

Consensus Delphi JACC CI 2025 pour les Lésions Chroniques de l'AFS: **Trop complexe ou Très Pratique?**

Pr Bahaa NASR, MD, PhD
CHU Cavale Blanche, Brest, France



Faculté de Médecine
& Sciences de la Santé
BREST



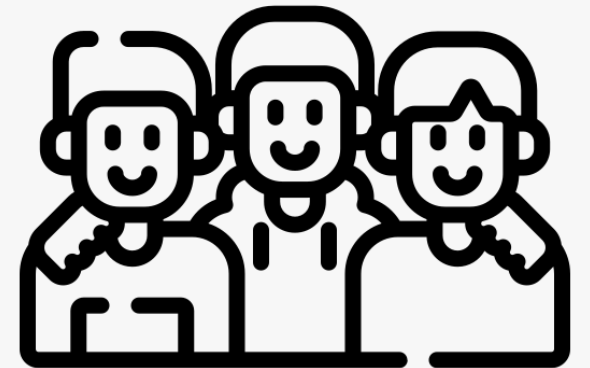
Disclosures

Bahaa NASR MD PhD

I have the following potential conflicts of interest to report:

Personal fees and grants (medical advisory board, educational course, speaking)
from: BD, Boston Scientific, iVascular, Medtronic, Terumo Aortic, WL Gore.

Grigorios Korosoglou, MD,^a Andrej Schmidt, MD,^b Michael Lichtenberg, MD,^c Nasser Malyar, MD,^d
Konstantinos Stavroulakis, MD,^{e,f} Holger Reinecke, MD,^d Gerd Grözinger, MD,^g Lorenzo Patrone, MD,^h
Ramon L. Varcoe, MBBS, MS, PhD, MMED (CLINEPI),ⁱ Peter A. Soukas, MD,^j Dittmar Böckler, MD,^k
Christian-Alexander Behrendt, MD,^l Eric A. Secemsky, MD,^{m,n,o} Thomas Zeller, MD,^p Erwin Blessing, MD,^q
Ralf Langhoff, MD,^{r,*} Christos Rammos, MD^{s,*}



Qu'est ce qu'on appelle exactement un Delphi?

- Consultation d'experts sur un sujet précis
- Méthode structurée d'obtention d'un consensus d'experts
- Utile en absence de preuves solides
- Mettre en évidence des convergences et des consensus
- Produit souvent des recommandations "idéales"



Le Delphi permet d'harmoniser des pratiques, mais ne préjuge pas de leur faisabilité réelle.

Global Algorithm for the Endovascular Treatment of Chronic Femoropopliteal Lesions

An Interdisciplinary Expert Opinion Statement

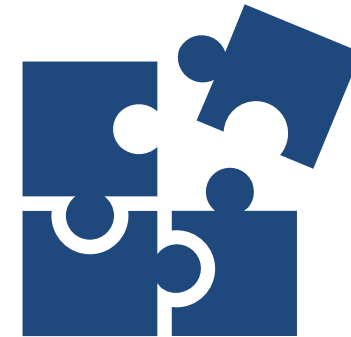


Grigorios Korosoglou, MD,^a Andrej Schmidt, MD,^b Michael Lichtenberg, MD,^c Nasser Malyar, MD,^d Konstantinos Stavroulakis, MD,^{e,f} Holger Reinecke, MD,^d Gerd Grözinger, MD,^g Lorenzo Patrone, MD,^h Ramon L. Varcoe, MBBS, MS, PhD, MMED (CLINEPI),ⁱ Peter A. Soukas, MD,^j Dittmar Böckler, MD,^k Christian-Alexander Behrendt, MD,^l Eric A. Secemsky, MD,^{m,n,o} Thomas Zeller, MD,^p Erwin Blessing, MD,^q Ralf Langhoff, MD,^{r,*} Christos Rammos, MD^{s,*}

ABSTRACT

A global treatment algorithm was developed for the endovascular revascularization of femoropopliteal lesions and chronic total occlusions, aiming toward a more standardized approach to endovascular treatment in patients with peripheral artery disease. The following steps are proposed. 1) Evaluation of lesion morphology based on preprocedural imaging by Duplex sonography and intravenous ultrasound for selection of lesion preparation tools. Lesion characteristics are mainly defined by calcification, lesion length, and the presence of total occlusion and in-stent restenosis. 2) Selection of vessel preparation strategies, which encompass plain old balloon angioplasty, atherectomy, thrombectomy, intravascular lithotripsy and specialty balloons, or a combination of the preceding, based on lesion and patient-specific characteristics. In addition, a Delphi consensus was applied for the appropriateness of lesion preparation strategies, depending on lesion anatomy, length, plaque morphology, and subintimal versus intraluminal guidewire crossing. 3) Definitive lesion treatment strategies using drug-coated balloons, bare-metal stents, drug-eluting stents, and/or covered stents or a combination. By establishing this treatment algorithm in routine practice, improvements in vessel- and patient-specific outcomes are anticipated, which will be further enhanced by continuous collaboration among experts from different countries and disciplines and by randomized controlled trials. (JACC Cardiovasc Interv. 2025;18:545-557) © 2025 Published by Elsevier on behalf of the American College of Cardiology Foundation.


- Standardisation d'un domaine hétérogène
- Absence de consensus
- Vision globale structurée (imagerie → préparation → traitement)
- Intégration des nouvelles technologies (IVL, DCB, athérectomie...)




1

Imagerie Peropératoire: **IVUS**

Randomized Controlled Trial > JACC Cardiovasc Interv. 2022 Mar 14;15(5):536-546.
doi: 10.1016/j.jcin.2022.01.001.

 **The Impact of Intravascular Ultrasound on Femoropopliteal Artery Endovascular Interventions: A Randomized Controlled Trial**


Richard B Allan ¹, Phillip J Puckridge ², J Ian Spark ³, Christopher L Delaney ²





Résultats:

- ✓ **Changement de plan de traitement** dans 78,9% des cas
- ✓ **Diamètre du vaisseau IVUS >ANGIO**

 **Intravascular Ultrasound Guidance During Peripheral Vascular Interventions: Long-term Clinical Outcomes and Costs From the Japanese Perspective**

Yoshimitsu Soga ¹, Thathya V Ariyaratne ², Eric Secemsky ³, Claire Leboucher ⁴, Cecile Blein ⁴, Michael R Jaff ⁵, Virginia Priest ²



Conclusion: IVUS pendant la revascularisation périphérique:

- ✓ **résultats cliniques supérieurs à long terme**
- ✓ **coûts inférieurs vs angiographie seule**

1

Imagerie Peropératoire: **IVUS**

Ne



Comparison of IVUS-Guided vs. Angiography-Guided Angioplasty for the Outcomes of Drug-Coated Balloon in the Treatment of Femoropopliteal Artery Disease - IVUS-DCB

Apr 08, 2024

Young-Guk Ko, Seung-Jun Lee, Chul-Min Ahn, Donghoon Choi



Conclusion:

- ✓ **Meilleurs résultats avec combinaison DCB/IVUS des lésions fém-pop** : perméabilité primaire, absence de CD-TLR et amélioration clinique et hémodynamique à 12 mois

Ne



intravascular Ultrasound-Guided vs Angiography-Guided Drug-Coated Balloon Angioplasty in Patients With Complex Femoropopliteal Artery Disease

*Seung-Jun Lee MD^{a, *}, Tae-Hoon Kim MD^{b, c, *}, Joe-Hwan Lee MD^{d, *}*



1

Imagerie Peropératoire: **IVUS**

Meta-Analysis of Intravascular Ultrasound-Guided Versus Angiography-Guided Endovascular Treatment in Lower Extremity Artery Disease

Jae-Sik Jang ¹, Han-Young Jin ², Young-Ah Park ¹, Tae-Hyun Yang ¹, Jeong-Sook Seo ¹,
Dae-Kyeong Kim ¹, Jin-Hong Wi ³

Editor's Choice - Intravascular Ultrasound Guided Endovascular Therapy for Femoropopliteal Disease: A Systematic Review and Meta-analysis

Hyun-Su Ha ¹, Sang-Hyup Lee ¹, Seung-Jun Lee ¹, Chul-Min Ahn ¹, Donghoon Choi ¹,
Dong-Ho Shin ², Young-Guk Ko ³

Conclusion: IVUS permet d'améliorer les résultats cliniques en termes de resténose, de réintervention, et d'amputation majeure.

1

Imagerie Peropératoire: **IVUS**

Non disponible partout



Courbe d'apprentissage



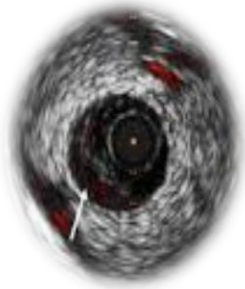
Coût élevé



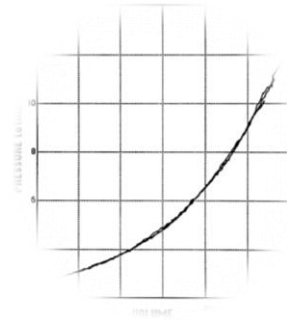
« L'algorithme est celui d'un centre expert, pas de la pratique réelle. »

2

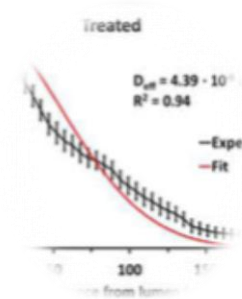
Préparation de la lésion



Le Calcium favorise les **dissections**



Le Calcium nécessite des **ballons à haute pression**



Le calcium impacte l'**efficacité des dispositifs actifs**

2

Préparation de la lésion

Consensus élevé (jusqu'à 86% d'accord Delphi)

	POBA	Atherectomy	Lithotripsy	Specialty balloons	Thrombectomy
Mobile Segments: distal SFA & popliteal artery PACSS I-II (non-CTO)	1 (G)	2 (G)	-1 (M)	1 (G)	-1 (G)
Mobile Segments: distal SFA & popliteal artery PACSS III-IV (non-CTO)	-1 (G)	1 (G)	2 (G)	1 (G)	-1 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS I-II; intraluminal & fibrotic lesions	1 (G)	2 (G)	-1 (G)	-1 (G)	-1 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS I-II; fresh & organized thrombus	-2 (G)	-1 (G)	-2 (G)	-1 (G)	2 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS I-II; subintimal passage	1 (G)	-2 (G)	-1 (G)	1 (M)	-2 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS III-IV; Diffuse calcification	-1 (M)	2 (G)	2 (G)	1 (G)	-2 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS III-IV; Eccentric calcification	-1 (G)	2 (G)	1 (G)	1 (G)	-2 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS III-IV subintimal passage	1 (G)	-1 (G)	1 (G)	1 (G)	-2 (G)
Long >15 cm TASC C&D ; PACSS I-II; Intraluminal passage	1 (G)	1 (G)	-1 (M)	1 (M)	-1 (M)
Long >15 cm TASC C&D ; PACSS I-II; subintimal passage	1 (G)	-2 (G)	-1 (G)	1 (G)	-2 (G)
Long >15 cm TASC C&D ; PACSS III-IV; intraluminal passage	-1 (M)	2 (G)	2 (G)	1 (G)	-1 (G)
Long >15 cm TASC C&D ; PACSS III-IV; subintimal passage	1 (G)	-2 (G)	1 (G)	1 (G)	-2 (G)
Short ISR non-CTO ; Toyooka I class	1 (G)	2 (G)	-2 (G)	1 (M)	-1 (G)
Long ISR and stent occlusions; Toyooka II-III class	-1 (G)	2 (G)	-1 (G)	1 (M)	1 (G)

Athérectomie:

3 mises en garde / 14 (21%): **passage subintimal**
7 recommandations fortes / 14 (50%)

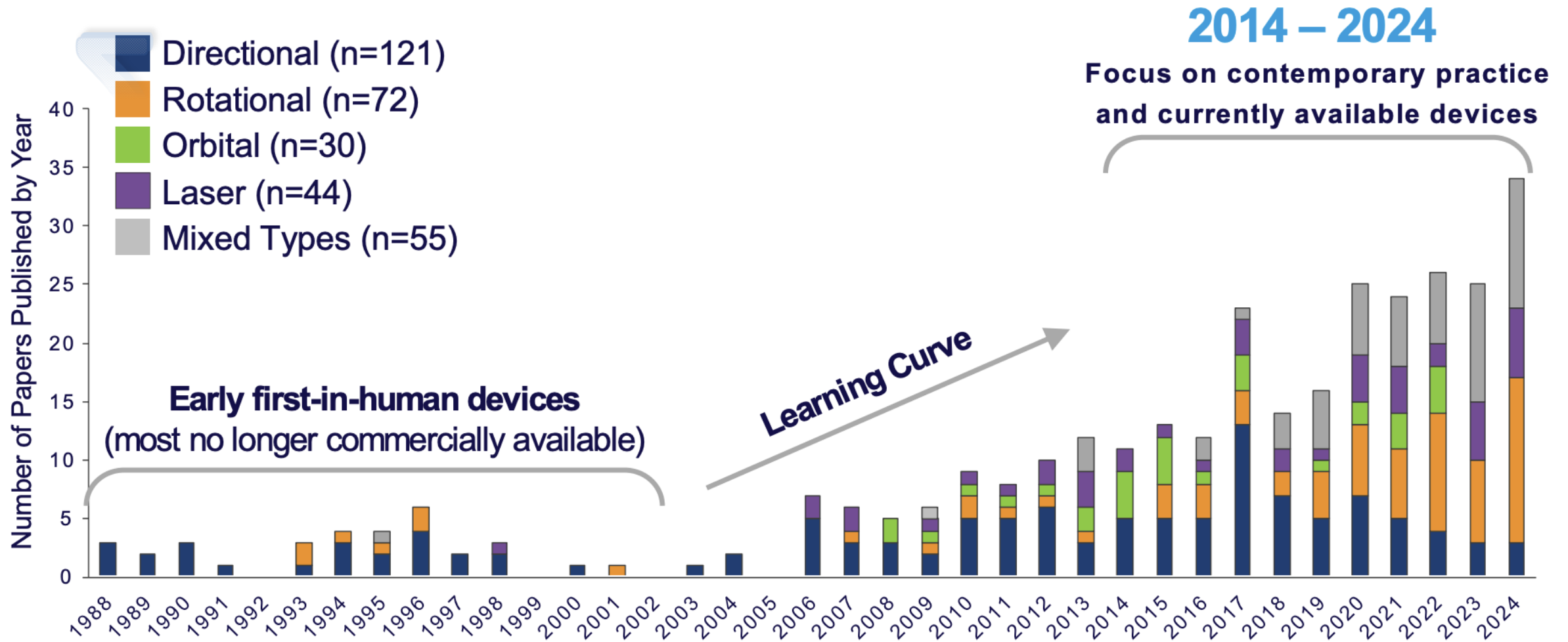
Risque d'embolie distale plus important ?

IVL:

2 recommandations fortes: TASC C&D, PACSS III-VI
Pourquoi mise en garde pour PACSS I-II ? Calcification excentrique ?

2

Préparation de la lésion



2

Préparation de la lésion

SYSTEMATIC REVIEW

Systematic Review and Network Meta-analysis of Vessel Preparation Techniques With Plain Balloon Angioplasty, Atherectomy, or Intravascular Lithotripsy Before Application of a Drug Coated Balloon to Treat Atherosclerotic Femoropopliteal Disease

Janice Yiu ^{a,i}, Ravali Tippireddy ^{a,i}, Lukla Biasi ^a, Sanjay Patel ^a, Prakash Saha ^a, Athanasios Saratzis ^b, Konstantinos Katsanos ^c, Hany Zayed ^{a,*}

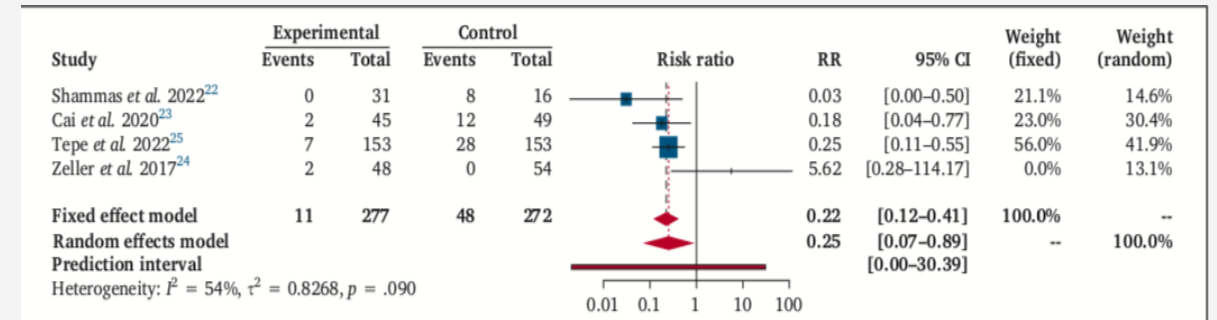
^aDepartment of Vascular Surgery, Guy's and St. Thomas' Hospital NHS Foundation Trust and King's College London, London, United Kingdom

^bNIHR Leicester Biomedical Research Centre, Leicester, United Kingdom

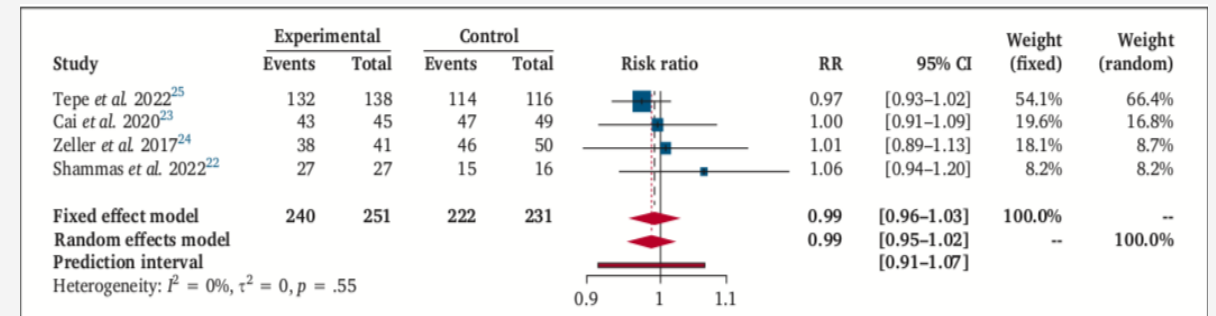
^cPatras University Hospital, Rion, Greece

Objectif: comparer les résultats à 1 an des ballons actifs dans les lésions fémoropoplitées après préparation par Athérectomie, IVL vs POBA

Bailout stenting



Freedom from TLR



2

Préparation de la lésion

Amélioration succès technique

- Moins de recoil
- Moins de dissection
- Moins de calcifications



- Niveau de preuve limité
- **Risque d'embolisation +++**
 - DEFINITIVE AR 6,3%
 - REALITY 12%

Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2024 Clinical Practice Guidelines on the Management of Asymptomatic Lower Limb Peripheral Arterial Disease and Intermittent Claudication[☆]

Joakim Nordanstig^{1,2}, Christian-Alexander Behrendt³, Iris Baumgartner⁴, Jill Belch⁵, Maria Bäck⁶, Robert Fitzridge⁷, Robert Hincliffe⁸, Anne Lejay⁹, Joseph L. Mills¹⁰, Ulrich Rother¹¹, Birgitta Sigvant¹², Konstantinos Spanos¹³, Zoltán Szeberin¹⁴, Willemien van de Water¹⁵

ESVS Guidelines Committee¹⁶, George A. Antoniou, Martin Björck, Frederico Bastos Gonçalves, Raphael Coscas, Nuno V. Dias, Isabelle Van Herzele, Sandro Lepidi, Barend M.E. Mees, Timothy A. Resch, Jean-Baptiste Ricco, Santi Trimarchi, Christopher P. Twine, Riikka Tulamo, Anders Wanhainen

DISRUPT PAD III

2

Préparation de la lésion

ÉTUDE
DISRUPT PAD III

DESIGN

- Randomisée (1:1), 306 patients
- Multicentrique

CJP

- PP à 12 mois (freedom from TLR + freedom from restenosis)
- Un échec de l'angioplastie (PTA), nécessitant la pose d'un stent pendant la procédure, était considéré comme une perte de perméabilité primaire.

Résultats

- Bailout stenting: 4,6% vs 18,3% $p < 0,001$
- PP 12 mois: 80,5% vs 68% $p = 0,01$

Free TLR (95.7% vs 98.3%, $p = 0.94$) and free restenosis (90% vs 88.8%, $p = 0.48$)

Préparation de la lésion

SCAI consensus guidelines for device selection in femoral-popliteal arterial interventions

Dmitriy N. Feldman, MD, FSCAI¹ | Ehrin J. Armstrong, MD, FSCAI² |
 Herbert D. Aronow, MD, MPH, FSCAI³ | Osvaldo S. Gigliotti, MD, FSCAI⁴ |
 Michael R. Jaff, DO, FSCAI⁵ | Andrew J. Klein, MD, FSCAI⁶ | Sahil
 A. Parikh, MD, FSCAI⁷ | Anand Prasad, MD, FSCAI⁸ | Kenneth
 Rosenfield, MD, MSCAI⁹ | Mehdi H. Shishehbor, DO, MPH, PhD, FSCAI¹⁰ |
 Rajesh V. Swaminathan, MD, FSCAI¹¹ | Christopher J. White, MD, MSCAI¹²

L'athérectomie ne doit pas être utilisée
 comme **stratégie thérapeutique
 définitive** intentionnelle dans les lésions
 fémoropoplitées de novo. Son utilisation
 est recommandée **uniquement comme
 traitement adjuvant**, dans des lésions
 sélectionnées présentant une
calcification modérée à sévère et non
 dilatables.

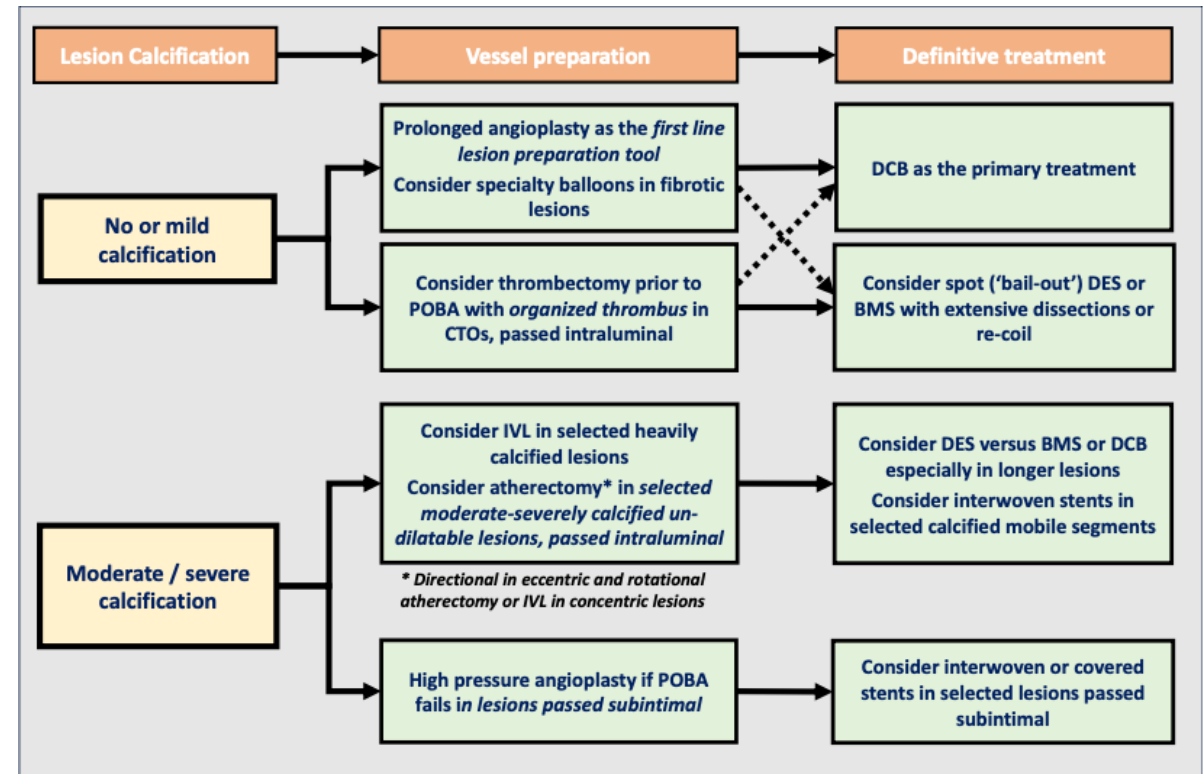
	Specialty balloons	Laser atherectomy	Directional atherectomy	Orbital/ Rotational atherectomy	Excisional/ aspiration atherectomy
1. CFA bifurcation lesion	IIB C-EO	III NB C-EO	IIB C-EO	IIB C-EO	III NB C-EO
2. Above knee popliteal lesion	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO
3. Ostial SFA lesion	IIB C-EO	III NB C-EO	IIB C-EO	IIB C-EO	III NB C-EO
4. Focal SFA lesion	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO
5. Intermediate SFA lesion	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO
6. Diffuse SFA lesion	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO
7. Moderate to severe calcified, undilatable, focal lesion	IIA C-EO	IIB C-LD	III NB C-EO	IIA C-EO	IIB C-EO
8. Moderate to severe calcified, undilatable, intermediate lesion	IIA C-EO	IIB C-LD	III NB C-EO	IIA C-EO	IIB C-EO
9. Moderate to severe calcified, undilatable, diffuse lesion	IIA C-EO	IIB C-LD	III NB C-EO	IIA C-EO	IIB C-EO
10. Moderate to severe calcified, dilatable, focal lesion	IIB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	IIB C-EO	III NB C-EO
11. Moderate to severe calcified, dilatable, intermediate lesion	IIB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	IIB C-EO	III NB C-EO
12. Moderate to severe calcified, dilatable, diffuse lesion	IIB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	IIB C-EO	III NB C-EO
13. Chronic total occlusion, focal lesion	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO
14. Chronic total occlusion, intermediate lesion	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO
15. Chronic total occlusion, diffuse lesion	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO	III NB C-EO
16. ISR, focal lesion	III NB C-EO	IIA B-R	III NB C-EO	III H C-EO	III NB C-EO
17. ISR, intermediate lesion	III NB C-EO	IIA B-R	III NB C-EO	III H C-EO	III NB C-EO
18. ISR, diffuse lesion	III NB C-EO	IIA B-R	III NB C-EO	III H C-EO	III NB C-EO

3

Traitement de la lésion

Consensus élevé (jusqu'à 80% d'accord Delphi)

	DCB	BMS	Interwoven stents	DES	Covered stents
Mobile Segments: distal SFA & popliteal artery PACSS I-II (non-CTO)	2 (G)	-1 (G)	2 (G)	-1 (M)	-1 (G)
Mobile Segments: distal SFA & popliteal artery PACSS III-IV (non-CTO)	1 (G)	-1 (G)	2 (G)	-1 (P)	-1 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS I-II; intraluminal & fibrotic lesions	2 (G)	1 (G)	1 (G)	1 (G)	-1 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS I-II; fresh & organized thrombus	2 (G)	1 (G)	-1 (M)	1 (G)	1 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS I-II; subintimal passage	2 (G)	1 (G)	2 (G)	2 (G)	-1 (M)
Short <15 TASC A&B ; PACSS III-IV; Diffuse calcification	1 (G)	1 (G)	2 (G)	1 (G)	-1 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS III-IV; Eccentric calcification	1 (G)	1 (M)	2 (G)	1 (G)	-1 (G)
Short <15 TASC A&B ; PACSS III-IV subintimal passage	1 (G)	1 (G)	2 (G)	1 (G)	-1 (P)
Long >15 cm TASC C&D ; PACSS I-II; intraluminal passage	2 (G)	1 (G)	1 (G)	2 (G)	1 (M)
Long >15 cm TASC C&D ; PACSS I-II; subintimal passage	2 (G)	1 (G)	2 (G)	2 (G)	1 (G)
Long >15 cm TASC C&D ; PACSS III-IV; intraluminal passage	2 (G)	1 (G)	2 (G)	2 (G)	1 (M)
Long >15 cm TASC C&D ; PACSS III-IV; subintimal passage	1 (G)	1 (G)	2 (G)	1 (G)	1 (M)
Short ISR non-CTO ; Tosaka I class	2 (G)	-1 (G)	-1 (M)	-1 (M)	1 (M)
Long ISR and stent occlusions; Tosaka II-III class	2 (G)	-1 (G)	-1 (M)	1 (M)	1 (G)



Longueur de la lésion ?
Type de franchissement?

3

Traitement de la lésion

ÉTUDE
BEST SFA

DESIGN

- Prospective, Randomisée (1:1), multicentrique, 120 patients
- **Aucun calcul formel de taille d'échantillon ni test d'hypothèse n'a été réalisé**

CJP

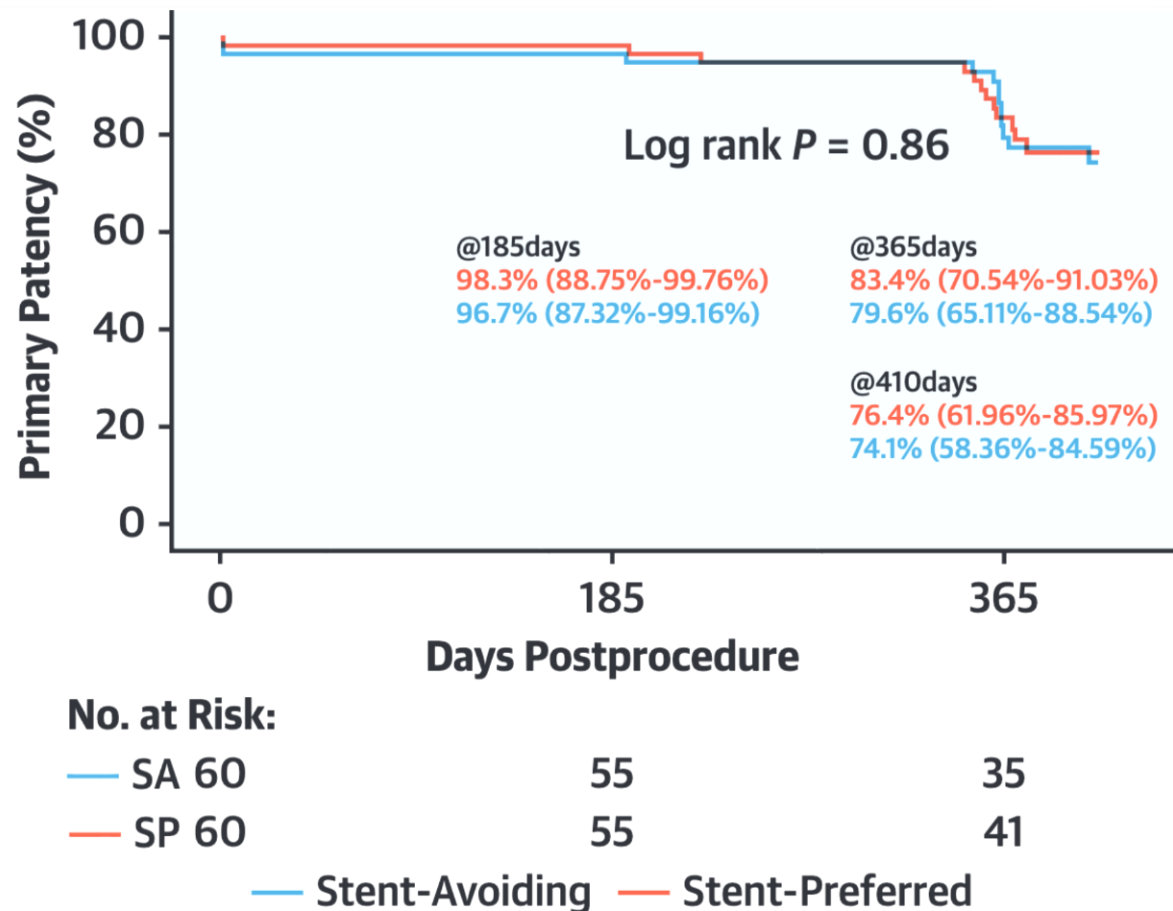
- Comparer une **stratégie d'évitement du stent (SA)** à une **stratégie privilégiant le stent (SP)** + (DCB paclitaxel / stents à élution de paclitaxel avec polymère).
- **La préparation de la lésion était laissée à la discrétion de l'opérateur.**

3

Traitement de la lésion

ÉTUDE
BEST SFA

Claudicants 96.7%, TASC B: 28 – 15%, mean lesion length 170 – 200 mm, Ca⁺⁺ grade 4 37% - 35%



- La **préparation** de la lésion était **plus fréquemment réalisée dans le groupe sans stent (SA)** (71,7 % vs 51,7 %, $p = 0,038$).
- Dans le **groupe SA**, un **bailout stenting** a été nécessaire chez près de la moitié des patients (48,3 %), malgré la préparation de la lésion.

3

Traitement de la lésion

ÉTUDE
CORVUS

DESIGN

- **Rétrospective, Score de propension, multicentrique, 164 patients**

CJP

- Comparer une **stratégie DCB + JETSTREAM vs Stent**

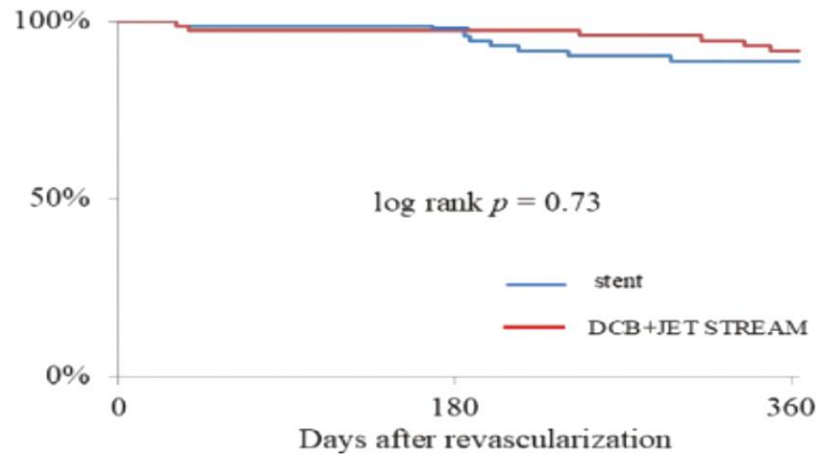
Population

- Longueur de la lésion: 166 vs 164
- **CTO: 28% vs 27%**
- **DCB: IN.PACT (25%), Ranger (72%), Lutonix (2,5%)**
- **DES: Eluvia (47%), Supera (29%), SMART (18%)**

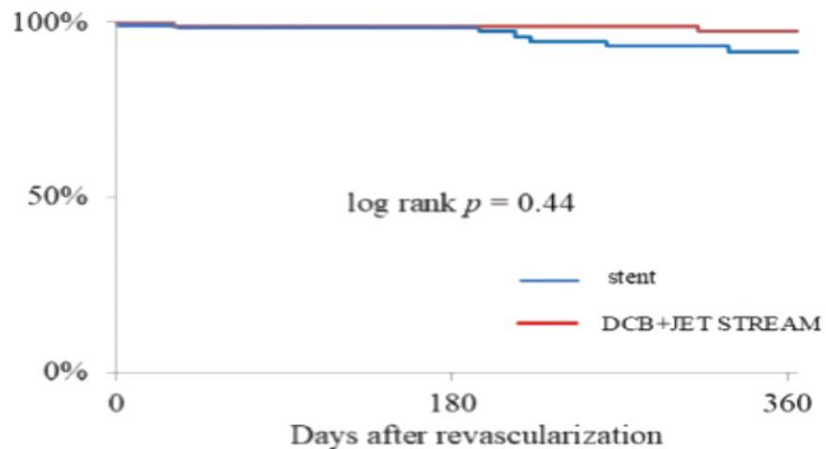
3

Traitement de la lésion

A: Primary patency



B: Freedom from CD-TLR



- Embolie distale : 18,3%
- Filtre de protection: 53%



- **Coût élevé:** Système d'athérectomie + DCB + filtre
- Etude médico-économique

« On a beau l'enterrer régulièrement, le stent revient toujours dans les cas difficiles »

3

Traitement de la lésion

ÉTUDE
CAPRICORN

DESIGN

- Prospective, Score de propension, multicentrique, 1356 patients

CJP

- Comparer perméabilité DCB (IN.PACT) vs DES (Eluvia) à 12 mois

Population

- Longueur de la lésion: 168 vs 171 mm
- CTO: 42% vs 45%
- PACSS 3/4: 38% vs 39%

3

Traitement de la lésion

Table 3. Clinical Outcomes of the Matched Population.

	DCB group	DES group	Odds ratio (DCB vs DES)
Bailout stent	3.9% [2.4-5.3%]	-	-
One year outcome			
Restenosis	22.0% [18.4-25.7%]	16.0% [12.8-19.3%]	1.46 [1.07-1.98] (p=0.016)
Reocclusion	8.9% [6.0-11.7%]	11.0% [8.1-13.9%]	0.79 [0.53-1.17] (p=0.24)
TLR	9.0% [6.4-11.5%]	8.7% [6.0-11.3%]	1.04 [0.71-1.53] (p=0.84)
Acute thrombosis	4.6% [1.0-8.2%]	4.7% [1.5-7.9%]	0.97 [0.47-1.98] (p=0.93)
Bypass conversion	0.1% [0.0-0.4%]	0.1% [0.0-0.4%]	1.00 [0.06-15.99] (p>0.99)
Major amputation	7.1% [5.1-9.1%]	7.1% [5.1-9.0%]	1.00 [0.66-1.54] (p=0.98)
MALE	10.1% [7.7-12.4%]	10.1% [7.7-12.4%]	1.00 [0.70-1.44] (p=0.99)
All-cause Death	6.6% [4.7-8.5%]	6.5% [4.6-8.4%]	1.00 [0.65-1.55] (p=0.98)

Absence d'utilisation de système d'athérectomie....**Mais.... 80%** d'interventions réalisées avec IVUS

3

Traitement de la lésion

ÉTUDE
EMINENT

DESIGN

- Prospective, Randomisée (2:1), multicentrique, 775 patients

CJP

- Comparer perméabilité Eluvia vs BMS à 12 mois

Population

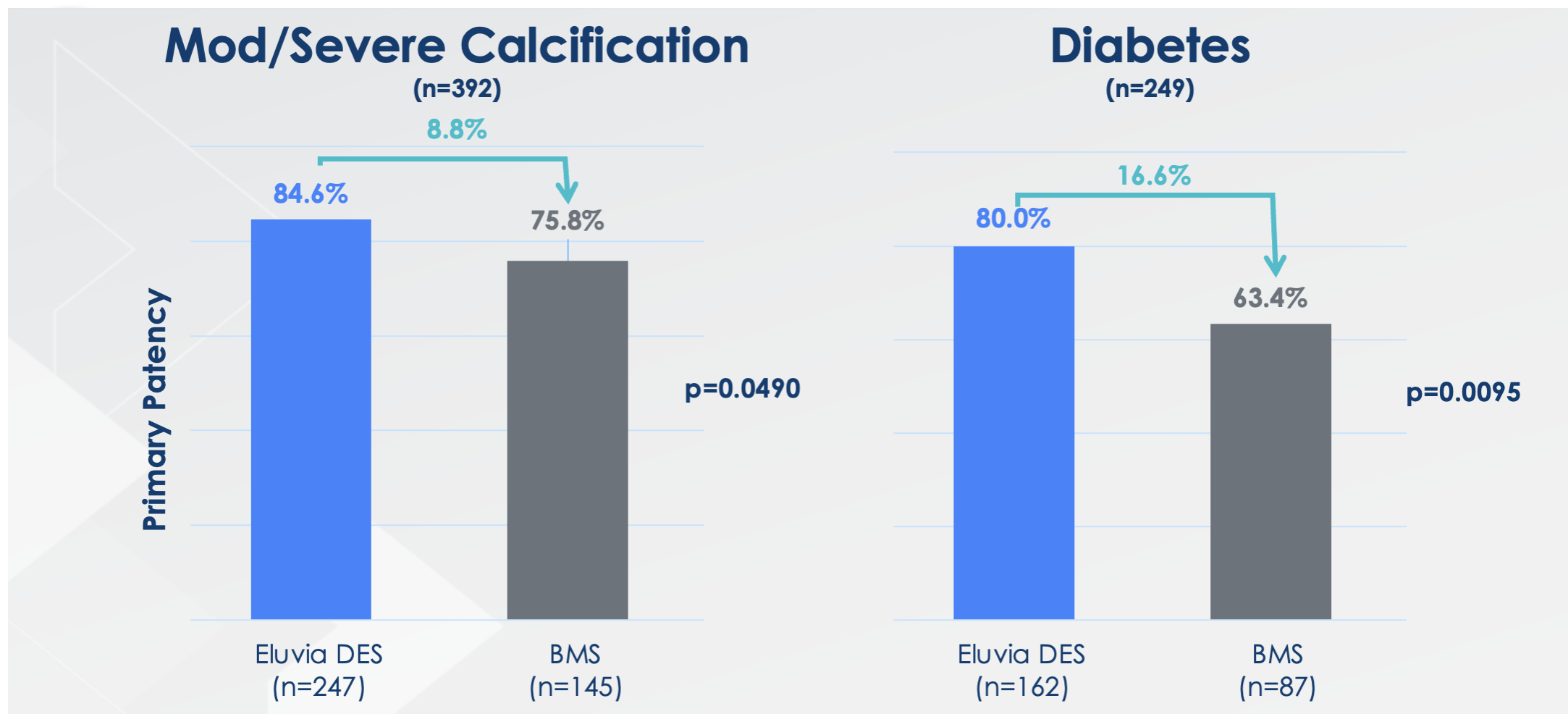
- Longueur de la lésion: 75 vs 72 mm
- CTO: 42% vs 39%
- Ca⁺⁺ modérée/sévère: 41% vs 57%

3

Traitement de la lésion

ÉTUDE
EMINENT

Complex Lesion Subgroup Analysis



3

Traitement de la lésion

ÉTUDE
ELDORADO

DESIGN

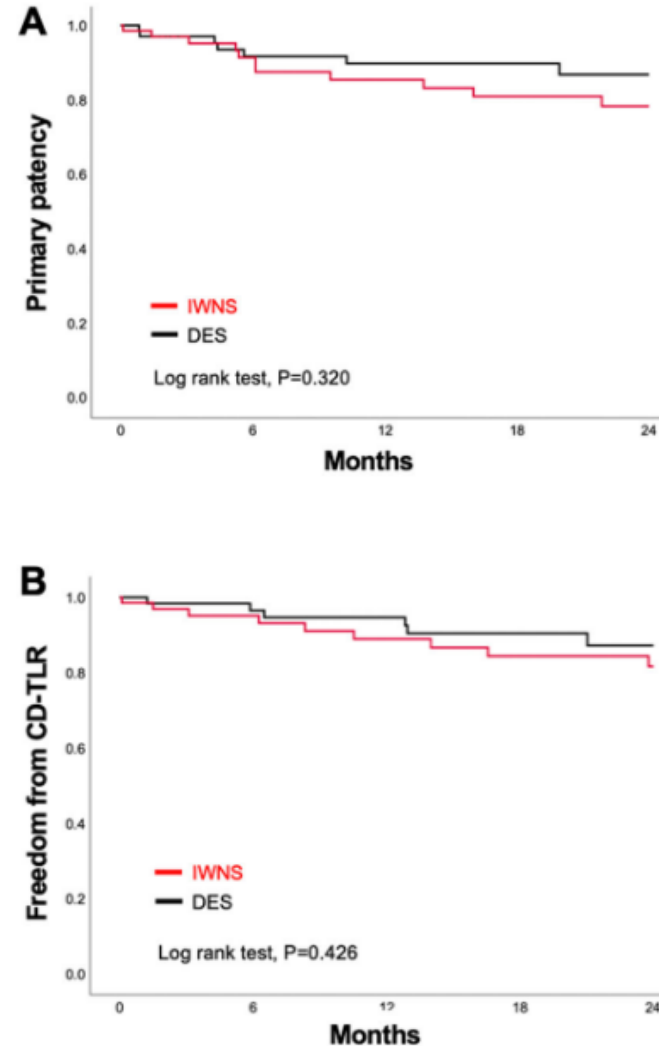
- Rétrospective, Score de propension, multicentrique, 138 patients

CJP

- Comparer la sécurité et l'efficacité du Supera IWNS vs Eluvia DES

Population

- Longueur de la lésion: 167 vs 163 mm
- CTO: 39% vs 35%
- PACSS 4: 75% vs 78%



« Quand la lésion coche toutes les cases du cauchemar interventionnel, l'Eluvia semble mieux s'en sortir que le Supera. »

3

Traitement de la lésion

ÉTUDE
SPORTS

DESIGN

- Prospective, Randomisée (1:1:1), multicentrique, **224 patients**

CJP

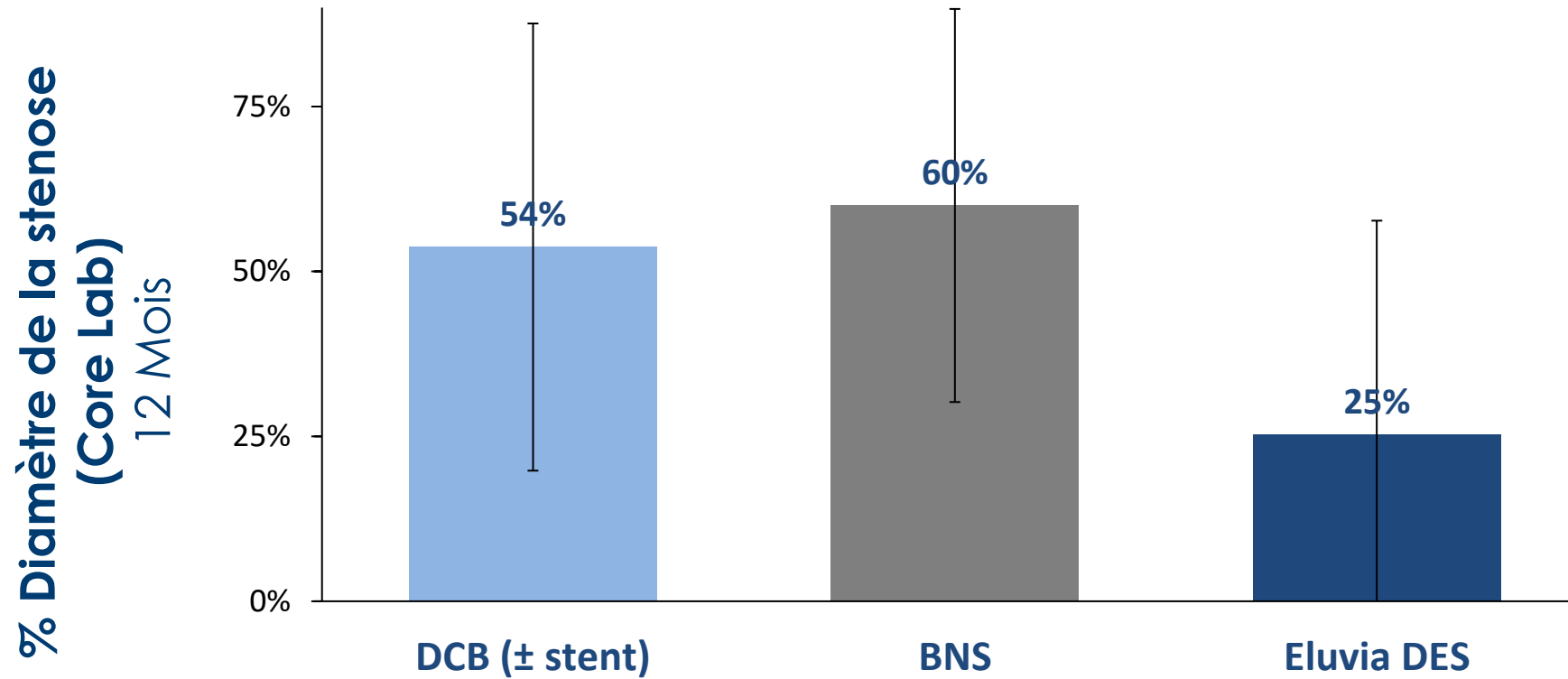
- Comparer **perméabilité à 12 mois**
- **Supériorité PES vs BNS**
- **Non-infériorité DCB vs BNS**

Population

- Longueur de la lésion: DCB **221 vs PES 235 vs BNS 227 mm**
- CTO: DCB **70% vs PES 85% vs BNS 74%**
- Ca⁺⁺ modérée/sévère: DCB **71% vs PES 58% vs BNS 67%**

3

Traitement de la lésion



Résultats angiographiques à 12 mois **supérieurs pour le PES Eluvia** par rapport au BNS.
Stratégie DCB non inférieur par rapport au BNS

Le Paradoxe de ce Delphi?



Le consensus est élevé **MAIS:**

- **14 scénarios** seulement:
 - Morphologie lésionnelle (calcification, longueur de lésion, TASC, localisation, ISR)
 - Type de franchissement (intraluminal, subintimal)

Si chaque facteur a **2 états** donc:

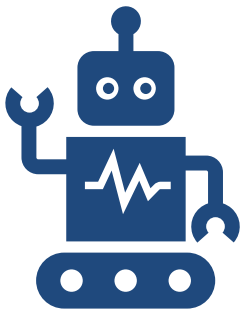
Nombre de scénarios possibles = $2^n = 2^6 = 64$ scénarios possibles

- **Contexte clinique** (CLTI, claudication) non inclus
- Risque de **Recoil tardif** non considéré

“Ce n’est pas un algorithme simple, mais une matrice décisionnelle multidimensionnelle.”

Dépendance des ressources

- La stratégie (préparation et traitement) change en fonction du franchissement et du recoil, donc utilisation imagerie peropératoire **IVUS considérée systématique**
- **Accès** aux systèmes d'athérectomie, IVL ...
- **Expertise technique** élevée



Conclusions

- Méthode structurée, **consensus élevé**, intégration des nouvelles technologies
- Recommandations logiques, basées sur du **bon sens clinique**
- Reflète une **vision « centre expert »** difficilement généralisable
- Difficile de faire un algorithme pré-procédural, car il s'agit **d'une succession d'étapes et de décisions dynamiques**
- La difficulté n'est pas la complexité des recommandations, mais leur **implémentation dans la vraie vie**

Take Home Message

Consensus Delphi JACC CI 2025 pour les Lésions Chroniques de l'AFS: **Trop complexe ou Très Pratique?**

- Les systèmes de préparation ouvrent des perspectives particulièrement prometteuses, mais restent à ce jour soutenus par un niveau de preuve encore limité.
- L'hétérogénéité des lésions empêche, à ce jour, l'émergence d'un traitement clairement dominant

“Dans la vraie vie, face à une lésion fémoro-poplitée, on ne déroule pas un algorithme... on fait avec ce qu'on a, ce qu'on sait faire, et ce dont le patient a besoin.”



MERCI !

nasr.bahaa@gmail.com
bahaa.nasr@chu-brest.fr



Bahaa Nasr



@bahaanasr



Faculté de Médecine
& Sciences de la Santé
BREST

