



**11-12
SEPT.
2025**

- Radiologie Interventionnelle
- Chirurgie Vasculaire
- Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique
- Médecine vasculaire

**PALAIS DU PHARO
MARSEILLE**

www.sres-symposium.org

Place de la Technique STABILISE en 2025



Jean-Marc Alsac

Salma El Batti, Marie Corniquet, Alice Topolanski,
Marie Bonnet, Ghazi Harika, Jimmy Davaine

***Chirurgie Vasculaire - SOS AORTE
Hôpital Européen Georges Pompidou
APHP Centre – Université Paris Cité
Paris , France***



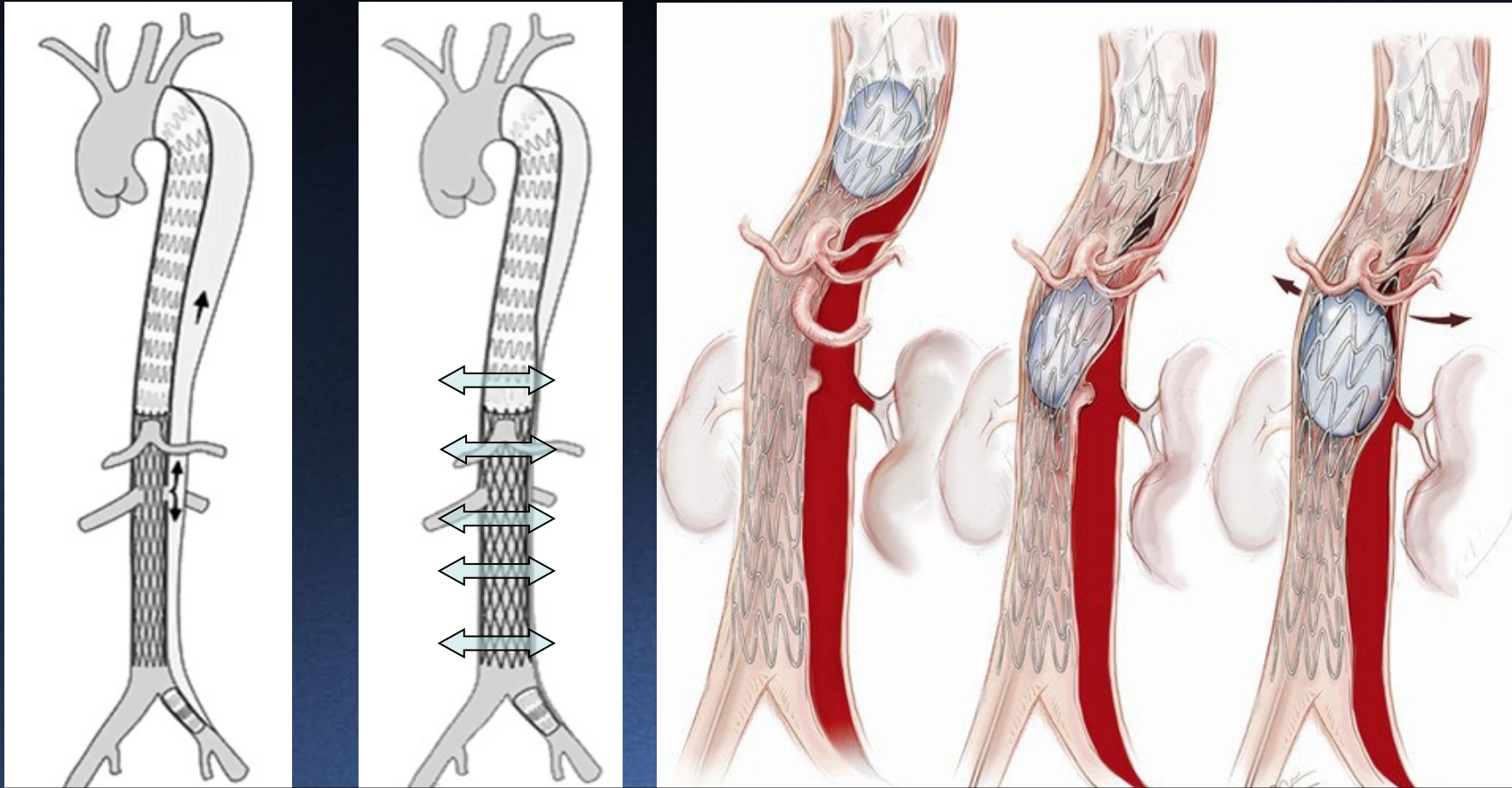
Liens d'Intérêts

Orateur: Jean-Marc ALSAC

- Orateur, Proctor, Formateur :
 - TERUMO AORTIC
 - WL GORE & Associates
 - COOK Medical
- Bourses de Recherches :
 - MEDTRONIC
 - TERUMO AORTIC

Technique STABILISE

Stent-Assisted Balloon-Induced Intimal Disruption and Relamination in Aortic Dissection Repair: The STABILISE concept JTCS 2014



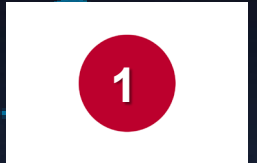
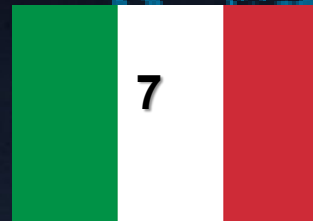
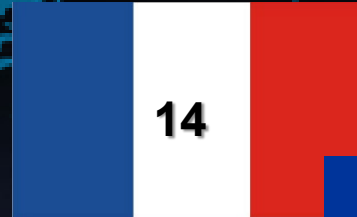
Obtenir un réalignement complet du flap intimal sur la paroi aortique
Grace à une fenestration induite par dilatation, avec expansion du stent aortique



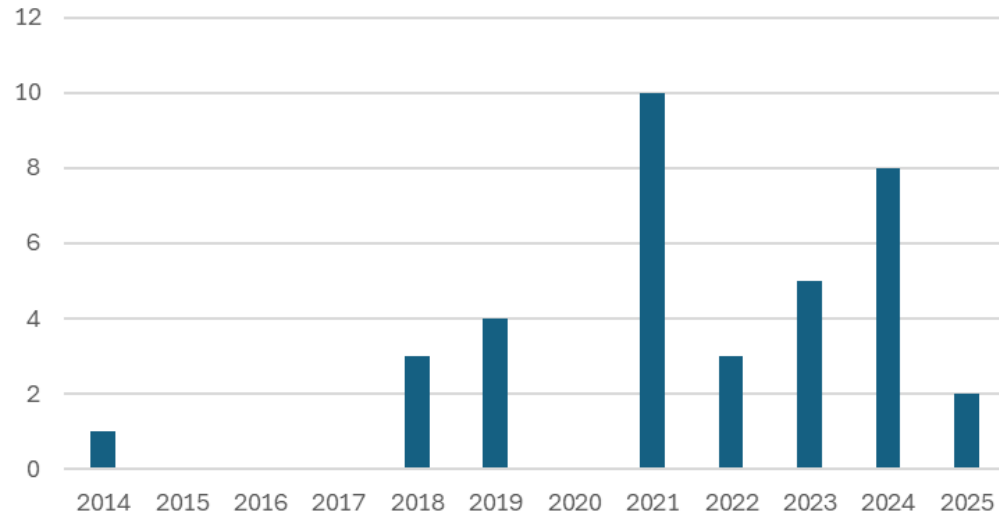
Intérêt = Remodelage Immédiat



Littérature STABILISE



36 publications STABILISE

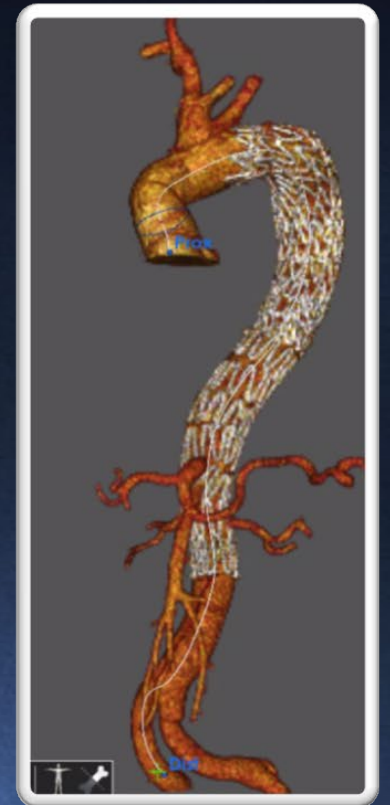


Programme SOS Aorte

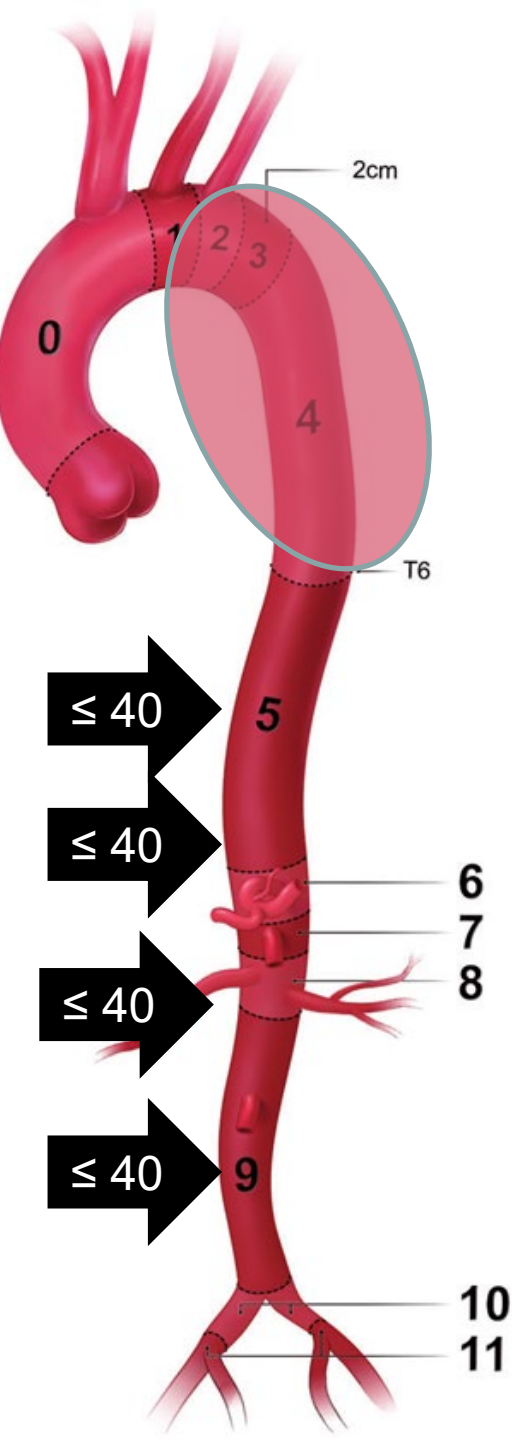


- Depuis 2009 = 15 ans > 1200 DA
- 60 DA / an (40 type A / 20 type B)
- 1^{er} STABILISE en 2013
- Suivi moyen = 40 mois $\pm$ 30

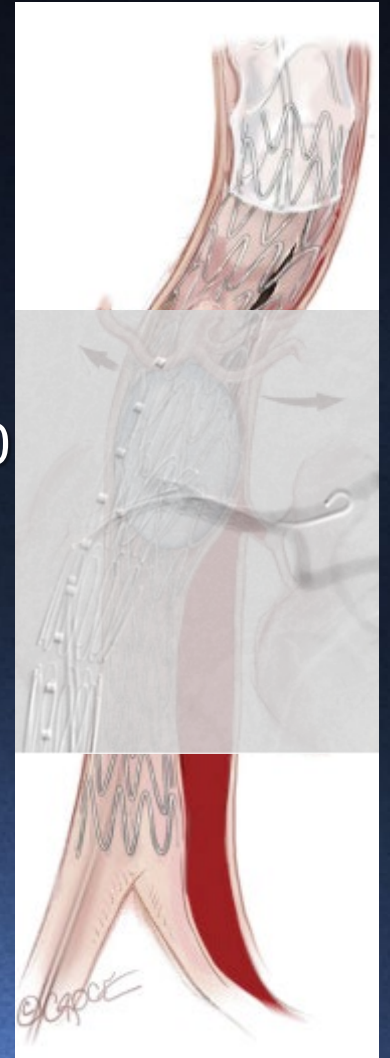
- **197 Patients** traités par STABILISE
 - **87 Type A** : 28 Aigues / 59 Chroniques
 - **110 Type B** : 85 Aigues / 25 Chroniques
 - Incluant **18 Maladies du tissu conjonctif**



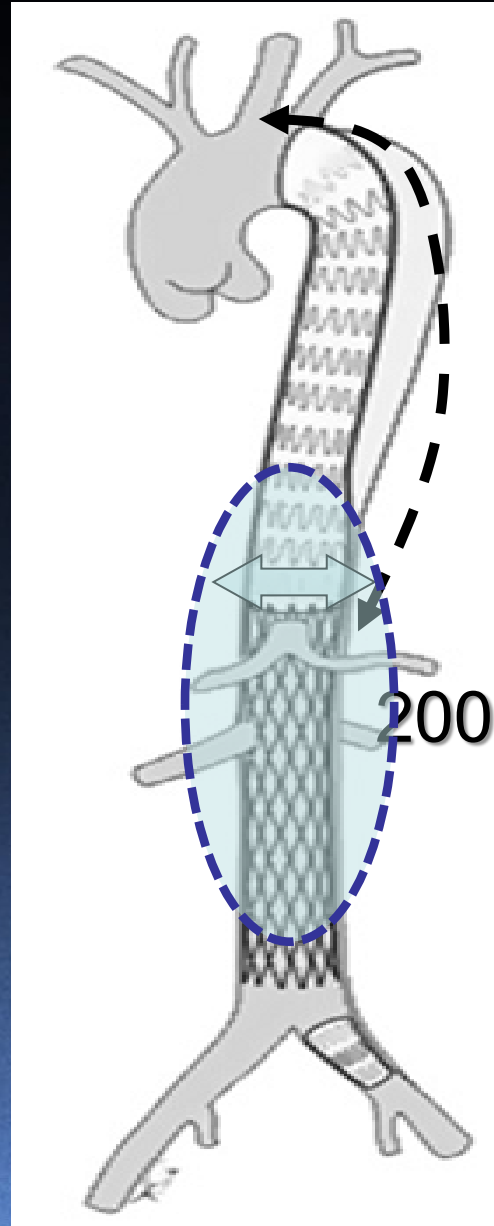
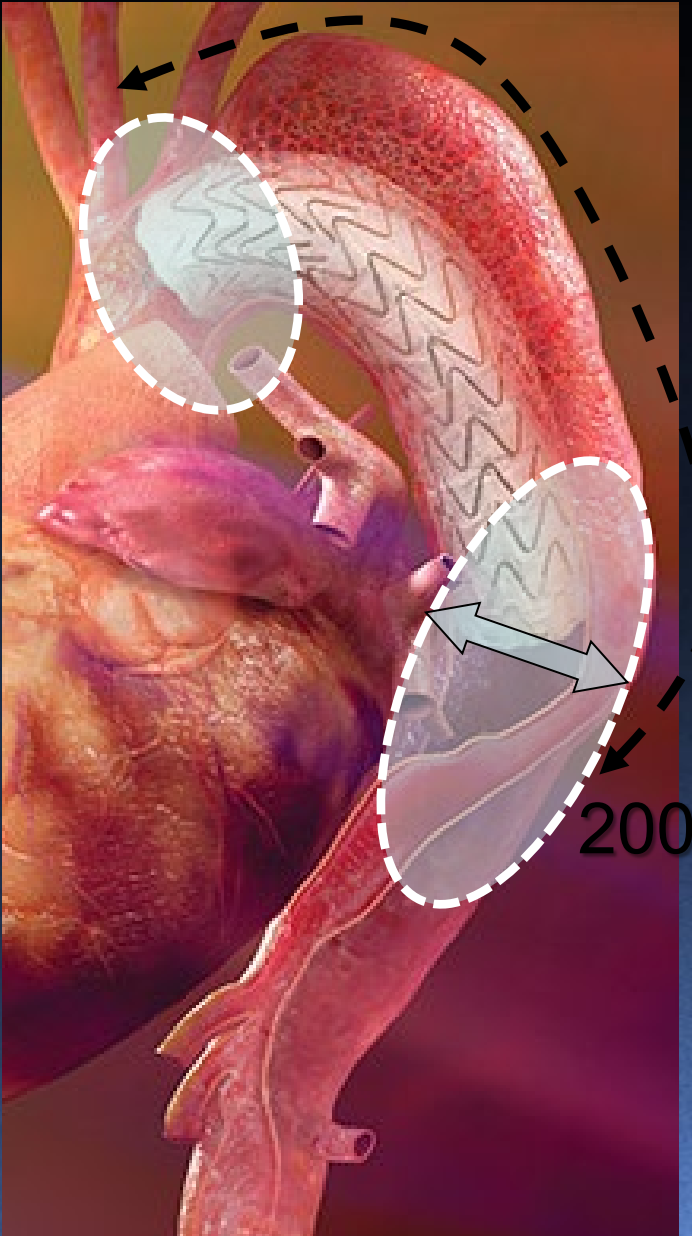
Contraintes Anatomiques



- **Diamètres des Segments 5 à 9 ≤ 40 mm**
 - Permettre une apposition complète à la paroi
 - Etanchéité distale aussi haute que possible
 - Idéalement : endoprothèse 37/200 + Stent nu 36/180
- **Absence de Thrombus dans le Faux Chenal**
 - Eviter un risque embolique par écrasement
- **Recours au Stenting des collatérales**
 - Traiter ou Eviter les malperfusions statiques



Planification de la Procédure



- **Endoprothèse Conformable**
 - Aux diamètres des collets prox & distal
- **Étanchéité distale**
 - Obtenue sur le diamètre aortique global
- **2 endoprothèses parfois utiles**
 - Pour correspondre aux 2 diamètres
 - Pour atteindre une zone d'étanchité distale
- **Diamètre du Stent Aortique nu**
 - 36 / 46 mm selon l'endoprothèse proximale
- **2 Stents nus parfois utiles**
 - Pour atteindre l'aorte sous-rénale
 - Longueurs 80 / 120 / 185 mm

N=197 Cohorte globale STABILISE

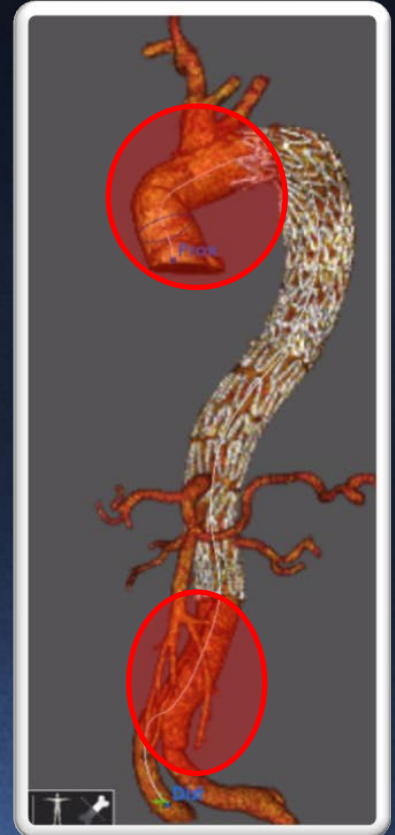


- 155 ♂ / 42 ♀ - **59 yo $\pm$ 12** – **18 MTC** = 15 Marfan / 2 LD / 1 SED
- **97% de Succès Technique**
- 30% de stenting viscéral associé
- 59 visceral arteries stented / 722 = 8.2 %
- **Mortalité IH & 30 j 3 % / Paraparésie 1.5 % / AVC 1%**
- **Suivi moyen = 42 months $\pm$ 30**
- 5 patients PdV – 97% inclus dans programme de suivi HTA

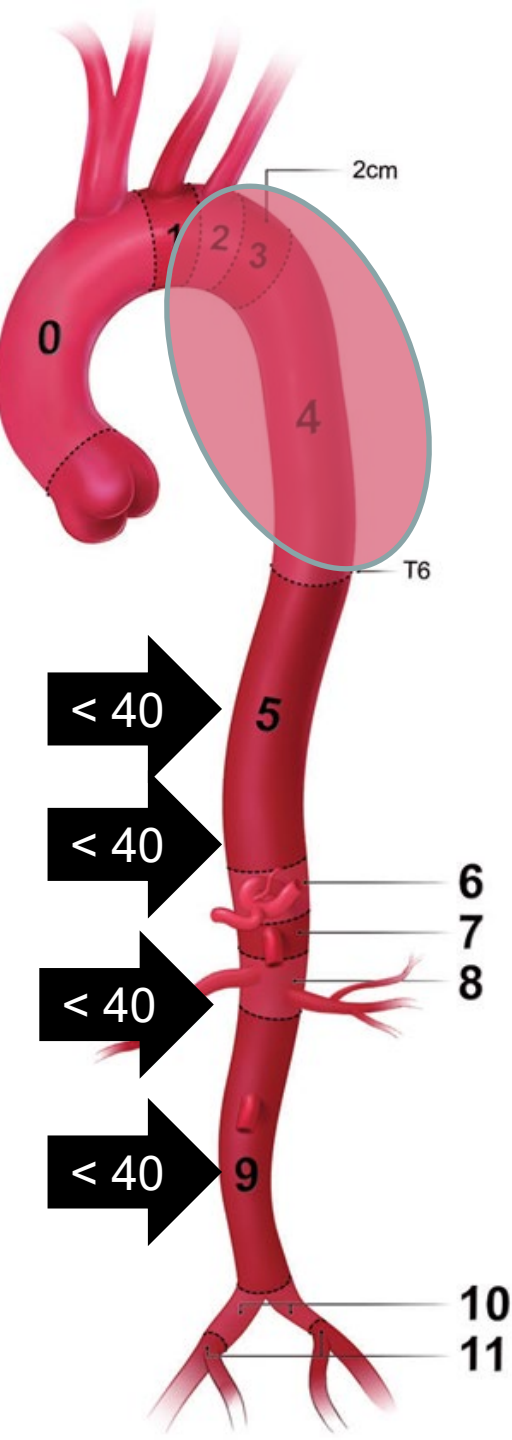
N=197 Cohorte globale STABILISE



- 3,3 % Mortalité de toute cause à 5 ans
- 2.2 % Mortalité aortique à 5 ans
- 8.1 % de Réinterventions Aortiques à 5 ans
 - 3.6% Proximale sur l'aorte ascendante / crosse (n=7)
 - 2.5% Distale au niveau sous-rénal (n=5)
 - 2% Stenting collatéral ou embolisation SCG (n=4)



Bon Timing / Bon Patient ?



- **Dissection sur-Aigue Complicquée : <J7**
 - Faisable et utile en cas de Rupture ou Malperfusion
 - Mais avec une morbidité accrue liée à la procédure :
 - 2 rupture fatale
 - 1 paraplégie fatale
- **Chronique avec progression anévrysmale > 55 mm:**
 - **Respecter les conditions anatomiques:**
 - Θ Z5 à Z9 < 40 mm / sans Thrombus / peu de Tortuosité
 - **Particulièrement chez les patients MARFAN**
 - Endofuite de Type I ou II = échec du remodelage >> 3 Conversions OR

>> 85 % de Succès avec remodelage complet

Bon Timing / Bon Patient

- **Dissections à risque à la phase Aigue/Subaigue (J7-M3) :**

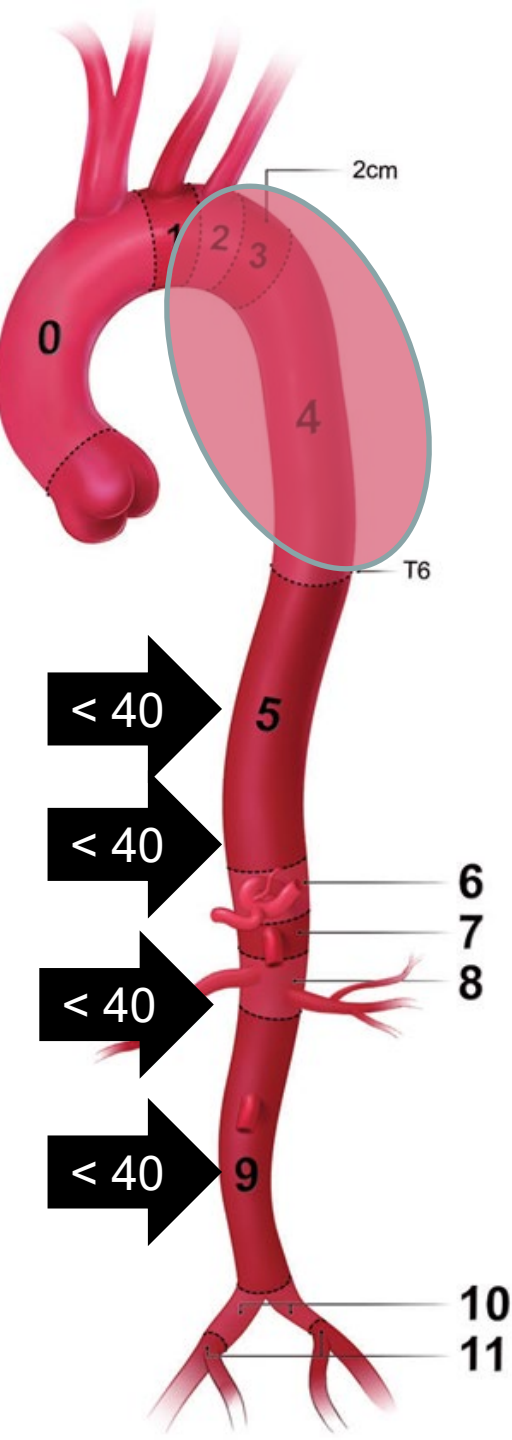
Haut Risque :

- Z2-4 Θ max > 40 mm
 - Age < 60 ans
 - Marfan / Loey Dietz

Rares Restrictions Anatomiques

Combinaison idéale = 37/200 + 36/180

>> 99 % de Succès avec Cicatrisation Complète



STABILISE DATB Sub/Aigues N=85

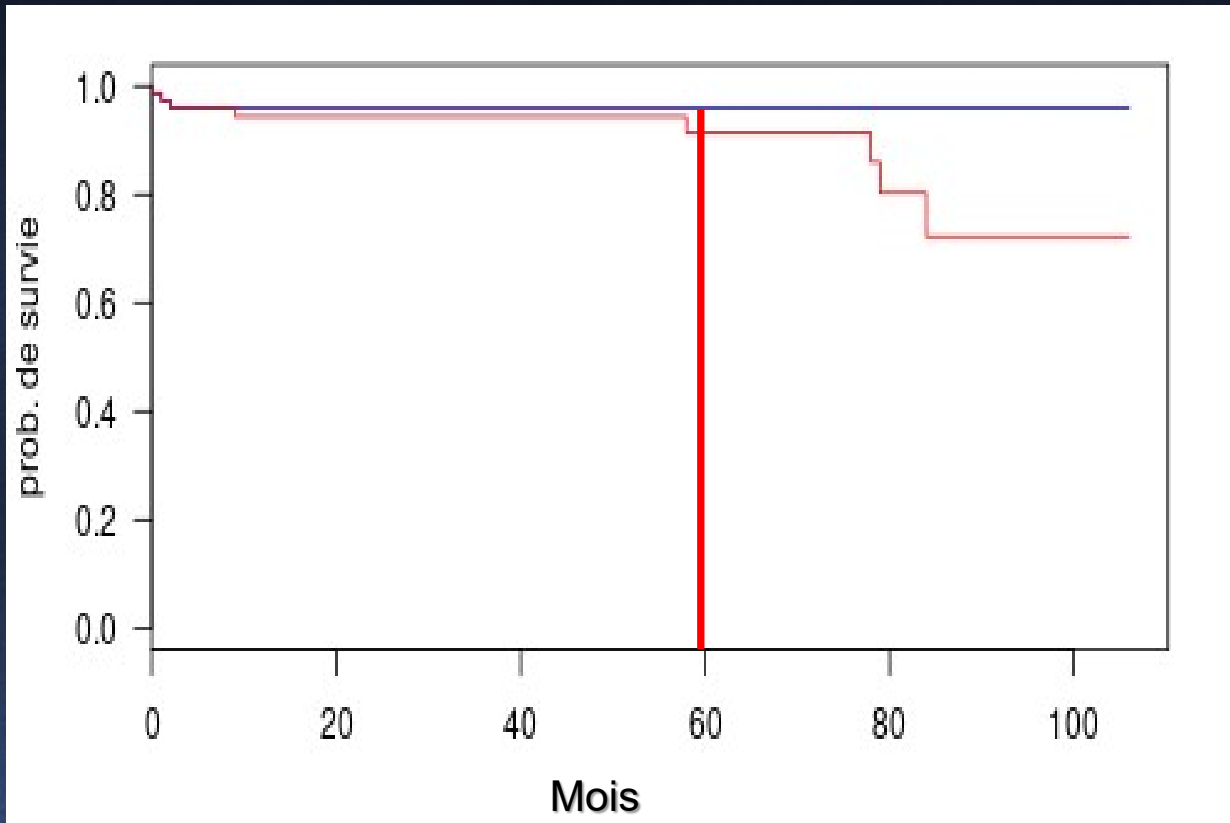


- 66 ♂ / 19 ♀ - 60 ans $\pm$ 14 – 9 Marfan / 1 EDS
- 48 % Complicquées : 28 Malperfusions / 6 ruptures / 3 HTA / 4 Douleurs
- 99 % de succès technique
- 30% de stenting viscéral associé
- 27 artères viscérales stentées / 323 = 8,4 %
- Mortalité IH & 30j 2.4 % / Paraparésie 3.5 % / AVC 2.4%
- Suivi moyen de 46 mois $\pm$ 33
- 3 patients Pdv – 96% suivi en HTA

STABILISE n=85

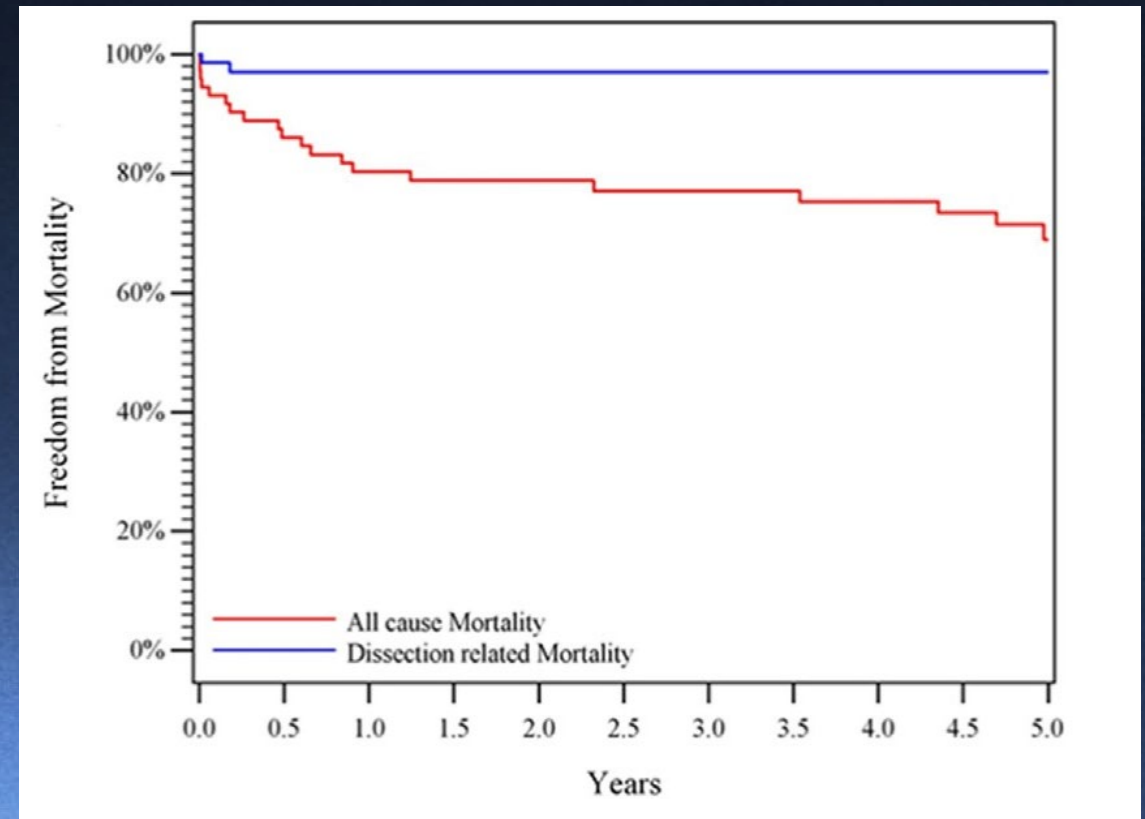
- 3 % Mortalité Aortique à 5 ans
- 5 % Mortalité toute cause à 5 ans

IRAD Circ 2006 : 25 % de Mortalité à 3 ans



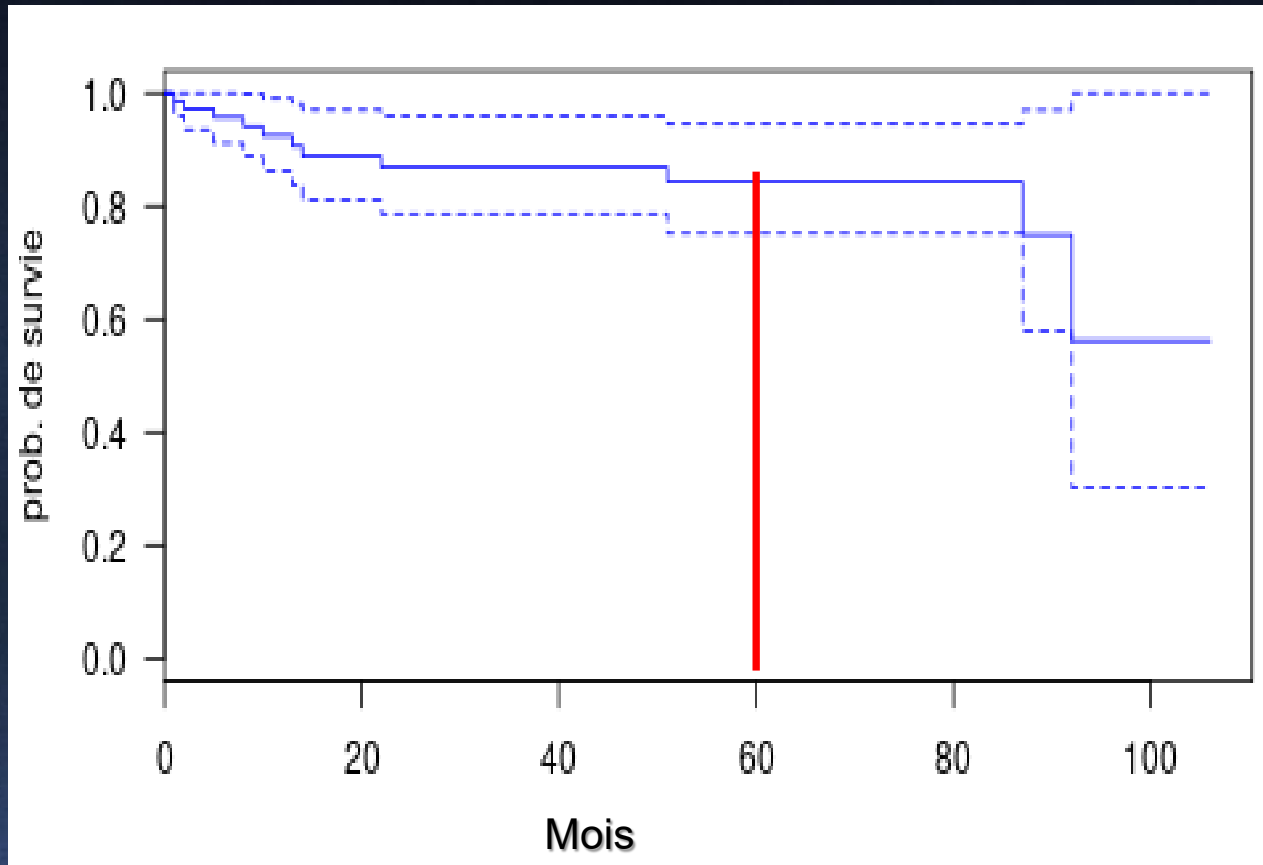
STABLE II n=58

- 3 % Mortalité Aortique à 5 ans
- 31 % Mortalité toute cause à 5 ans



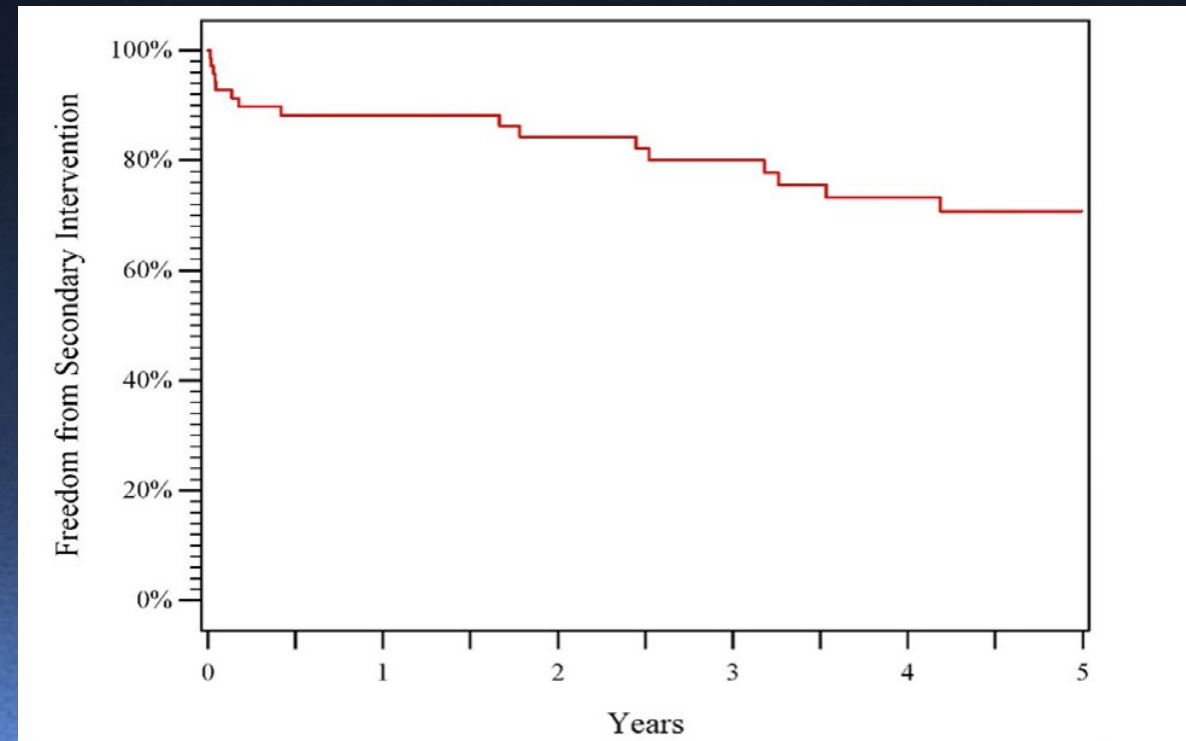
STABILISE n=85

- 14 % Réinterventions Aortiques à 5 ans

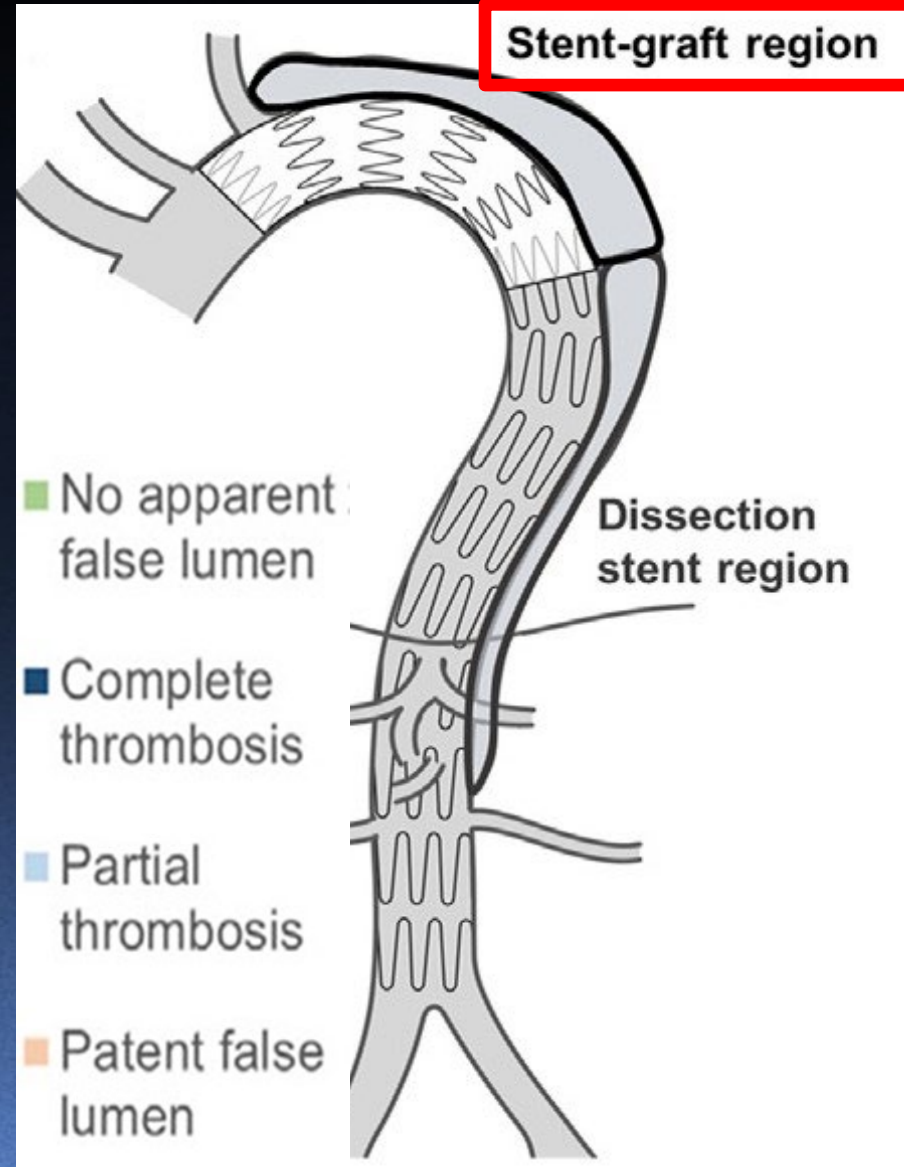
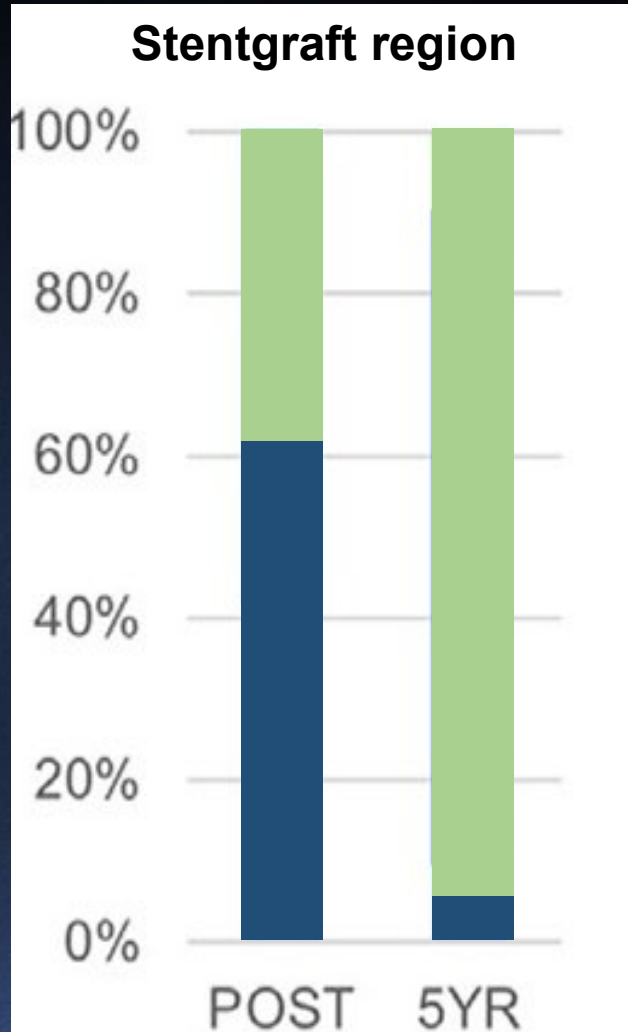


STABLE II n=58

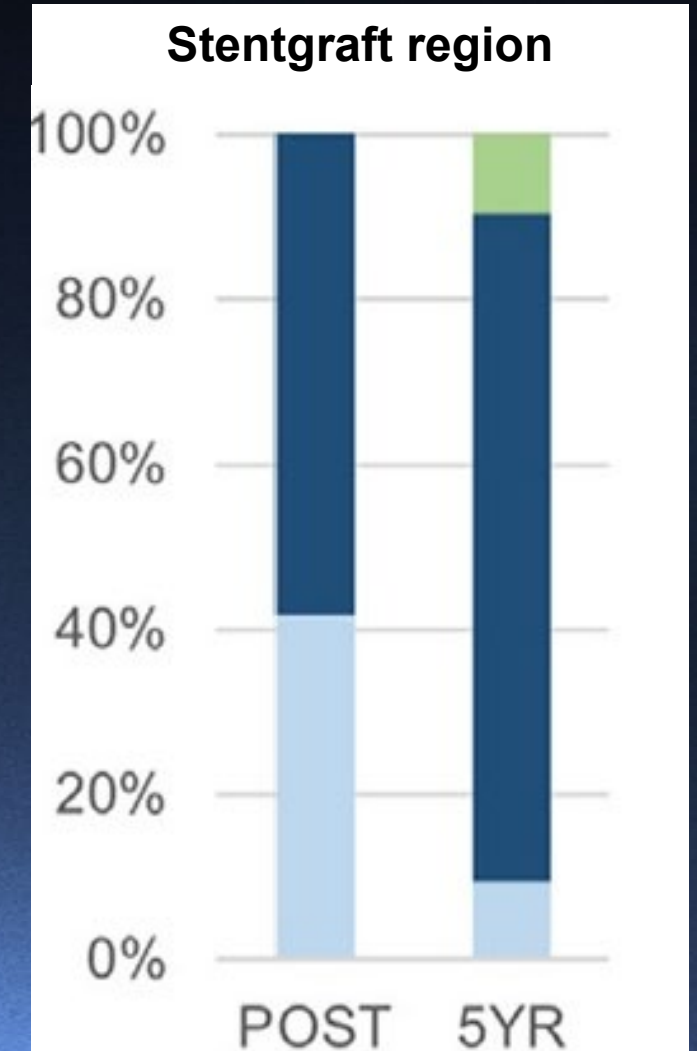
- 30 % Réinterventions Aortiques à 5 ans



STABILISE n=85

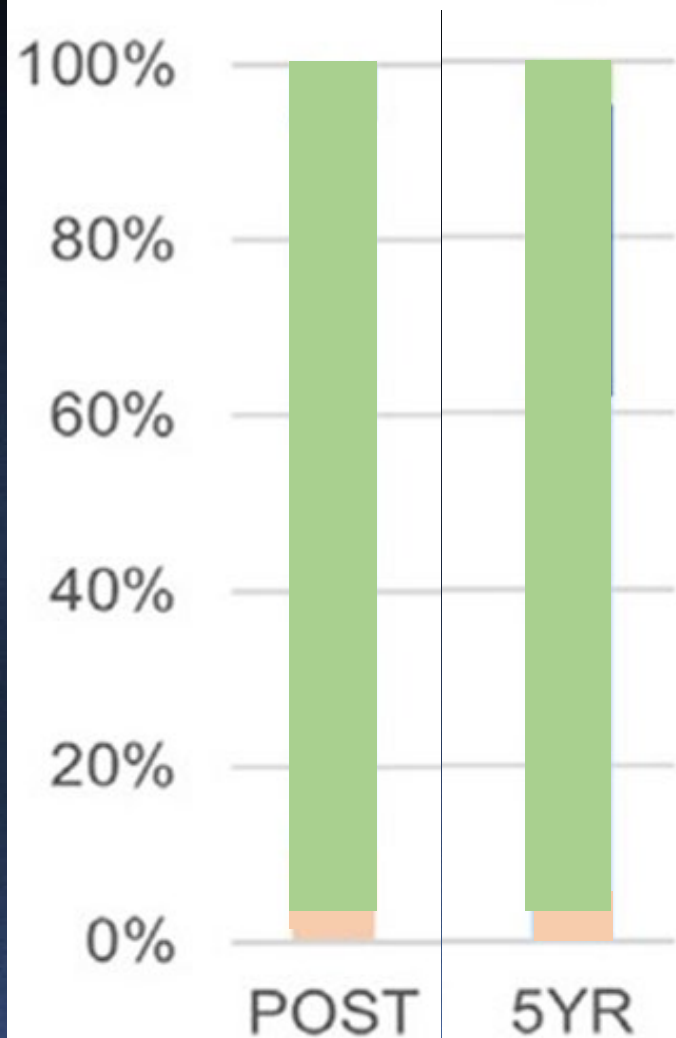


STABLE II n=58



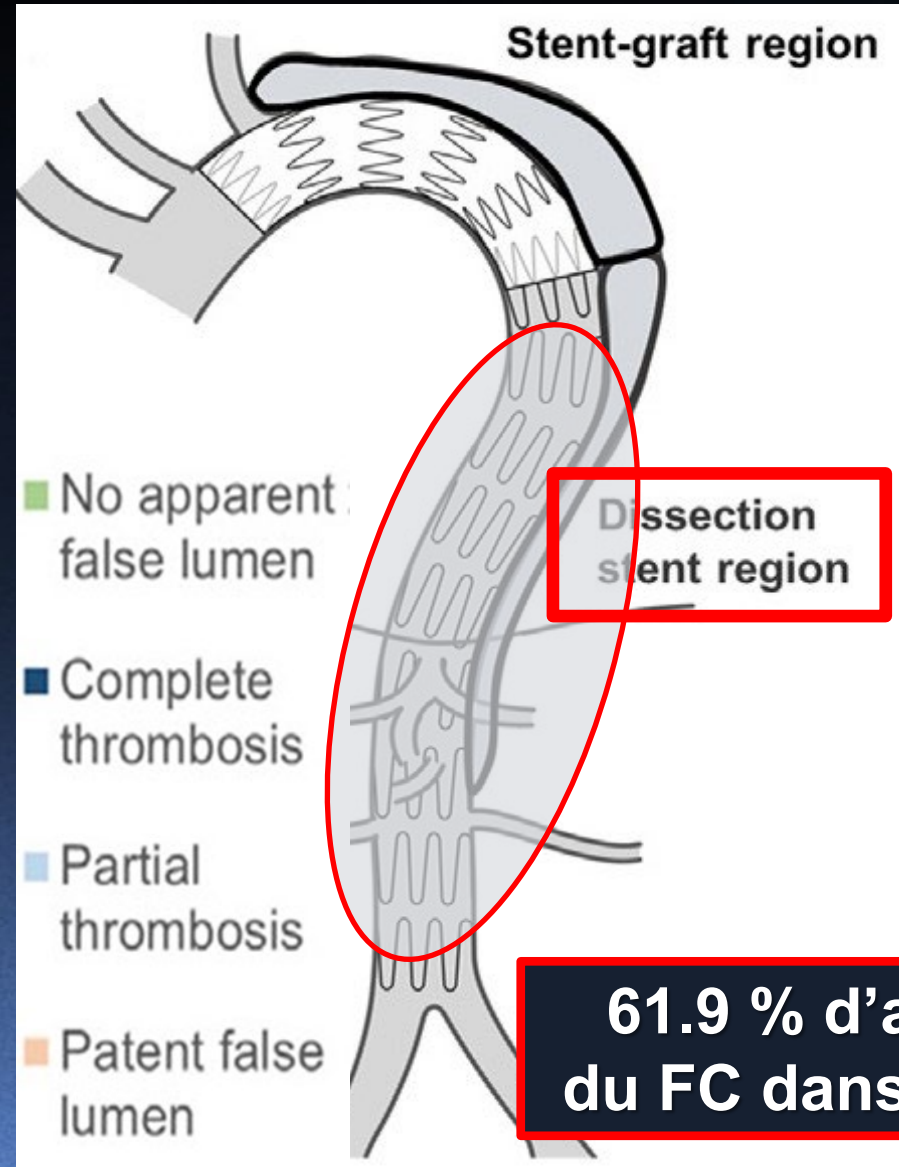
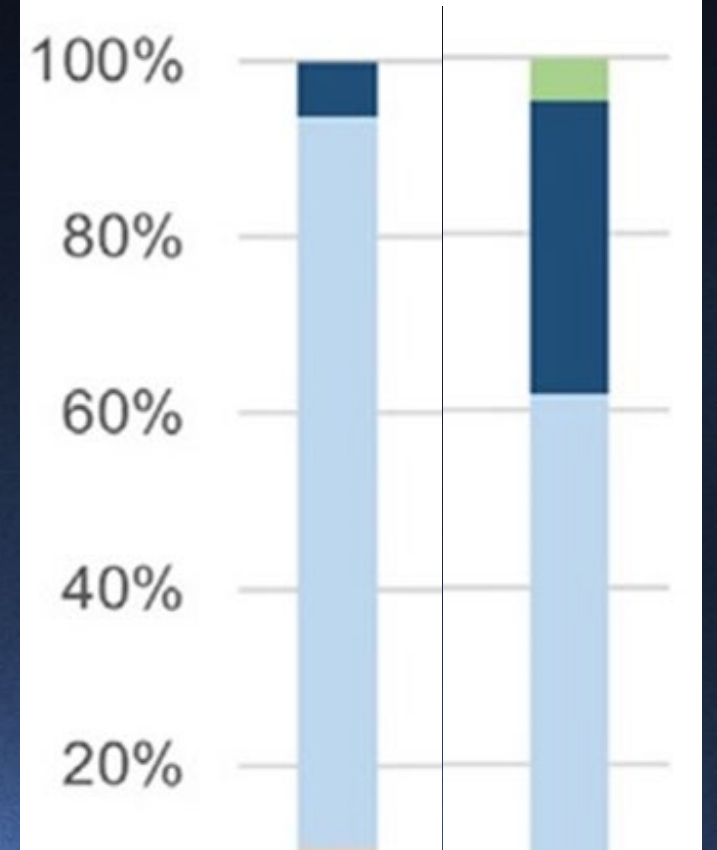
STABILISE n=85

Dissection stent region



STABLE II n=58

Dissection stent region



61.9 % d'augmentation du diamètre du FC dans la zone du stent nu à 5 ans

Conclusions



- **La technique STABILISE :**
 - Indiquée dans les **limites anatomiques** : Θ Z5 à Z9 $\leq$ 40 mm / Sans Thrombus FC
 - Efficace pour traiter les dissections Aortiques **Aigues & Chroniques, Type A & B**
 - Mortalité post-opératoire & Evolution clinique **excellentes et durables à 5 ans**
 - **Le remodelage immédiat** induit dès la phase aigue
 - Semble **Protéger l'Aorte Thoracique et Viscérale d'une progression anévrysmale**
 - Diminuant le recours à des Réinterventions aortiques complexes = $\searrow$ **taux de Mortalité**
 - **Meilleurs résultats à long terme** vs TMO, TEVAR ou PETTICOAT (STABLE II)