

Objectif

Effectuer un état des lieux des techniques et des DMI utilisés pour prendre en charge l'AOMI entre 2006 et 2013, afin d'optimiser le référencement et les dépôts de ces DMI

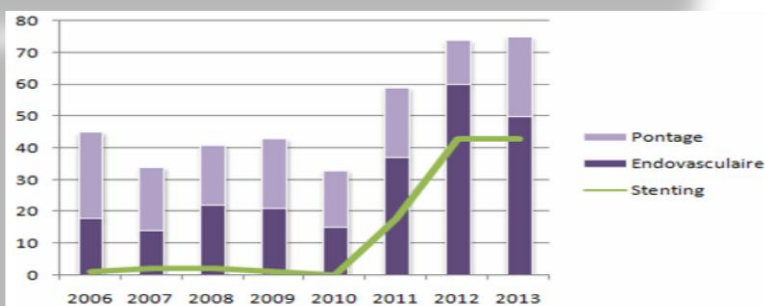
Matériel et méthodes

- Etude rétrospective sur tous les patients atteints d'AOMI au niveau fémoropoplité
- Inclusion à partir des actes chirurgicaux codés dans le PMSI et recueil des DMI utilisés dans le dossier patient

Résultats - Discussion

404 actes codés

- gestes endovasculaires ↗ 24%
- stenting ↗ de 5 à 85%
- pontages ↘ 27 %



Stenting : implantation d'un stent unique de plus en plus long (40 à 90,8mm en moyenne)

⇒ **Prise en charge de lésions plus longues** au détriment du pontage

- Stents **auto-expansibles** (nitinol) : **localisation fémorale et zone de hunter**

⇒ **Matériau souple** → zone avec contraintes de mouvement et de flexion

- Stents **sertis sur ballon** (acier) : **localisation infrapoplitée**

⇒ **Force radiale importante** → adaptés aux petites lésions très calcifiées

Pontage :

- 18% de pontage avec la **veine saphène** ⇔ **veine souvent non utilisable**
- **Prothèses vasculaires** : **Goretex®** majoritaire jusqu'en 2012 puis **Dacron®** ⇔ **changement de pratiques lors de l'arrivée de nouveaux chirurgiens**

Conclusion

- **Evolution majeure des pratiques vers des techniques endovasculaires** mais le pontage (1/3 des interventions en 2013) reste incontournable lors d'une occlusion complète de l'artère fémorale

⇒ Avoir un arsenal complet des DMI associés aux différentes techniques de prise en charge

- **Stents** : **nécessité d'avoir différents types** (matériau, largage, taille) en fonction de l'indication

- **Prothèses vasculaires** : **substitution du matériau possible** (pas de différence d'efficacité) en fonction des habitudes du chirurgien (confort lors de la suture)