

Radiologie Interventionnelle au CH de Pau

Dr Godefroy AUJAY, Praticien Hospitalier



Equipe Médicale

- Dr Régis Hubrecht, Chef de Pôle
- Dr Mathieu Cannella, Chef de service de Radiologie Diagnostique
- Dr Sébastian Richter, Chef de service de Radiologie Interventionnelle
- Dr Alexis Gonnet
- Dr Godefroy Aujay
- Dr Gabriel Apere
- Dr Benoit Legge

Equipe Paramédicale

- Audrey Virlouvet
- Eva Budel
- Céline Cayrey
- Jean Pascal Amati
- Anne-Laure Sébie
- Alice Legrand
- Estelle Leroy
- Stéphane Bertotti
- Julia Hanot
- Anne Lacadée
- Sébastien Chambon
- Justine Peyre
- Marylou Corne
- Maëva Devaux
- Vincent Dempure
- Sylvie Desnoues
- Sylvie Egurbide
- Isabelle Obadia
- Marylis Cuyaube

Secrétariat

- Audrey Labau
- Camille Vichera
- Virginie
- Vanessa Vannaud
- Tél: 05 59 72 69 81
- Mail: sec-interv-radio@ch-pau.fr
- Fax: 05 59 72 73 37
- www.radiologie-interventionnelle.info

Plateau Technique

salle d'angiographie Philips Allura Xper FD20F



Plateau Technique

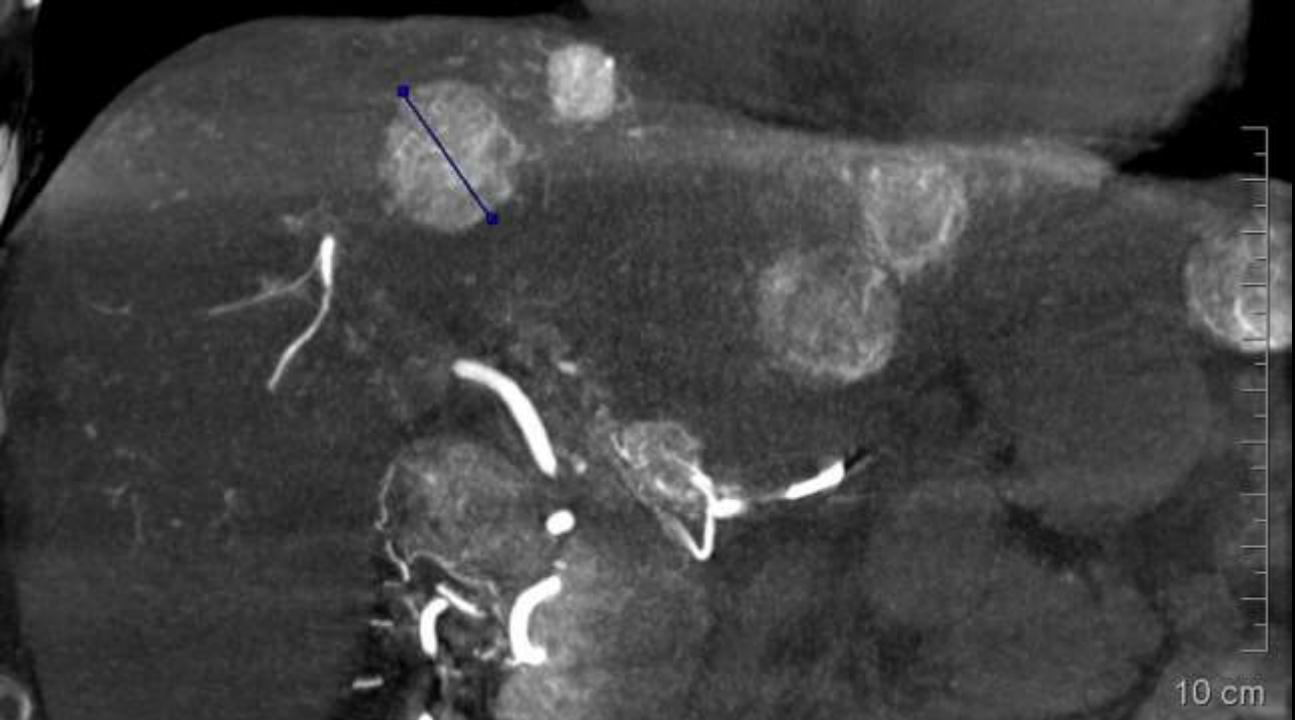
Scanner SIEMENS SOMATOM EDGE

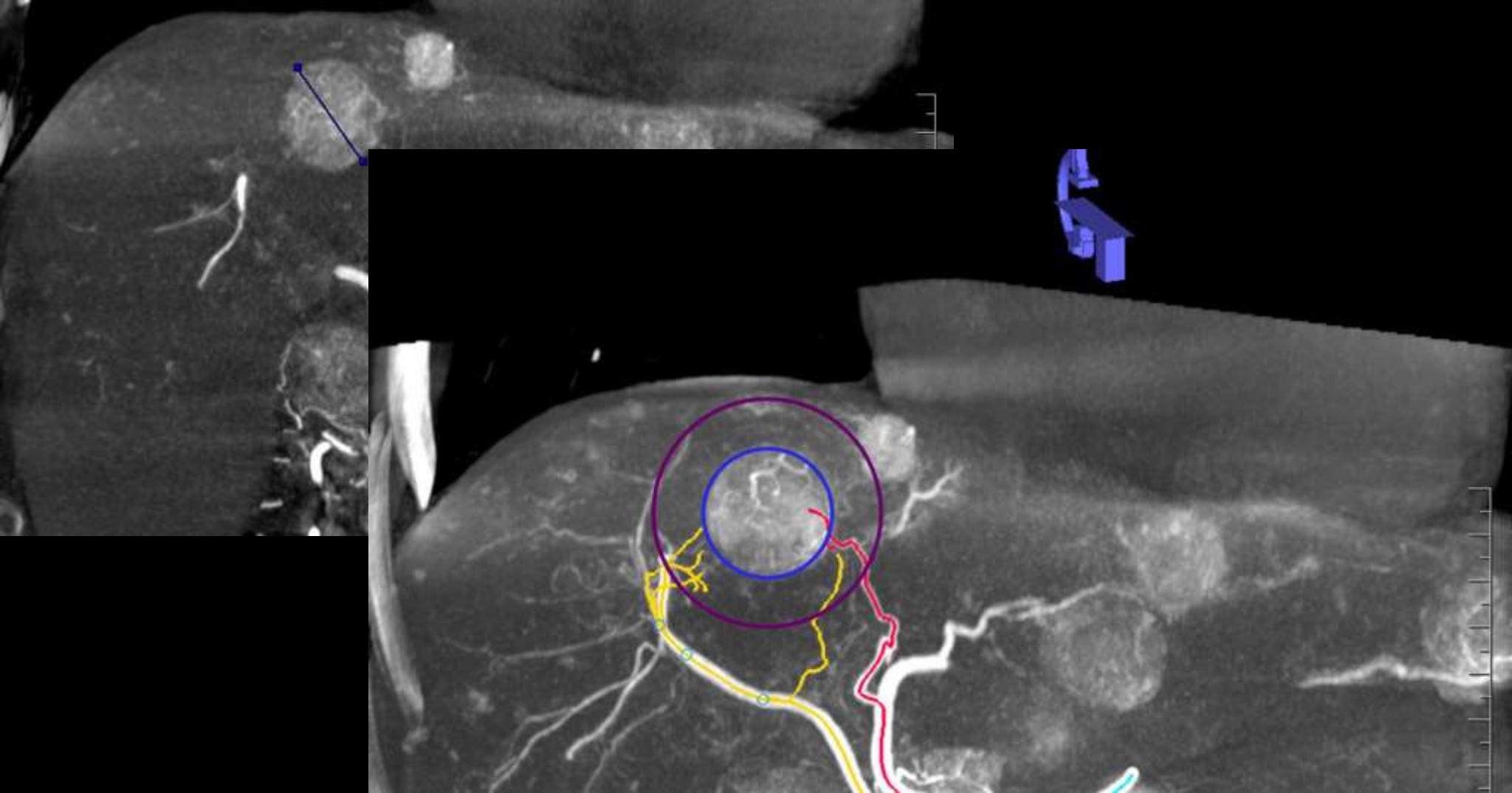


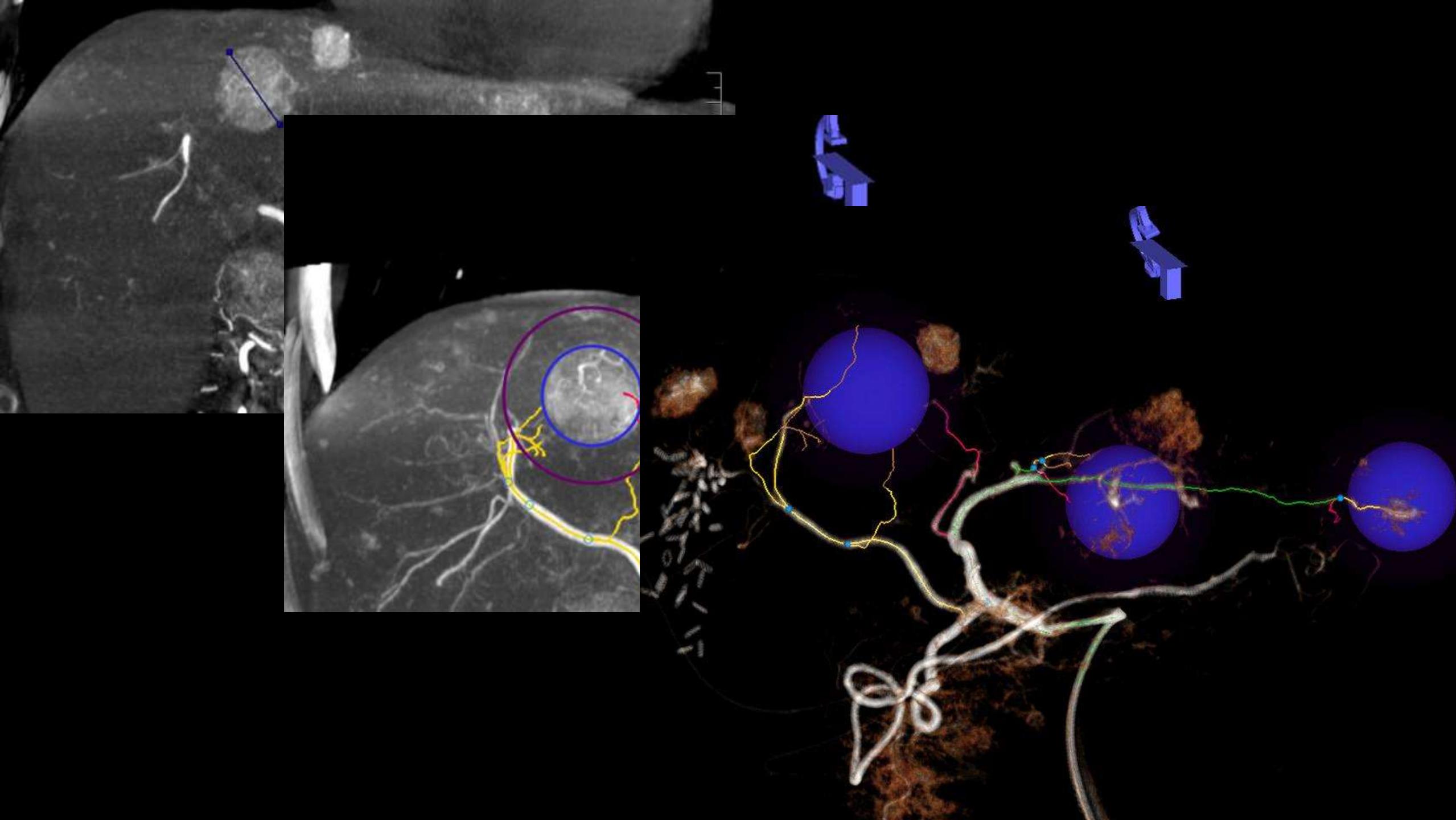
Plateau Technique

salle interventionnelle hybride SIEMENS ARTIS PHENO

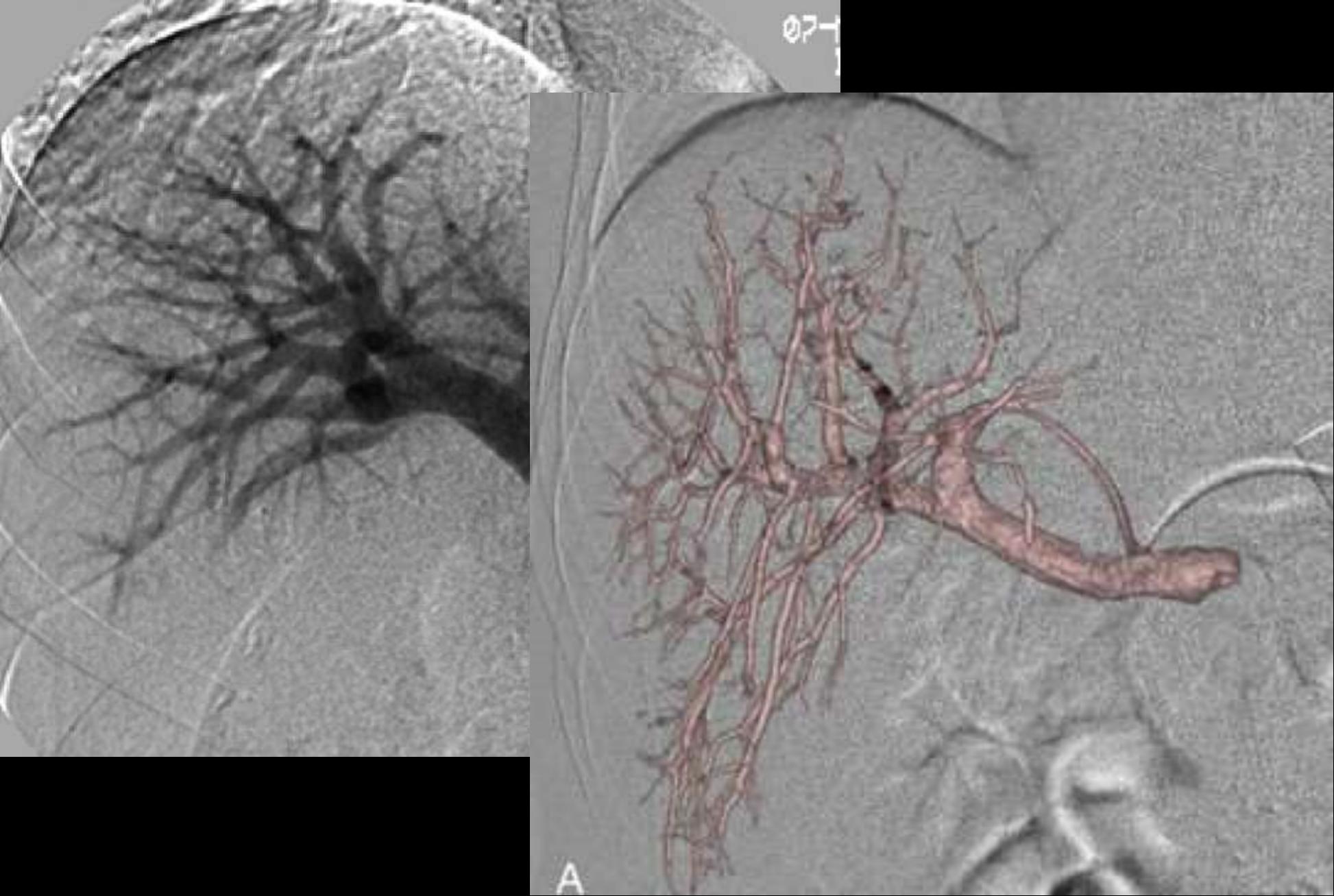








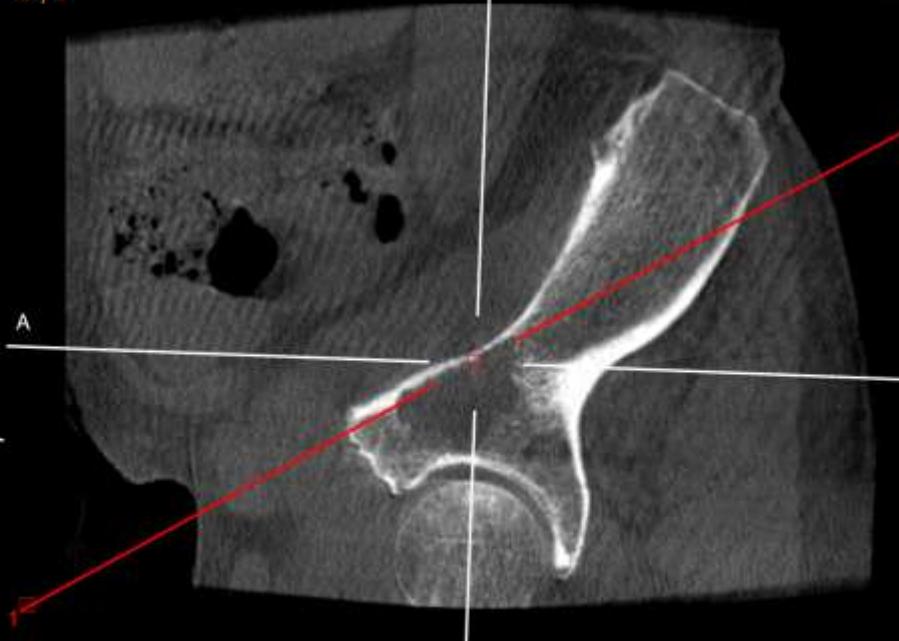
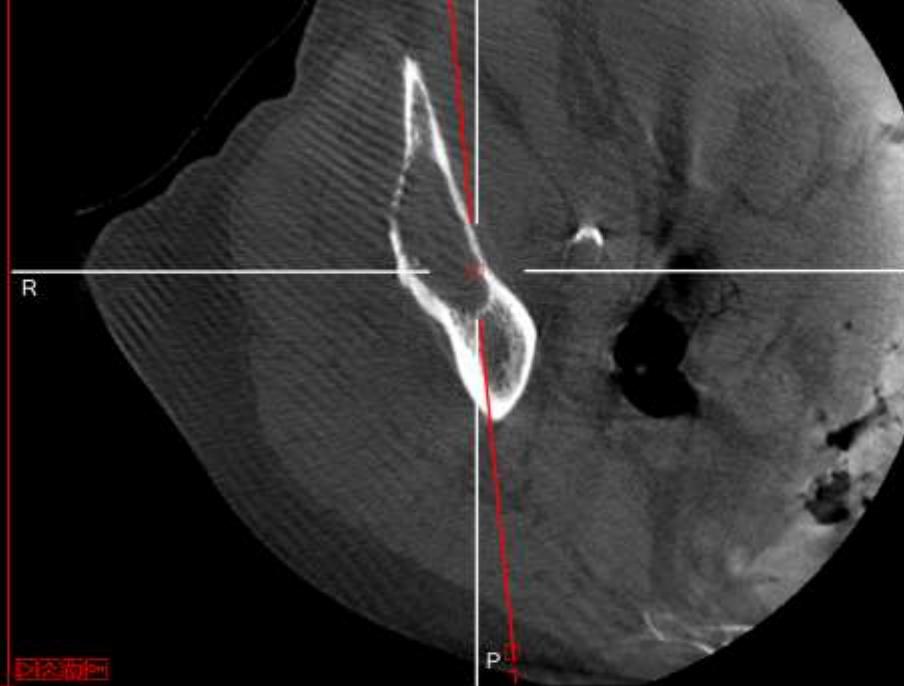
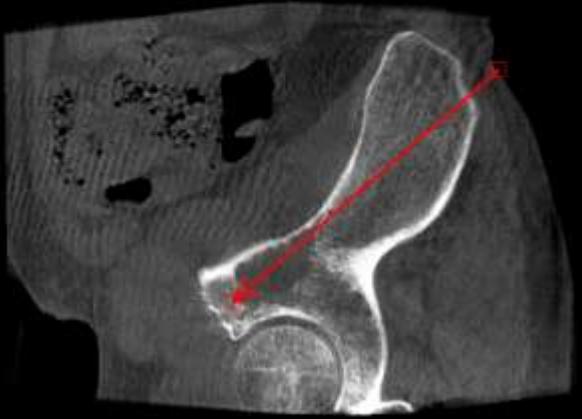




A

07-1



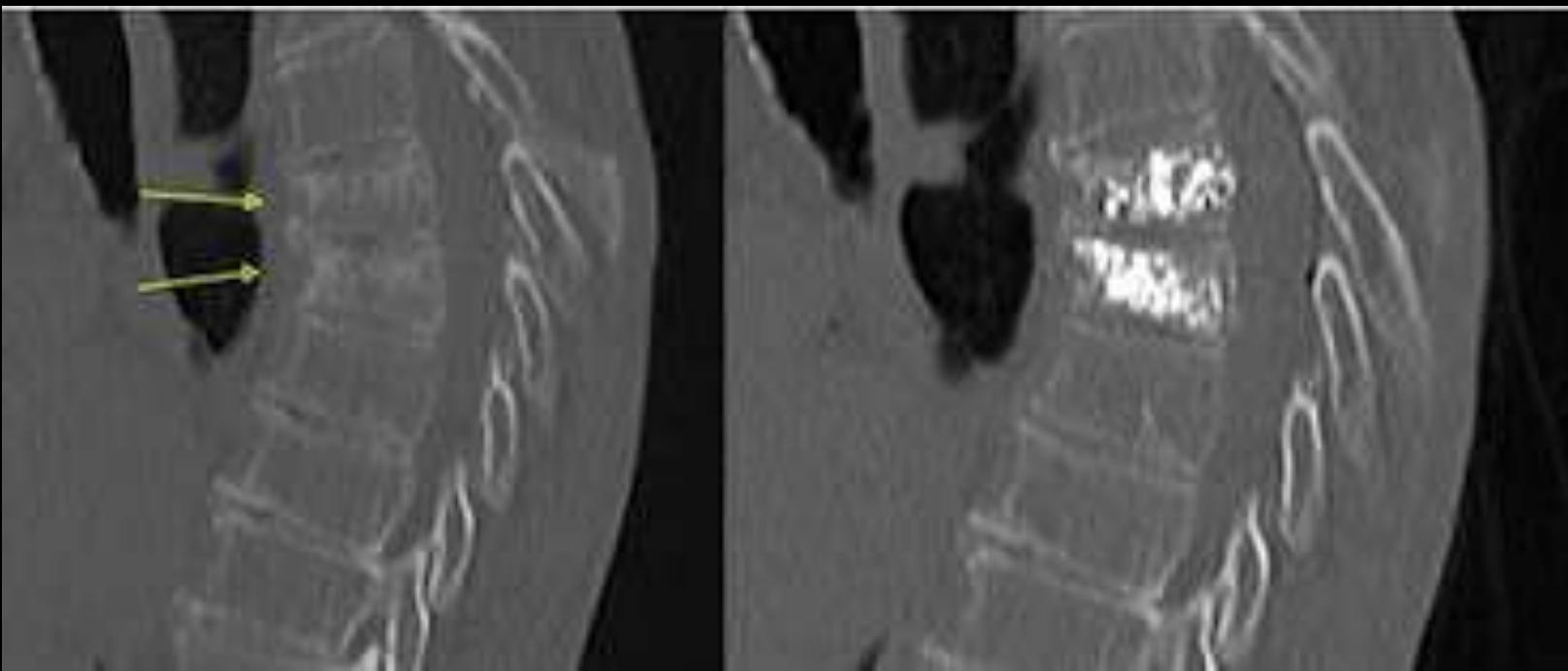




Procédures Réalisées

- Ostéo-articulaire :

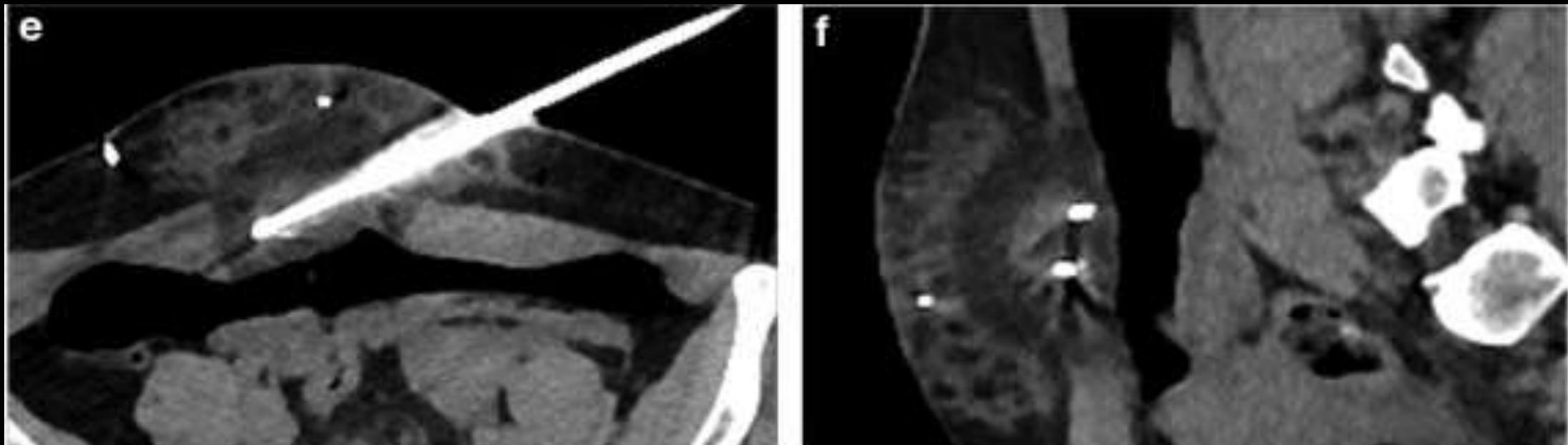
- Infiltrations rachidiennes épidurale et articulaire
- Biopsie Osseuse
- Radiofréquence osseuse (ostéome ostéoïde)
- Neurolyse
- Consolidation osseuse : Cimentoplastie et Ostéosynthèse



Procédures Réalisées

- Ostéo-articulaire :

- Infiltrations rachidiennes épidurale et articulaire
- Biopsie Osseuse
- Radiofréquence osseuse (ostéome ostéoïde)
- Neurolyse
- Consolidation osseuse : Cimentoplastie et Ostéosynthèse
- Cryo ablation de lésions des parties molles



Procédures Réalisées

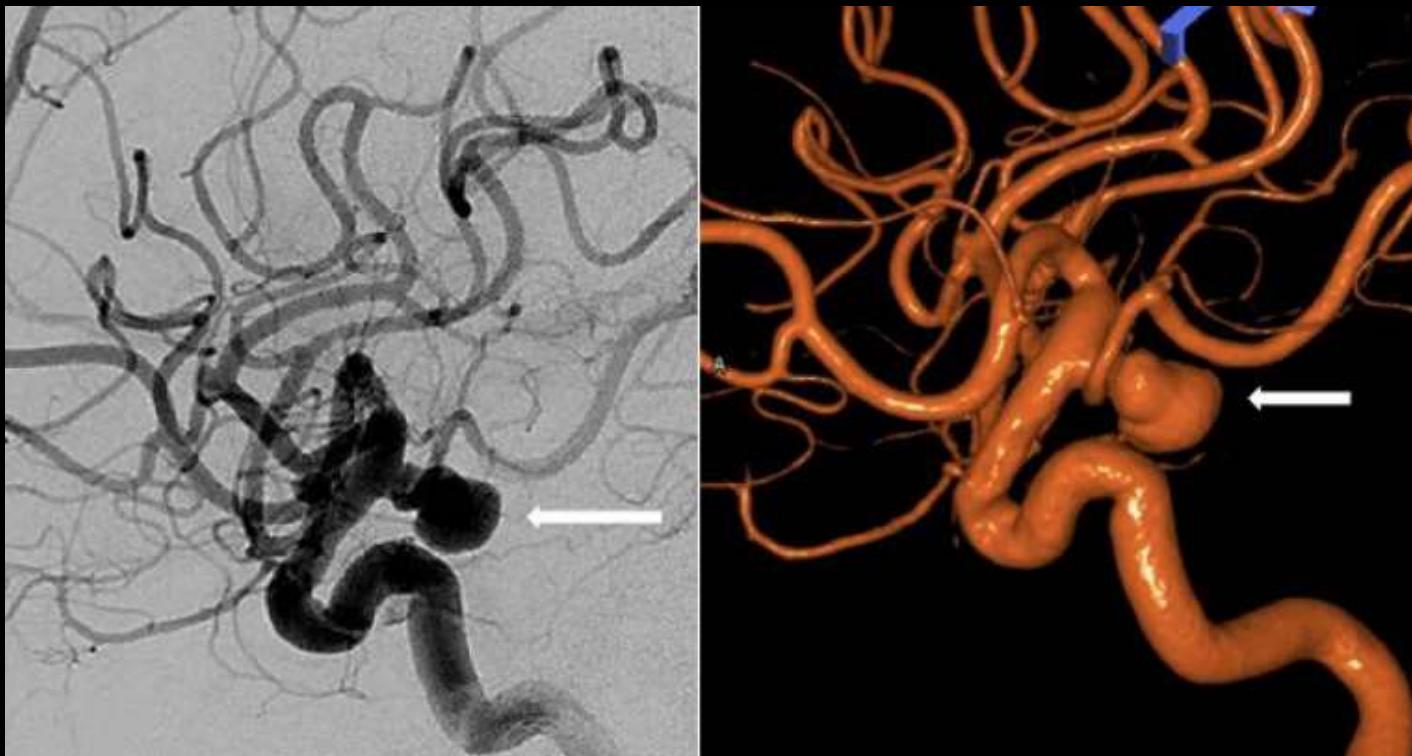
- Ostéo-articulaire :

- Infiltrations rachidiennes épidurale et articulaire
- Biopsie Osseuse
- Radiofréquence osseuse (ostéome ostéoïde)
- Neurolyse
- Consolidation osseuse : Cimentoplastie et Ostéosynthèse
- Cryo ablation de lésions des parties molles
- *Radiofréquence et embolisation géniculée*

Procédures Réalisées

- Neurologie:

- Ponction Lombaire
- Embolisation d'hématome sous duraux chroniques
- Embolisation d'épistaxis
- Artériographies diagnostiques



Procédures Réalisées

- Neurologie:

- Ponction Lombaire
- Embolisation d'hématome sous duraux chroniques
- Embolisation d'épistaxis
- Artériographies diagnostiques
- Thrombectomie mécanique



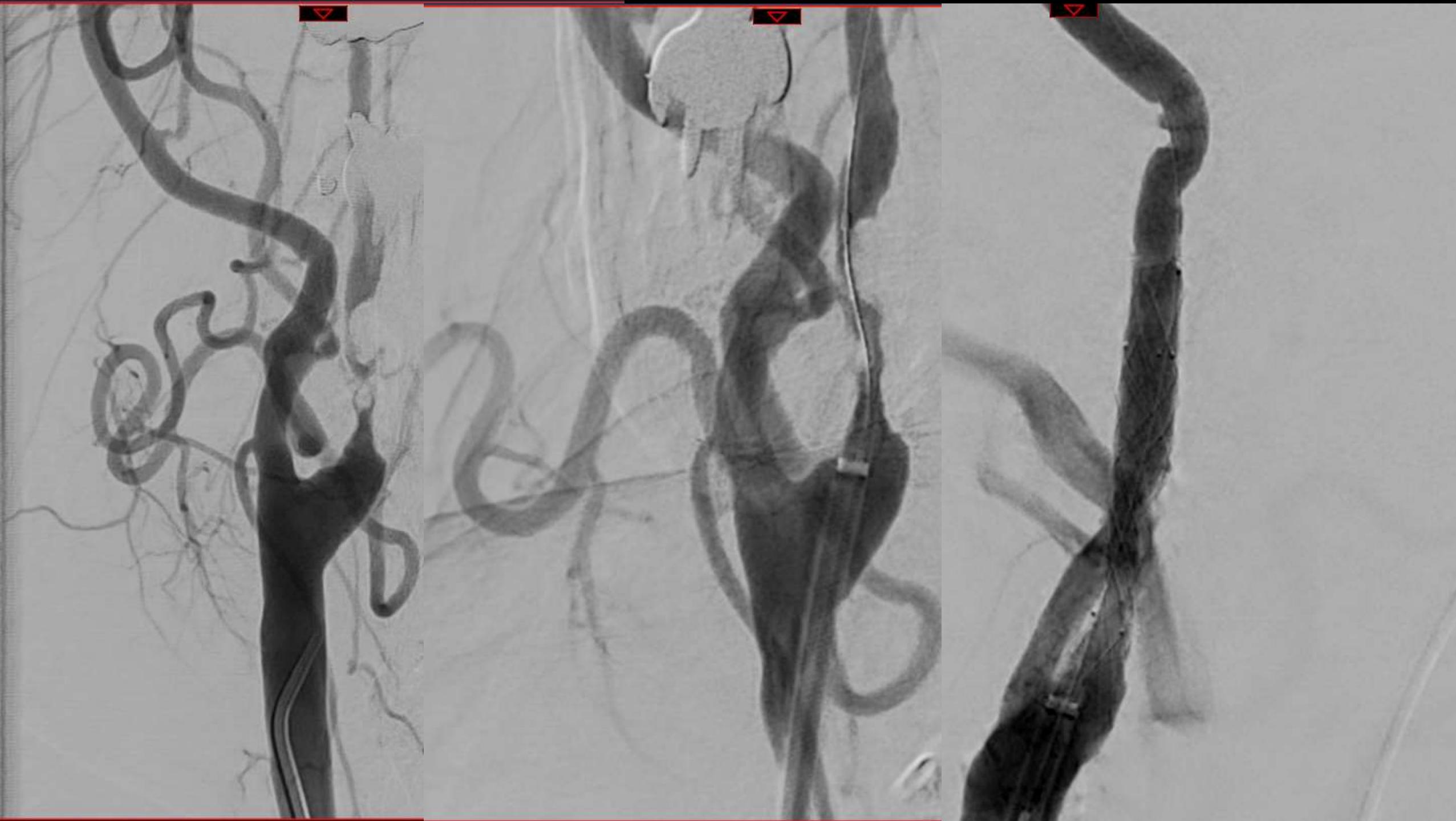
Procédures Réalisées

- Neurologie:

- Ponction Lombaire
- Embolisation d'hématome sous duraux chroniques
- Embolisation d'épistaxis
- Artériographies diagnostiques
- Thrombectomy mécanique
- Stenting Carotidien







Procédures Réalisées

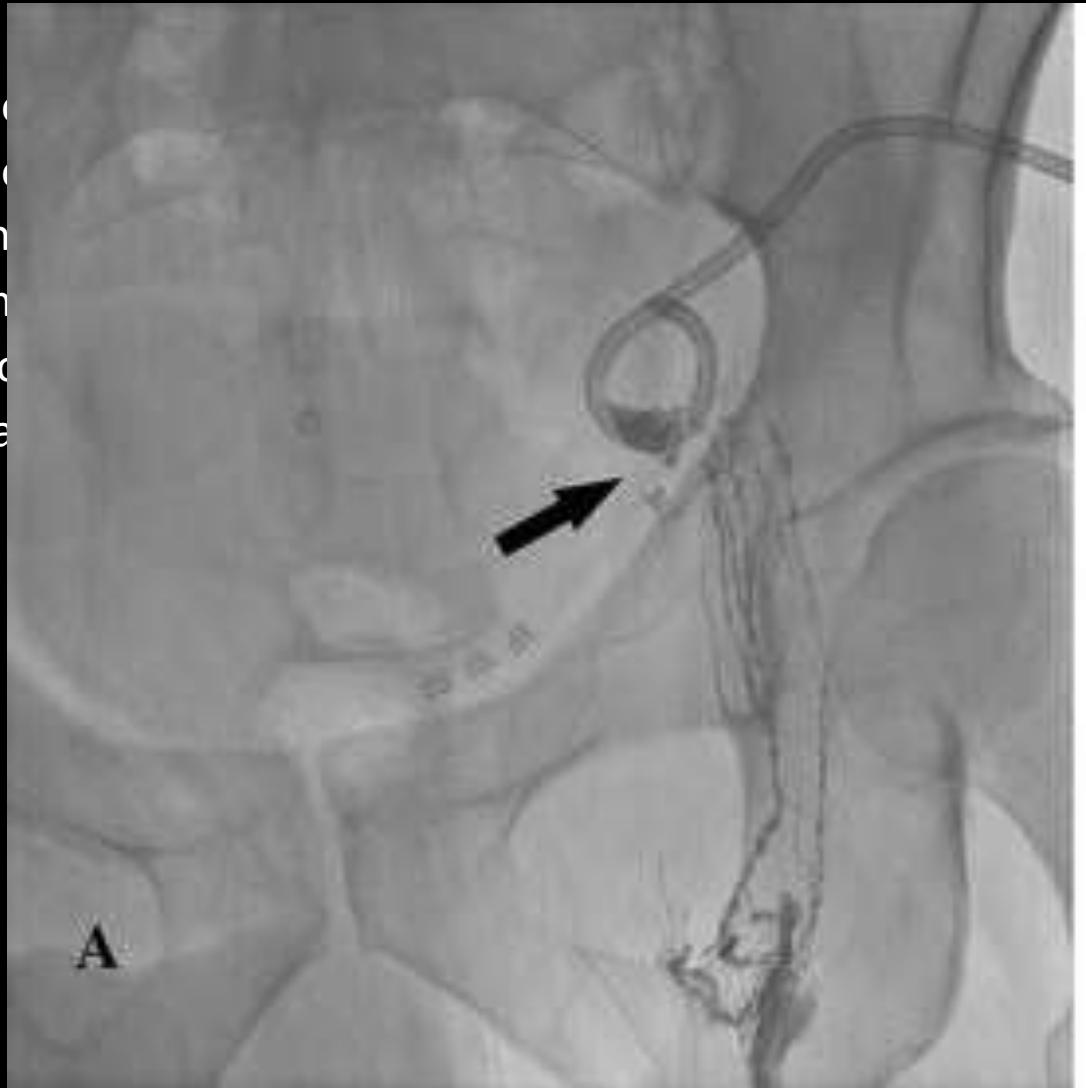
- Gynécologie

- Embolisation de fibromes
- Embolisation de varices pelviennes
- Prise en charge des hémorragies primaires et secondaires du post partum
- Retrait d'implant contraceptif
- Cryoablation mammaire
- Lymphographie et embolisation de lymphocèle post-opératoire

Procédures Réalisées

- Gynécologie

- Embolisation
- Embolisation
- Prise en charge
- Retrait d'instrument
- Cryoablation
- Lymphographie



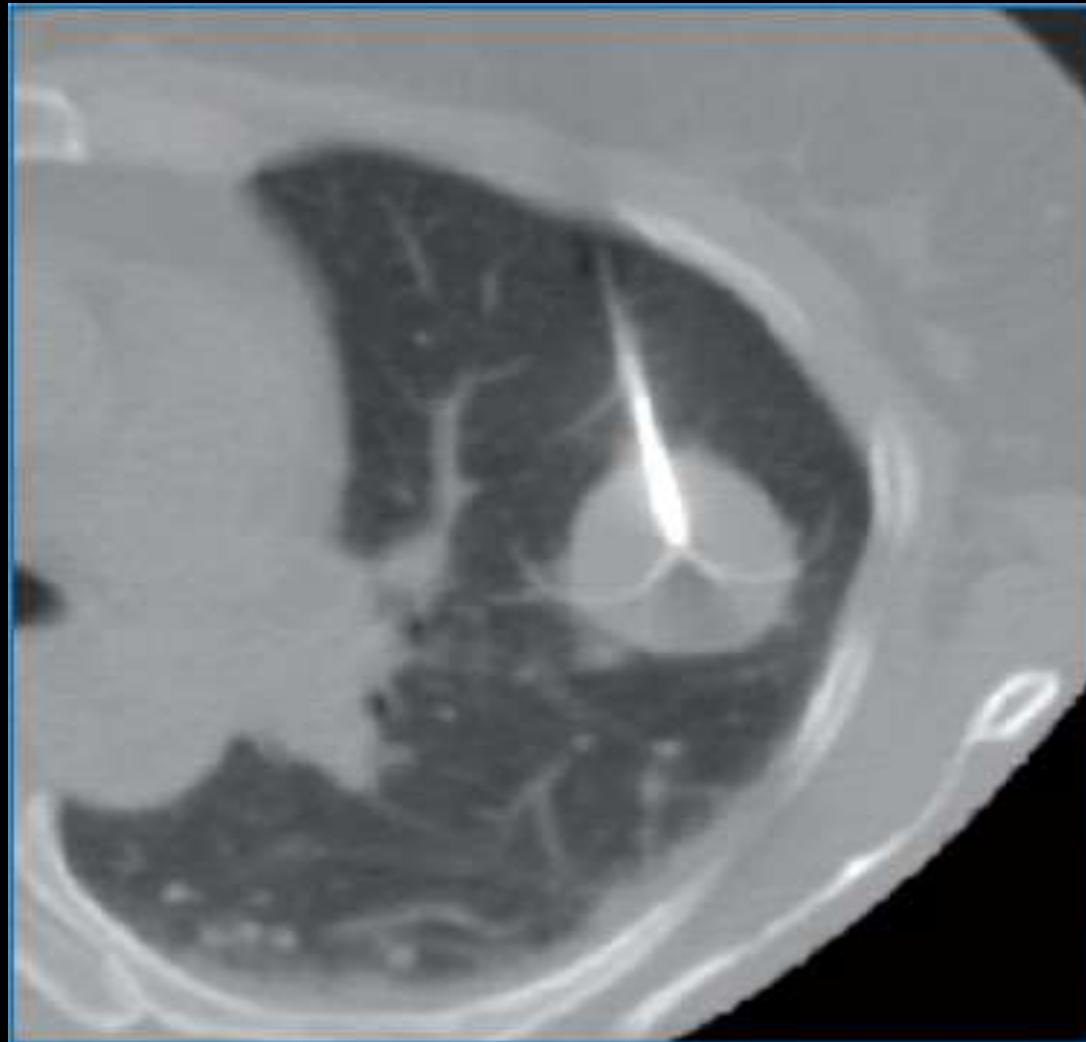
partum

Procédures Réalisées

- Pneumologie:

- Biopsie Pulmonaire
- Drainage abcès, pleurésies, pneumothorax
- Radiofréquence Pulmonaire
- Embolisation d'hémoptysie
- Embolisation de MAV (Rendu Osler)
- Embolisation de Chylothorax

Procédures Réalisées

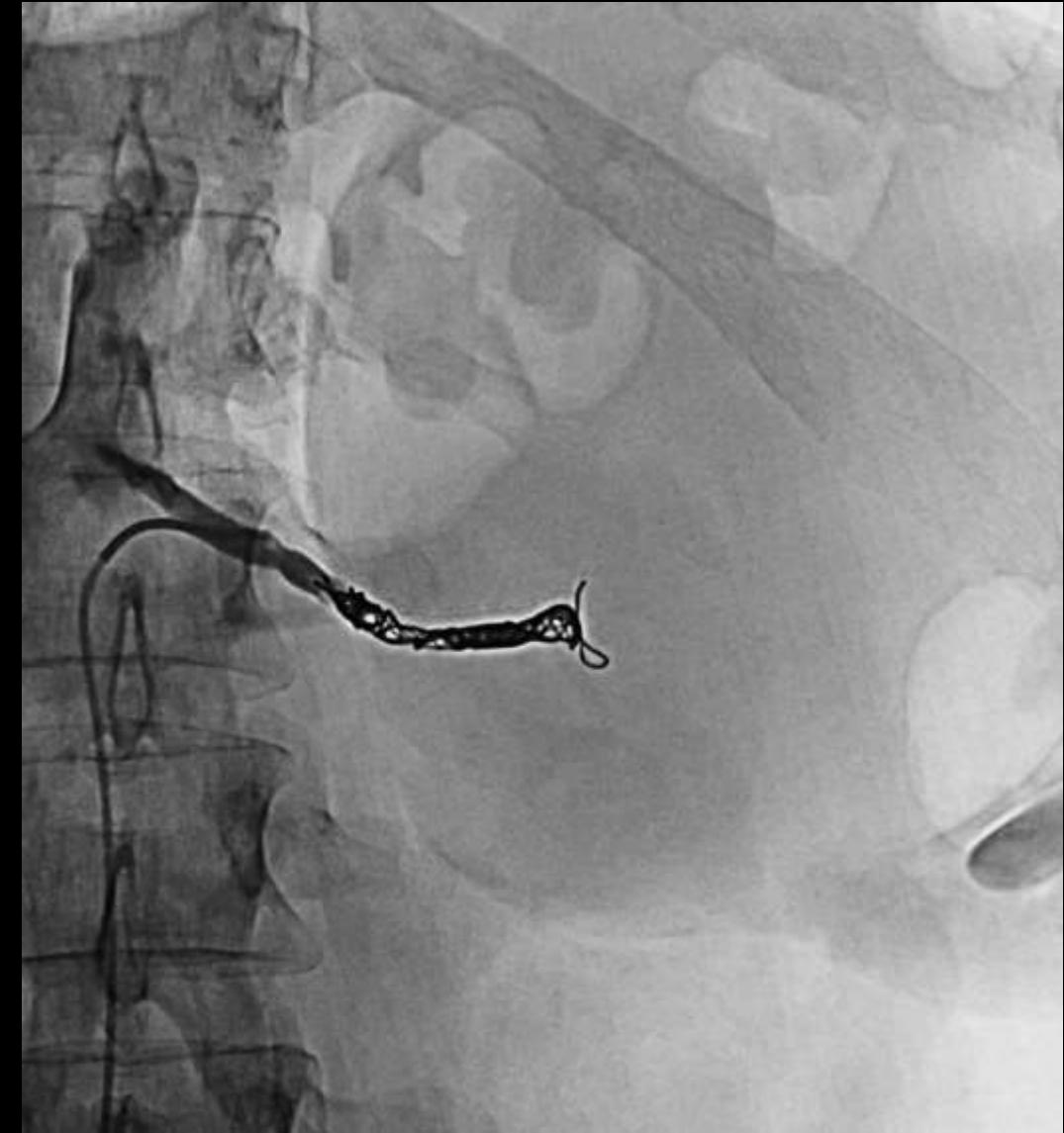
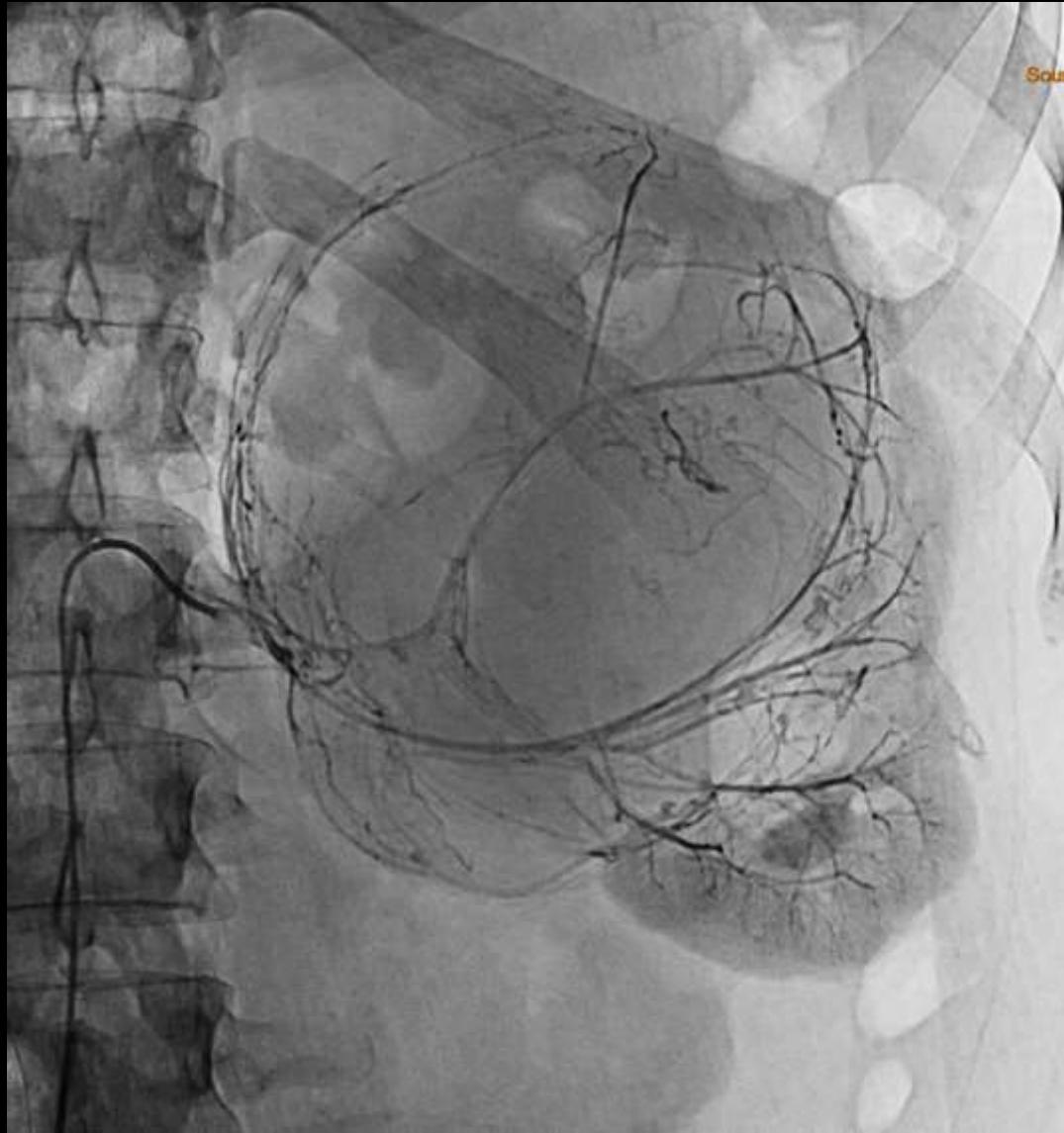


Procédures Réalisées

- Urologie:

- Néphrostomie per cutanée
- Drainage abcès
- Embolisation de Prostate
- Embolisation de Varicocèle
- Embolisation pré chirurgicale

Procédures Réalisées



Procédures Réalisées

- Urologie:

- Néphrostomie
- Drainage abcès
- Embolisation de Prostate
- Embolisation de Varicocèle
- Embolisation pré chirurgicale
- Embolisation d'anévrysme et d'angiomyolipome
- Stenting des artères rénales
- Radiofréquence et Cryoablation rénale et surrénale

Procédures Réalisées

- Urologie:
 - Néphrostomie

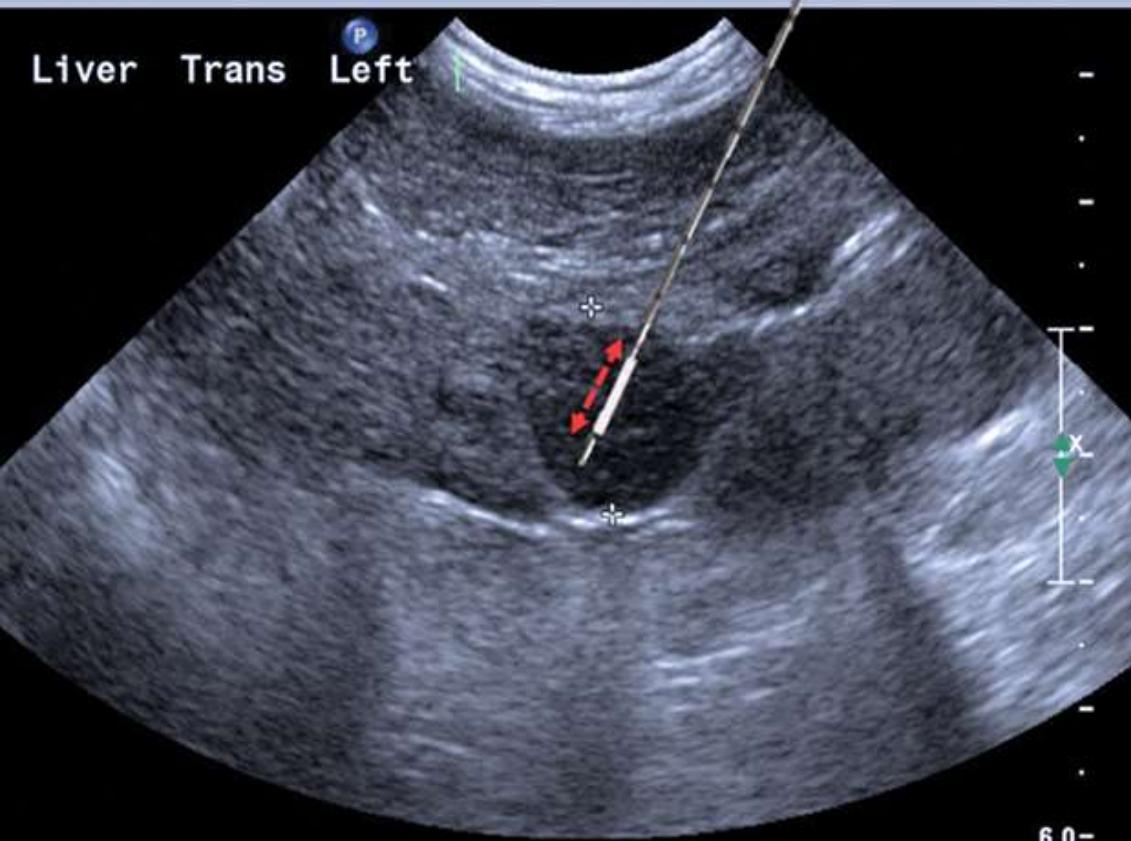


Procédures Réalisées

- Digestif et Vasculaire :

- Drainage abcès et vésicule biliaire
- Drainage et pose de prothèse biliaire
- Biopsie organes pleins et rétro péritoine, biopsie transjugulaire

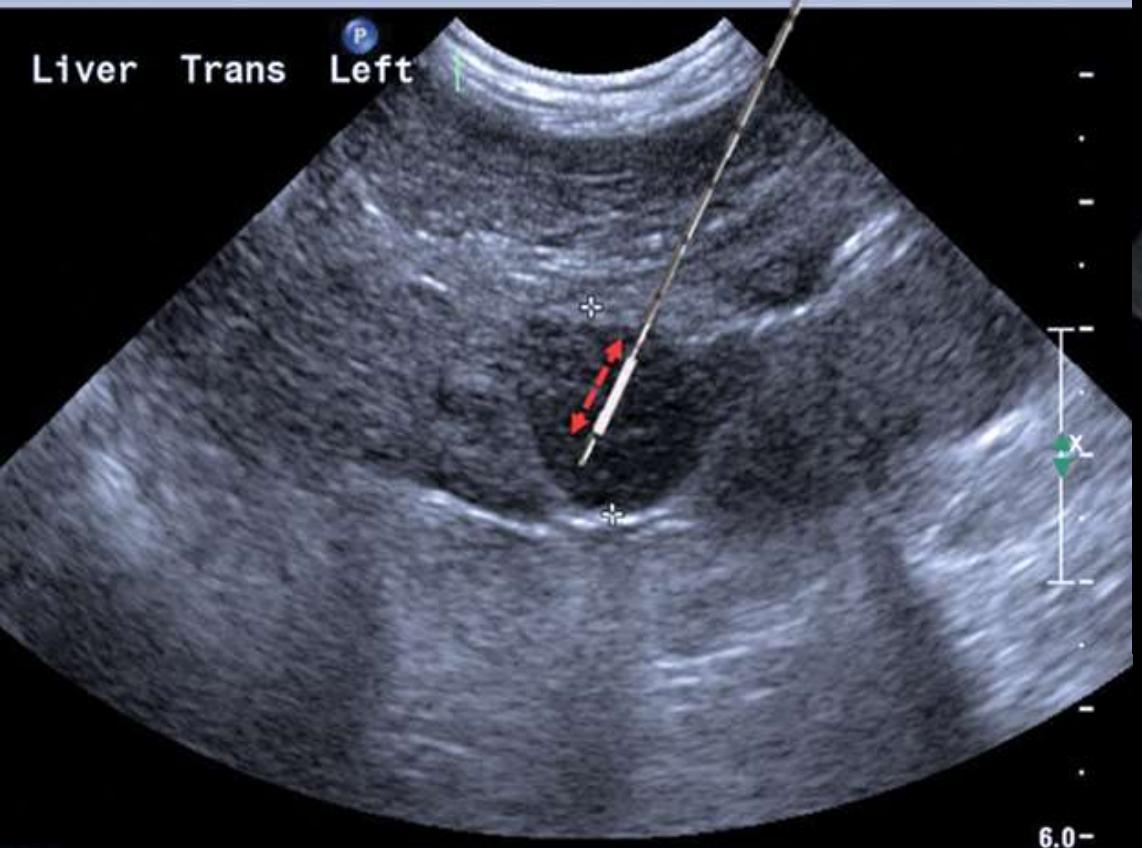
Procédures Réalisées



ire

biliaire

- péritoine, biopsie transjugulaire



6.0-

Procédures Réalisées

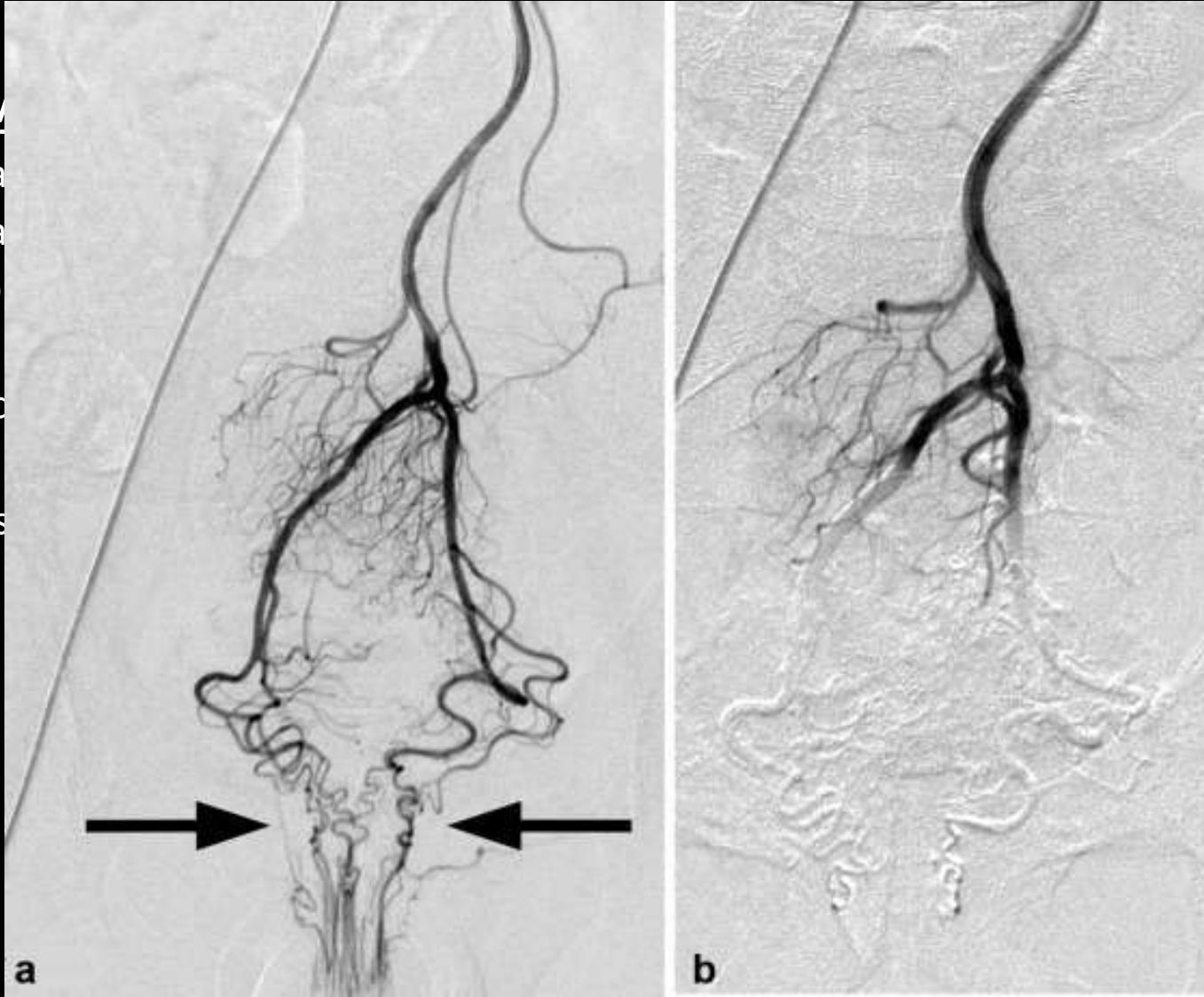
- Digestif et Vasculaire :

- Drainage abcès et vésicule biliaire
- Drainage et pose de prothèse biliaire
- Biopsie organes pleins et rétro péritoine, biopsie transjugulaire
- Chimio-embolisation et Radio-embolisation à l'yttrium 90
- Radiofréquence hépatique
- Embolisation portale
- Prise en charge de l'hypertension portale (stent porte, embolisation de varices, *TIPS*)
- Embolisation hémorroïdaire

Procédures Réalisées

- Digestif et V

- Dra
- Dra
- Bio
- Chi
- Rad
- Em
- Pris
- Em



rices, TIPS)

Procédures Réalisées

- Digestif et Vasculaire :

- Embolisation hémorroïdaire
- Embolisation d'hémostase (traumatique, tumorale, iatrogène, ulcères gastroduodénaux)
- Embolisation d'anévrysme viscéraux et splanchniques

Procédures Réalisées

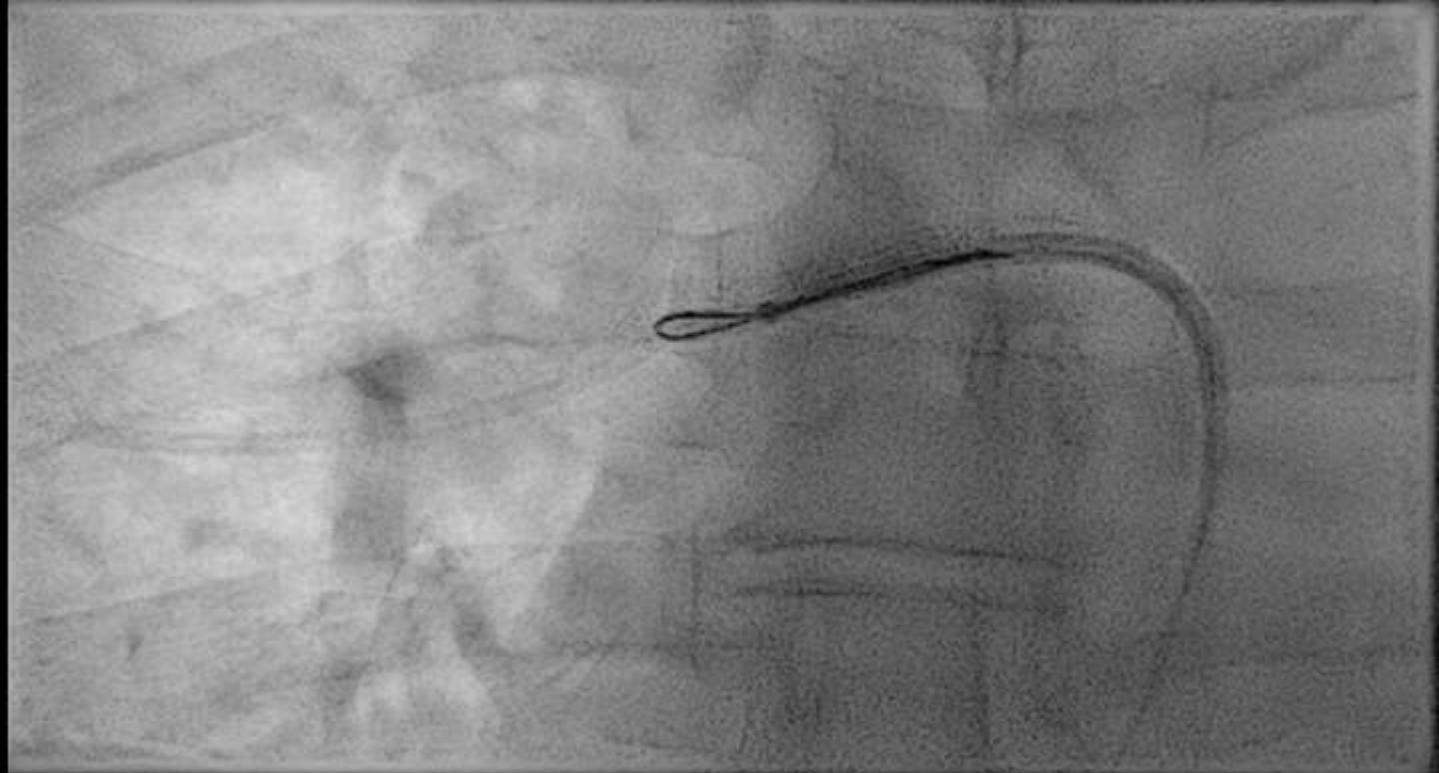
- Digestif et Vasculaire:

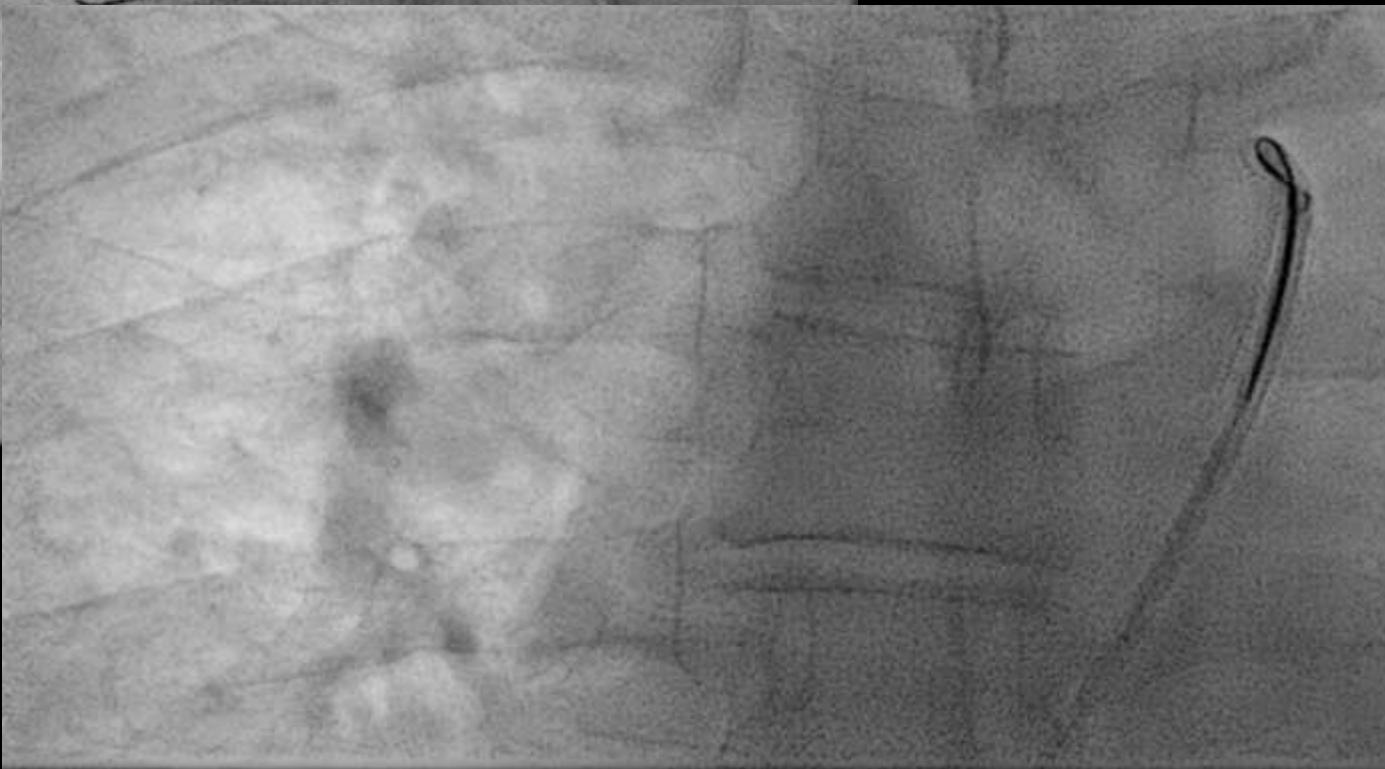


Procédures Réalisées

- Digestif et Vasculaire :

- Embolisation d'hémostase (traumatique, tumorale, iatrogène, ulcères gastroduodénaux)
- Embolisation d'anévrysme viscéraux et splanchniques
- Revascularisation et Stenting mésentérique
- Filtre Cave et Stenting Veine Cave Supérieure
- Récupération de corps étranger
- Picc line
- Gastrostomie







Secrétariat

- Audrey Labau
- Camille Vichera
- Virginie
- Vanessa Vannaud
- Tél: 05 59 72 69 81
- Mail: sec-interv-radio@ch-pau.fr
- Fax: 05 59 72 73 37
- www.radiologie-interventionnelle.info



CENTRE HOSPITALIER DE PAU

Établissement support du Groupement
Hospitalier de Territoire Béarn et Soule



Embolisation des artères prostatisques

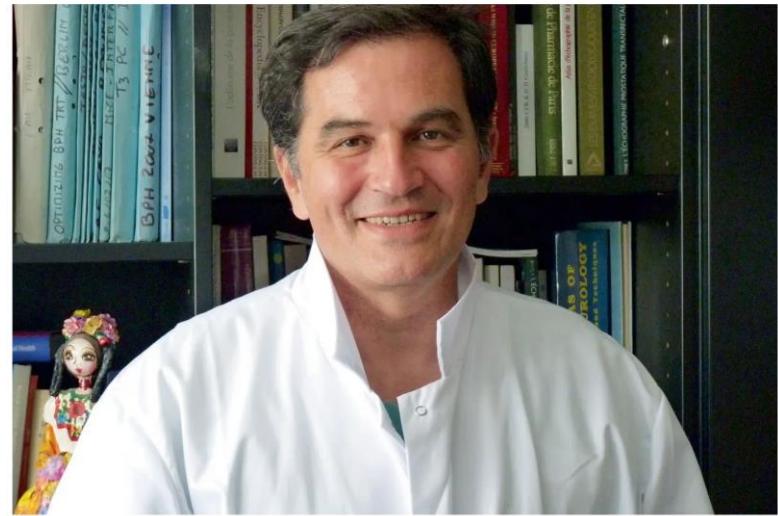
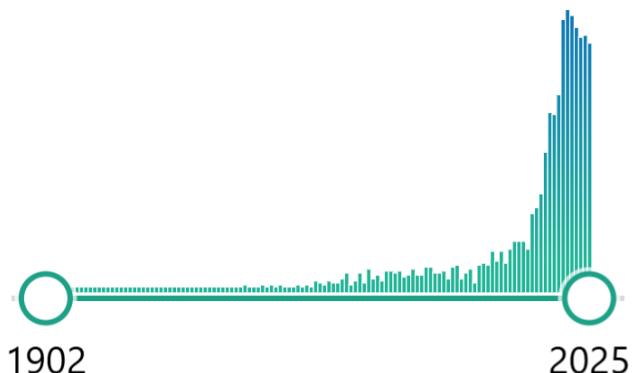
B. Legghe | 18 décembre 2025

L'embolisation des artères prostatiques : un sujet d'actualité ?



SANTÉ

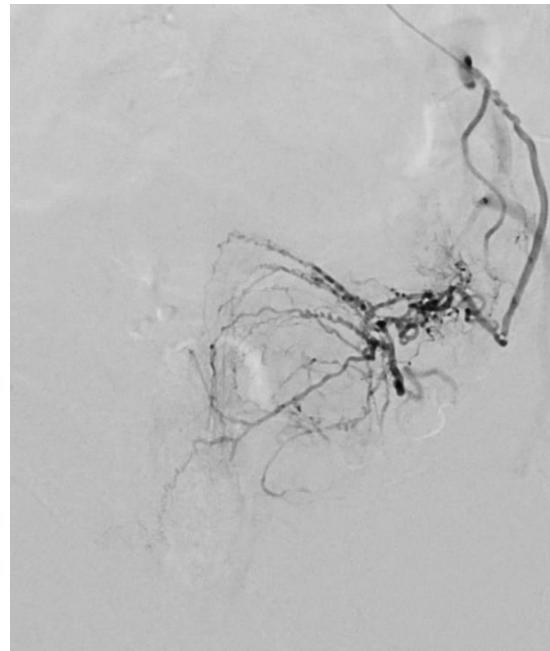
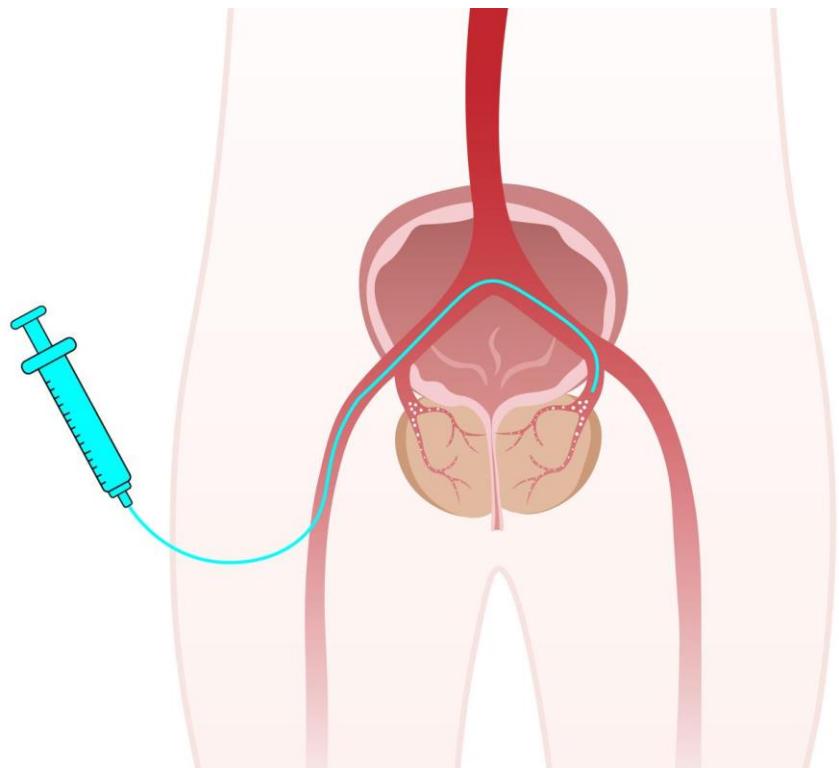
Adénome de la prostate : l'embolisation arrive en France



■ Le Pr François Desgrandchamps, chef du service d'urologie à l'hôpital Saint-Louis à Paris. © Emmanuel Bonnet

2016

L'embolisation des artères prostatiques : le principe



Sous sédation
En Ambulatoire
ou 1 nuit d'hospit
1h30-3h
Par voie radiale
ou fémorale

L'embolisation des artères prostatiques : ça marche ?

Prostatic artery embolisation versus medical treatment in patients with benign prostatic hyperplasia (PARTEM): a randomised, multicentre, open-label, phase 3, superiority trial

Marc Sapoval ^{a b}  , Nicolas Thiounn ^c, Aurélien Descazeaud ^d, Carole Déan ^b, Alain Ruffion ^e
^f, Gaëlle Pagnoux ^g, Ricardo Codas Duarte ^h, Grégoire Robert ⁱ, Francois Petitpierre ^j, Gilles
Karsenty ^k, Vincent Vidal ^{l m}, Thibaut Murez ⁿ, Hélène Vernhet-Kovacsik ^o, Alexandre de la Taille ^p,
Hicham Kobeiter ^q, Romain Mathieu ^r, Jean-Francois Heautot ^s, Stéphane Droupy ^t, Julien Frandon
^{u v}, Nicolas Barry Delongchamps ^{w x}...Alexandra Vappereau

THE LANCET Regional Health Europe

2023

This randomised trial shows that the urinary function as assessed by both IPSS and QoL was significantly more improved at 9 months after PAE than after combined therapy, in both modified ITT and per-protocol analyses. This reduction in the PAE group was of a magnitude that is clinically significant to patients.²

L'embolisation des artères prostatiques : ça marche mieux ?

Prostatic Artery Embolisation Versus Transurethral Resection of the Prostate for Benign Prostatic Obstruction: 5-year Outcomes of a Randomised, Open-label, Noninferiority Trial

Gautier Müllhaupt ^{a,b,*}, Lukas Hechelhammer ^c, Nicole Graf ^d, Livio Mordasini ^{a,e}, Hans-Peter Schmid ^a, Daniel S. Engeler ^{a,†}, Dominik Abt ^{a,f,†}

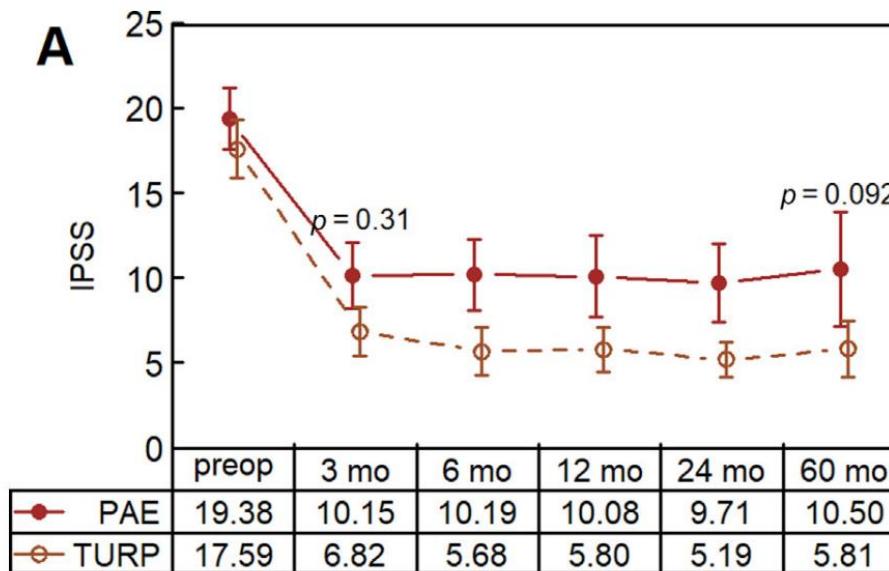
^a Department of Urology, St. Gallen Cantonal Hospital and School of Medicine, University of St. Gallen, St. Gallen, Switzerland; ^b Department of Urology, Spital Thun, Thun, Switzerland; ^c Department of Radiology and Nuclear Medicine, St. Gallen Cantonal Hospital, St. Gallen, Switzerland; ^d Biostatistics Department, Clinical Trials Unit, St. Gallen Cantonal Hospital, St. Gallen, Switzerland; ^e Uroviva Practice Sursee, Uroviva Group, Sursee, Switzerland; ^f Department of Urology, Spitalzentrum Biel, Biel, Switzerland



2024

L'embolisation des artères prostatiques : ça marche mieux ?

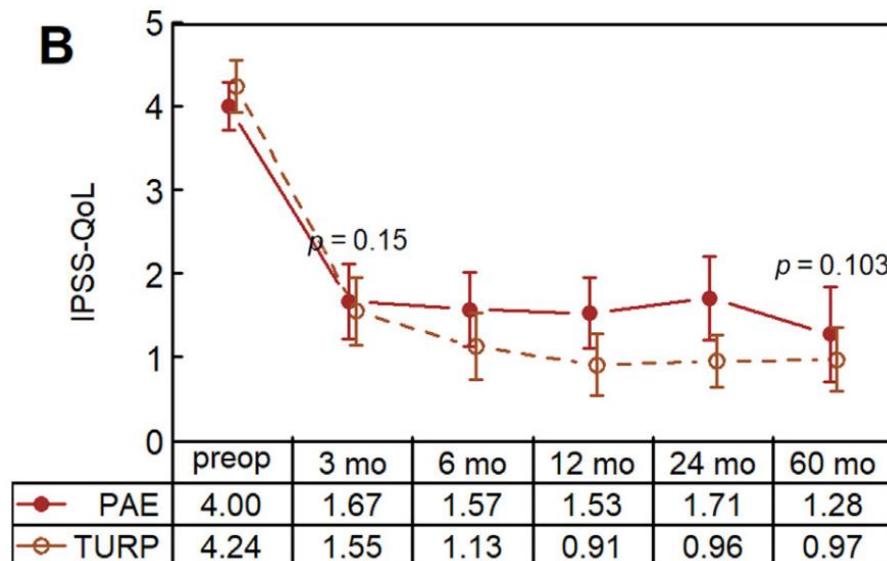
Prostatic Artery Embolisation Versus Transurethral Resection of the Prostate for Benign Prostatic Obstruction: 5-year Outcomes of a Randomised, Open-label, Noninferiority Trial



Improvements in LUTS/BPO were less pronounced after PAE than after TURP, but the difference was not statistically significant. The mean change in IPSS from baseline to 60 mo was -7.78 points after PAE and -11.57 points after TURP (difference 3.79, 95% CI -0.66 to 8.24; *Fig. 2A*).

L'embolisation des artères prostatiques : ça marche mieux ?

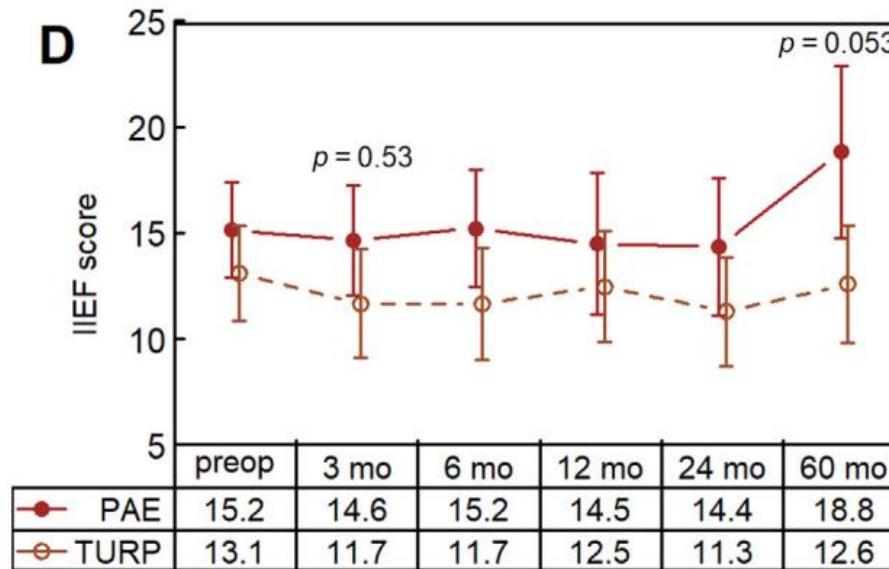
Prostatic Artery Embolisation Versus Transurethral Resection of the Prostate for Benign Prostatic Obstruction: 5-year Outcomes of a Randomised, Open-label, Noninferiority Trial



Consistent with the IPSS data, IPSS-QoL was worse after PAE than after TURP. This difference became statistically significant at 6 mo and persisted until the 24-mo visit [9]. At 60 mo, the difference was no longer significant, with a mean improvement in IPSS-QoL of -2.56 points after PAE and -3.30 points after TURP (difference 0.74 points, 95% CI -0.22 to 1.70; $p = 0.103$; Fig. 2B).

L'embolisation des artères prostatiques : ça marche mieux ?

Prostatic Artery Embolisation Versus Transurethral Resection of the Prostate for Benign Prostatic Obstruction: 5-year Outcomes of a Randomised, Open-label, Noninferiority Trial



of TURP, 95% CI –0.50 to 9.68; $p = 0.076$; Fig. 2C). There was a slight increase after PAE and a decrease after TURP in International Index of Erectile Function scores, but the difference was not statistically significant, including the 60-

L'embolisation des artères prostatiques : c'est sûre?

Prostatic artery embolisation versus medical treatment in patients with benign prostatic hyperplasia (PARTEM): a randomised, multicentre, open-label, phase 3, superiority trial

Marc Sapoval^{a b}, Nicolas Thiounn^c, Aurélien Descazeaud^d, Carole Déan^b, Alain Ruffion^e, Gaëlle Pagnoux^g, Ricardo Codas Duarte^h, Grégoire Robertⁱ, Francois Petitpierre^j, Gilles Karsenty^k, Vincent Vidal^{l m}, Thibaut Murezⁿ, Hélène Vernhet-Kovacsik^o, Alexandre de la Taille^p, Hicham Kobeiter^q, Romain Mathieu^r, Jean-Francois Heautot^s, Stéphane Droupy^t, Julien Frandon^{u v}, Nicolas Barry Delongchamps^{w x}...Alexandra Vappereau

THE LANCET Regional Health Europe

2023

We did not observe any treatment-related serious adverse event requiring surgical treatment or re-hospitalisation in both groups confirming the favourable safety profile of PAE, as previously described. The minor side effects of CT comprising sexual function

L'embolisation des artères prostatiques : c'est sûre?

Sur 40 patients :

	EAP	TT médical combiné
Hematoma at Femoral access	2	0
Post-embolisation syndrome	17	0
Arterial dissection/perforation	3	0
Decreased libido	0	5

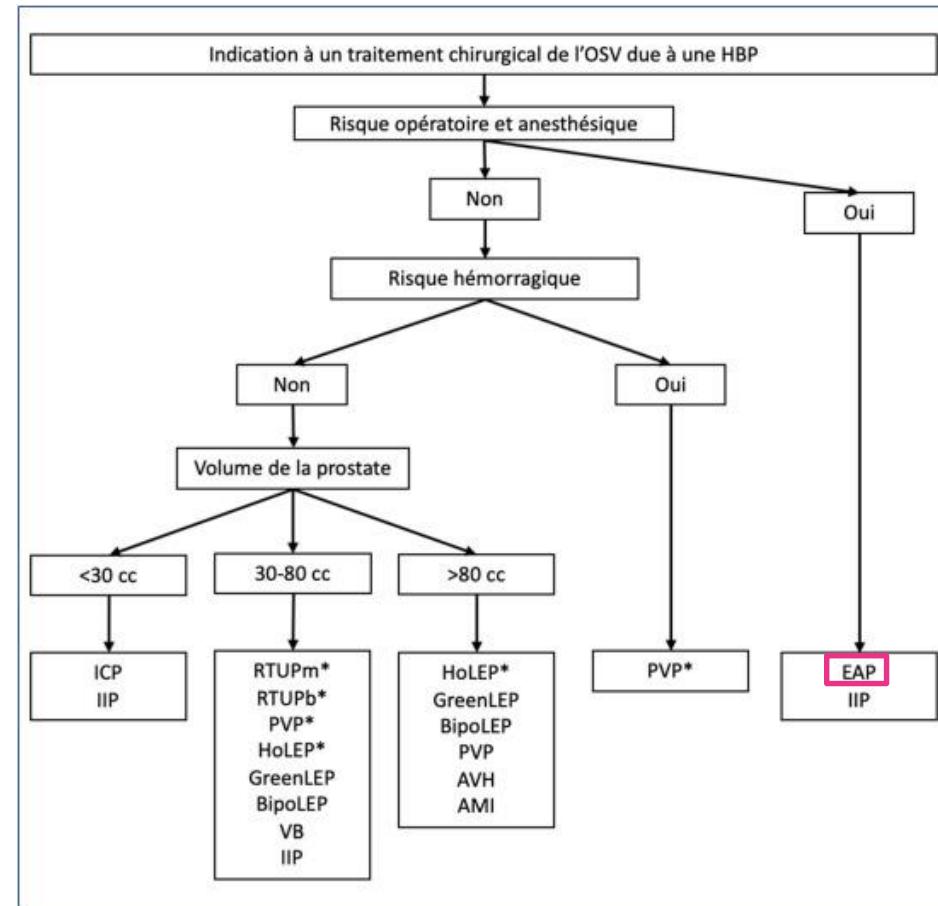
L'embolisation des artères prostatiques : pour qui?

TRAITEMENT CHIRURGICAL ET INTERVENTIONNEL DE L'OBSTRUCTION SOUS-VÉSICALE LIÉE À UNE HYPERPLASIE BÉNIGNE DE PROSTATE : REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE ET RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE DU COMITÉ DES TROUBLES MITIONNELS DE L'HOMME

Auteurs : S. Lebdai, A. Chevrot, S. Doizi, B. Pradère, N. Barry Delongchamps, H. Baumert, A. Benchikh, E. Della Negra, M. Fourmarier, J. Gas, V. Misrai, Y. Rouscoff, P.E. Theveniaud, S. Vincendeau, J. Wilisch, A. Descazeaud, G. Robert, Comité des troubles mictionnels de l'Homme de l'Association française d'urologie

Référence : Prog Urol, 2021, 5, 31, 249-265

Mots clés : Chirurgie, Hyperplasie bénigne prostate, Obstruction sous-vésicale, Recommandations, Symptômes du bas appareil urinaire, Traitement interventionnel



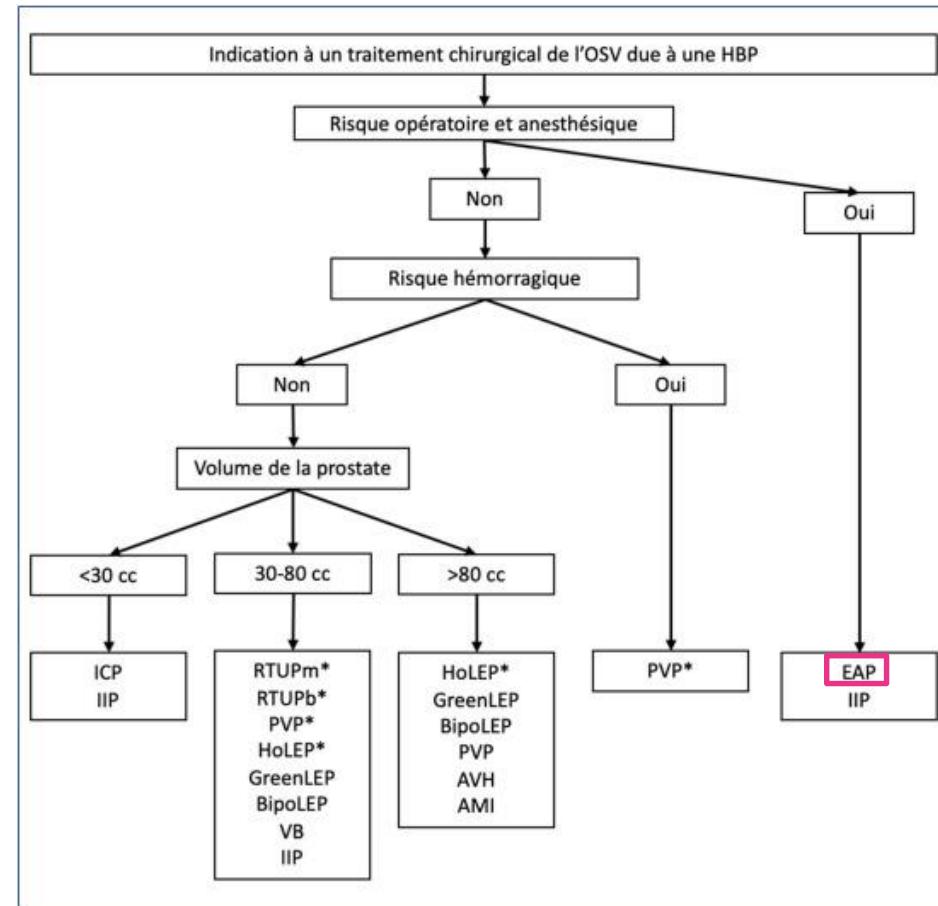
L'embolisation des artères prostatiques : pour qui?

TRAITEMENT CHIRURGICAL ET INTERVENTIONNEL DE L'OBSTRUCTION SOUS-VÉSICALE LIÉE À UNE HYPERPLASIE BÉNIGNE DE PROSTATE : REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE ET RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE DU COMITÉ DES TROUBLES MITIONNELS DE L'HOMME

Auteurs : S. Lebdai, A. Chevrot, S. Doizi, B. Pradère, N. Barry Delongchamps, H. Baumert, A. Benchikh, E. Della Negra, M. Fourmarier, J. Gas, V. Misrai, Y. Rouscoff, P.E. Theveniaud, S. Vincendeau, J. Wilisch, A. Descazeaud, G. Robert, Comité des troubles mictionnels de l'Homme de l'Association française d'urologie

Référence : Prog Urol, 2021, 5, 31, 249-265

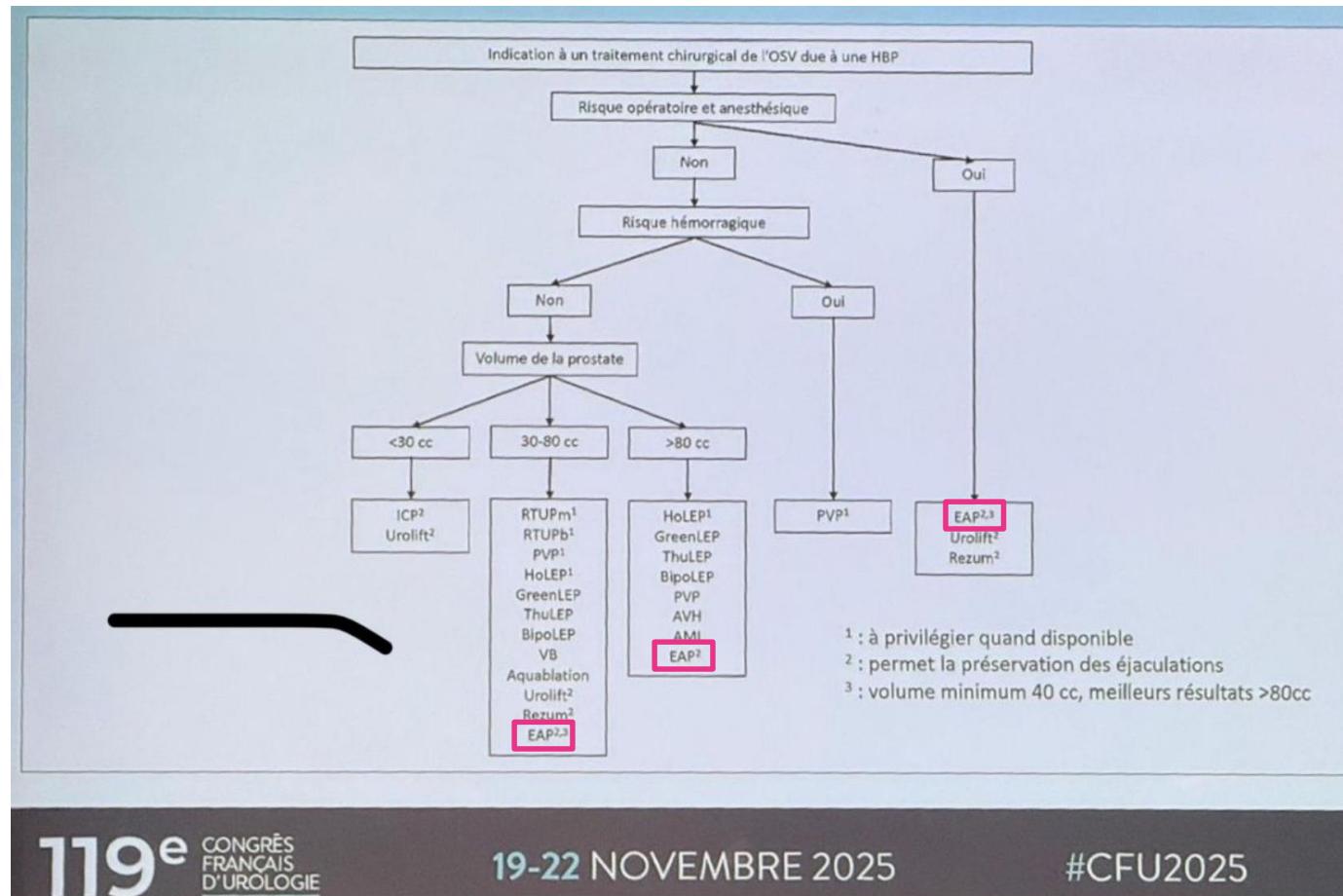
Mots clés : Chirurgie, Hyperplasie bénigne prostate, Obstruction sous-vésicale, Recommandations, Symptômes du bas appareil urinaire, Traitement interventionnel



L'embolisation des artères prostatiques : pour qui?

119^e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

19-22 NOVEMBRE 2025
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS



119^e CONGRÈS
FRANÇAIS
D'UROLOGIE

19-22 NOVEMBRE 2025

#CFU2025

L'embolisation des artères prostatiques : pour qui?

Le patient idéal :

- HBP avec SFU significatifs (IPSS > 13) et retentissement sur la qualité de vie
- Pas d'autre explication aux symptômes
- Echec ou mauvaise tolérance du traitement médical
- Jeune
- Volumineuse prostate > 80g
- Ne veut pas de chirurgie

L'embolisation des artères prostatiques : pour qui?

Le patient idéal :

- HBP avec SFU significatifs (IPSS > 13) et retentissement sur la qualité de vie
- Pas d'autre explication aux symptômes
- Echec ou mauvaise tolérance du traitement médical
- Jeune
- Volumineuse prostate > 80g
- Ne veut pas de chirurgie

Mais en pratique ...

L'embolisation des artères prostatiques : pour qui?

PAE CANDIDACY - UROLOGIST PERSPECTIVE



Poor surgical candidates



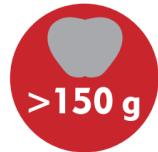
Urinary retention - indwelling bladder catheter (IBC)



Refractory hematuria of prostatic origin (RHPO), chronic



Prior surgical history



Large/giant prostatic hyperplasia (>150 g)

PAE CANDIDACY - PATIENT PERSPECTIVE



Men who do not want or are ineligible for surgery



Men who have tried medication, but have found it to be ineffective or the side effects too burdensome



Men who want to avoid higher risk of possible adverse events such as retrograde ejaculation, impotence and urinary incontinence that are associated with surgical treatments



Men wishing to preserve fertility

L'embolisation des artères prostatiques : les urologues ?

Nous travaillons ensemble !

Nos praticiens



BILLAUT Nicolas
Chirurgien Urologue
Chirurgie urologique
[EN SAVOIR PLUS →](#)



CASENAVE Julien
Chirurgie urologique
[EN SAVOIR PLUS →](#)



CHEVALLIER Philippe
chirurgien urologique
Chirurgie urologique
[EN SAVOIR PLUS →](#)



DENIMAL Louis
Chirurgien urologue
Chirurgie urologique
[EN SAVOIR PLUS →](#)



LETOURNEUX Hervé
Chirurgien UROLOGUE
Chirurgie urologique
[EN SAVOIR PLUS →](#)



MERIAN Gwenaël
Chirurgie urologique
[EN SAVOIR PLUS →](#)

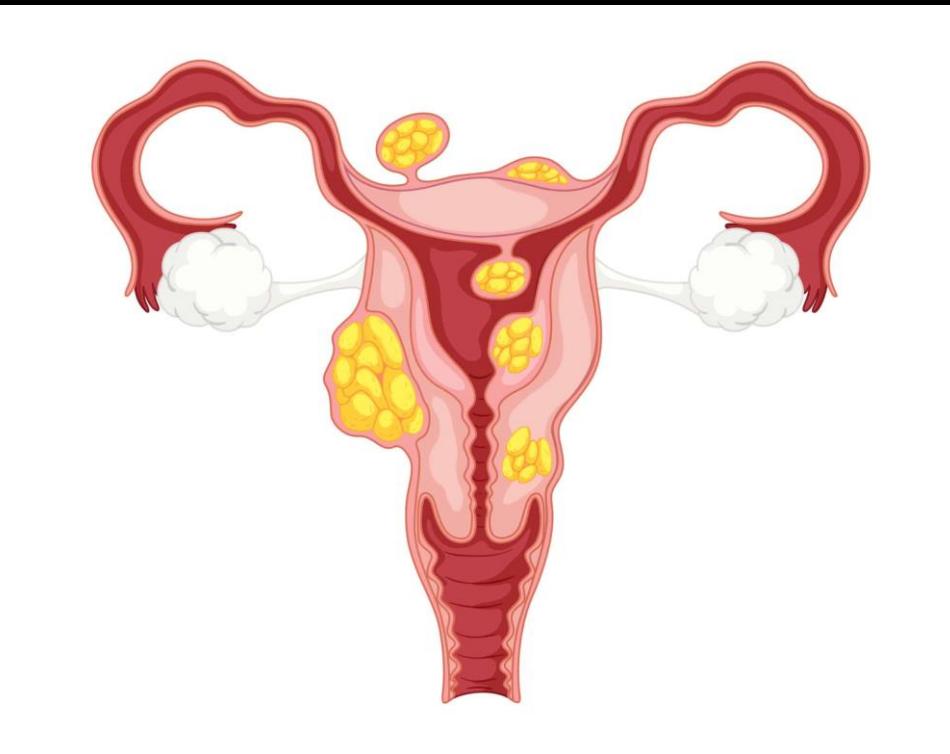


OGIEZ Nicolas
Chirurgie urologique
[EN SAVOIR PLUS →](#)



SIMÉON Hélène
Chirurgie urologique
[EN SAVOIR PLUS →](#)

Embolisation des Fibromes Utérins

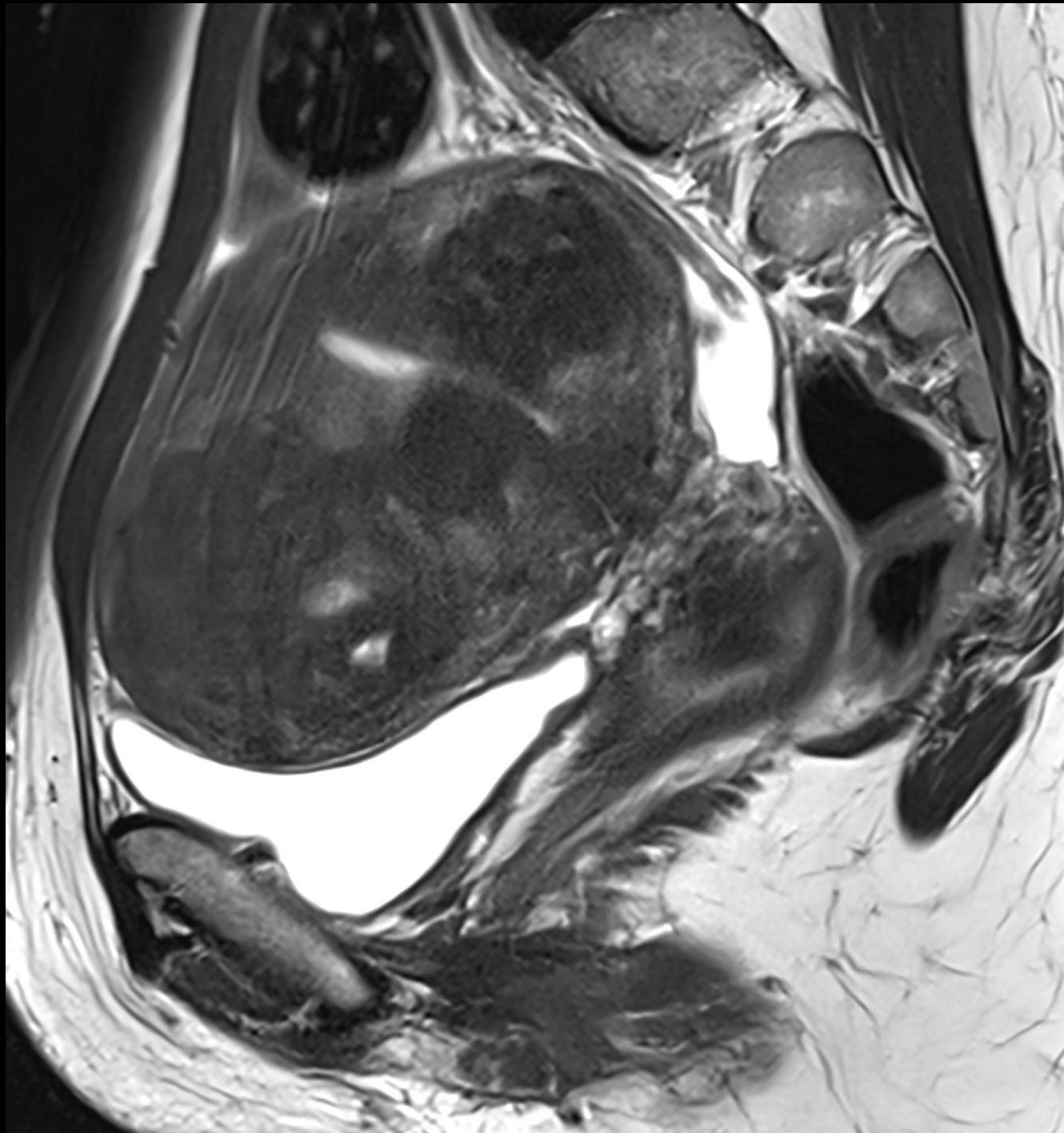


Fibromes Utérins

- Tumeur bénignes : Prolifération de cellules musculaires lisses dans la paroi de l'utérus.
- 30% des femmes de plus de 35ans mais 10 à 20% sont symptomatiques.
- Première cause de consultation en gynécologie entre 40 et 50 ans.
- Hormonosensible => Régression spontanée après la ménopause

Clinique

- Saignement : Méno-métrorragie (Durée, quantité, Hémoglobinémie)
- Douleur : Dysménorrhée, Dyspareunies
- Syndrome de masse : Pesanteur pelvienne, Pollakiurie, Constipation
- Diminution de la fertilité / fausses couches

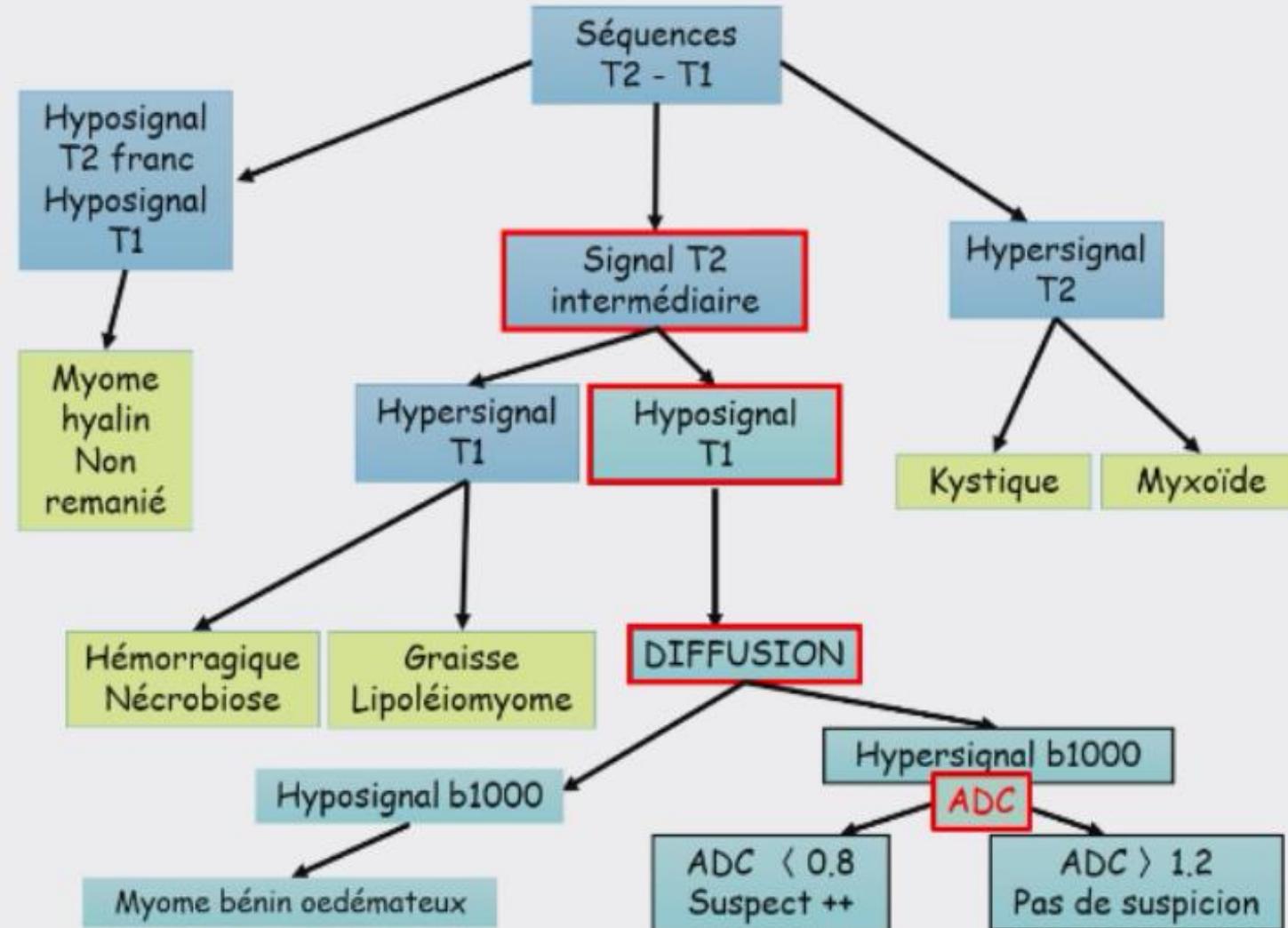


Examen Complémentaire : IRM

- Confirmer le Diagnostic de Fibrome et exclure les diagnostics différentiels +++ (Tumeur, endométriose, adénomyose associée dans 40% des cas)

Examen Complémentaire : IRM

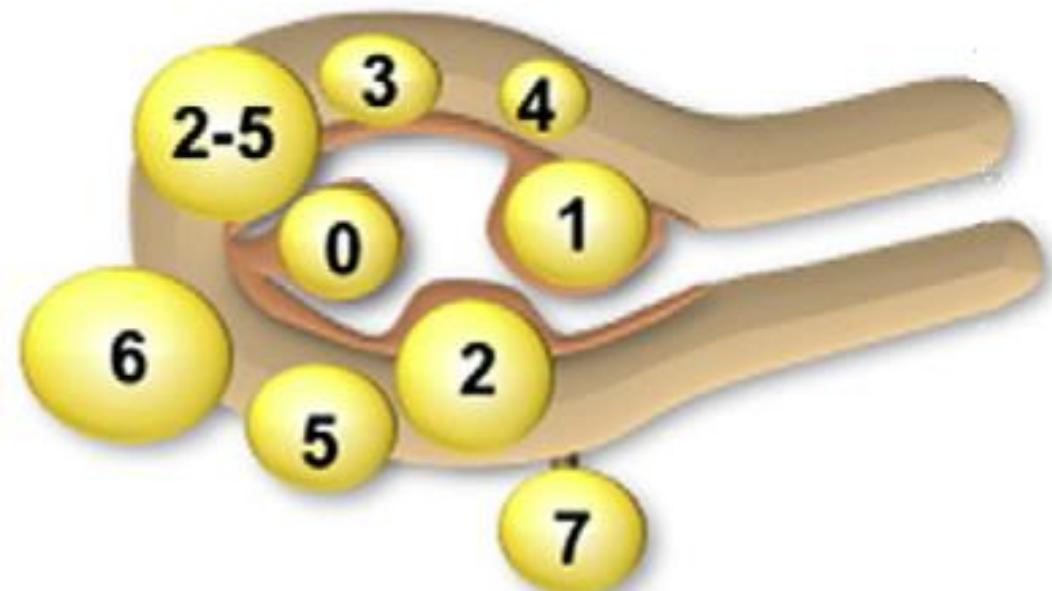
Thomassin-Naggara et al, Eur Radiol 2013



Examen Complémentaire : IRM

- Confirmer le Diagnostic de Fibrome et exclure les diagnostics différentiels +++ (Tumeur, endométriose, adénomyose associée dans 40% des cas)
- Cartographie des fibromes : Localisation, taille, distance au mur utérin

Examen Complémentaire : IRM



Système de classification des myomes.

Sous-muqueux	0	Intracavitaire pédonculé
	1	Intramural < 50 %
	2	Intramural ≥ 50 %
Autres	3	Au contact de l'endomètre ; 100 % intramural
	4	Intramural
	5	Sous-séreux intramural ≥ 50 %
	6	Sous-séreux intramural < 50 %
	7	Sous-séreux pédonculé
	8	Autre (préciser par ex. cervical, parasitaire)
Myome hybride (intéresse l'endomètre et la séreuse)	Deux numéros sont séparés par des tirets. Le premier se rapporte à la relation avec l'endomètre, le second avec la séreuse. Exemple :	
2-5	Sous-muqueux et sous-séreux, chacun intéressant pour moins de la moitié la cavité endométriale et péritonéale, respectivement.	

Examen Complémentaire : IRM

- Confirmer le Diagnostic de Fibrome et exclure les diagnostics différentiels +++ (Tumeur, endométriose, adénomyose associée dans 40% des cas)
- Cartographie des fibromes : Localisation, taille, distance au mur utérin
- Etude des suppléances vasculaires

Examen Complémentaire : IRM



Prise en charge

Le traitement choisi pour traiter les fibromes dépend de plusieurs facteurs :

- l'âge et le désir de grossesse
- l'importance des symptômes et l'existence de complications
- le type de fibromes (nombre, volume, localisation)

Prise en charge

Abstention thérapeutique et surveillance clinique en attente de la ménopause lorsque les fibromes utérins n'entraînent pas ou peu de symptômes (sauf fibromes sous-muqueux chez une femme ayant un désir de procréation)

Prise en charge

Traitements Médicamenteux en 1^{ère} intention (Diminue les saignements mais pas le volume des fibromes).

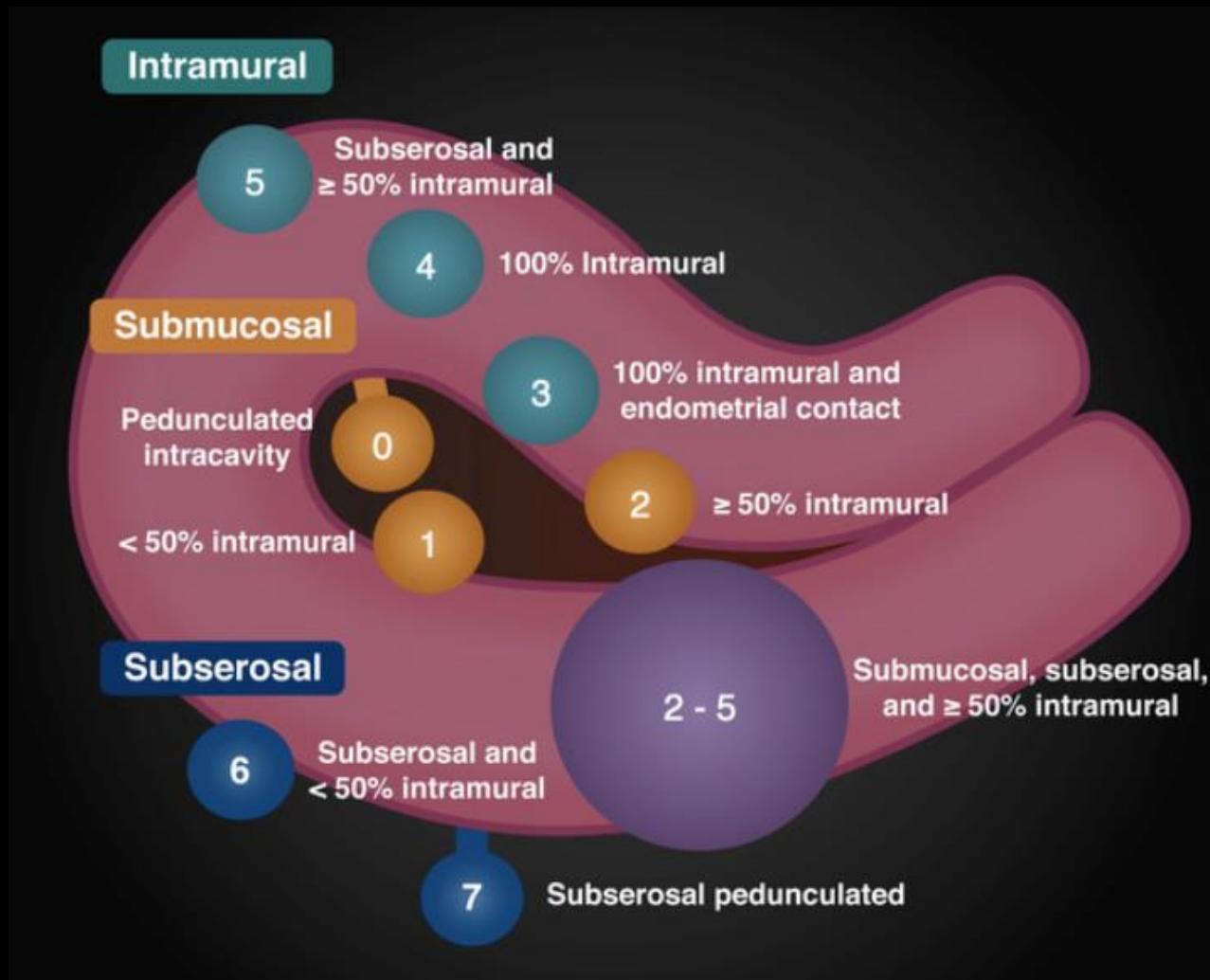
- par voie orale : acétate de nomégestrol (Lutényl et génériques) et acétate de chlormadinone (Lutéran et génériques). Mais en raison du risque augmenté de survenue d'un méningiome plus important en cas de traitement prolongé, ces traitements ne sont plus utilisés que sur une période inférieure à un an.
- ou par voie intra-utérine grâce à un dispositif intra-utérin (stérilet) au lévonorgestrel.

Prise en charge

- Myomectomie +++ si désir de grossesse.
- Voie coelioscopique (fibromes pédiculés) ou hystéroskopique

Prise en charge

- Résection hystéroscopique en première intention pour les myomes types 0,1 et 2 jusqu'à 4cm.
- Marge de sécurité du myomètre sous séreux :
> 10 mm



Prise en charge

- Hystérectomie:

- Laparotomie
- Cœlioscopie
- Vaginale

Prise en charge

- Hystérectomie:

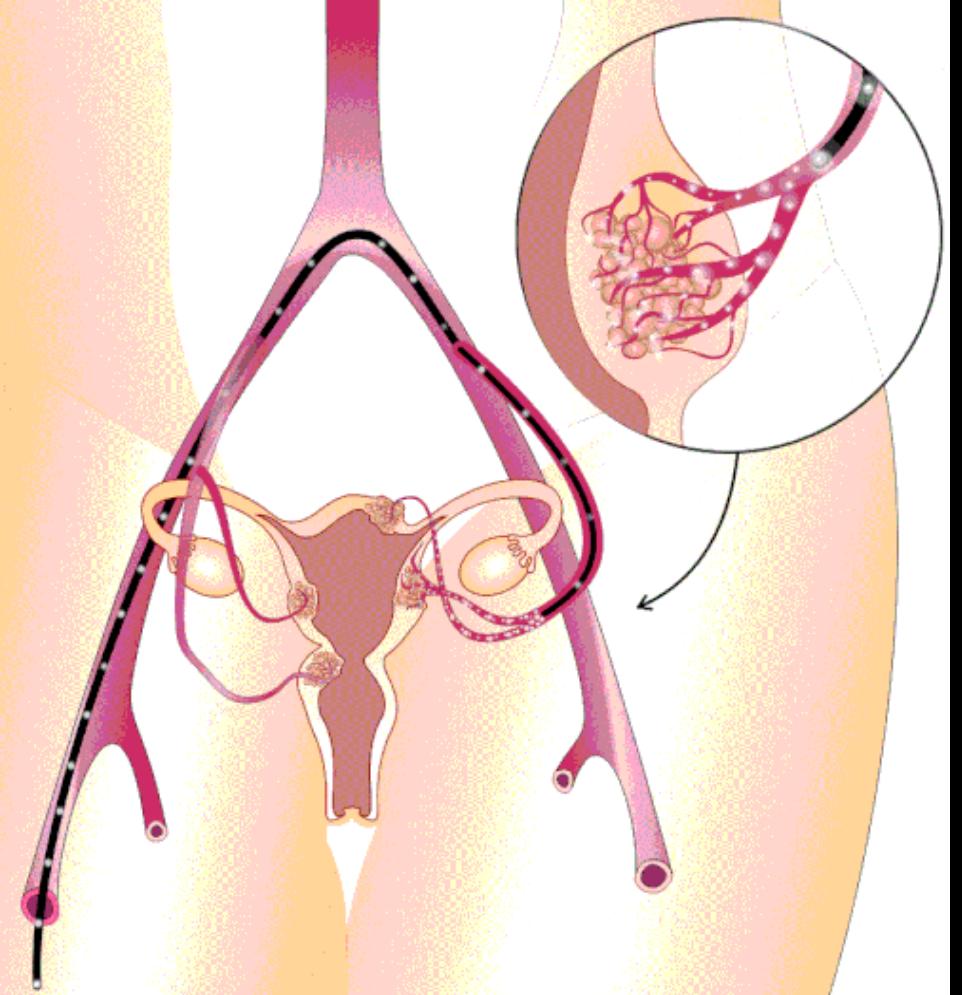
- Laparotomie
- Cœlioscopie
- Vaginale

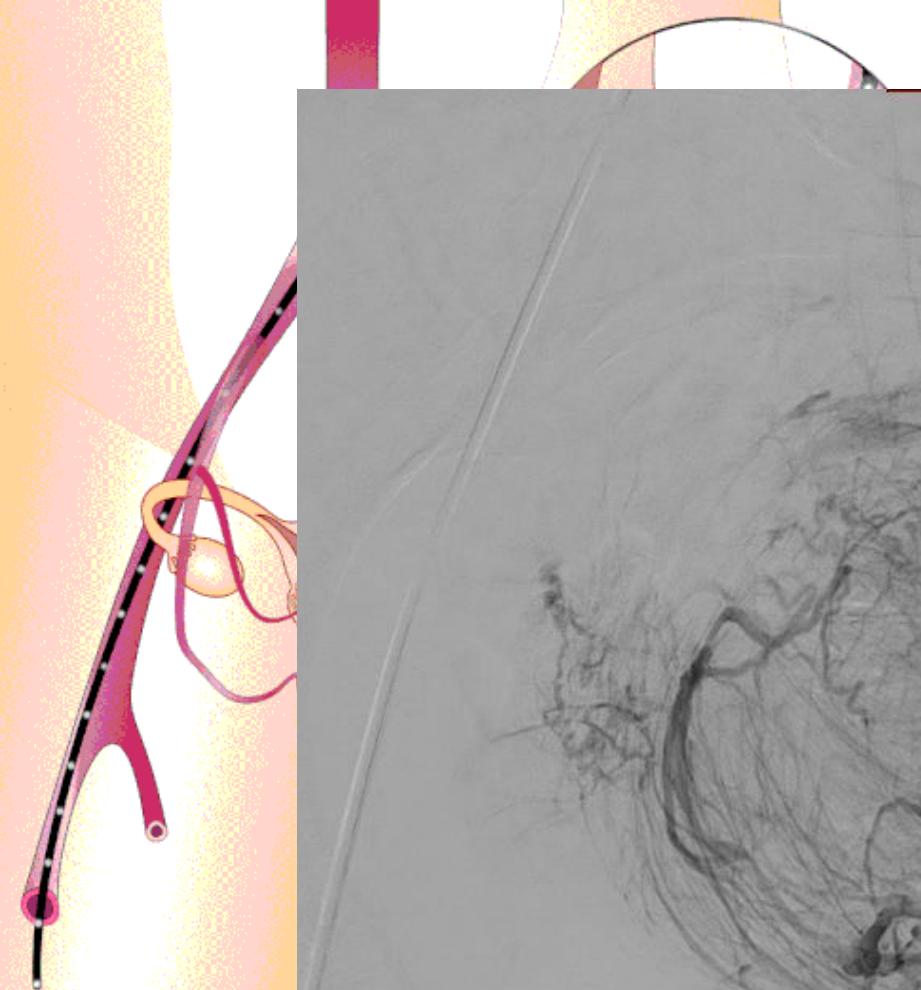
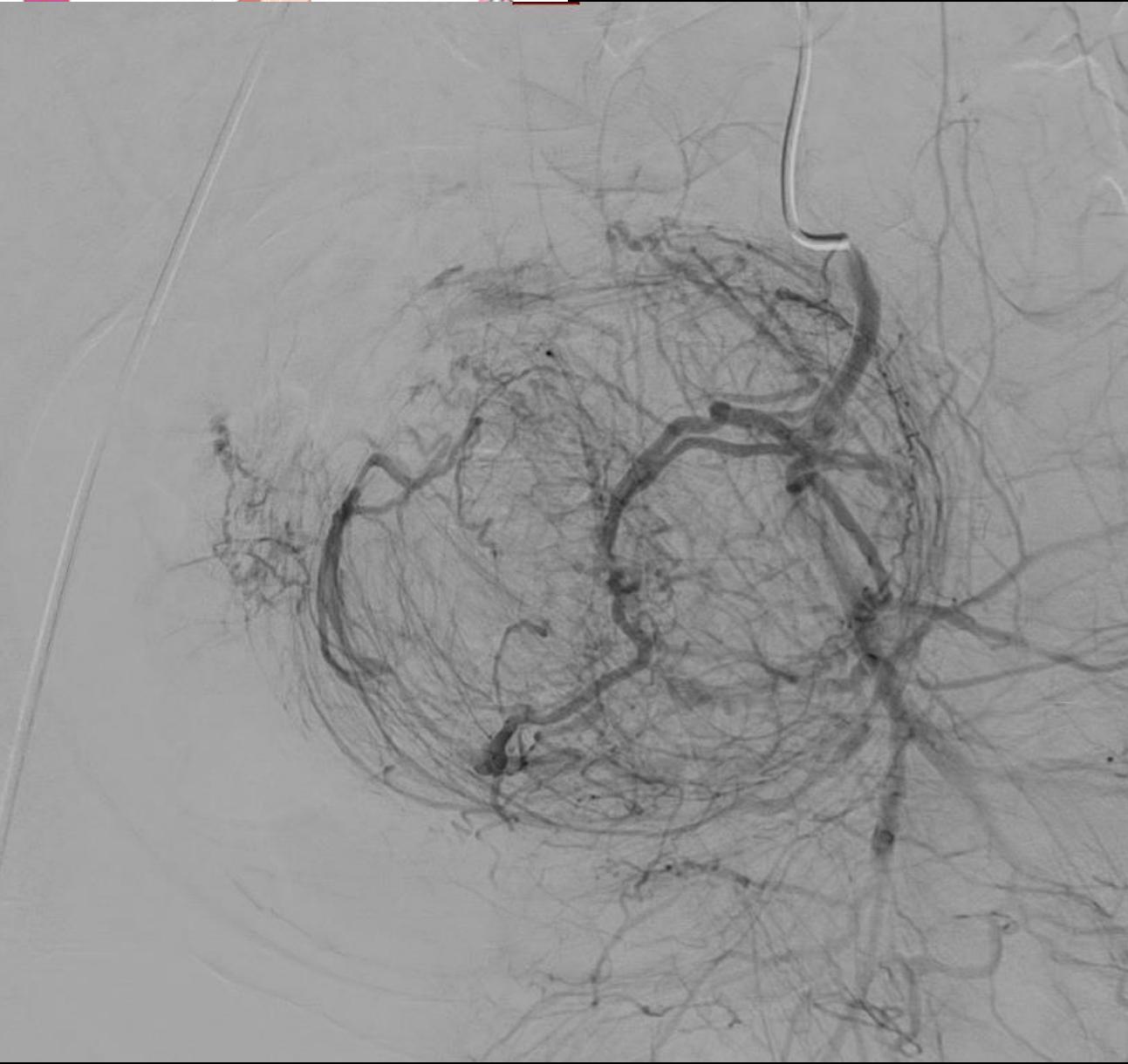
OU

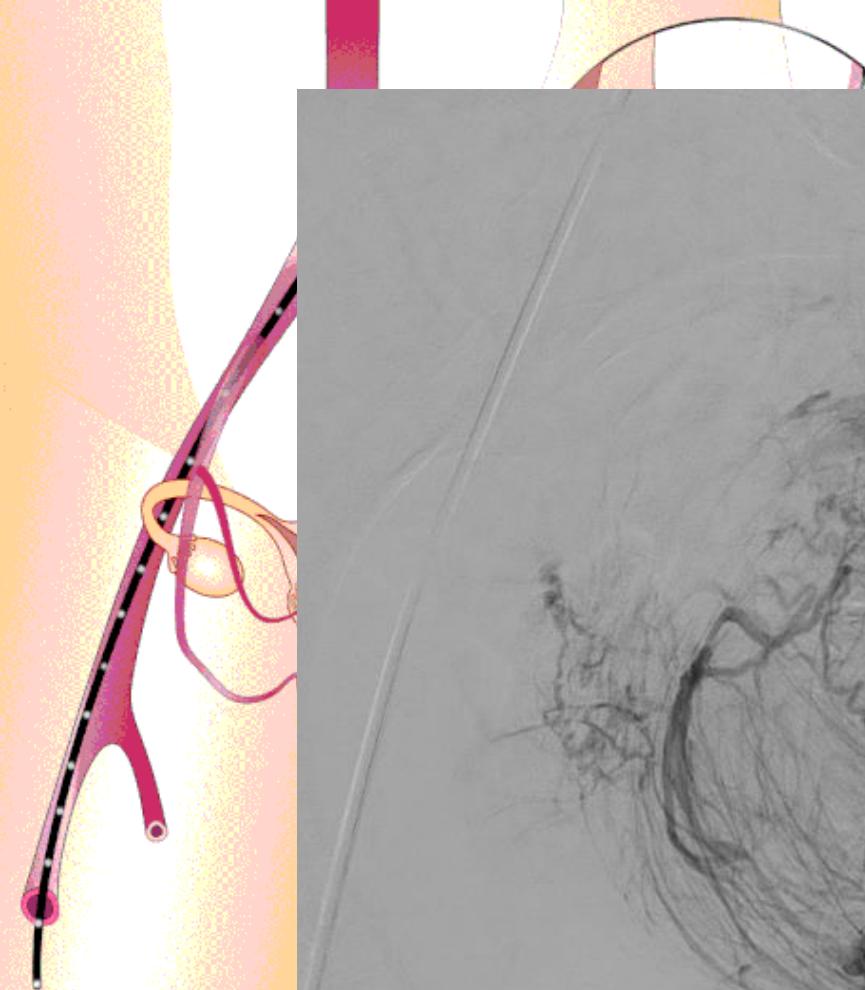
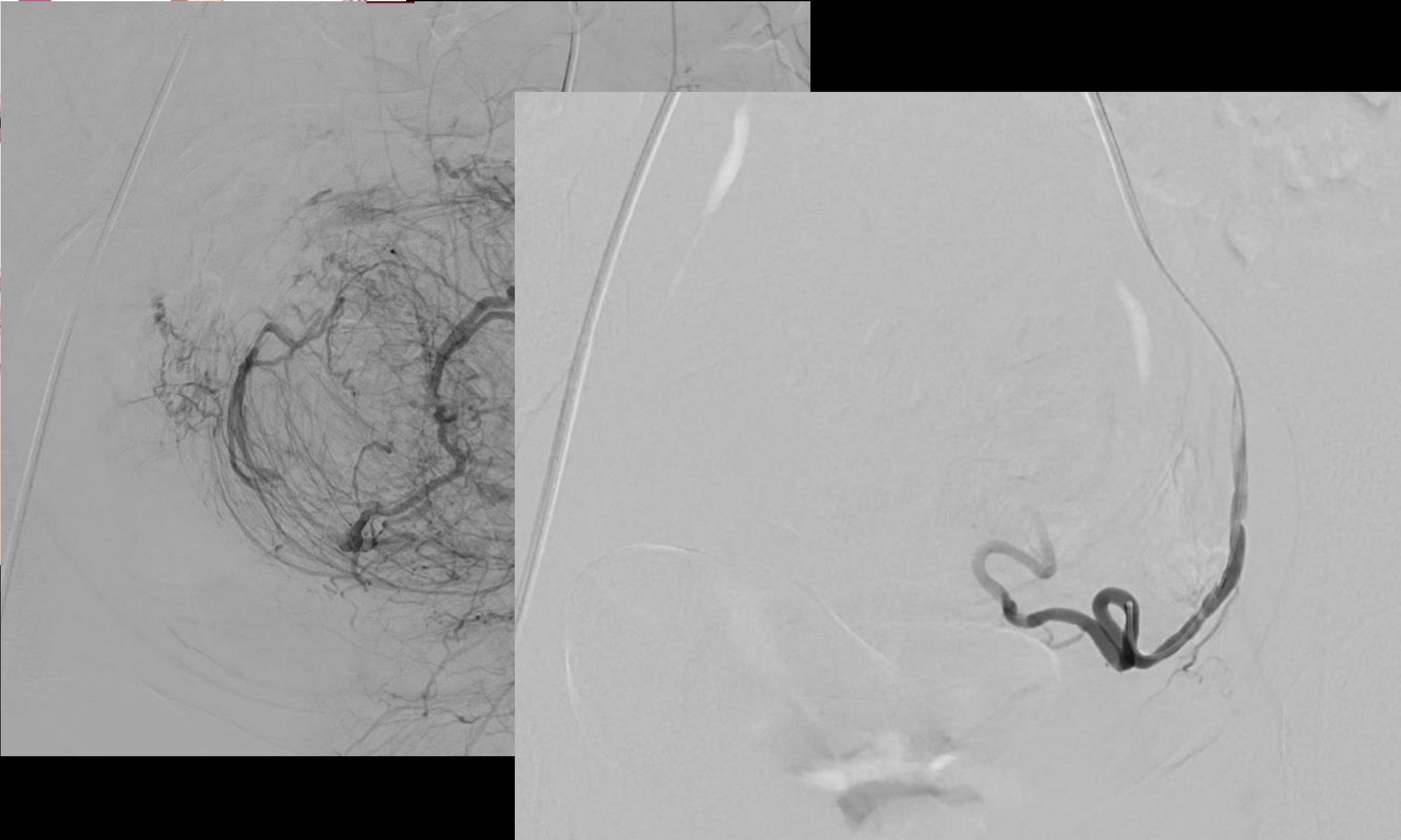
- Embolisation des artères utérines.

Technique

- Hospitalisation courte
- Anesthésie Générale ou Sédation
- Ponction fémorale
- Cathéterisme des 2 artères iliaques (+/- artères ovarielles)
- Microcathéterisme des 2 artères utérines
- Embolisation à l'aide de microparticules calibrées 500-700µm jusqu'à stagnation du flux
- Durée = 1h







Post-Opératoire

- 24-48h : Douleurs pelviennes, titration morphinique, hospitalisation

Post-Opératoire

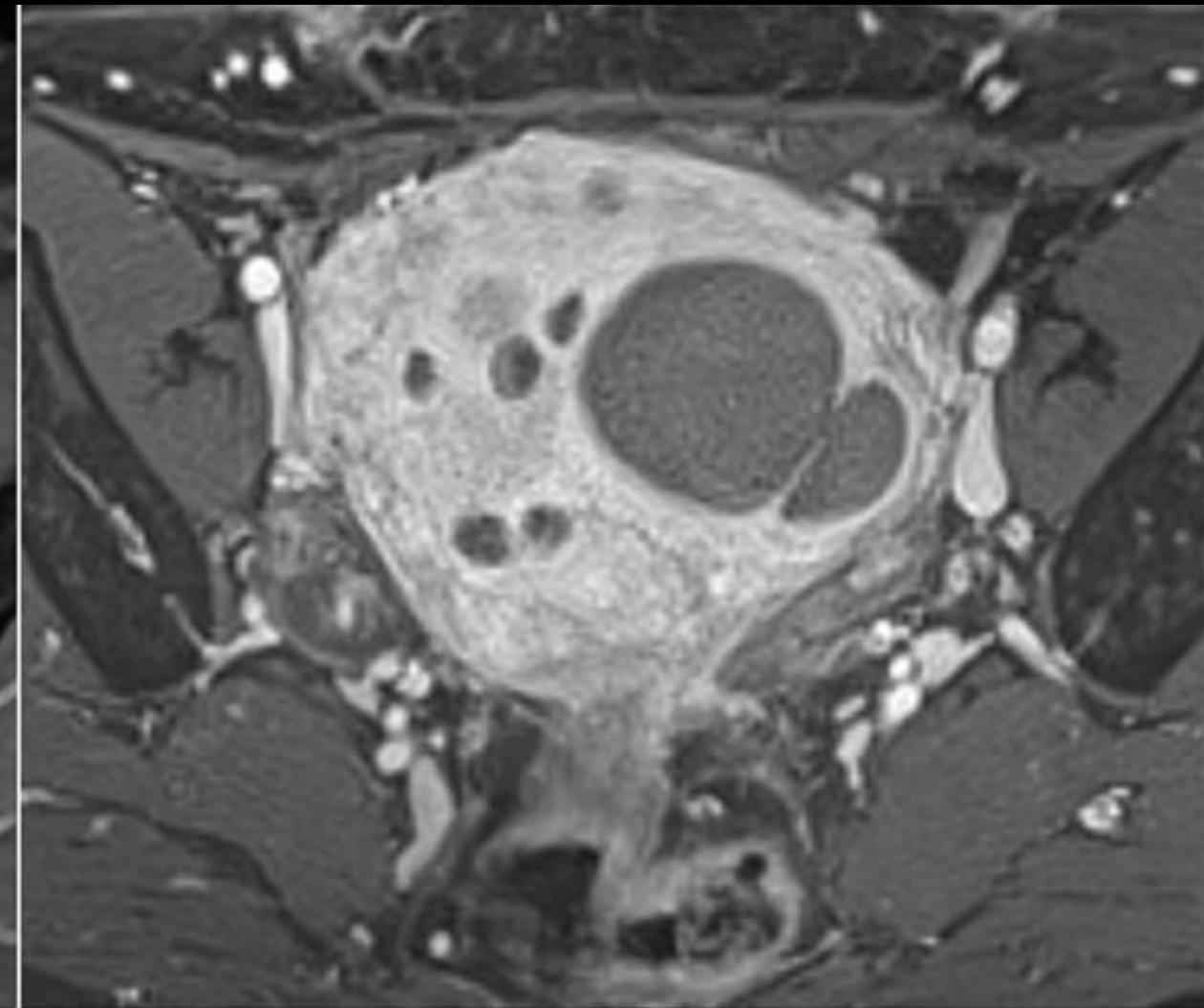
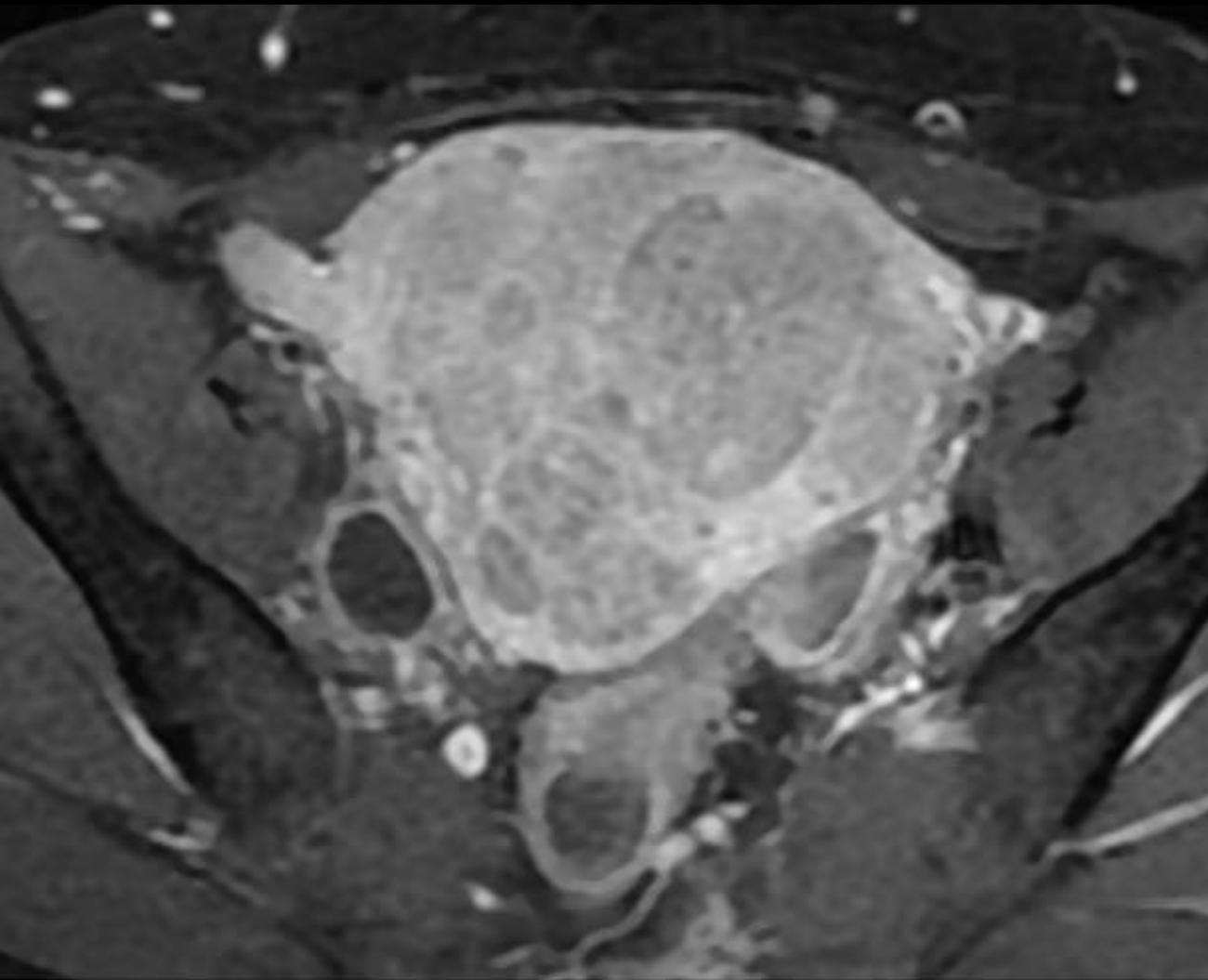
- 24-48h : Douleurs pelviennes, titration morphinique, hospitalisation
- 15 premiers jours : Retour à domicile, arrêt de travail, repos, antalgiques et anti-inflammatoires. Diminution progressive des douleurs.

Post-Opératoire

- 24-48h : Douleurs pelviennes, titration morphinique, hospitalisation
- 15 premiers jours : Retour à domicile, arrêt de travail, repos, antalgiques et anti-inflammatoires. Diminution progressive des douleurs.
- 15j-3 mois : amélioration des symptômes, cycles irréguliers.

Post-Opératoire

- 24-48h : Douleurs pelviennes, titration morphinique, hospitalisation
- 15 premiers jours : Retour à domicile, arrêt de travail, repos, antalgiques et anti-inflammatoires. Diminution progressive des douleurs.
- 15j-3 mois : amélioration des symptômes, cycles irréguliers.
- 3 mois : contrôle IRM, pas de suivi ultérieur.



Efficacité

- Saignements : > 90% efficacité.
- Douleurs et pesanteurs pelviennes > 80% efficacité (association lésionnelle adénomyose/varices/endométriose)
- Réduction volumique variable, non corrélée avec l'efficacité clinique.

Embolisation de l'adénomyose

Micro particules plus petites

300 -500µm

Plus douloureux

Dévascularisation adénomyome

Diminution épaisseur zone jonctionnelle

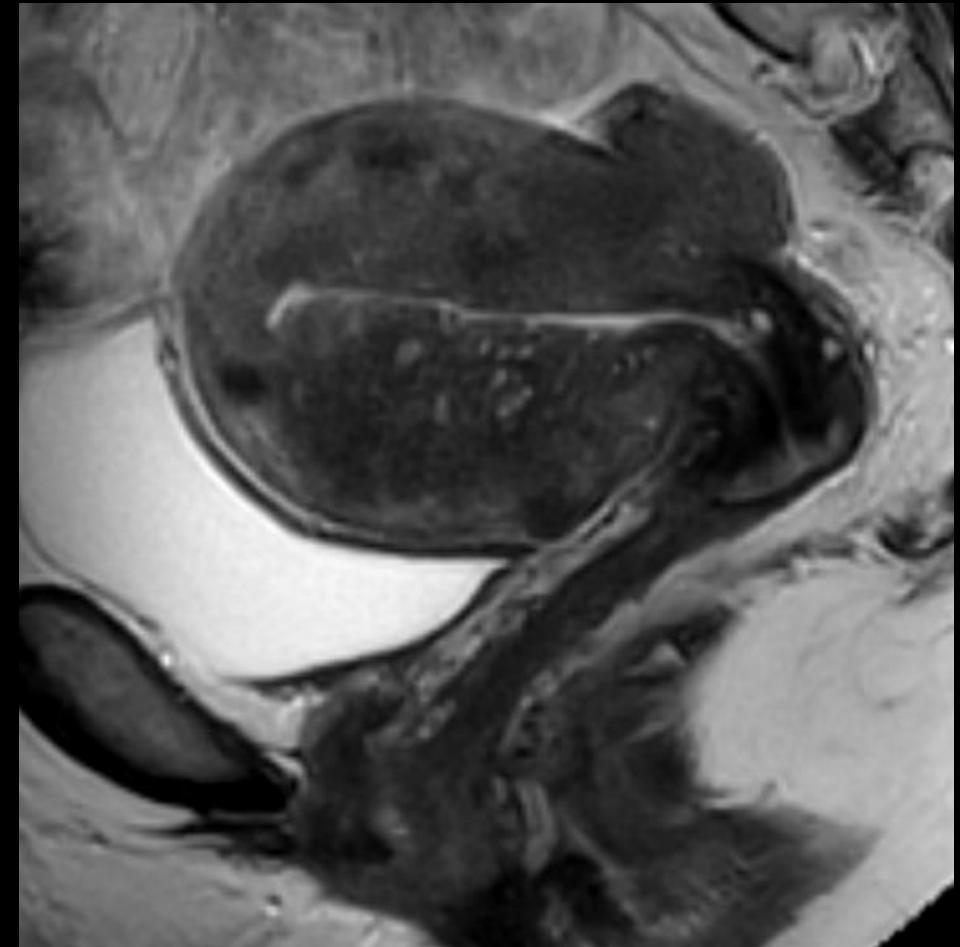
Amélioration symptômes 85%

Uterine Artery Embolization for the Treatment of Adenomyosis: A Systematic Review and Meta-Analysis

Annefleur M. de Brujin, MD • Marieke Smink, MD • Paul N.M. Lohle, MD, PhD •

Judith A.F. Huirne, MD, PhD • Jos W.R. Twisk, PhD • Caroline Wong, BSc • Linda Schoonmade, MA •

Wouter J.K. Hehenkamp, MD, PhD



Complications

- Douleurs
- Infection
- Myome bloqué

Complications

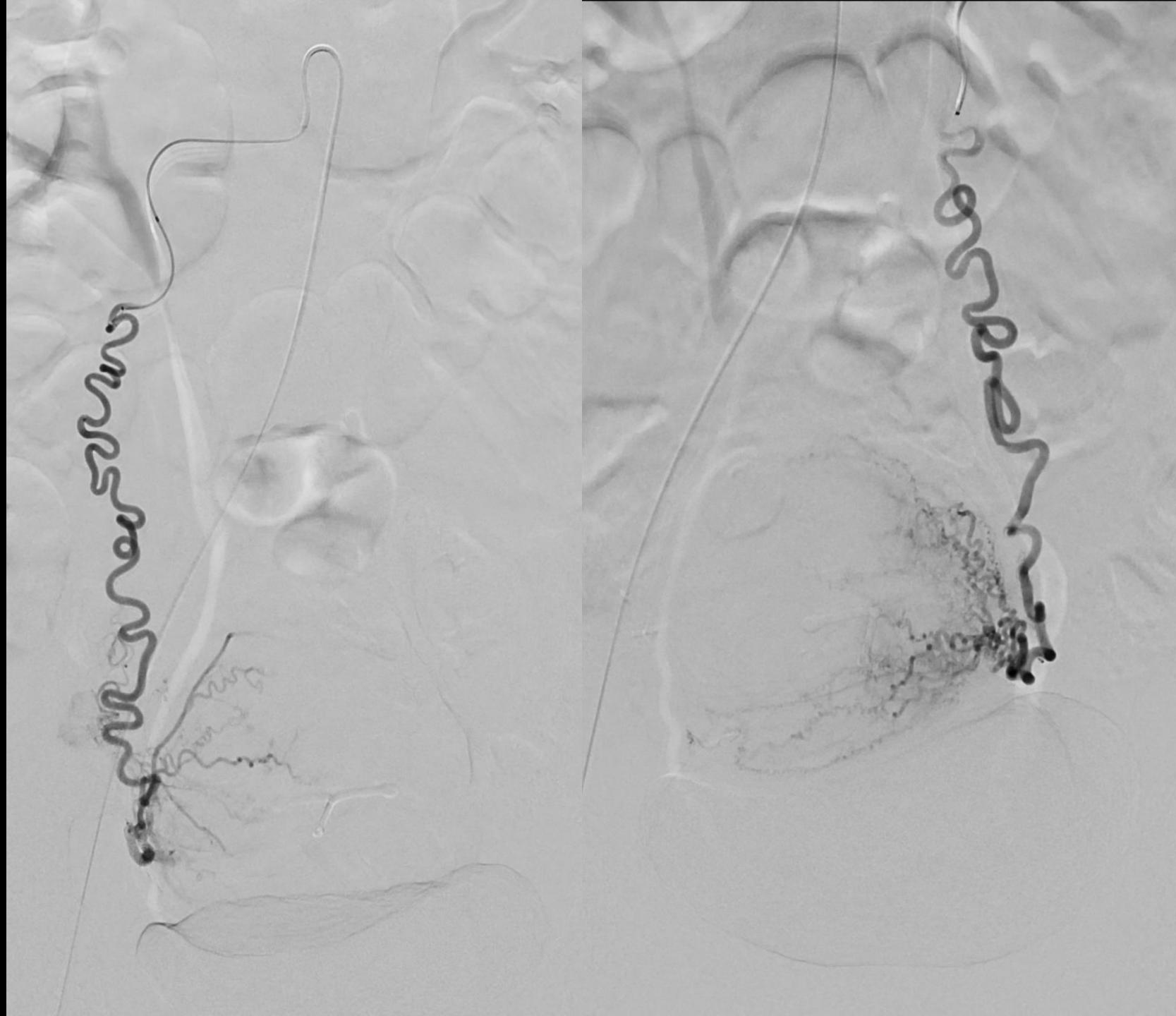
- Douleurs
- Infection
- Myome bloqué



Après curetage
hémostatique

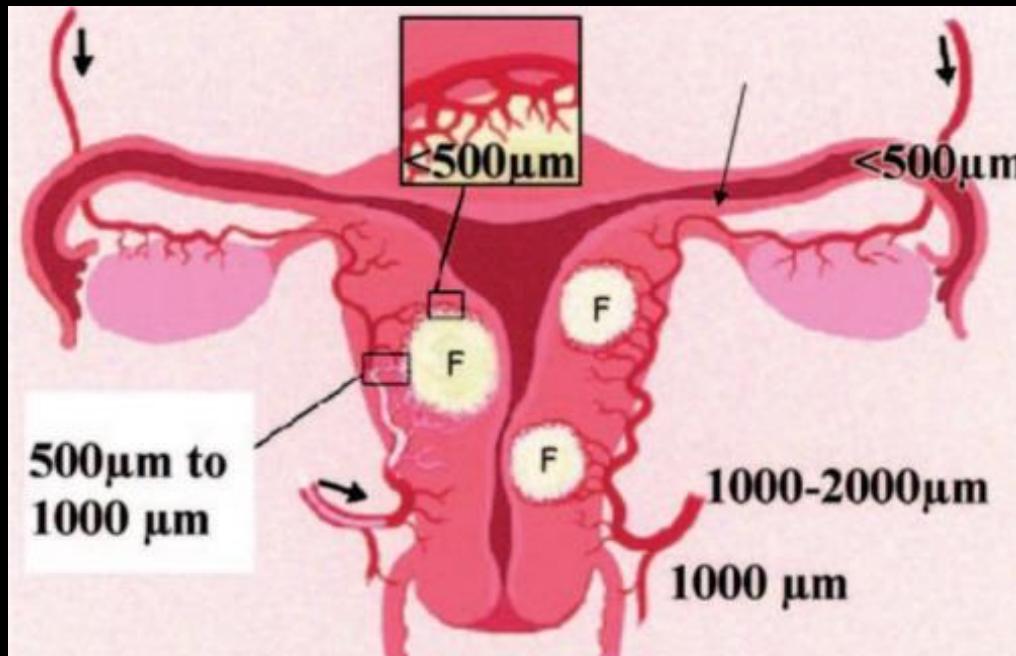
Complications

- Douleurs
- Infection
- Myome bloqué
- Echec



Embolisation et désir de grossesse

- Résultats **variables** dans la littérature
 - Grossesse 29 à 69%
- Privilégier billes plus volumineuses ($700\text{-}900\mu\text{m}$)
- Discussion pluridisciplinaire sur les options si désir de grossesse
 - Myomectomie versus EAU
- **Attendre 6 mois avant futur conception**
- Aménorrhée secondaire 1% littérature
Ménopause précoce rare depuis calibration des microparticules,





CENTRE HOSPITALIER DE PAU

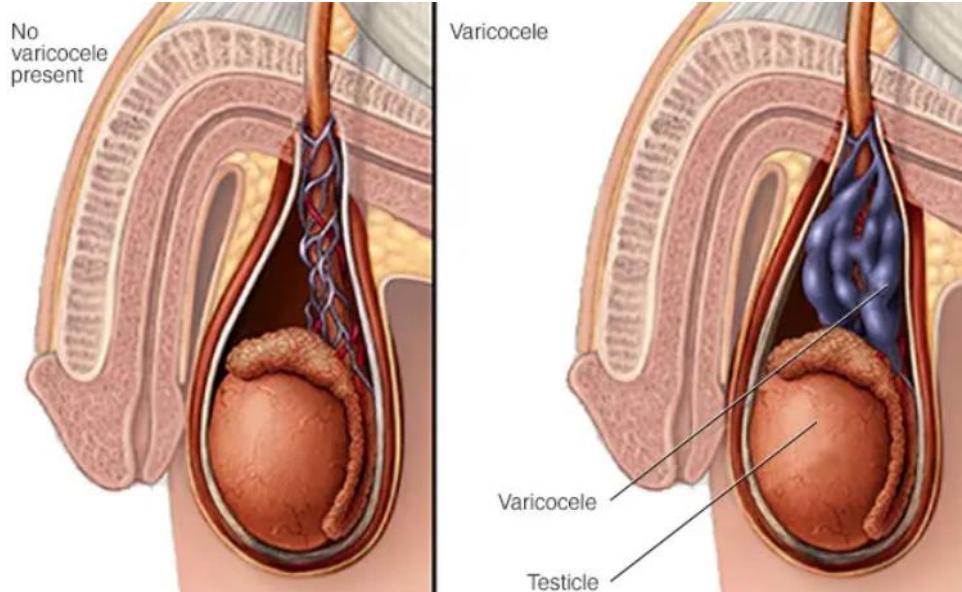
Établissement support du Groupement
Hospitalier de Territoire Béarn et Soule



Embolisation de varicocèle

B. Legghe | 18 décembre 2025

-Dilatation des plexus pampiniforme



- A gauche +++ par reflux de la veine testiculaire gauche
- fréquent : 15 à 20% de la population masculine



Les varicocèle sont fréquemment asymptomatiques et ne justifient pas de traitement systématique

Indication de traitement :

- Douloureux
- Gène esthétique
- PMA (OATS)

Diagnostique : clinique + échographie

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'ANDROLOGIE ET DE MÉDECINE SEXUELLE DE L'AFU CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA VARICOCÈLE

Auteurs : C. Methorst, W. Akakpo, J.P. Graziana, L. Ferretti, R. Yiou, N. Morel-Journel, J.E. Terrier, S. Beley, D. Carnicelli, V. Hupertan, F.X. Madec, A. Faix, F. Marcelli, E. Huyghe

Référence : Prog Urol, 2021, 3, 31, 119-130

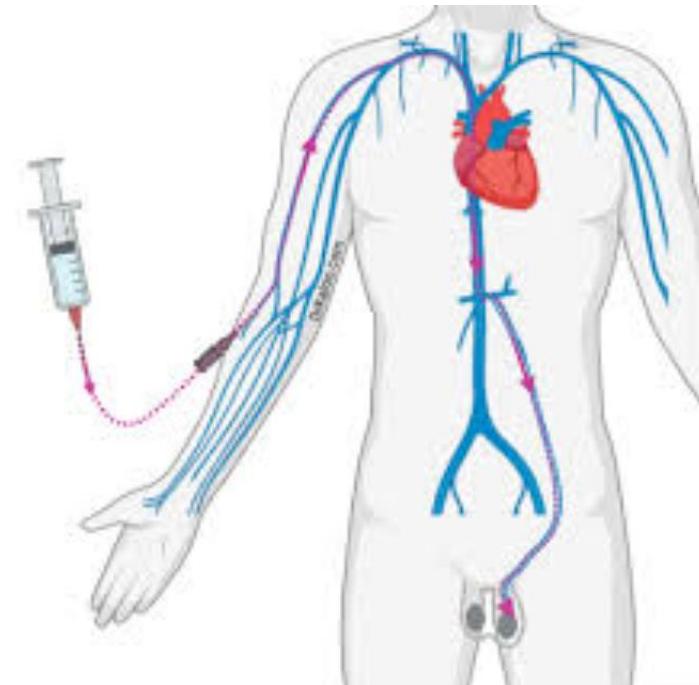
Mots clés : Cure de varicocèle, Embolisation rétrograde, Infertilité masculine, Micro-chirurgie, Varicocèle

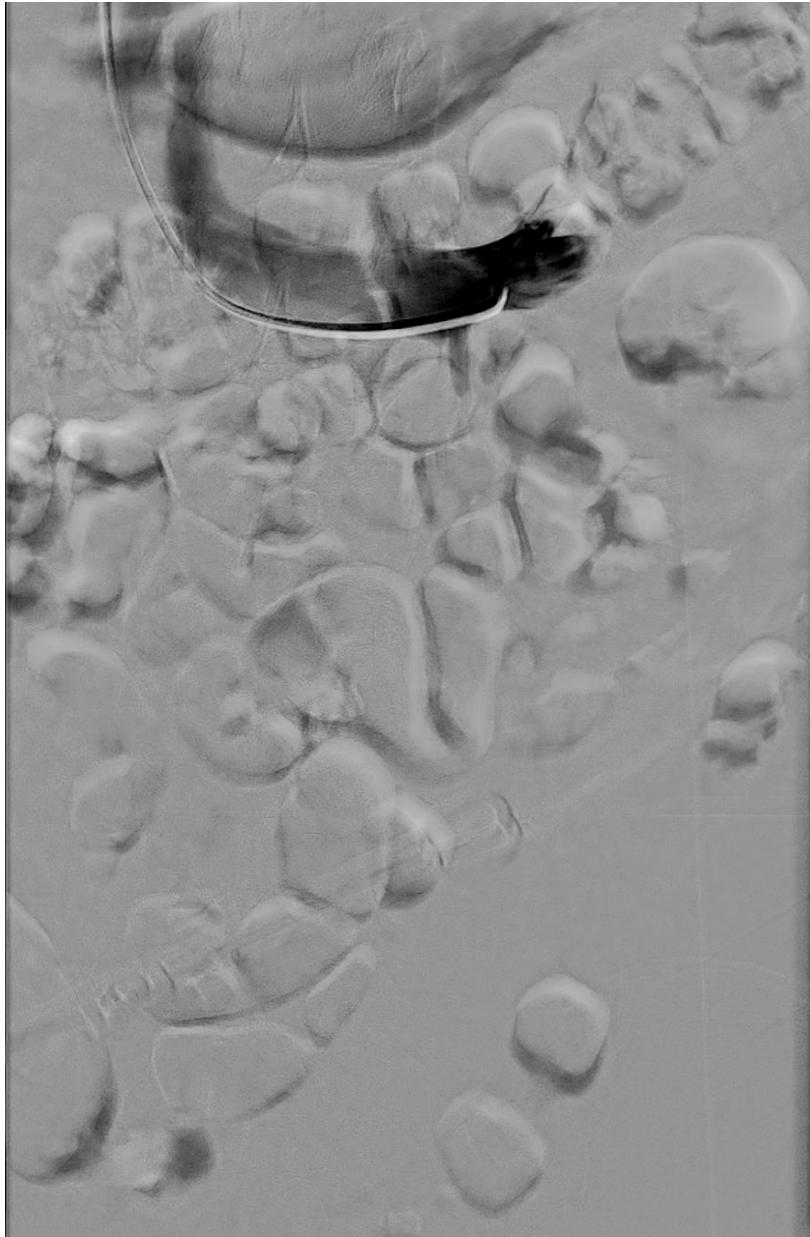
L'embolisation percutanée rétrograde est une alternative mini-invasive offrant des résultats satisfaisants avec des complications rares et souvent bénignes. La cure de varicocèle entraîne une amélioration des paramètres

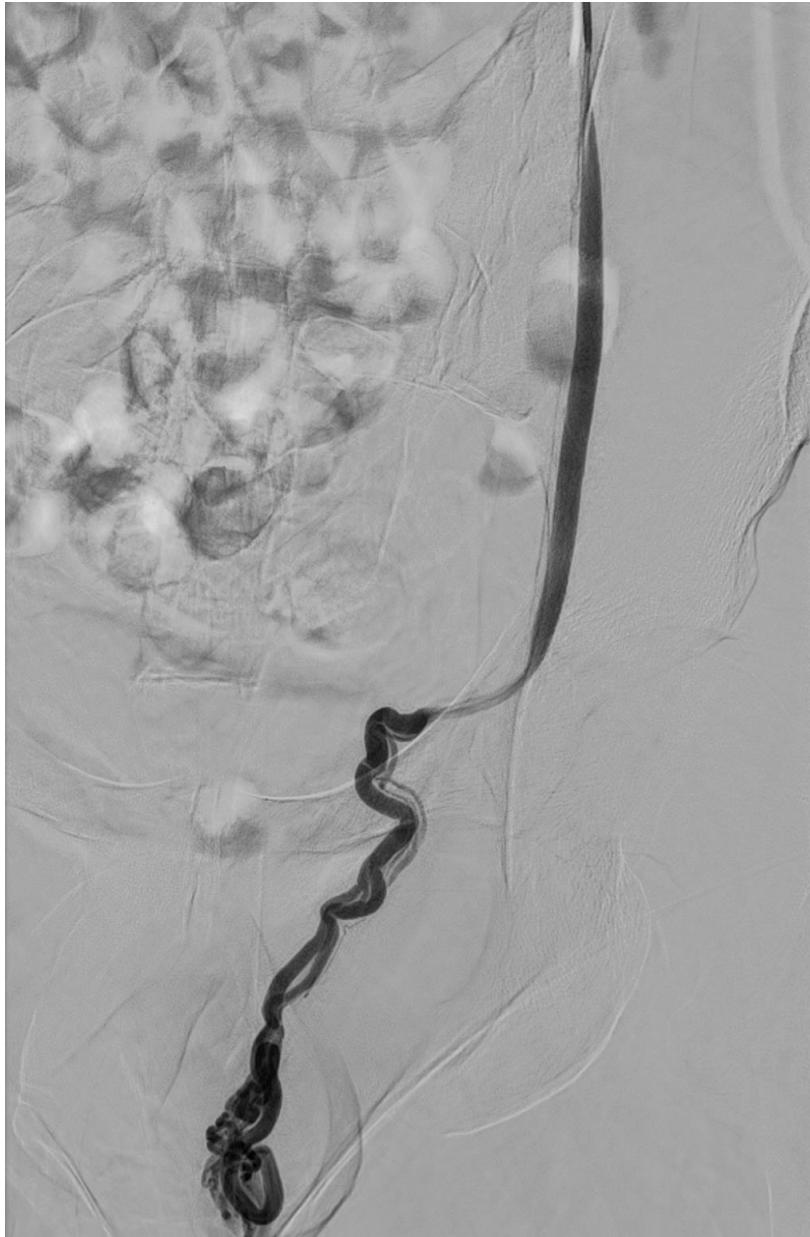
Malheureusement, il n'existe aucune étude de fort niveau de preuve comparant la technique chirurgicale de référence (la cure chirurgicale par voie sub-inguinale avec magnification optique) et l'embolisation percutanée.

En pratique l'embolisation est le plus souvent privilégiée (même par les urologues)

- Procédure courte (<1h)
- En ambulatoire
- Sous anesthésie locale
- Abord veineux au membre supérieur droit
- Efficace (> 90%)
- Rares complications











Retrait d'implant contraceptif

B. Legghe | 18 décembre 2025

Retrait d'implant contraceptif échoguidé



Si implant non palpable ou si échec de première tentative

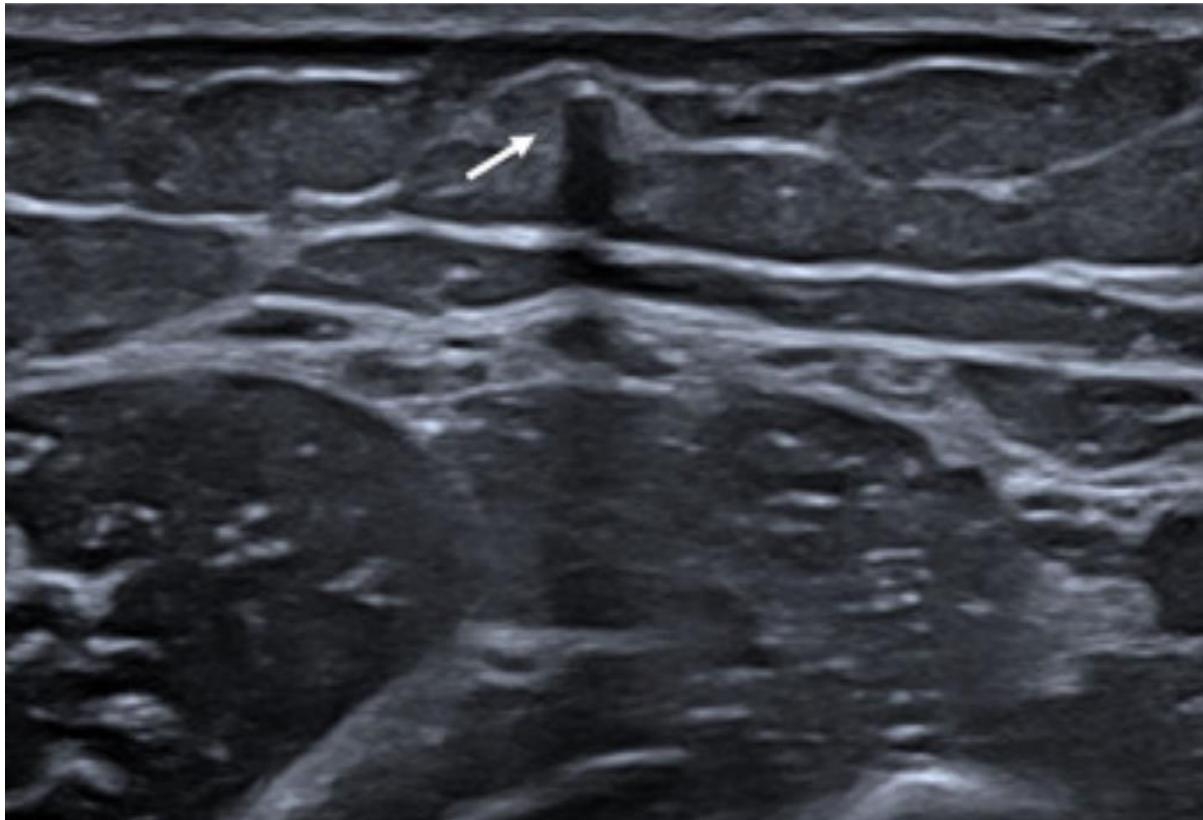
Retrait d'implant contraceptif échoguidé

Interventional | [Open Access](#) | Published: 14 October 2021

Minimally invasive removal of deep contraceptive implants under continuous ultrasound guidance is effective, quick, and safe

[Thibaut Jacques](#) , [Charlotte Brienne](#), [Simon Henry](#), [Hortense Baffet](#), [Géraldine Giraudet](#), [Xavier Demondion](#) & [Anne Cotten](#)

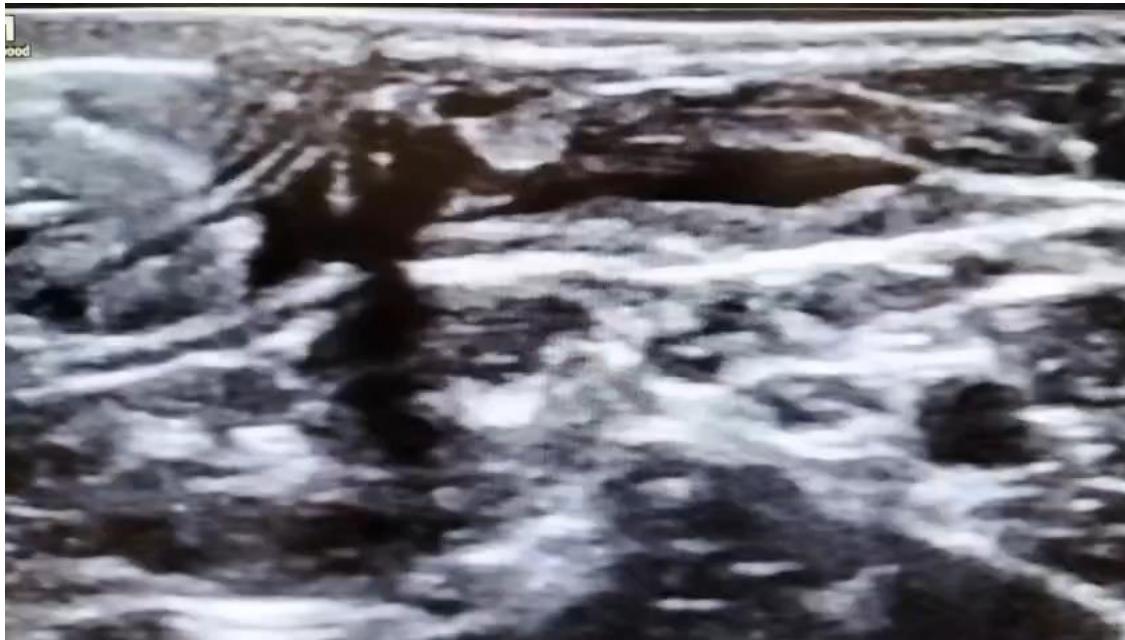
Retrait d'implant contraceptif échoguidé



Repérage

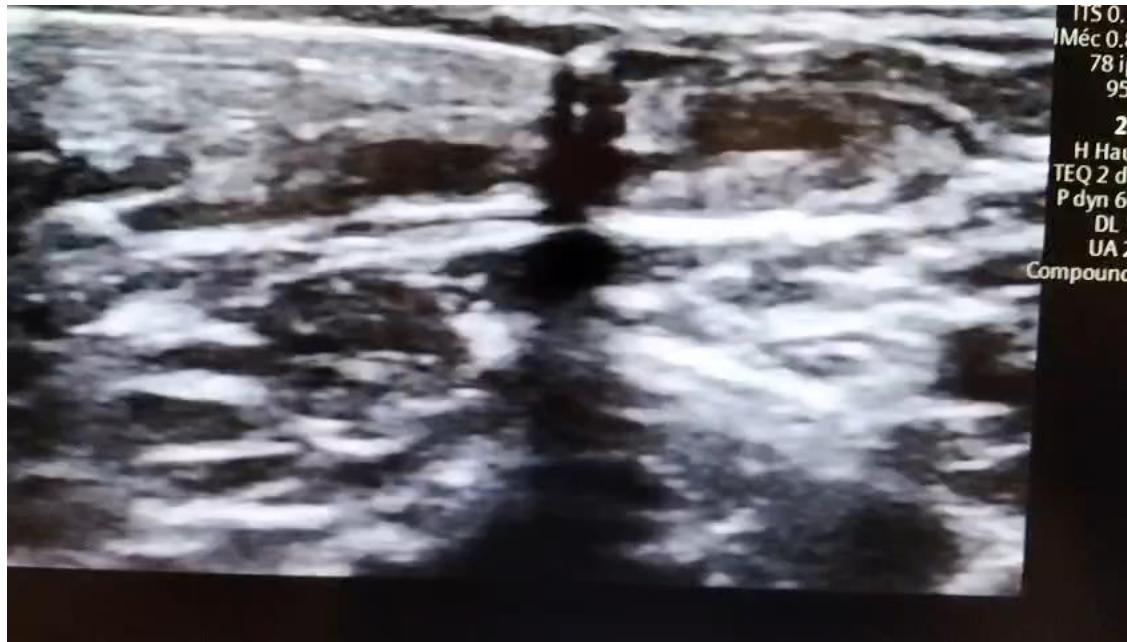
Retrait d'implant contraceptif échoguidé

Anesthésie locale +++ et courte incision (3mm)

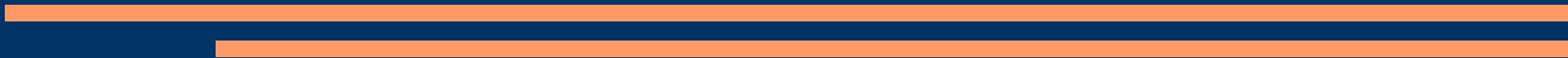


Retrait d'implant contraceptif échoguidé

Anesthésie locale +++ et courte incision (3mm)



Infiltrations rachidiennes



1

Eliminer les lombalgies d'origine extra rachidienne et repérer les lombalgies compliquées (triage)

Lombalgies aiguës extra rachidiennes

- Pathologies de la hanche
- Pathologies viscérales (Pyélonéphrite, prostatite, Cholécystite, Lithiasse urinaire, endométriose)
- Pathologies vasculaires (Anévrisme aortique)

Lombalgies aiguës avec drapeaux rouges à l'interrogatoire

- l'âge > 70ans (Tassement vertébral) ou âge < 18 ans
- le traitement par corticothérapie ou la toxicomanie IV,
- antécédent de cancer (méta osseuse)
- traumatisme récent à haute cinétique !

Lombalgies aiguës compliquées d'un syndrome de la queue de cheval

- Déficit moteur des membres inf
- Abolition des ROT (L4 ; S1)
- Anesthésie en selle
- Troubles génito-sphinctériens (Incontinence urinaire, globe urinaire, hypotonie anale au TR)

IMAGERIE D'EMBLEEE

2

Traitement médical si lombalgie aiguë commune (pas d'imagerie en 1ère intention)

-ANTALGIIQUES
-AINS

REPOS (AT 5 jours)
+
REPRISE PRECOCE ACTIVITÉ QUOTIDIENNE

CONSEILS/HYGIENELOMBAIRE

[Activ'Dos pour Android](#)

[Activ'Dos pour iOS Apple](#)

PAS D'AMELIORATION à J15

AMELIORATION à J15

KINESITHERAPIE
Massages décontracturants

SI AMELIORATION

KINESITHERAPIE
Renforcement musculaire
Etirements
Méthode Mc McKenzie

SI PAS D'AMELIORATION
à 6 semaines

IRM LOMBAIRE

Claudication neurogène sur CLE

- Avis neurochirurgical en urgence si déficit moteur sévère et/ou progressif
- IRM lombaire

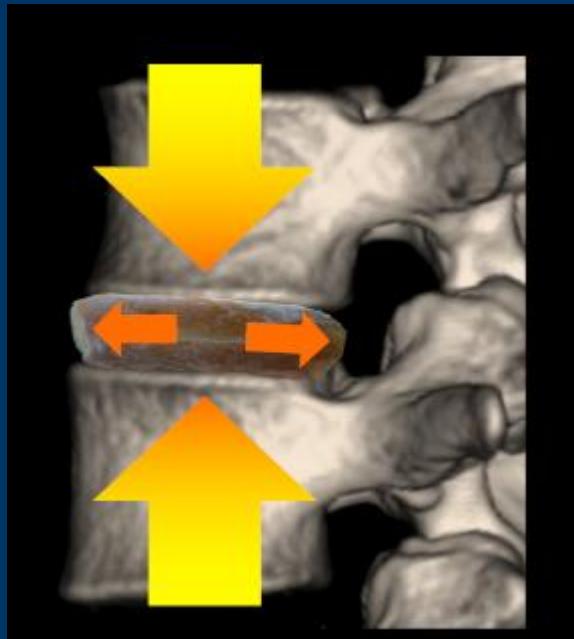
Syndrome radiculaire L2 à S1

Lombosciatique et lombocruralgie

- IRM selon atteinte neurologique
- Traitement : infiltration si douleur incontrôlée à 2-3 semaines ± avis spécialisé rhumatologique
- Avis chirurgical si très douloureux après 4-6 semaines

Généralités

.Colonne antérieure : discopathies dégénératives:



Disque déshydraté



Bombement discal
global

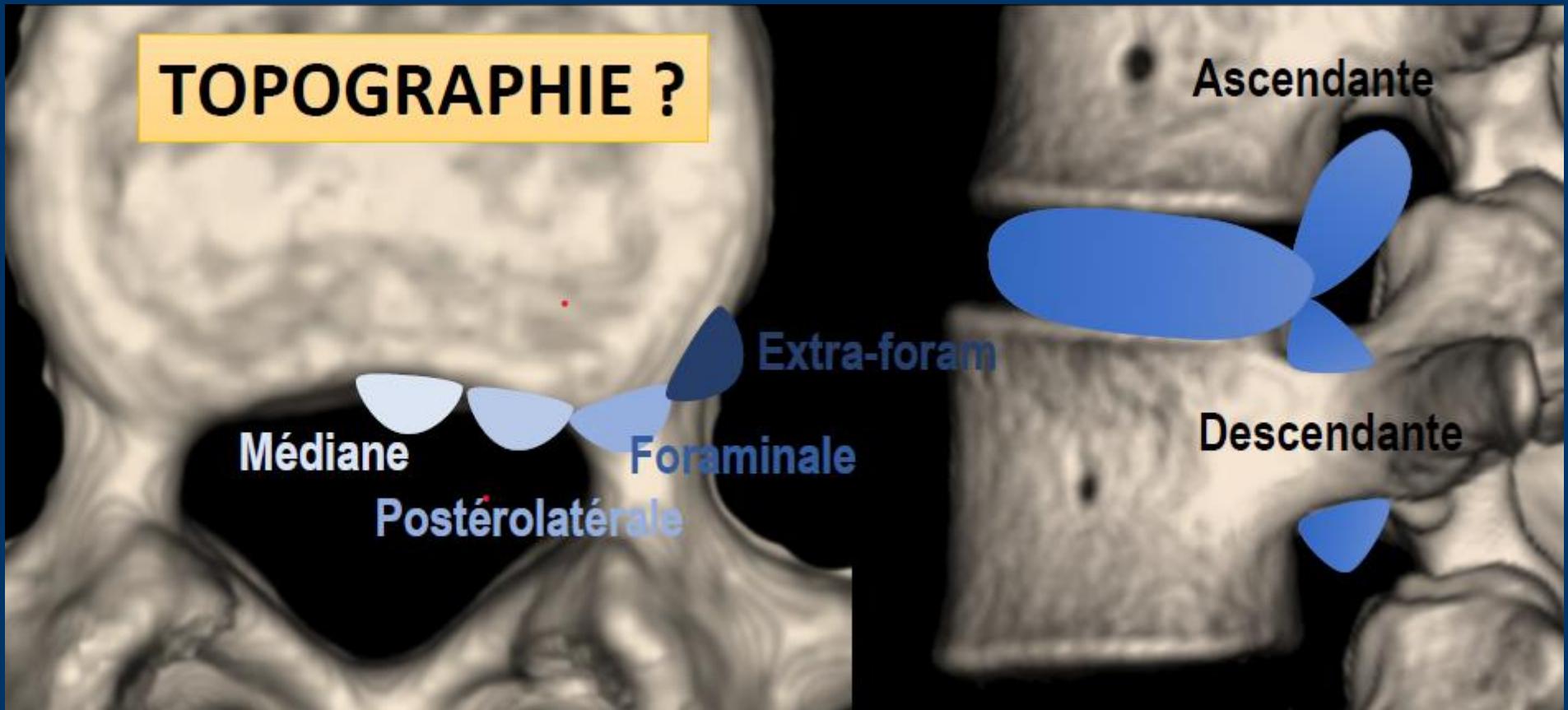


Fissuration et hernie du nucléus

MODIC



Les conflits lombo-radiculaires par hernie du nucleus



Protrusion

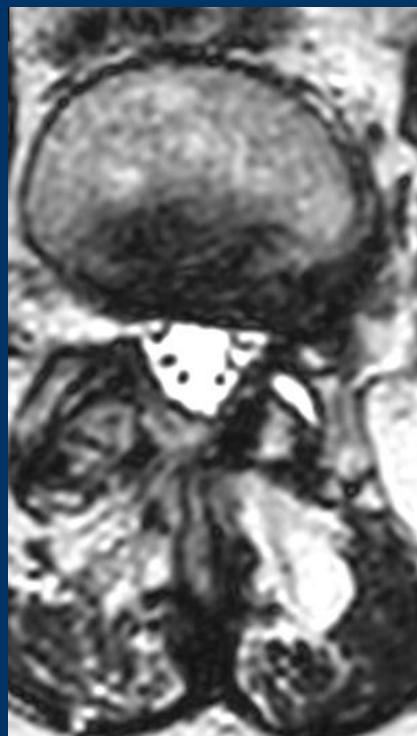
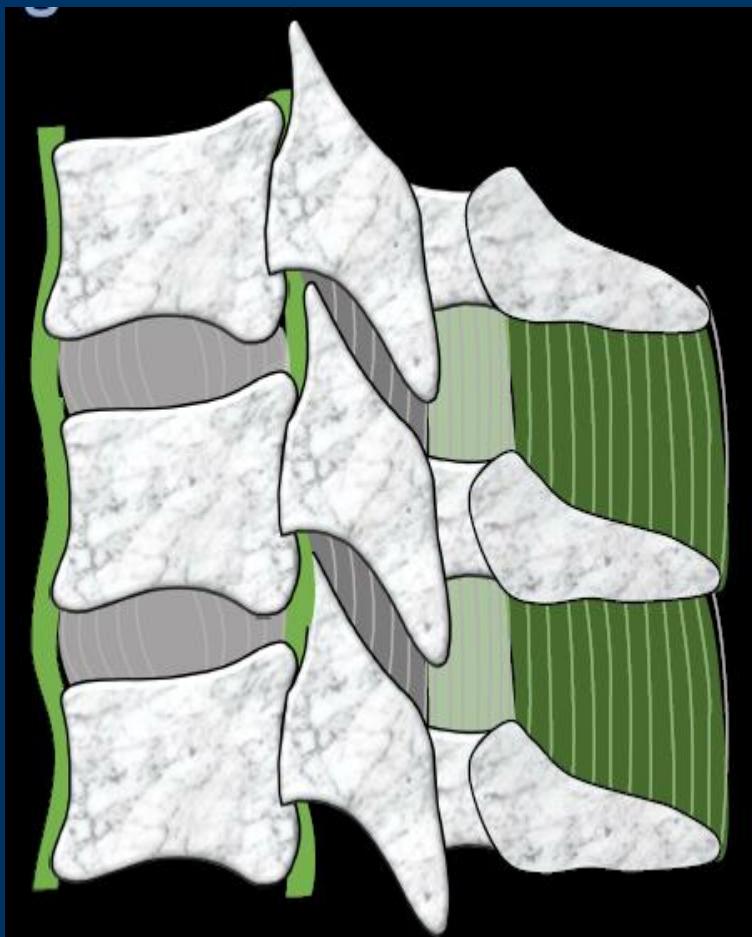
Extrusion

Exclusion

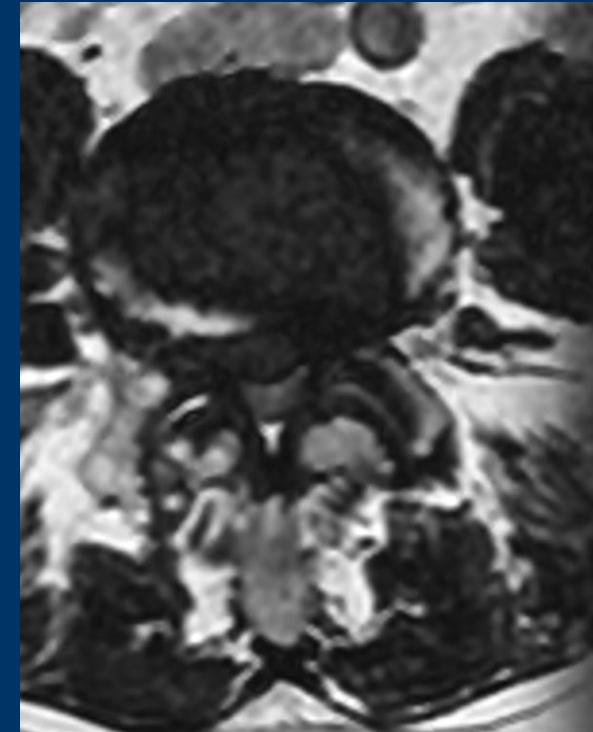
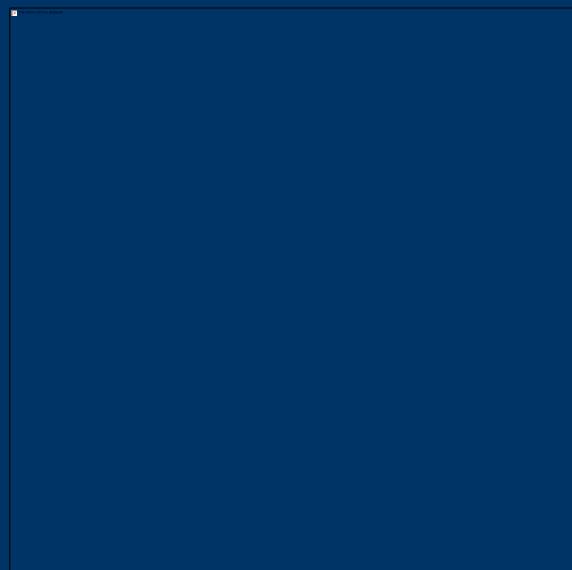
Colonne Postérieure

Arthrose articulaire postérieure potentiellement en phase inflammatoire.

Hypertrophie des ligaments jaunes, Lipomatose épидurale



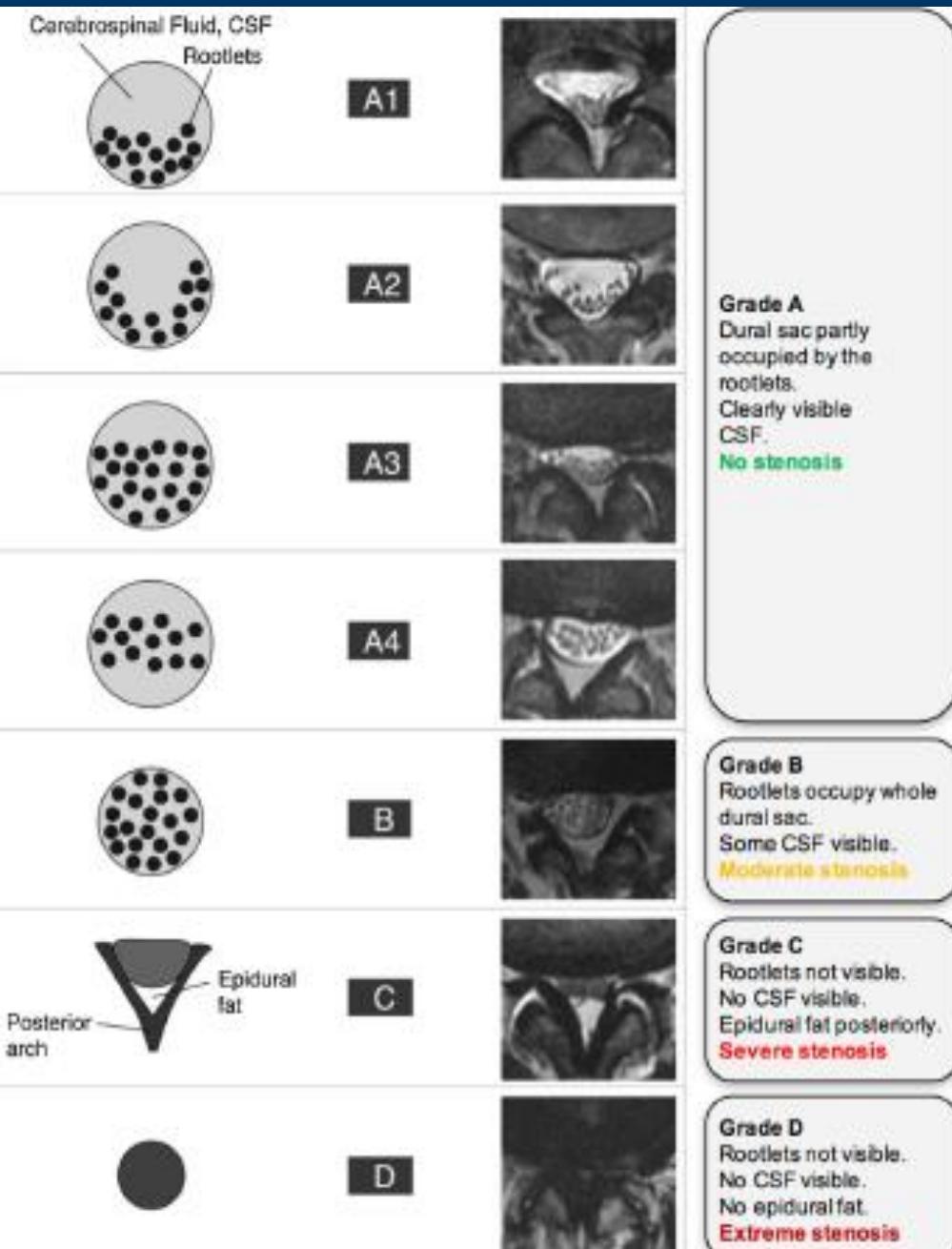
Sténoses Canalaires centrales



Constitutionnelle,
osseuse

Acquise, parties molles

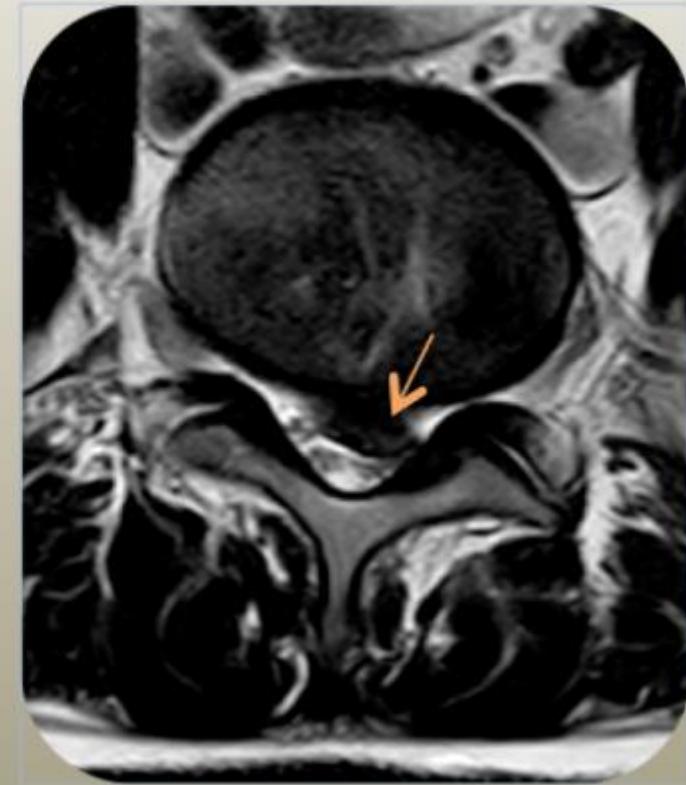
Sténose Canalaire



- Etage cervical (ou thoracique) : myélopathie arthrosique
- Etage lombaire : atteinte pluriradiculaire / Syndrome de la queue de cheval.
- Gradation de la sténose lombaire, classification de Schizas

Infiltrations épidurales : indications

- Hernie discale symptomatique : Atteinte radiculaire, lombo radiculalgie.



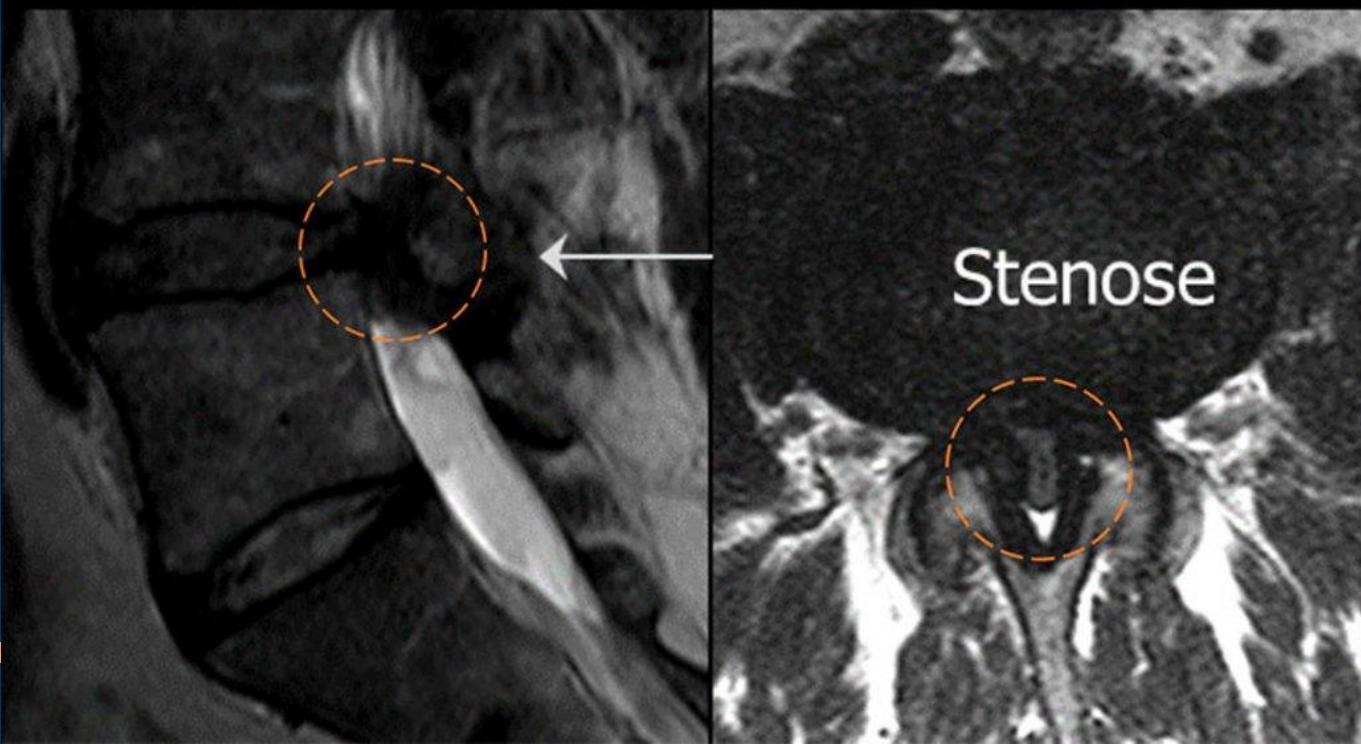
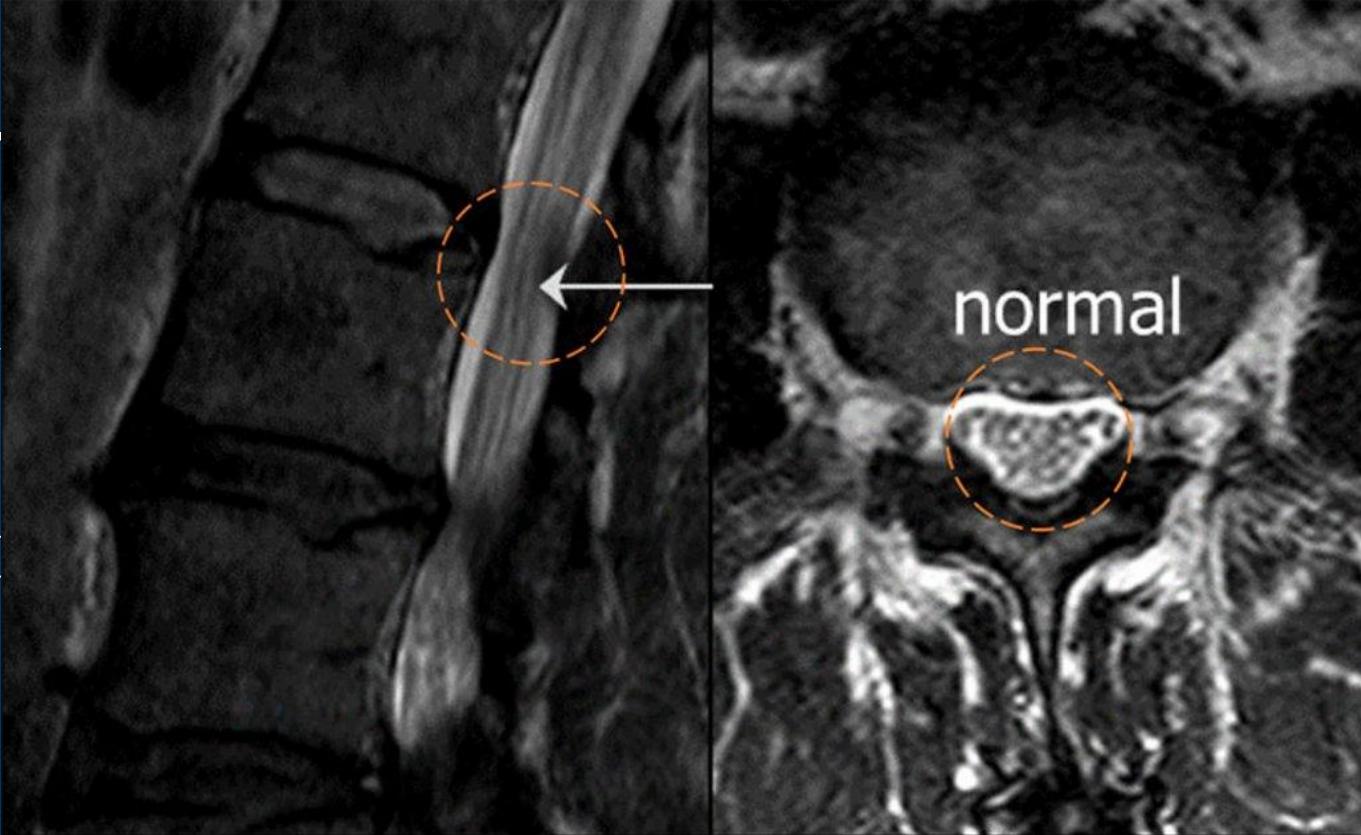
Infiltrations épidurales : indications

- Hernie discale symptomatique : Atteinte radiculaire, lombo radiculalgie.
- Sténose canalaire centrale grade B ou C, claudication neurogène



Infiltrat

- Hernie discal
- Sténose canalaire



Contre indications

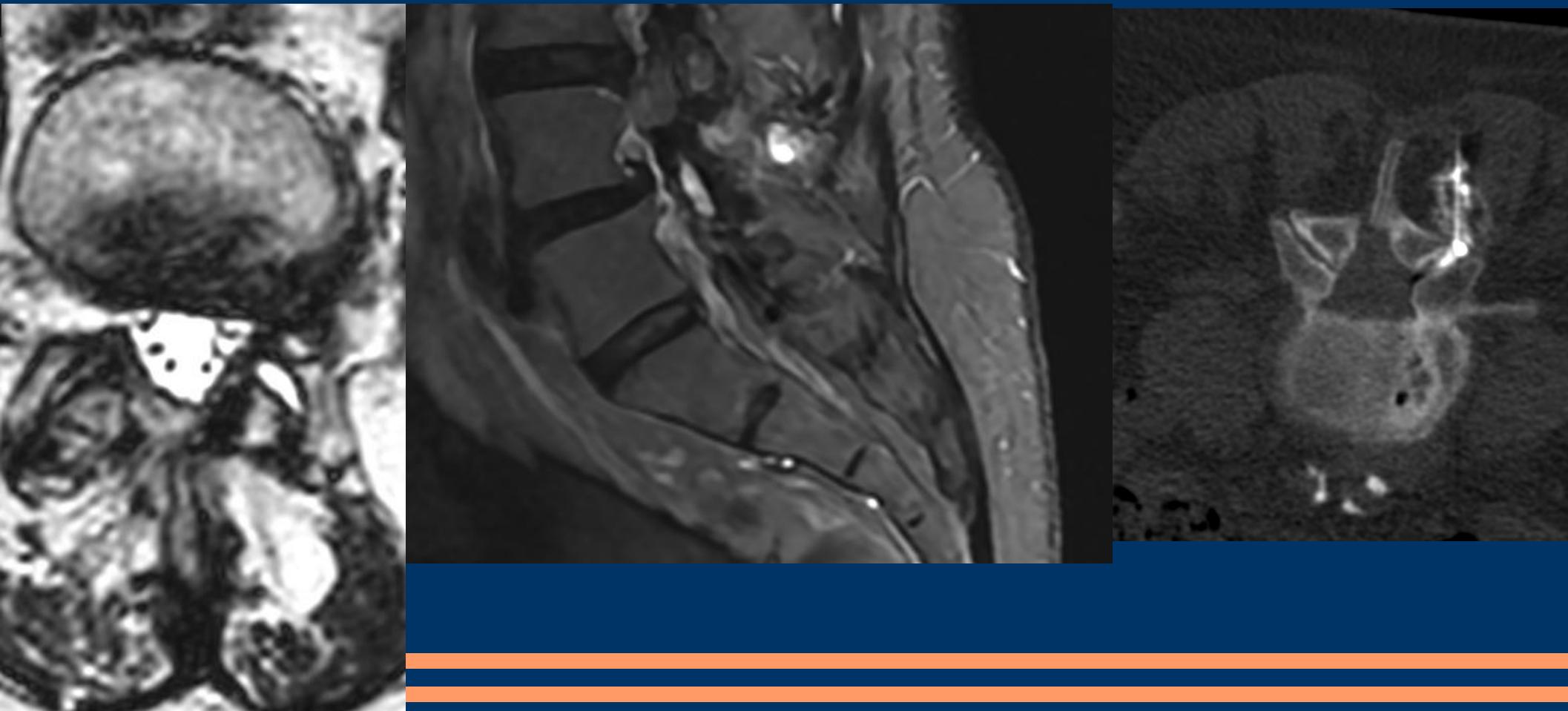
- Etat infectieux intercurrent
- Troubles de l'hémostase et anticoagulant
- Relative : Rachis opéré

En cas d'antécédent chirurgical, la voie d'abord doit se situer à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacrococcygien (AE).

En l'état actuel des produits disponibles en France, la voie foraminale est contre-indiquée

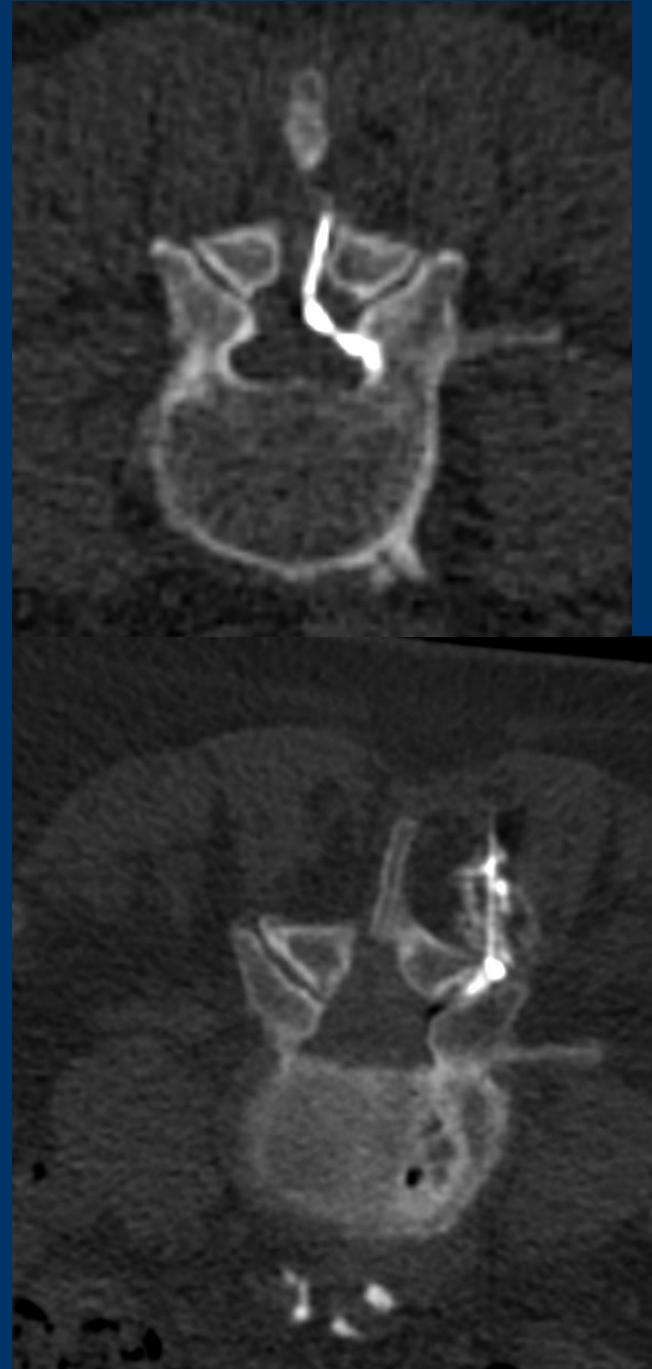
Infiltrations articulaires postérieures : indications

- Lombalgie chronique, 15-20% des lombalgies
 - Pas de clinique spécifique
 - IRM (ou scintigraphie) : aide au diagnostic et au ciblage



En pratique

- IRM + bilan coagulation
- En ambulatoire
- Durée 20 minutes
- En DV
- Aiguille à PL
- Hydrocortancyl + ioméron 300, contrôle TDM
- Dexaméthasone si rachis déjà opéré
- Repos 24-48h
- Possibilité de réitérer 3 fois par an si efficace



Complications

- Exceptionnelles
 - Hémorragiques
 - Infectieuses
 - Syndrome Post PL
 - Accidents médullaires
-

Conclusion

- Procédures sûres
- Si corrélation clinique-imagerie +++
- Si pas de corrélation évidente, intérêt de la scintigraphie dans les lombalgies inexplicées