



Société de Chirurgie Vasculaire et  
Endovasculaire de Langue Française

## PROGRAMME SCVE en visioconférence

15-févr-22

### SCVbinar 6

19h00 Accueil

## CHIRURGIE DE L'AORTE THORACIQUE

DISCUTANTS: JP. FAVRE, S. HAULON

**Titre** : Dissection aortique : incidence, mortalité et prise en charge en France de 2012 à 2018 selon la base de données nationale.

#### Contact de l'auteur

Jonathan SOBOCINSKI , Service de Chirurgie vasculaire Institut Coeur-Poumons,  
Boulevard du Professeur Jules LECLERCQ 59037 LILLE,0320445811,0320445992

#### Auteur principal

Anaïs LEJOT, CHRU Lille

#### Orateur

Anaïs LEJOT

#### Autres auteurs

- 1- Antoine GUERY, Service de chirurgie vasculaire CHRU LILLE
- 2- Guillaume LEDIEU , Service d'hypertension artérielle et médecine vasculaire, CHRU Lille
- 3- A.Karthikesalingam,Service de Chirurgie et Oncologie, Imperial College London, London
- 4- Jonathan SOBOCINSKI , Service de chirurgie vasculaire CHRU Lille

#### Buts de l'étude

Le but de l'étude est d'analyser les résultats actuels dans la prise en charge des patients présentant une dissection aortique en France.

#### Matériels et méthodes

A partir de la base de données du PMSI, les patients admis pour une dissection aortique (DAo) entre 2012 et 2018 ont été inclus dans la présente étude. Les éléments épidémiologiques, le score de gravité (d'Elixhauser) des patients à l'admission ont été analysés, ainsi que le type de traitement (réparation ouverte et endovasculaire) et la mortalité hospitalière à 1 mois et 3 mois. Pour les patients ayant subi une réparation chirurgicale, le taux et le type de complications postopératoires ont été répertoriés. Une analyse secondaire sur l'impact du volume du centre était effectuée.

### **Résultats**

14 714 patients atteints d'une DAO ont été identifiés durant la période de l'étude (64 % d'hommes, âge moyen 67 ans et score d'Elixhauser de 5), avec une augmentation de l'incidence globale durant la période d'étude, de 3,8/100 000 en 2012 à 4,4/100 000 habitants en 2018. Un gradient Nord-Sud (3,6/100 000 dans le Nord et 4.7/100 000 dans le Sud) et un pic hivernal ont pu être mis en évidence.

Au total, 54,5 % (n = 8 009) ont subi une intervention chirurgicale (6 276 pour une chirurgie comprenant l'aorte ascendante [patients considérés DAo type A, DATA] et 1 733 pour un traitement endovasculaire aortique ou des gestes périphériques [patients considérés DAo type B, DATB]).

Pour les patients DATB, 94% ont bénéficié de la mise en place d'une endoprothèse thoracique. La mortalité post-opératoire à 30j était respectivement de 18,9 % pour les DATA, et de 9,5 % pour les DATB ; avec pour les DATB, une différence significative en l'absence de TEVAR avec 8,6% vs. 23.8% ; p<0.001. Les complications postopératoires pour les DATA étaient surtout d'ordre respiratoires (32%) et infectieuses (22%). Pour les DATB, les complications post-opératoires étaient plus faibles lors d'un TEVAR seul ou associé (15,5% vs. 26.7% de complications respiratoires et 12,3% vs. 21.8% d'infection, p<0.001).

Pour l'ensemble de la cohorte, la mortalité précoce était plus faible dans les centres dits à haut volume (>20 dissections aortiques/an), avec un taux à 3 mois de 22.5% vs 31.6% (p<0.001).

### **Conclusion**

Sur la base de ces données, l'incidence de la DAO aurait augmenté en France de 2012 à 2018. L'influence du volume du centre sur la mortalité précoce (1 et 3 mois) semble importante. Les patients classés DATB bénéficiant d'une chirurgie sans TEVAR avaient un pronostic plus sombre.

## **Titre: Devenir à long terme des patients ayant présenté une dissection aortique : expérience bicentrique sur 10 ans**

### **Contact de l'auteur**

Edouard PENASSE, CHU Amiens, Chirurgie vasculaire, Avenue Laennec, 80054 Amiens cedex  
0616326142  
penasse.edouard@icloud.com

### **Auteur principal**

Edouard PENASSE, CHU Amiens,

### **Orateur**

Edouard PENASSE, CHU, Amiens

### **Autres auteurs**

- 1- Edouard PENASSE, CHU, Amiens
- 2- Lucie SALOMONT DUMONT, CHU, Besançon
- 3- Simon ROISIN, CHU, Amiens
- 4- Guillaume GUIMBRETIERE, CHU, Nantes
- 5- Laurent BRISARD, CHU, Nantes
- 6- Marc FREYERMUTH, CHU, Amiens
- 7- Adriane MAGE, CHU, Amiens
- 8- Thierry REIX, CHU, Amiens
- 9- Blandine MAUREL, CHU, Nantes

### **Buts de l'étude**

Rechercher les facteurs de risques de dégénérescence anévrysmale et de réintervention liés à l'aorte lors du suivi à long terme des patients pris en charge pour dissection aortique (DA) aiguës.

### **Matériels et méthodes**

Étude rétrospective bicentrique incluant l'ensemble des patients pris en charge pour DA aiguë de type A ou B et sortis vivants de leur prise en charge initiale sur une période de 10 ans (2008-2018).

Les données cliniques et morphologiques (angio-TDM) à l'admission et au cours du suivi ont été recueillies rétrospectivement puis comparés afin de rechercher les facteurs de risques d'évolution anévrysmale (diamètre supérieur à 45 mm ou se majorant de plus de 20%) et de réintervention liée à l'aorte.

Les paramètres significativement associés à un évènement lié à l'aorte au cours du suivi en analyse univariée ont été analysés de façon multivariée par une régression logistique.

### **Résultats**

197 patients ayant survécu à l'hospitalisation initiale ont été inclus avec un suivi moyen de 51,6 mois.

81 patients (41,1%) ont présenté une dilatation anévrysmale dont 38 (18,3%) ont nécessité une réintervention liée à l'aorte.

24 patients sont décédés, dont 9 de cause liée à l'aorte.

L'indication de la ré-intervention était principalement une dégénérescence anévrysmale au niveau de la crosse aortique (28,9 %), au niveau de l'aorte thoracique descendante (36,8%) ou au niveau abdominale (23,7%).

La survie sans événements était à 1 an, 3 ans et 5ans respectivement de 91,3%, 73,1% et 65,9%.

En analyse multivariée, les facteurs de risque significativement associés à une évolution anévrysmale étaient un diamètre initial de l'aorte thoracique descendante >35mm (OR=0,87 [0,81-0,94], p=0,0004) et de l'aorte abdominale >25mm (OR= 0,47 [0,26-0,87], p=0,0011), alors que l'âge >55 ans apparaissait comme un facteur protecteur (OR=1,05 [1.02-1.09], p=0,0004).

Les facteurs de risque de réintervention étaient identiques (OR= 0,89 [0,82-0,96], p=0,038 / OR=0,95 [0,91-0,99], p=0,042 / OR=1,07 [1.04-1,11], p<0,001, respectivement).

### **Conclusion**

Lors du suivi au long cours d'une DA de type A ou B, 50% des patients présentent une évolution anévrysmale dont la moitié doivent être réopérés.

Les diamètres initiaux de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte abdominale ainsi que l'âge sont des facteurs significativement associés à ces événements.

Tous les patients nécessitent une surveillance régulière au long cours afin de dépister et traiter précocement tout évènement aortique.

**Titre: Approche multidisciplinaire en deux temps associant les techniques endovasculaires à la réparation hybride de l'arche aortique afin d'obtenir un remodelage extensif des dissections aortiques de type A**

### **Contact de l'auteur**

Jean-Marc ALSAC, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de Chirurgie Vasculaire, 20 rue Leblanc - 75015 Paris, 01 56 09 37 49, jean-marc.alsac@aphp.fr

### **Auteur principal**

Jean-Marc ALSAC, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de Chirurgie Vasculaire, 20 rue Leblanc - 75015 Paris, 01 56 09 37 49, jean-marc.alsac@aphp.fr

### **Orateur**

William FORTIN, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de Chirurgie Vasculaire, 20 rue Leblanc - 75015 Paris, 06 52 57 58 95, william.fortin@umontreal.ca

### **Autres auteurs**

- 1- William FORTIN, HEGP, Paris
- 2- Iannis Ben Abdallah, HEGP, Paris, 3-Willy SUTTER, HEGP, Paris
- 4- Rita CHERKAOUI, HEGP, Paris,
- 5- Clémence JOUHANNET, HEGP, Paris
- 6- Pierre JULIA, HEGP, Paris,
- 7- Salma EL BATTI, HEGP, Paris
- 8- Jean-Marc ALSAC, HEGP, Paris

### **Buts de l'étude**

Le remplacement hybride de l'arche (RHA) est actuellement proposé dans la dissection aortique de type A pour obtenir une réparation complète au-delà de la crosse aortique. Ce résultat est rarement atteint avec le RHA seul. Nous rapportons notre expérience du traitement en 2 temps associant RHA au traitement endovasculaire de l'aorte thoraco-abdominale (TEVAR).

### **Matériels et méthodes**

Entre 2016 et 2020, tous les patients ayant subi un RHA au moyen de la prothèse Thoraflex hybride (Terumo Aortic) pour une dissection aortique de type A aiguë et chronique ont été inclus. Les données démographiques, indications, détails peropératoires et résultats postopératoires, TEVAR secondaires, ainsi que le suivi morphologique et clinique ont été analysés.

### **Résultats**

52 patients présentant une dissection de type A (31 aiguës et 21 chroniques) ont bénéficié d'un RHA, avec une mortalité globale à 30 jours de 15%, limitée à 6% dans les cas électifs. Parmi les 44 patients survivants, 25 patients (57%) ont subi un TEVAR secondaire, en raison soit d'une expansion rapide du faux chenal (> 5 mm en 6 mois) ou dégénérescence anévrysmale (> 55 mm) dans 17 cas, soit une malperfusion persistante dans 8 cas. Le délai médian entre le RHA et le TEVAR était de 27 j. Un drainage préventif systématique du LCR a été utilisé dans 40% des TEVAR. Trois patients ont bénéficié d'une endoprothèse + fenestration pour la fermeture de porte d'entrée dans l'aorte thoracique descendante, et 22 patients ont bénéficié d'une relamination intimale induite par dilatation au ballon d'un stent aortique (STABILISE) pour sceller le faux chenal jusqu'en sous-rénal. Aucune mortalité, AVC ou paraplégie à 30 jours n'a été enregistrée après TEVAR. Au cours d'un suivi moyen de  $16 \pm 13$  mois, 2 conversions ont été nécessaires chez 2 patients Marfan pour élargissement persistant du faux chenal sur endofuite de type 2. Les 23 autres patients (92%) ont présenté une thrombose du faux chenal avec un remodelage complet de l'aorte thoraco-abdominale.

### **Conclusion**

Réalisée de façon élective, une approche en deux temps associant RHA et TEVAR pour dissection aortique de type A présente des résultats précoces et à moyen terme sûrs et efficaces. Une cicatrisation étendue de l'aorte thoraco-abdominale est obtenue dans la plupart des cas. Une attention particulière est recommandée en cas d'endofuite de type 2 chez les patients Marfan.

## **Titre:** Traitement endovasculaire de la crosse aortique par des endoprothèses double fenêtres réalisées par le chirurgien.

### **Contact de l'auteur**

Ludovic Canaud, Service de chirurgie thoracique et vasculaire, CHU de Montpellier, 191 avenue du Doyen Giraud, 34295 Montpellier, 0467336066, ludoviccanaud@hotmail.com

### **Auteur principal**

Ludovic Canaud, Service de chirurgie thoracique et vasculaire, CHU de Montpellier

### **Orateur**

Ludovic Canaud

### **Autres auteurs**

- 1- Pierre Alric, Service de chirurgie thoracique et vasculaire, CHU de Montpellier.
- 2- Kheira Hireche, Service de chirurgie thoracique et vasculaire, CHU de Montpellier.
- 3- Youssef Lounes, Service de chirurgie thoracique et vasculaire, CHU de Montpellier.
- 4- Thomas Gandet, Service de chirurgie thoracique et vasculaire, CHU de Montpellier.

### **But de l'étude**

Le but était d'évaluer les résultats précoces et à moyen terme du traitement endovasculaire de la crosse aortique par des endoprothèses double fenêtres réalisées par le chirurgien.

### **Matériel et méthodes**

Cette analyse rétrospective monocentrique des données collectées prospectivement a inclus 76 patients, de janvier 2017 à décembre 2020, subissant une réparation endovasculaire de la crosse aortique. Les fenestrations comprenaient une fenestration proximale plus grande pour le tronc brachiocéphalique et l'artère carotide commune gauche et une fenestration distale plus petite pour l'artère sous-clavière gauche (LSA). Seule la fenestration distale a été stentée.

### **Résultats**

La durée médiane de la modification du stent-greffe était de  $27 \pm 5$  minutes. L'étude incluait 66 hommes et l'âge moyen était de  $69 \pm 9,5$  ans. Les indications du traitement comprenaient : l'anévrisme dégénératif de la crosse aortique ( $n = 33$ ), évolution anévrismale de la crosse aortique après dissection de type A opéré ( $n = 19$ ), dissections aortique de type B ( $n = 17$ ), ulcère aortique ( $n = 3$ ) et d'autres pathologies ( $n = 4$ ). Le succès technique était de 98,6% (75/76). La mortalité à 30 jours était de 1,3% ( $n = 1$ ). Quatre patients (5,2%) ont eu un accident vasculaire cérébral avec guérison complète chez 3 d'entre eux. Un patient a eu une dissection rétrograde de type A. Un patient (1,3%) avait une endofuite de type IA, un patient (1,3%) avait un type IB et deux patients (2,6%) avaient une endofuite de type II. Six patients (7,8%) ont nécessité une réintervention: les deux patients en raison d'une endofuite de type I, un patient pour une dissection aortique rétrograde de type A et les autres en raison de complications liées à l'accès. Tous les troncs supra-aortiques sont perméables. Au cours d'un suivi moyen de  $22 \pm 8,3$  mois, il n'y a eu aucune conversion chirurgicale ouverte, rupture aortique ou paraplégie.

### **Conclusion**

Le traitement endovasculaire de la crosse aortique par des endoprothèses double fenêtres est à la fois faisable et efficace pour la réparation endovasculaire totale de la crosse aortique, évitant ainsi le besoin de revascularisation chirurgicale anatomique et extra-anatomique. La durabilité de cette méthode doit être évaluée dans des études avec un suivi à long terme.

## **Titre: Étude des lésions cérébrales ischémiques silencieuses post traitement endovasculaire de la crosse aortique**

### **Contact de l'auteur**

Philippe CHARBONNEAU, Centre de l'Aorte, Hôpital Marie Lannelongue, Le Plessis-Robinson,  
133 Avenue de la Résistance, 92350 Le Plessis-Robinson, France, 06 66 61 64 22

### **Auteur principal**

Philippe CHARBONNEAU, Hôpital Marie Lannelongue,

### **Orateur**

Philippe CHARBONNEAU

### **Autres auteurs**

- 1- Philippe CHARBONNEAU
- 2- Wolf Hans Eilenberg
- 3- Fiona Rohlfes,
- 4- Justine Mougin
- 5- Dominique Fabre
- 6- Roger Greenhalgh
- 7-Tilo Kolbel,
- 8- Stéphan Haulon

### **Buts de l'étude**

Les publications récentes rapportent une baisse du taux d'accident vasculaire cérébral (AVC) cliniquement décelable après traitement endovasculaire de la crosse aortique. Aucune étude n'a encore évalué le taux de lésions cérébrales ischémiques silencieuses suivant ce type d'intervention. L'objectif de ce travail était de quantifier ces lésions.

### **Matériels et méthodes**

Cette étude prospective a inclus tous les patients traités dans 2 centres aortiques, ayant eu une pose d'endoprothèse (EDP) aortique en zone Ishimaru 0 à 3 entre septembre 2018 et janvier 2020 et une imagerie cérébrale par résonance magnétique de diffusion (IRM-DW). Celle-ci était réalisée 7 jours après la procédure pour localiser et dénombrer les hypersignaux flair. Les caractéristiques démographiques, les détails des procédures et l'évolution neurologique post-opératoire ont été recueillis.

### **Résultats**

Cette cohorte inclus 91 patients (âge moyen, 69 ans; femmes, 36%). La procédure était élective chez 71 patients (78%). Elle était effectuée pour le traitement d'une dissection, d'un anévrisme dégénératif, ou d'une autre pathologie aortique chez 44 (49%), 34 (37%), et 13 (14%) patients, respectivement. L'EDP a été déployée en zone 0, 1, 2 et 3 chez 23 (25%), 10 (11%), 47 (52%) et 11 (12%) patients, respectivement. Les EDP implantées étaient branchées (25%), fenêtrées (17%) et tubulaires (58%). À 30 jours, aucun décès ou AVC ischémique n'est survenu. À l'IRM-DW, un total de 245 lésions ischémiques ont été identifiées chez 45 patients (49,5%). Les lésions étaient situées dans l'hémisphère gauche chez 63% des patients (153/245), avec une prédominance pour le territoire moyen (94/245). Le déploiement en zone 0-1 ( $p=0.026$ ), la pose d'une EDP branchée ou fenêtrée ( $p=0.038$ ), un diamètre proximal de l'endoprothèse  $\geq 40$ mm ( $p=0.038$ ) et une procédure urgente ( $p=0.005$ ) étaient statistiquement associés à la présence de lésions ischémiques.

### **Conclusion**

Cette étude est la première à évaluer l'ischémie cérébrale silencieuse chez les patients bénéficiant d'un traitement endovasculaire de la crosse aortique. Bien que des lésions récentes soient diagnostiquées sur l'IRM-DW chez la moitié des patients, aucun n'a cliniquement présenté d'AVC ischémique. Bien que les effets à long terme de ces lésions cérébrales silencieuses sont inconnus, des stratégies novatrices pour réduire le risque d'embolisation doivent être développées.

**Titre: Résultats à court et moyen terme de la technique STABILISE pour les dissections aortiques de type B : l'aorte thoraco-abdominale traitée par le stent nu augmente de diamètre.**

**Contact de l'auteur**

Jean PICQUET  
CHU Angers, Chirurgie vasculaire  
4 rue Larrey, 49100 Angers  
tel : 02.41.35.38.37  
fax : 02.41.35.52.80  
jepicquet@chu-angers.fr

**Auteur principal**

Gautier HAUPERT, CHU Angers

**Orateur**

Gautier HAUPERT

**Autres auteurs**

- 1- Marine GAUDRY, APHM, Marseille
- 2- Lucie DUMUR, CHU Tours
- 3- Anna BAUDRY, CHU Angers
- 4- Fabien VECCHUNI, APHM, Marseille
- 5- Robert MARTINEZ, CHU tours
- 6- Philippe PIQUET, APHM, Marseille
- 7- Jean PICQUET, CHU Angers

**Buts de l'étude**

La technique STABILISE a permis d'étendre le traitement des dissections aortiques (DA) de type B à l'aorte thoraco-abdominale en prolongeant le stent couvert par un stent nu qui est inflaté afin de réapposer le flap intimal et entraîner une cicatrisation aortique. Le but de cette étude multicentrique était d'analyser les résultats anatomiques au niveau de l'aorte thoracique et thoraco-abdominale à court et moyen terme du traitement des DA par la technique STABILISE.

**Matériels et méthodes**

Nous avons recueilli de manière rétrospective les caractéristiques démographiques, cliniques, et anatomiques des patients traités par la technique STABILISE pour une DA de type B dans 3 CHU. Les diamètres aortiques étaient mesurés sur les scanners préopératoires, post-opératoires et sur le dernier scanner de suivi à différents niveaux : à la partie proximale de la première endoprothèse couverte, au niveau du diamètre thoracique descendante maximal, à la partie proximale du stent non couvert, à l'ostium du tronc coeliaque, à la jonction des deux dernières mailles du stent non couvert et à la partie terminale de celui-ci. Les résultats sont présentés en moyennes et écart-types. Nous avons réalisé une étude statistique par analyse de variance par test de Dunnett en prenant les données préopératoires en références.

**Résultats**

De Août 2018 à décembre 2019, 43 malades (20, 12 et 11 malades par centre) dont 35 hommes de 59±11 ans d'âge moyen ont été traités par STABILISE pour 24 DA de type B et 19 DA de type B résiduelles après réparation d'une DA de type A. Deux (4,5%) patients sont décédés en post-opératoire de défaillances multi-viscérales après DA aiguës. Un remodelage aortique complet a été obtenu au niveau de l'aorte thoraco-abdominale chez tous les malades. Les diamètres aortiques moyens (mm) aux différents points étaient respectivement de 34±7, 47±10, 34±5, 32±5, 27±5 et 25±5 en préopératoire, stables ( $p>0,05$ ) à 34±6, 46±10, 34±5, 33±5, 28±5 et 27±5 en post-opératoire et stables sur la partie proximale couverte à 35±6 et 42±8, mais majorés sur la partie stentée non couverte à 38±6 ( $p=0,08$ ), 36±4 ( $p=0,01$ ), 31±6 ( $p=0,004$ ) et 30±5 ( $p=0,004$ ) au terme du suivi moyen de 7±4 mois, avec un TDM à un an disponible pour 28 malades.

## **Conclusion**

Après traitement des DA par STABILISE, la cicatrisation aortique est obtenue dans tous les cas, le diamètre aortique maximal se stabilise mais son diamètre au niveau du stent non couvert augmente à court terme. Un suivi prolongé de cette évolution est nécessaire.

## **Titre: Évolution du faux chenal après occlusion par un Candy Plug dans la prise en charge des dissections chroniques de l'aorte**

### **Contact de l'auteur**

Justine MOUGIN, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph - Hôpital Marie LANNELONGUE, 133 Avenue de la Résistance, 92350 Le Plessis Robinson, 0140948204, j.mougin@hml.fr

### **Auteur principal**

Justine MOUGIN, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph

### **Orateur**

Justine MOUGIN

### **Autres auteurs**

- 1- Antoine GIRAULT, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph - Hôpital Marie LANNELONGUE, Le Plessis Robinson
- 2- Philippe CHARBONNEAU, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph - Hôpital Marie LANNELONGUE, Le Plessis Robinson
- 3- Maxime RAUX, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph - Hôpital Marie LANNELONGUE, PARIS
- 4- David BOULATE, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph - Hôpital Marie LANNELONGUE, Le Plessis Robinson
- 5- Delphine MITILIAN, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph - Hôpital Marie LANNELONGUE, Le Plessis Robinson
- 6- Yanne GOUEFFIC, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph - Hôpital Marie LANNELONGUE, PARIS
- 7- Dominique FABRE, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph - Hôpital Marie LANNELONGUE, Le Plessis Robinson
- 8- Stéphan HAULON, Centre vasculaire Groupe Hospitalier Paris St Joseph - Hôpital Marie LANNELONGUE, Le Plessis Robinson

### **Buts de l'étude**

La persistance d'un flux vers le faux chenal (FC) alimenté par des communications entre les 2 chenaux en distalité de l'endoprothèse aortique est souvent observée après traitement endovasculaire des dissections aortiques chroniques. Celle-ci est souvent associée à l'absence de rétraction de la dilatation aortique. Nous présentons ici les résultats à court terme de l'utilisation d'un système d'occlusion (candy plug (CP)) du FC, et son impact sur la perméabilité du FC et l'évolution du diamètre aortique.

### **Matériels et méthodes**

Cette étude rétrospective et monocentrique a inclus l'ensemble des patients traités par implantation d'un CP dans le FC associé à l'implantation d'une endoprothèse aortique thoracique (TEVAR) dans le vrai chenal entre juin 2018 et décembre 2019. Les patients inclus présentaient une dissection aortique chronique à l'étage thoracique avec un diamètre aortique >60mm et/ou une évolution rapide >0,5 cm/6mois et un FC perméable. Les patients traités en urgence étaient exclus. Le critère de jugement principal était la perméabilité et l'évolution de taille du FC sur la portion d'aorte thoracique couverte, définie par un remodelage complet (FC < 5mm), une diminution de taille (diminution > 5mm), une augmentation (augmentation > 5mm) ou une stabilité.

### **Résultats**

Sur 20 patients inclus, 5 (25 %) présentaient une évolution anévrysmale post dissection de type B et 15 (75 %) post dissection de type A. Dix patients (50 %) ont bénéficié d'un remplacement endovasculaire complet de la crosse aortique par endoprothèse branchée, 7 d'un TEVAR en zone 2 (35 %) et 3 (15 %) d'un TEVAR en zone 3. Le suivi moyen était de 2,7 mois ( $\pm 3,46$ ). Un patient (5%) est décédé en péri-hospitalier de complications non liées au CP (AVC). Sur le scanner post-opératoire, le FC était thrombosé chez 13 patients (65 %). Au cours du suivi, un remodelage aortique complet était observé chez 2 patients, une diminution de la taille du FC chez 1 patient, et une stabilité chez 14 patients. Une augmentation de taille du FC était diagnostiquée chez 2 patients avec une perméabilité persistante du FC. Un diamètre maximal du FC >65mm en regard de la zone traitée était un facteur de risque de persistance de perméabilité du FC.

### **Conclusion**

L'utilisation du CP permet d'obtenir une occlusion précoce du FC dans près de 2/3 des cas associée dans notre série à une rétraction ou une stabilité du FC au cours du suivi. Ces résultats préliminaires encourageants doivent être confirmés auprès d'une cohorte plus importante et un suivi à long terme.

---

**Conclusion - fin**