



Société de Chirurgie Vasculaire et  
Endovasculaire de Langue Française

## PROGRAMME SCVE en visioconférence

07-déc-21

### SCVbinar 4

19h00 Accueil

## PRISE EN CHARGE DE L'AOMI

DISCUTANTS: N. DELLA CHIAVA, JL PIN

**Titre** :Ré-hospitalisations après traitement endovasculaire des artères des membres inférieurs en ambulatoire : Données du SNDS (Système National des Données de Santé) de 2013 à 2016.

**Contact de l'auteur:** Nolwenn LE MEUR, EHESP, METIS, 15 Avenue du Professeur Léon-Bernard, CS 74312, Rennes

**Orateur:** Nolwenn LE MEUR

**Auteur principal:** Simon JAN, Univ Rennes, EHESP, REPERES (Recherche en Pharmacologie et Recours au Soins) - EA 7449,

**Autres auteurs:** 1 - Simon JAN, EHESP, Rennes

2 - Maxime RAUX, Service de chirurgie vasculaire et endovasculaire, Groupe hospitalier Paris St Joseph, F-75014

3 - Nargues GHOROUBI, EHESP, Rennes

4 - Stephan HAULON, Service de chirurgie vasculaire et endovasculaire, Groupe hospitalier Paris St Joseph, F-75014

5 - Dominique FABRE, Service de chirurgie vasculaire et endovasculaire, Groupe hospitalier Paris St Joseph, F-75014

6 - Yann GOUEFFIC, Service de chirurgie vasculaire et endovasculaire, Groupe hospitalier Paris St Joseph, F-75014

7 - Nolwenn LE MEUR, EHESP, Rennes

**Introduction:** Récemment la SCVE a publié les recommandations de la prise en charge en hospitalisation ambulatoire (HA) des patients traités pour artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) par technique endovasculaire. Cependant la crainte d'une ré-hospitalisation précoce reste un frein important au développement de l'HA. Nous avons comparé les taux de réhospitalisation et de complications de l'HA et de l'hospitalisation conventionnelle (HC) chez les patients traités pour AOMI par technique endovasculaire en France.

**Matériels et méthodes:** Nous avons mené une étude rétrospective incluant les patients traités d'une AOMI par technique endovasculaire en France métropolitaine, entre 2013 et 2016, à partir de données longitudinales extraites du SNDS. Les patients étaient sélectionnés sur la base du diagnostic principal (code CIM10) et des actes endovasculaires avec stent pour AOMI. Une HA était une prise en charge sans nuitée avec un aller-retour du domicile. Une HC était une prise en charge avec au moins une nuitée. Les établissements sans prise en charge ambulatoire étaient exclus. Le critère de jugement principal est la survenue d'une ré-hospitalisation dans les 30 jours. Les groupes ont été comparés avec un modèle de régression de Poisson, après rééquilibrage par un score de propension. Des analyses de sensibilité ont été réalisées pour différentes définitions du critère de jugement.

**Résultats:** Au total 26715 procédures étaient réalisées, 23896 (89%) en hospitalisation conventionnelle (HC) et 2819 (11%) en hospitalisation ambulatoire (HA). On notait un total 2856 (11%) réhospitalisations dans les 30 jours, dont 2574 (11%) en HC et 282 (10%) en HA. Parmi les ré-hospitalisations, 1692 (59%) étaient motivées par une nouvelle intervention ou chirurgie de revascularisation, 213 (8%) concernaient une complication locale (cutanée ou vasculaire), et pour les 944 (33%) autres, près d'1/3 concernait un motif cardio-vasculaire. Il n'existait pas de différence significative des taux de ré-hospitalisation à 30 jours entre les 2 groupes ( $p=0,67$ ). Aucune analyse de sensibilité ne retrouvait de différence entre les 2 groupes.

**Conclusions:** Dans cette étude, les ré-hospitalisations attribuables au traitement endovasculaire de l'AOMI sont rares (<1%). Il n'existait pas de différence significative des taux de ré-hospitalisation selon le type de prise en charge. Si le développement de l'ambulatoire suit les recommandations de la SCVE, il n'y a pas d'argument pour craindre une augmentation des ré-hospitalisations précoces.

## **Titre:** Impact de la sarcopénie sur la morbi-mortalité après revascularisation sous-inguinale pour ischémie critique chronique

**Contact de l'auteur:** Equipe d'Accueil 3072 "Mitochondries, stress Oxydant et Protection Musculaire",  
Faculté de Médecine, 1 Place de l'hôpital, 67000 Strasbourg

**Orateur:** Anne LEJAY

**Auteur principal:** Mégane PIZZIMENTI, Equipe d'Accueil 3072, Strasbourg

**Autres auteurs:** 1 - Mégane Pizzimenti, EA 3072, Strasbourg

2 - Anne Lejay, EA 3072, Strasbourg

3 - Anne Laure Charles, EA 3072, Strasbourg

4 - Fabien Thaveau, EA 3072, Strasbourg

6 - Yannick Georg, Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg

7 - Lydie Steinmetz, Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg

8 - Nabil Chakfé, Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg

9 - Bernard Geny, EA 3072, Strasbourg

**Buts de l'étude:** Le concept de sarcopénie est considéré comme un syndrome gériatrique à part entière. Le nombre de revascularisations sous-inguinales pour ischémie critique chronique (ICC) chez les patients âgés étant en constante augmentation, le chirurgien vasculaire est confronté à des patients possiblement sarcopéniques. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact de la sarcopénie sur la morbi-mortalité post-opératoire après revascularisation sous-inguinale pour ICC.

**Matériels et méthodes:** Tous les patients nécessitant une revascularisation sous-inguinale pour ICC après réalisation d'un scanner pré-opératoire entre Janvier et Juillet 2019 ont été inclus de manière prospective et consécutive dans cette étude monocentrique. La sarcopénie a été évaluée selon les recommandations européennes par la mesure du psoas index (PI) sur le scanner et définie par un PI < 5,5 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> chez l'homme et < 4,0 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> chez la femme. Deux groupes de patients ont été définis : le groupe non-sarcopénique (Groupe NS) et le groupe sarcopénique (Groupe S). Tous les patients ont été revus de manière systématique à 30 jours, et les données concernant la mortalité, la morbidité locale (hématome, lymphocèle, infection du site opératoire) et la morbidité générale (cardiaque, rénale, pulmonaire) ont été recueillies.

**Résultats:** Durant cette période, 64 patients (âge médian 71 ans) ont nécessité une revascularisation sous-inguinale pour ICC : 48 patients dans le Groupe NS (PI médian 7,1 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>) et 16 patients dans le Groupe S (PI médian 4,4 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>). Aucune différence n'a été retrouvée entre les deux groupes en termes de données démographiques, facteurs de risque cardio-vasculaires, comorbidités, présentation clinique ou type de revascularisation. La mortalité sous 30 jours était de 2,1% et 12,5% (p=0.08), la morbidité globale de 10,4% et 56,3% (p=0,0001) dans les groupes NS et S respectivement. La morbidité locale était de 6,3% et 25,0% (p=0,03) et la morbidité systémique de 2,1% et 25,0% (p=0.003) dans les groupes NS et S respectivement.

**Conclusions:** Les patients sarcopéniques présentent un risque majoré de morbidité post-opératoire. Il convient donc d'identifier ces patients, afin de leur proposer une surveillance post-opératoire accrue et des approches thérapeutiques ciblées, par suppléments diététiques, électrothérapie ou stimulation mécanique.

**Titre:** Étude de facteurs de risque cliniques et biologiques de survenue d'amputation des membres inférieurs chez une cohorte de patients diabétiques de type 2

**Contact de l'auteur:** Professeur Fabrice SCHNEIDER, CHU de POITIERS, service de chirurgie vasculaire, 2 rue de la Milétrie 86021 POITIERS, 05.49.44.38.46, fabrice.schneider@chu-poitiers.fr

**Orateur:** Anaïs PERAN,

**Auteur principal:** Anaïs PERAN, CHU de POITIERS

**Autres auteurs:** 1- Anaïs PERAN

2- Mathieu DESVERGNES

3- Iris LEBUHOTEL

4- Pierre-Jean SAULNIER, INSERM CIC 0214, POITIERS

5- Fabrice SCHNEIDER, CHU de POITIERS, service de chirurgie vasculaire et INSERM CIC 0214, POITIERS

**Buts de l'étude:** Le taux d'amputation chez les patients diabétiques de type 2 (DT2) demeure élevé.

L'objectif de notre travail a été d'identifier les facteurs pronostics d'amputation des membres inférieurs (MI) chez des patients DT2 parmi des variables, issues de la macro-angiopathie et de la micro-angiopathie.

**Matériels et méthodes:** Nous avons analysé les données de la cohorte prospective mono-centrique SURDIAGENE incluant 1.051 DT2 entre 2001 et 2012. Le critère de jugement principal était la survenue d'une amputation des MI. La macro-angiopathie MI était définie par la présence de signes fonctionnels (SF) artériels ou échographiques d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). La micro-angiopathie était définie par la présence d'une néphropathie diabétique et/ou d'une rétinopathie diabétique. Des biomarqueurs de l'inflammation (Tumor Necrosis Factor Receptor 1 (TNFR1) et Angiopietin like?2 protein (ANGPTL2)) ont été inclus dans l'analyse. Nous avons réalisé une analyse univariée puis multivariée des facteurs de risque d'amputation selon un modèle de Cox. Le seuil de significativité retenu était une valeur de  $p < 0,05$ .

**Résultats:** Au cours d'un suivi médian de 7 ans, 75 patients (7%) ont subi une amputation des MI.

Les facteurs de risque d'amputation identifiés après analyse multivariée étaient : le sexe masculin (HR 7,09 IC 95% [3,30-15,23] ;  $p < 0,0001$ ), l'augmentation de la Pression Artérielle Systolique (1,02 [1,00-1,03] ;  $p = 0,0006$ ), la présence de SF artériels (5,78 [2,87-11,64];  $p < 0,0001$ ), et la présence d'au moins une lésion artérielle au doppler indépendamment de la gravité des SF, du niveau de la lésion ( $p < 0,0001$ ) et du nombre d'étages atteints ( $p = 0,0007$ ).

Nous n'avons pas mis en évidence d'association significative entre le risque d'amputation et les marqueurs de micro-angiopathie d'une part, et une macro-angiopathie carotidienne et/ou coronaire d'autre part (0,91 [0,54-1,54] ;  $p = 0,731$ ).

**Conclusions:** Cette étude a montré que la macro-angiopathie aux membres inférieurs est le facteur de risque le plus robuste de survenue d'amputation chez le DT2. Il y a peu d'influence des autres localisations athéromateuses et de la micro-angiopathie. Le dépistage clinique et échographique de l'AOMI semble primordial chez ces patients.

**Titre:** Score ASA facteur de risque d'infection du site opératoire après pontage artériel infra inguinal

**Contact de l'auteur:** Samuel QUIQUANDON, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, Service de chirurgie vasculaire, Hôpital Edouard Herriot, 5 Place d'Arsonval, 69437 Lyon Cedex 03, tel: 04 72 11 76 76, fax: 0427858098

Philippe Tresson, Hôpital Edouard Herriot, Service de chirurgie vasculaire, Hôpital Edouard Herriot, 5 Place d'Arsonval, 69437 Lyon Cedex 03, tel: 04 72 11 76 76, fax: 0427858098

**Orateur:** Samuel Quiquandon

**Auteur principal:** Samuel QUIQUANDON, Hôpital Edouard Herriot

**Autres auteurs:** 1- Samuel QUIQUANDON, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, 2- Marine BORDET, Hôpital Edouard Herriot, Lyon  
3- Emeraude Rivoire, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, 4- Nellie Della Schiava, Hôpital Edouard Herriot, Lyon  
5- Patrick Lermusiaux, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, 6- Antoine Millon, Hôpital Edouard Herriot, Lyon  
7- Muriel Rabilloud, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, 8- Philippe Tresson, Hôpital Edouard Herriot, Lyon  
9- Anne Long, Hôpital Edouard Herriot, Lyon

**But de l'étude:** L'infection du site opératoire (ISO) après revascularisation est une complication péri-opératoire accompagnée d'une mortalité et d'une morbidité élevées. Le score de la société américaine des anesthésistes (score ASA) permet de classer les patients selon leurs comorbidités préopératoires et peut être corrélé à la morbi-mortalité péri opératoire.

A notre connaissance, il n'y a pas eu, dans la littérature, d'études retrouvant une corrélation entre score ASA et ISO en chirurgie vasculaire.

Le but de cette étude rétrospective monocentrique a été d'évaluer l'association entre le score ASA et le risque d'ISO après pontage artériel infra inguinal.

**Matériel et méthodes:** Entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2018, 268 patients consécutifs ont eu un pontage artériel infra inguinal dans le service.

Les caractéristiques des patients, leur score ASA et leur suivi à un an étaient recueillis. La survenue d'une ISO était définie selon la classification de Samson .

Les patients étaient séparés en 2 groupes : patients infectés (Gp ISO +) et non infectés (Gp ISO -). Les caractéristiques étaient décrites dans chaque groupe et comparées par le test du chi-deux ou le test exact de Fisher pour les données qualitatives et le test t de Student ou le test de Mann et Whitney pour les données quantitatives.

**Résultats:** Au cours du suivi, 32 patients (12%) ont développé une ISO. L'ISO survenait dans les 3 premiers mois pour 31 d'entre eux.

La proportion de patients ayant un score ASA égal à 3 ou 4 était significativement plus élevée dans le Gp ISO + que dans le groupe ISO - (87,5 % vs 71% ;  $p = 0,046$ ).

Après 1 an de suivi, la mortalité globale était significativement plus élevée dans le Gp ISO + (21,2% versus 3,8%,  $p=0,001$ ). La prévalence d'occlusion du pontage était de 46,9% dans le Gp ISO+ versus 31,2% dans le Gp ISO - ( $p=0,08$ ). La proportion de patients ayant nécessité une amputation globale (majeure et mineure) était de 34,4% dans le Gp ISO + versus 20,5% dans le Gp ISO - ( $p=0,08$ ).

**Conclusions:** Le score ASA élevé (3-4) était associé à une augmentation du risque d'ISO après un pontage artériel infra inguinal. Chez les patients ayant développé une ISO à un an, la mortalité globale était statistiquement plus élevée et il existait une tendance à des proportions d'occlusion de pontage et d'amputation plus élevées.

Samson, et al. A modified classification and approach to the management of infections involving peripheral arterial prosthetic grafts. J Vasc Surg. 1988;8:147-153.

**Titre: Evaluation à 6 mois des allogreffons veineux BIOPROTEC.  
Registre REVATEC.**

**Contact de l'auteur:** Jean-Michel Davaine  
Chirurgie vasculaire CHU Pitié-Salpêtrière, Paris  
83 BD de l'Hôpital, 75013 Paris  
davainej@yahoo.fr  
07-83-47-56-73

**Auteur principal:**Jean-Michel Davaine, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris

**Orateur:** Thibault Pierard

**Autres auteurs:** 1- Thibault Pierard, Chirurgien vasculaire CH René Dubos, Pontoise, France  
2- Abir ElMehdi, Chirurgien vasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière, 3- James Lawton, Chirurgien vasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière  
4- Jérémie Jayet, Chirurgien vasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière, 5- Thibault Couture, Chirurgien vasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière  
6- Dorian Verscheure, Chirurgien vasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière, 7- Julien Gaudric, Chirurgien vasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière  
8- Laurent Chiche, Chirurgien vasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière, 9- Eric Cheysson, Chirurgien vasculaire CH René Dubos, Pontoise, France  
10- F Koskas, Chirurgien vasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière, 11- JM Davaine, Chirurgien vasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière

**Buts de l'étude:** Les allogreffons veineux de type Bioprotec sont largement utilisés mais leur évaluation précise, objectif de ce travail, fait défaut.

**Matériels et méthodes:** Etude prospective (Clinical Trial NCT04018846), impliquant 3 centres. L'indication de la revascularisation était une ischémie critique ou une infection en l'absence de matériel veineux autologue saphène. Le suivi était clinique et échographique.

**Résultats:** Au total 58 greffons ont été utilisés sur 25 patients entre Décembre 2018 et Décembre 2019.

Les patients étaient des hommes dans 17 (68%) cas (moyenne= 71 ans). Les facteurs de risques cardiovasculaires se répartissaient en: HTA- 18 (72%) ; diabète- 8 (32%); hypercholestérolémie- 9 (36%) ; tabagisme- 20 (80%) ; insuffisance rénale- 7 (28%); obésité- 3 (12%). Une coronaropathie associée était retrouvée dans 9 (36%) des cas. En moyenne les patients avaient été opérés 2 fois au préalable. L'indication était une ischémie critique chronique (ICC) dans 20 (80%) cas, une claudication dans 2 (8%) cas et une infection dans 3(12%) cas. Le lit d'aval était constitué en moyenne de 2 axes de jambe. Onze (44%) patients étaient opérés en urgence. Le site donneur était ilio-fémoral dans 18 (72%) cas, l'AFS dans 5 (20%) cas, l'artère poplitée basse dans 1 (4%) cas, l'artère axillaire dans 1 (4%) cas. Le site receveur était ilio-fémoral dans 2 (8%) cas, l'artère poplitée dans 11 (44%) cas, l'ATA dans 6 (24%) cas, le TTP dans 1 (4%) cas, l'ATP dans 3 (12%) cas, l'artère péronière dans 2 (8%) cas. En moyenne 2,3 greffons étaient utilisés par patient et la durée opératoire moyenne était de 199 min (hospitalisation moyenne de 14J). On notait 1 infection pulmonaire post-opératoire et 3 reprises chirurgicales précoces (1 désobstruction, 2 amputations). Après un suivi moyen de 180J, on recensait 6 complications : une thrombose d'amont, une thrombose de pontage, une amputation supplémentaire, un décès, une décompensation respiratoire et une rupture septique. Le taux de survie sans amputation était de 85,5% et les taux de perméabilité primaire et secondaire de 56,2% et 88%. L'indice moyen de Rutherford postopératoire était de 1,6 (vs 4,4 en préopératoire ; p<0,001). Onze des 14 patients (79%) présentant un trouble trophique avaient cicatrisé.

**Conclusions:** L'utilisation des allogreffons veineux paraît sûre et efficace après 6 mois de suivi. Un suivi prolongé et sur un plus grand nombre de patients est indispensable.

## **Titre: Évaluation des allogreffes artérielles et veineuses dans les pontages sous-inguinaux.**

**Contact de l'auteur:** Pr Jonathan Sobocinski, Centre Aortique, CHU de Lille,  
INSERM U1008, Université de Lille,  
59037 Lille Cedex, France  
Téléphone: +33 320 445 811  
email: jonathan.sobocinski@chru-lille.fr

**Orateur:** Clara DEFLANDRE

**Auteur principal:** Clara DEFLANDRE, Service de chirurgie vasculaire Institut Coeur Poumon, CHU de Lille, 56 avenue de la Mer 59240 Malo les Bains, 0666227211, clara.deflandre@ch-dunkerque.fr

**Autres auteurs:** 1. Clara DEFLANDRE, Service de chirurgie vasculaire Institut Coeur Poumon, Lille

2. Benjamin LOPEZ, Laboratoire Médical CH, Dunkerque, 3. Maxime DUBOSCQ, Service de chirurgie vasculaire Institut Coeur Poumon, Lille

4. Agathe LE CHEVALIER DE PREVILLE, Service de chirurgie vasculaire Institut Coeur Poumon, Lille 5. Thomas MESNARD, Service de chirurgie vasculaire Institut Coeur Poumon, Lille

6. Richard AZZAOU, Service de chirurgie vasculaire Institut Coeur Poumon, Lille, 7. Jonathan SOBOCINSKI, Service de chirurgie vasculaire Institut Coeur Poumon, Lille

**Buts de l'étude:** Les pontages revascularisant l'étage sous inguinal en l'absence de veine saphène autologue peuvent faire discuter l'utilisation d'allogreffes. L'objectif de ce travail était de comparer les performances à moyen terme des allogreffes artérielles (AA) et veineuses (AV).

**Matériels et méthodes:** Tous les patients ayant bénéficié d'une revascularisation par pontage en AV ou AA à l'étage sous inguinal entre 2008 et 2018 dans notre centre ont été inclus rétrospectivement. Le remplacement de pontage infecté préexistant était exclu. Les taux de perméabilité primaire (PP), primaire assistée (PPA), secondaire (PS), d'amputation majeure et de décès toute cause ont été analysés ainsi que les probabilités de survie calculées selon Kaplan-Meier. Des modèles de Cox multivariés ont été construits à la recherche de facteurs prédictifs. Une analyse de sensibilité a été réalisée à l'aide de scores de propension (pour données censurées).

**Résultats:** Sur cette période, 63 AV et 48 AA (n=111, dont 97% de revascularisation sous gonale) ont été inclus ; avec un profil de population comparable. Le délai de suivi médian estimé était de 35,5 mois [28,6-49,6].

Les probabilités de survie de PP étaient estimées à 46,3% [32,7-58,8] et 48,5% [32,7-62,6] à 1an et à 25,7% [12,3 - 41,5] et 42,7% [27,3-57,3] à 3 ans, respectivement pour les AV et les AA (p=0,0532).

Le recours à une AA (vs. AV) améliorait la perméabilité en analyse multivariée (RR de 0,42 [0,23 ; 0,77] ; 0,49 [0,28 ; 0,86] et 0,37 [0,19 ; 0,76], p<0,002), respectivement pour les PP, PPA et PS ; ainsi que le nombre d'axes jambiers perméables en aval ( $\geq 2$  vs.  $\leq 1$ ) (p $\leq 0,001$ ). En multivarié, le type de greffon ne modifiait pas la survenue d'amputation majeure et le décès toute cause, contrairement au statut clinique (Rutherford <3 vs.  $\geq 4$ , respectivement RR= 2,98 [1,11-8,04] et 3,40 [1,17-9,87] ; p<0,04). La pondération par des scores de propension confirmait ces résultats.

**Conclusion:** La nature de l'allogreffe semble influencer la perméabilité des pontages sous-inguinaux. Leur coût élevé, leur fluctuante disponibilité et leur faible performance justifient l'évaluation de greffons synthétiques de nouvelle génération.

## **Titre: RESULTATS A MOYEN TERME DES PONTAGES SOUS-INGUINAUX EN ALLOGREFFES VEINEUSES CRYOPRÉSERVÉES**

**Contact de l'auteur:** Eugenio ROSSET,  
Service de chirurgie Vasculaire,  
Hôpital Gabriel Montpied, 63000 Clermont-Ferrand,  
erosset@chu-clermontferrand.fr

**Orateur:** Gwenael JOHN,  
Service de chirurgie Vasculaire,  
Hôpital Gabriel Montpied, 63000 Clermont-Ferrand,

**Auteur principal:** Gwenael JOHN,  
Service de chirurgie Vasculaire, Hôpital Gabriel Montpied, 63000 Clermont-Ferrand,  
0473751525

**Autres auteurs:** Mathilde BURGAUD, Service de Chirurgie Vasculaire, CHU Clermont-Ferrand  
Adrien LOUVANCOURT, Service de Chirurgie Vasculaire, CHU Clermont-Ferrand  
Marie BENEZIT, Service de Chirurgie Vasculaire, CHU Clermont-Ferrand  
Bruno PEREIRA, Service de Chirurgie Vasculaire, CHU Clermont-Ferrand  
Eugenio ROSSET, Service de Chirurgie Vasculaire, CHU Clermont-Ferrand

**Buts de l'étude:** L'ischémie critique des membres inférieurs (ICMI) est la première indication chirurgicale de pontages sous-inguinaux dont le matériel de choix est la grande veine saphène (GVS) autologue. En l'absence de GVS, il est possible d'utiliser un allogreffeon de veine saphène cryopréservée (AGV). Nous avons évalué les résultats des pontages sous-inguinaux en AGV chez des patients en ICMI, ischémie aiguë ou ayant présenté une rupture de leur ancien pontage : perméabilité, sauvetage de membre et survie.

**Matériels et méthodes:** Entre Février 2017 et Septembre 2020, 129 revascularisations ont été réalisées chez des patients (82 hommes) d'âge moyen 73,6 ans (22-99 ans), dont les indications opératoires étaient des douleurs au repos pour 70 cas, des troubles trophiques pour 49 cas, des ischémies aiguës pour 6 cas et des ruptures d'anciens pontages pour 4 cas. Le suivi de la perméabilité des pontages en AGV a été réalisé par échographie Doppler à 1, 3, 6, 12 et 24 mois. 102 patients avaient un antécédent de revascularisation ipsilatéral, 67 cas par voie endovasculaire et pontage, 28 cas par pontage seul et 7 cas par voie endovasculaire seule. Dans 62 cas, il existait un axe de jambe perméable, pour 36 cas deux axes jambiers perméables, pour 31 cas trois axes de jambe perméables. Le site d'anastomose distale était l'artère poplitée sus-articulaire dans 6 cas, 43 en poplitée sous-articulaire, 80 sur une artère jambière.

**Résultats:**

À 30 jours, le taux de mortalité était de 2,4 %, la perméabilité primaire et secondaire et le taux de sauvetage de membre à 1 mois étaient respectivement de 90 %, 92,2% et 92,2%. Le suivi moyen était de 15 mois (0-36). Il a été constaté 56 complications des AGV au cours du suivi, réparties en 49 thromboses et 6 infections. Aucune dégénérescence anévrismale du greffon n'a été observée. Le taux de perméabilité primaire à 6 mois, 1 et 2 ans était respectivement de 60,7%, 48% et 30%. Le taux de perméabilité secondaire à 6 mois, 1 et 2 ans était respectivement de 71,4%, 59,4% et 40,7%. Le taux de sauvetage de membre à 6 mois, 1 et 2 ans était respectivement de 79,8%, 70,8% et 59%. En analyse univariée le diabète et l'insuffisance rénale étaient des facteurs de risque d'occlusion du pontage.

**Conclusion:** Les pontages sous-inguinaux en AGV donnent des résultats satisfaisants en termes de sauvetage de membre malgré une perméabilité à moyen terme aléatoire. L'utilisation des AGV est une technique acceptable dans le cadre du sauvetage de membre inférieur en l'absence de GVS.



20H30 Conclusion - fin