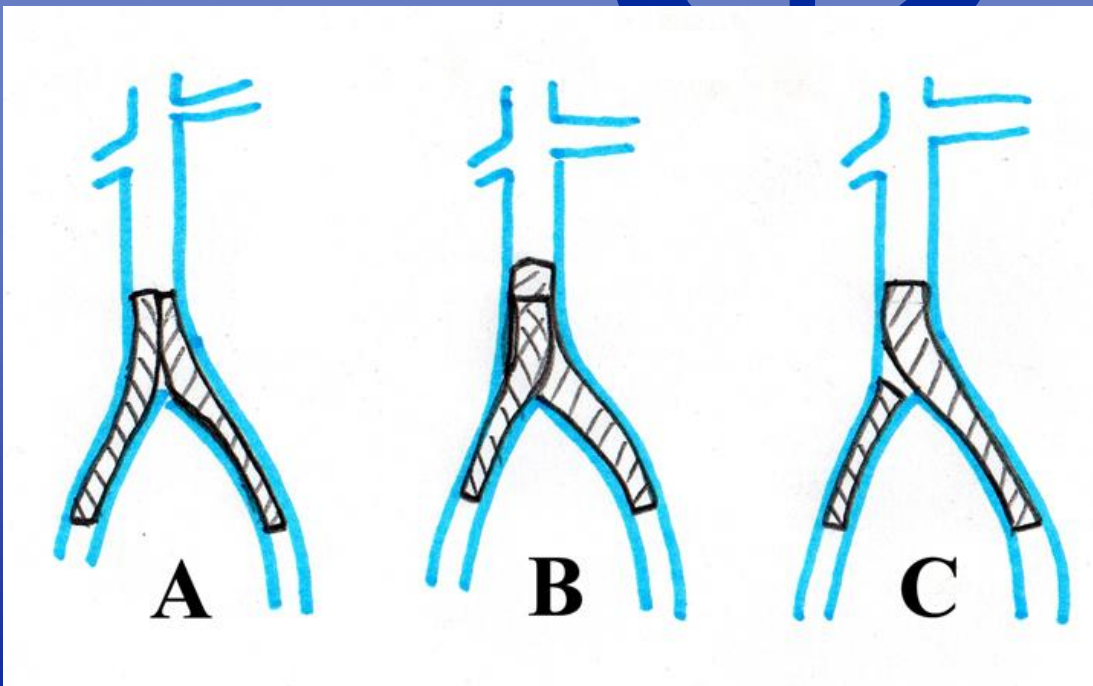


# Extension céphalique

- Jusqu'aux veines sus hépatiques

- Différentes techniques

- Les veines rénales peuvent être



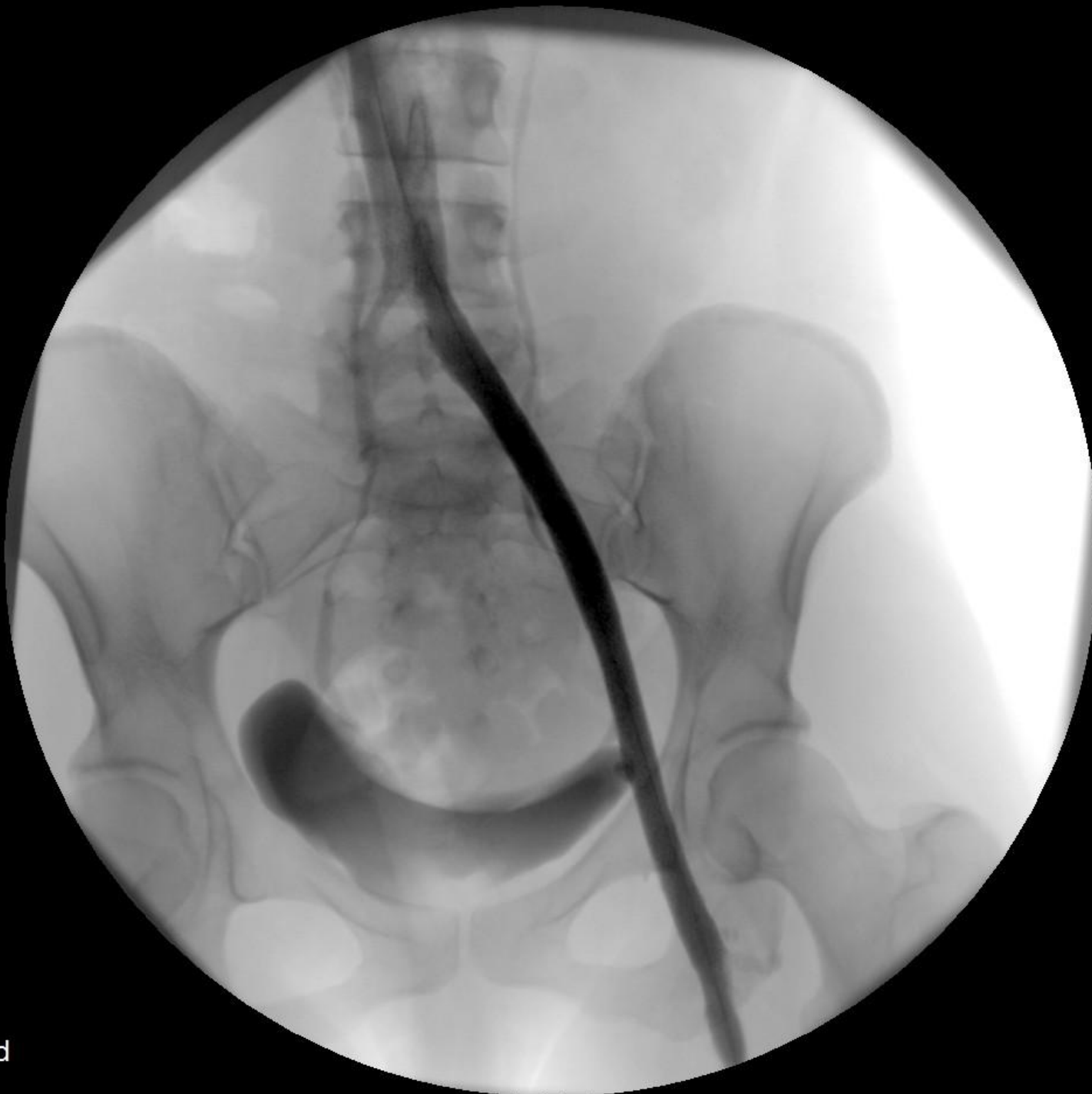
# Extension caudale



- **Sous le ligament inguinal:**

- Lésions non traitées => rethrombose (Hartung EJVES 2009)
- Stenting = sur (Neglen JVS 2008)
  - Pas de fracture avec Wallstent

134



h radioscopie  
pelvis/Standard  
E

# Extension caudale



- **Sous le ligament inguinal:**

- Lésions non traitées => rethrombose (Hartung EJVES 2009)

- Stenting = sur (Neglen JVS 2008)

- Pas de fracture avec Wallstent

- **Sous la JSF ou atteinte de la confluence => endophlebectomie**

# Extension caudale



- **Sous le ligament inguinal:**

- Lésions non traitées => rethrombose (Hartung EJVES 2009)

- Stenting = sur (Neglen JVS 2008)

- Pas de fracture avec Wallstent

- **Sous la JSF ou atteinte de la confluence => endophlebectomie**

- **Occlusion VF : abord VFP ou poplité**

ARCADIS



Soustraction en radioscopie  
Vascular/All body region/Vasculaire Standard  
SINGLE PLANE

W: 2919  
C: 2595



ARCADIS



Soustraction en radioscopie  
Vascular/All body region/Vasculaire Standard  
SINGLE PLANE

W: 2931  
C: 2511

ARCADIS



Soustraction en radioscopie  
Vascular/All body region/Vasculaire Standard  
SINGLE PLANE

W: 2181  
C: 2889

ARCADIS



Soustraction en radioscopie  
Vascular/All body region/Vasculaire Standard  
SINGLE PLANE

W: 2904  
C: 2676

# Occlusion d'une veine préalablement opérée

- **Seul facteur prédictif d'échec de recanalisation**
  - ⇒ 10 échecs techniques sur 12 patients

# clip et filtre VCI



## Clip

- **Ballon basse pression**

- ➔ Pas d'empreinte: stent
- ➔ Empreinte: chirurgie

## Filtre

- **Stenting du filtre**

- ➔ Sur
- ➔ Pas d'influence sur les résultats

ARCADIS



Soustraction en radioscopie  
Vascular/All body region/Vasculaire Standard  
SINGLE PLANE

W: 2388  
C: 2997





ARCADIS



Soustraction en radioscopie  
Vascular/All body region/Vasculaire Standard  
SINGLE PLANE

W: 1959  
C: 2952



# Déali après TVP

- **Limite inférieure : phase aigue ou >6 mois**
  - ⇒ Caillot => fibrose => pas de risque EP
  - ⇒ Pas de recanalisation tant que les lésions fémorales régressent sous TRT médical => minimiser les lésions sous-inguinales
- **Limite supérieure : aucune**

# Reflux



- **Traitement premier de l'obstruction**

- **Reflux**

- Veines superficielles

- Reflux profond axial : C4-6 restant invalidés ou sans cicatrisation

# Conclusion



- Patients C2-6 invalidés malgré le TRT médical
- Pas de risque d'aggravation en cas d'échec technique
- Sur et efficace avec bons résultats à long terme

END

*MAINTENANT, VOUS POUVEZ STENTER...*

OF THE

BEGINNING