



CIV
WORLD
CHALLENGES & INNOVATIONS IN VASCULAR WORLD

31 MARS
1^{ER} AVRIL **2026**

MÉRIDIEN PARIS ARC DE TRIOMPHE

Reste-t-il une chance de sauver le membre

Quand tout semble avoir été tenté ?

Dr. Massimiliano DI PRIMIO

Radiologue Interventionnel

Hôpital Privé A. Tzanck Mougins · American Hospital of Paris



Plan de la présentation

1

Le patient en échec

quand «tout a été tenté»

2

Mon Arsenal Technique

Vue d'ensemble
Matériel innovant

3

Deux cas cliniques

Pontage percutané
Athérectomie orbitale

4

Mon algorithme décisionnel

Stratégie longueur
dépendante

5

Résultats – ma série personnelle

Le pontage sans incision :
une 3^e voie ?

6

Take home messages

Les 3 piliers du succès



1- Le patient en échec vasculaire

Quand l'équipe référente dit : « Il n'y a plus rien à faire »

Définition opérationnelle

Patient CLI (Rutherford 4–6) ayant subi ≥ 1 échec de revascularisation ou jugé non revascularisable — avec risque d'amputation majeure imminent en l'absence de nouveau geste.

Pourquoi l'impasse ?

- Lésions longues > 20 cm, calcifiées (artères « porcelaine »)
- Occlusions tibio-pédieuse bi/tritronculaire
- Échec angioplastie antérieure
- Thromboses aiguës post revascularisation
- Effraction artérielle — impossibilité de franchir

Ce que ça représente

30–40%

amputation à 1 an sans nouveau geste

60%

mortalité à 2 ans après amputation majeure

3 X

coût vs sauvetage réussi

Notre réponse : une boîte à outils qui va AU-DELÀ du pontage et de l'angioplastie classiques à intégrer dans une planification irréprochable

2- Mon Arsenal Technique — Vue d'ensemble

Approche 100% endovasculaire — mes post-it du succès

Recanalisation complexes

Guides 0.018" et dédiés (Command 18 ST)
Occlusions > 20 cm
Artères porcelaine

Loop Technique

Améliore la vascularisation du pied ainsi que les vitesses de circulation
Permet de recanaliser une tibiaie rétrograde sans ponction distale

Athérectomie endovasculaire

Permet de retirer la plaque et d'élargir le délai entre deux occlusions consécutives

Ponctions rétrogrades

Permet de franchir des lésions complexes + réentrée précise sans perte de collaterals dans les recanalisation sous intimales

Ballons ultra bas profil

Permet de franchir une lésion complexe infranchissable avec du matériel standard
Ex: Armada XT

Pontage percutané sans incision

Si échec de toute autre technique depuis 2013 > 100 patients

Techniques hybrides

Pontage proximal + recanalisation distale
ou
Pontage percutané + recanalisation distale

Shock wave

Permet de faire céder une plaque calcifiée – le bémol est son profil mais une fois en place il est extrêmement efficace

Notre focus aujourd'hui :

Pontage percutané · Athérectomie orbitale

2- Mon Arsenal Technique — Matériel innovant

Approche 100% endovasculaire — du conventionnel à l'extrême

Supera auto expansible :

- Design tressé biomimétique hélicoïdal 3D
- Résistance exceptionnelle aux contraintes mécaniques
Adaptation anatomique optimale

Stent couvert hépariné :

Ultra flexible
Longueurs jusqu'à 25 cm
Héparinisation pariétale du Ptfé

Drug-Eluting Technologies :

Ballons Paclitaxel
Réduction du taux de resténose
Déremboursement en France

Athérectomie :

Jetstream BS - aspiration + débridement
Stealth Orbital Abbott - calcifications sévères

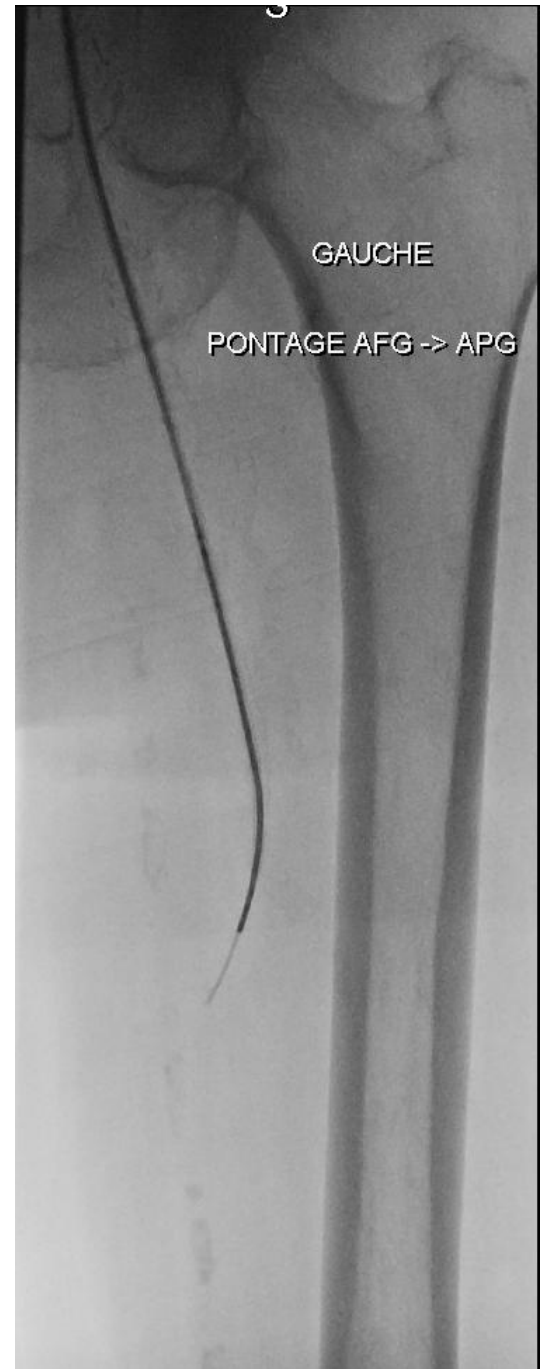
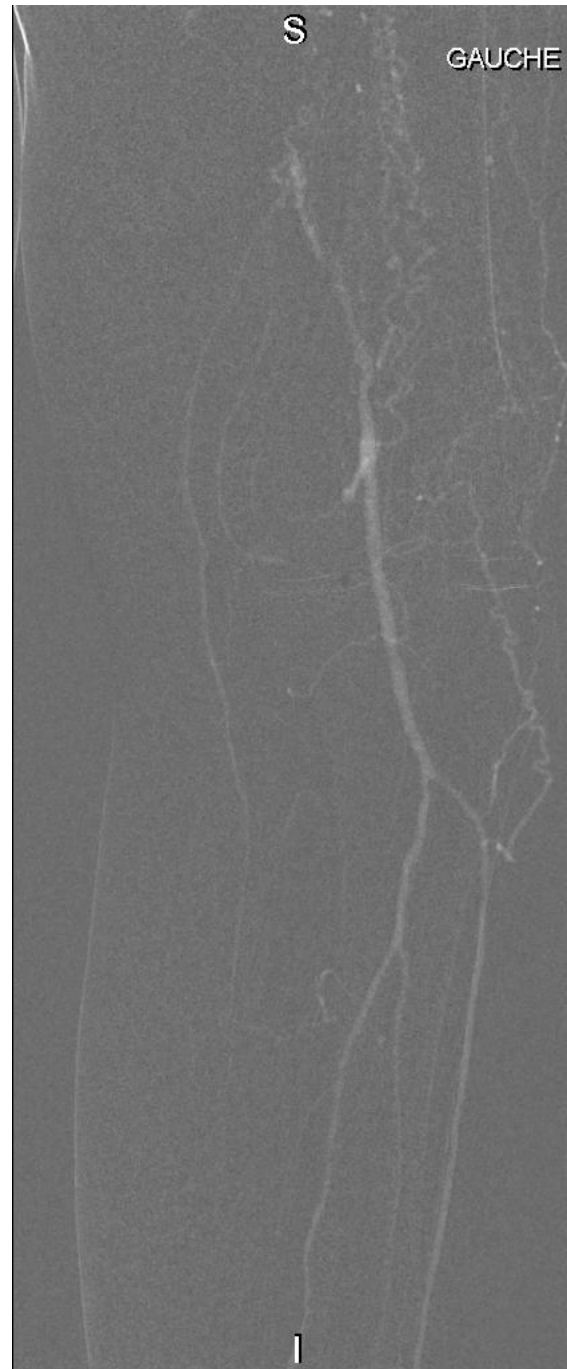
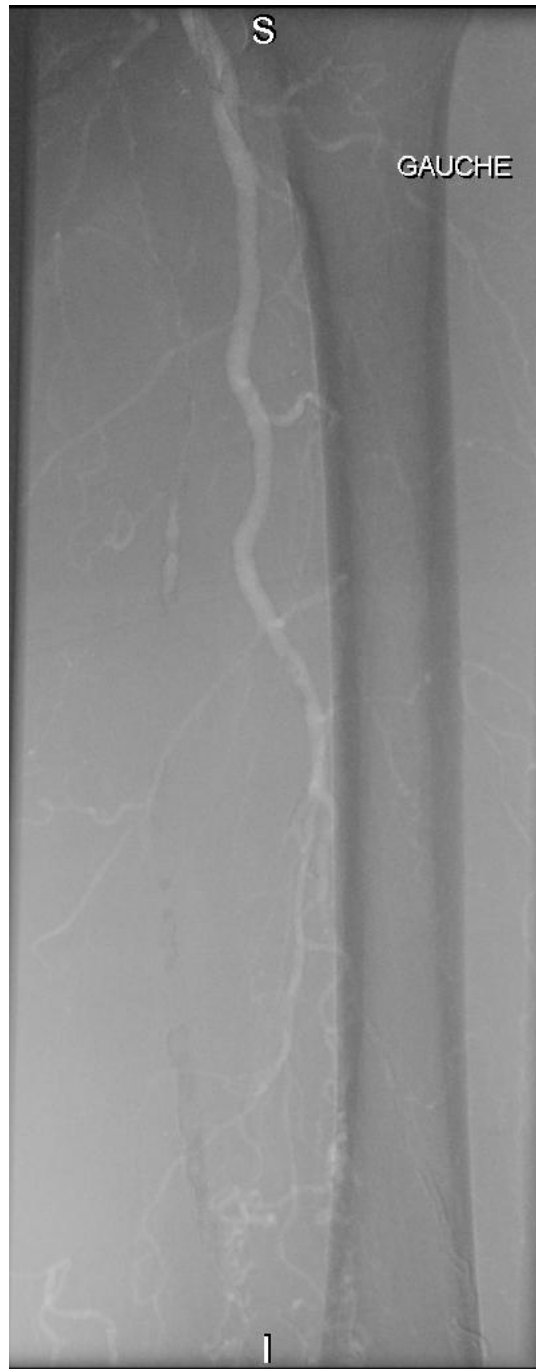
Shock wave:

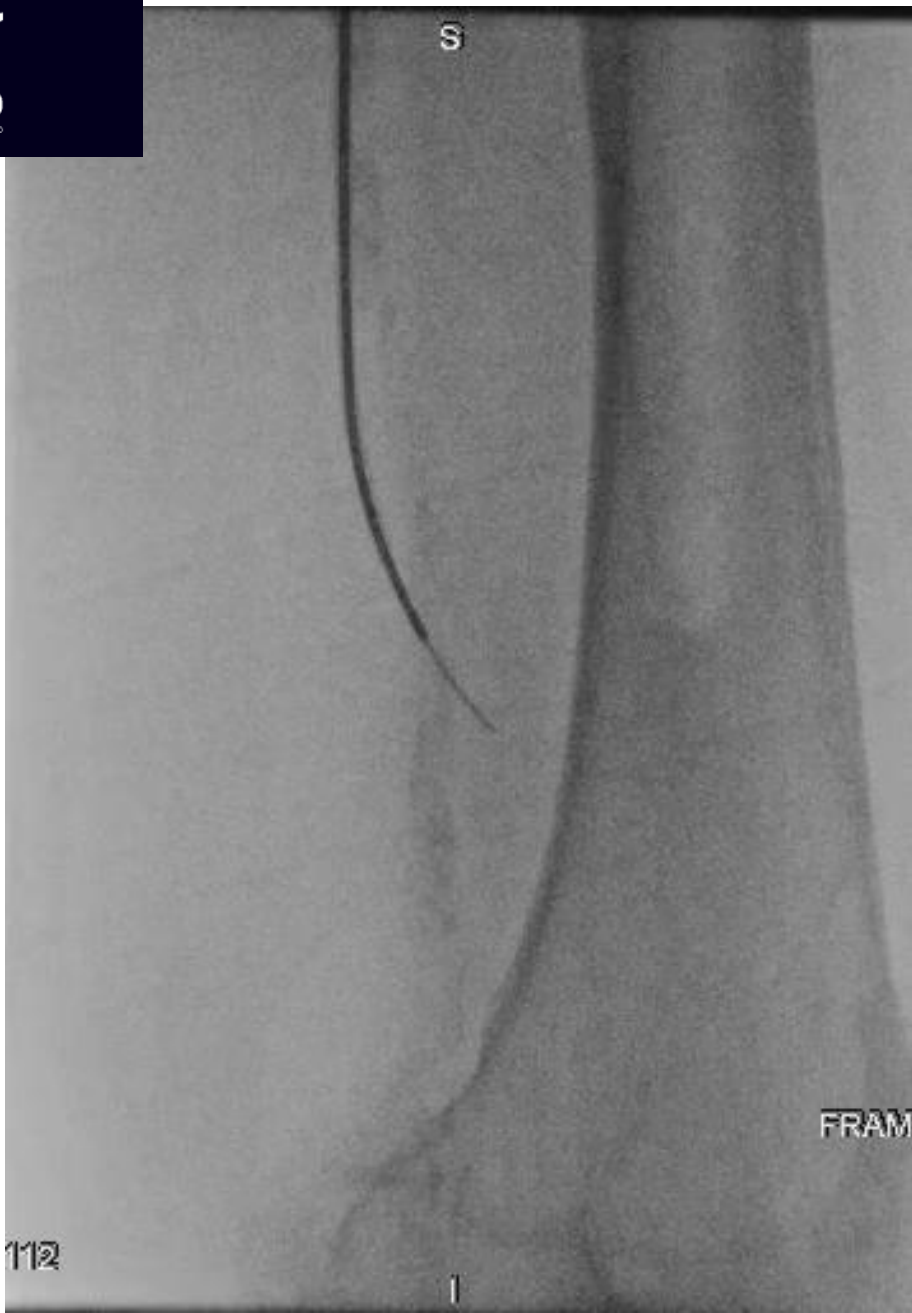
Ce n'est plus la pression qui fait céder la plaque
mais les ondes de schock
Lithotritie intra vasculaire

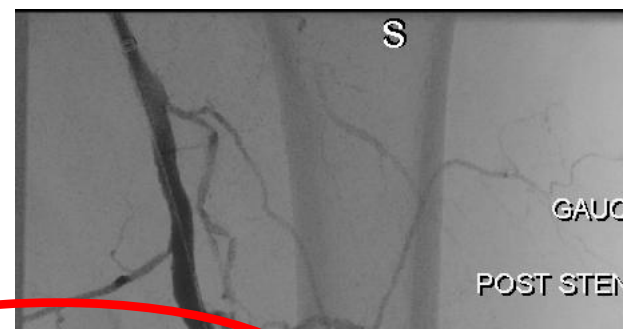
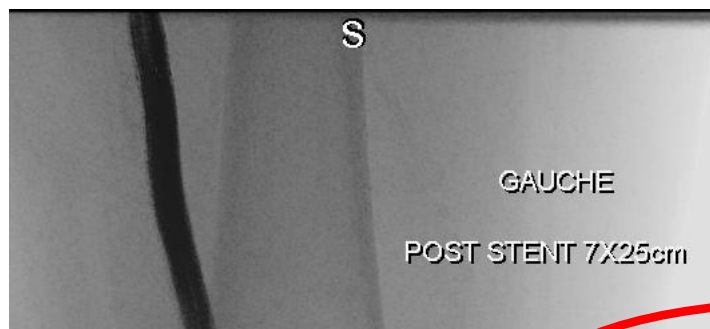
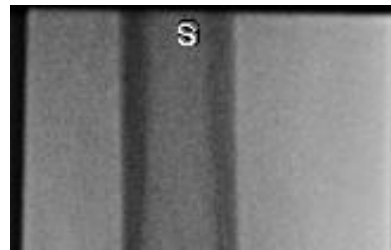
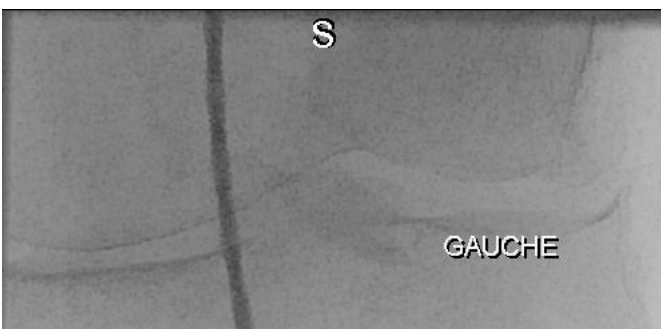
3 - Cas Clinique 1

- Patient insuffisant rénal modéré
- Pontage ilio fémoral profond
- Pas de continuité artérielle avec la FS
- Pas de matériel veineux
- → Pontage Fem pop sans incision

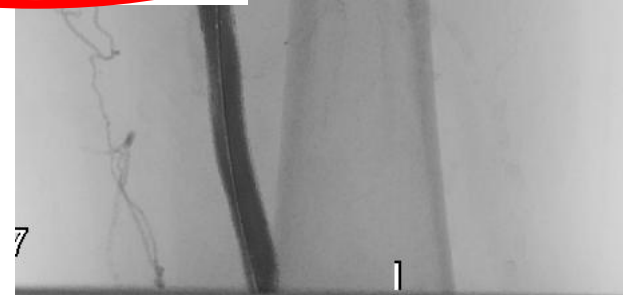
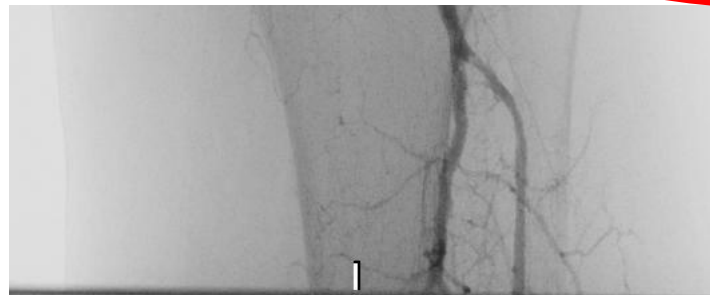
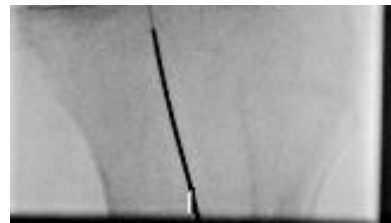
Temps de procédure 45 min







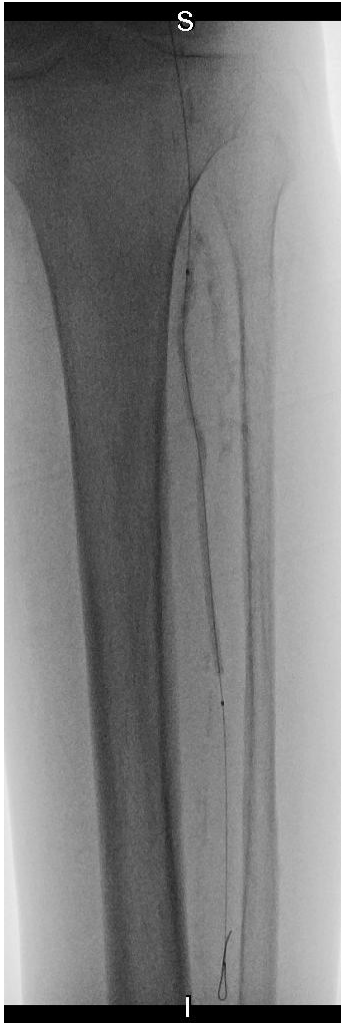
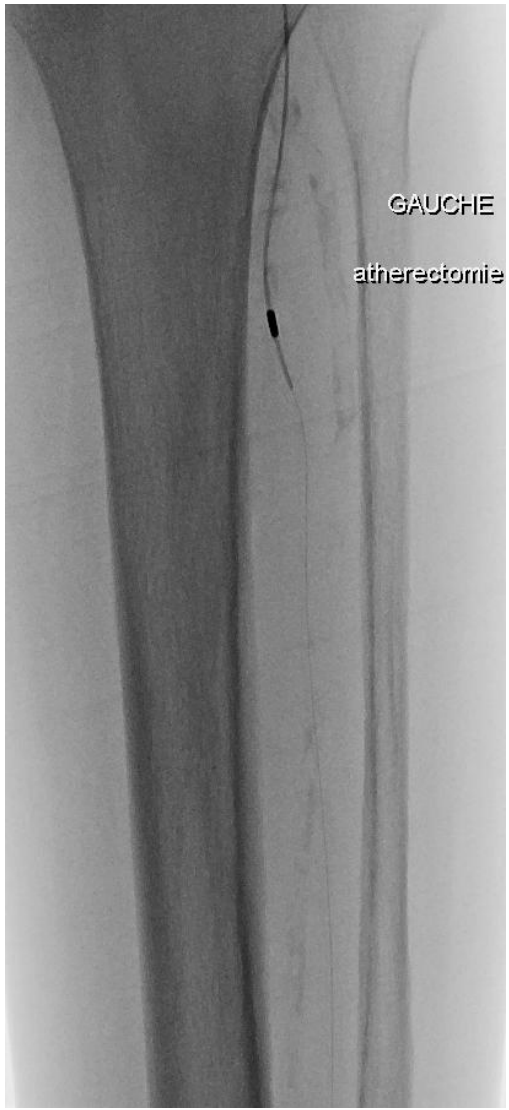
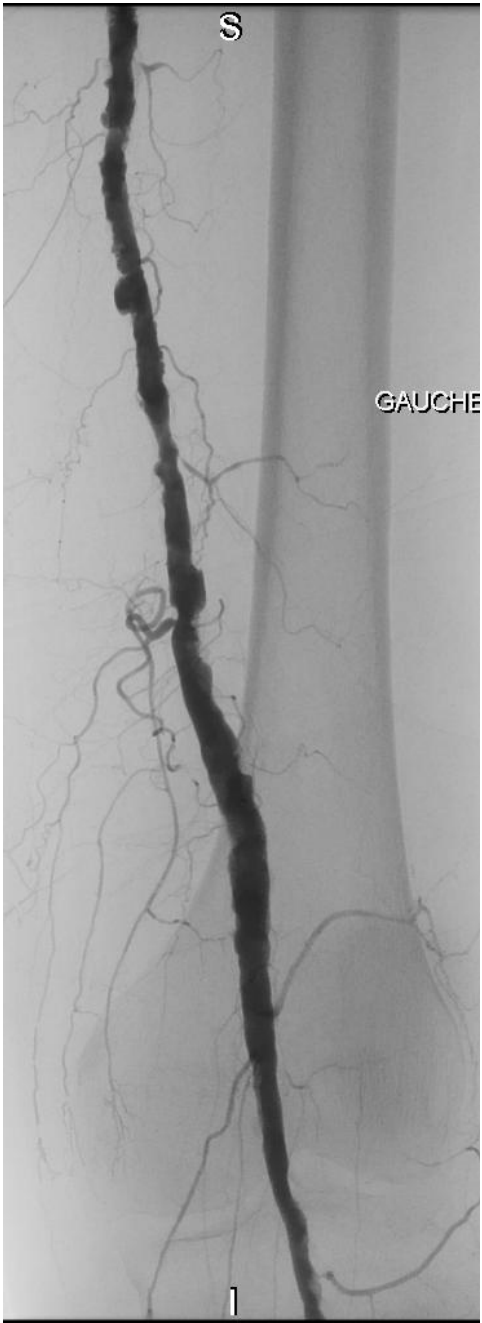
1	DSA	FIXED	M.inférieurs	1i/s	FD	1s	1F/s	01-Apr-25	13:43:54
A	63kV	141mA	130.7ms	0.0CL	micro	0.6Cu	48cm	5.48 μ Gym ²	0.2mGy
									2RAO 0CRA 2F
2	DSA	FIXED	CO2	3	FD	6s	3F/s	01-Apr-25	13:44:07
A	68kV	328mA	86.4ms	0.0CL	large	0.6Cu	48cm	123.71 μ Gym ²	4.9mGy
									2RAO 0CRA 19F
3	DSA	FIXED	CO2	3	FD	10s	3F/s	01-Apr-25	13:44:26
A	68kV	167mA	78.2ms	0.0CL	large	0.6Cu	48cm	98.03 μ Gym ²	3.8mGy
									2RAO 0CRA 32F
8	DSA	FIXED	M.inférieurs	1i/s	FD	4s	1F/s	01-Apr-25	14:01:32
A	63kV	140mA	85.0ms	0.0CL	micro	0.6Cu	32cm	3.50 μ Gym ²	0.3mGy
									6RAO 2CAU 5F
10	DSA	FIXED	M.inférieurs	1i/s	FD	8s	1F/s	01-Apr-25	14:07:48
A	63kV	140mA	83.3ms	0.0CL	micro	0.6Cu	48cm	9.26 μ Gym ²	0.6mGy
									0LAO 2CAU 8F
11	DSA	FIXED	M.inférieurs	1i/s	FD	10s	1F/s	01-Apr-25	14:11:02
A	66kV	153mA	85.6ms	0.0CL	micro	0.3Cu	48cm	42.14 μ Gym ²	2.5mGy
									23LAO 2CAU 10F
12	DSA	FIXED	M.inférieurs	1i/s	FD	2s	1F/s	01-Apr-25	14:11:39
A	66kV	152mA	86.7ms	0.0CL	micro	0.3Cu	48cm	12.73 μ Gym ²	0.8mGy
									23LAO 2CAU 3F

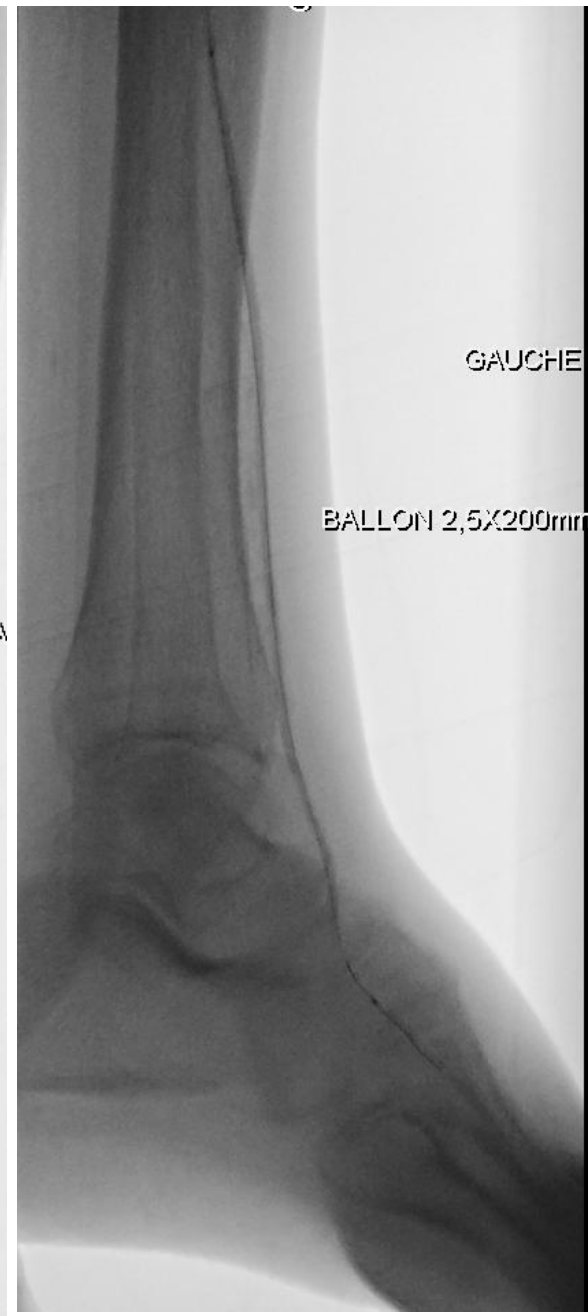
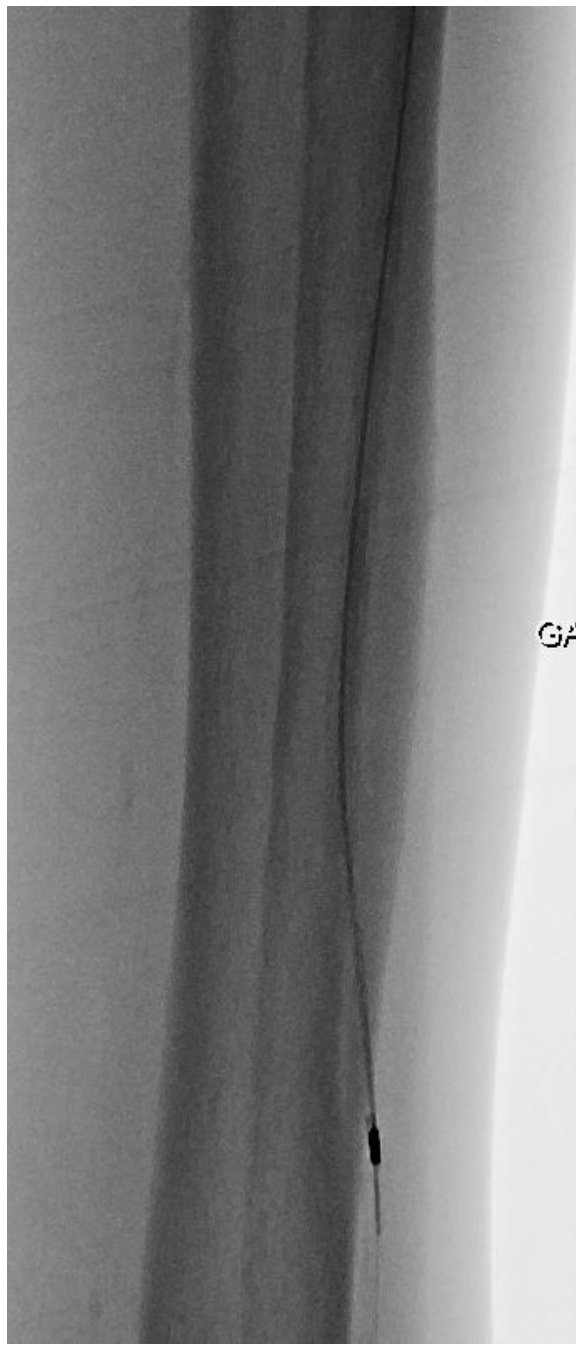


3- Cas Clinique 2

- Occlusion de la TA et péronière
- Athérectomie orbitale Stealth Orbital Abbott
- Objectif --> préparer l'artère en retirant la composante calcique avant la dilatation au ballon







4- MON ALGORITHME DECISIONNEL

PARFOIS NE PAS TRAITER VEUT DIRE MOINS D'ECHECS FUTURS

PATIENT SYMPTOMATIQUE

**Claudication
(Rutherford 2-3)**

**Lésions < 5cm
TASC A-B**

Revascularisation immédiate
Perméabilité 1 an: 87-89%

**Lésions > 10cm
TASC C-D**

Médical 3 mois d'abord
Rééducation à la marche
Perméabilité 1 an: 52-67%

ISCHÉMIE CRITIQUE → REVASCULARISATION IMMÉDIATE

Urgence = sauvetage membre • Toute longueur lésionnelle

JUSTIFICATION

DONNÉES LITTÉRATURE - Perméabilité Primaire 1 an :

- TASC A (< 3cm) : 89% perméabilité
- TASC B (3-10cm) : 86% perméabilité
- TASC C (> 10cm) : 67% perméabilité
- TASC D (occlusions longues) : 52% perméabilité

PROTOCOLE RÉÉDUCATION (Claudicants TASC C-D) :

- Marche quotidienne : minimum 2 km, idéal 4 km
- Statine haute intensité + antiagrégant
- Réévaluation à 3 mois : distance marche + ABI
- Si pas d'amélioration → Revascularisation

MESSAGES CLÉS

- < 5cm : Intervenir sans hésiter (excellent pronostic)
- > 10cm + claudication : Essayer médical d'abord (résultats endovasculaires limités)
- CLI : Toujours revasculariser (urgence membre)

2022-2024

- 1 237 procédures CLI endovasculaires sur 2 ans
- Pas de sélection de patients
- Succès technique : 96.2% n=1,190
- Sauvetage membre 1 an : 89.1% n=1,102
- Perméabilité primaire 1 an : 78.3% n=968
- Mortalité peropératoire : 0.8% n=10

Facteurs de Succès - Approche 100% Endovasculaire

Opérateurs qualifiés gestes à 4 mains quand complexes

Délai intervention < 72h si possible

Arsenal technique complet (Supera + Jetstream + Stealth Orbital)

Approche angiosome systématique

Antithrombotique optimisée (rivaroxaban + aspirine)

1.

TECHNIQUE IRRÉPROCHABLE

- Maîtrise des techniques avancées
- Formation continue et certification
- Expérience en volume suffisant

2.

MATÉRIEL INNOVANT

- Arsenal complet et performant
- Technologies innovantes validées
- Maintenance et mise à jour régulières

3.

PLANIFICATION SANS FAILLE

- Evite les futurs échecs
- Pas toujours revasculariser
- Engagement patient total



CIV
WORLD
CHALLENGES & INNOVATIONS IN VASCULAR WORLD

31 MARS
1^{ER} AVRIL **2026**

MÉRIDIEN PARIS ARC DE TRIOMPHE



QUESTIONS



“Chaque membre sauvé est une victoire sur la fatalité”

“La seule limite à nos possibilités thérapeutiques, c'est notre imagination technique”

Dr. Massimiliano DI PRIMIO

Radiologue Interventionnel

Hôpital Privé A. Tzanck Mougins · American Hospital of Paris