

prise en charge du syndrome du défilé

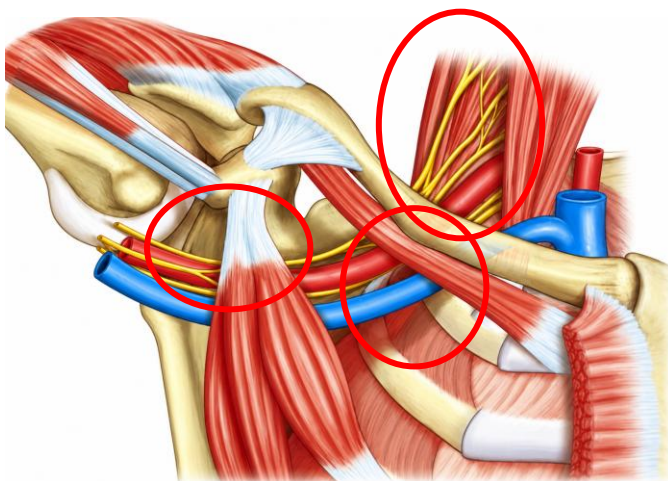
ARCHIV 10 OCTOBRE 2026
Valence

Dr Pierre-Olivier THINEY

Dr BECK-Dr DANIEL- Dr DELANNOY-Dr STREICHENBERGER

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

DEFINITION/PHYSIOPATHOLOGIE



DEFILE
INTERSCALENIQUE

DEFILE COSTO
CLAVICULAIRE

DEFILE PETIT
PECTORAL

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

PHYSIOPATHOLOGIE: REDUCTION DU DEFILE PHYSIOLOGIQUE

ANOMALIE OSSEUSE

ACQUISE (pseudarthrose...) ou
CONGENITALE
(côte cervicale,
apophysomégalie)



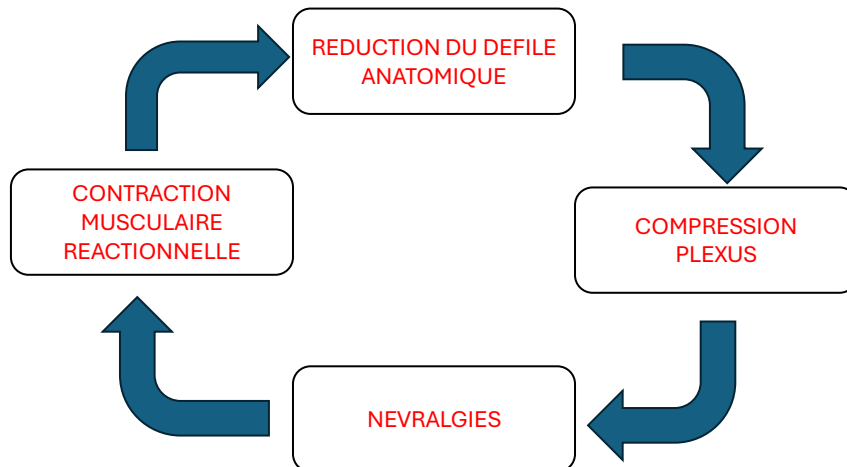
ANOMALIES MUSCULAIRES OU
TENDINEUSES/ TRAJET DU PLEXUS
(ligt suspenseur, trajet
intrascalenique C8, dédoublement
scalène, fusion des scalènes)

TROUBLES POSTURAUX, GESTES
REPETITIFS (travail, sport),
TRAUMATISMES FERMES CERVICAUX

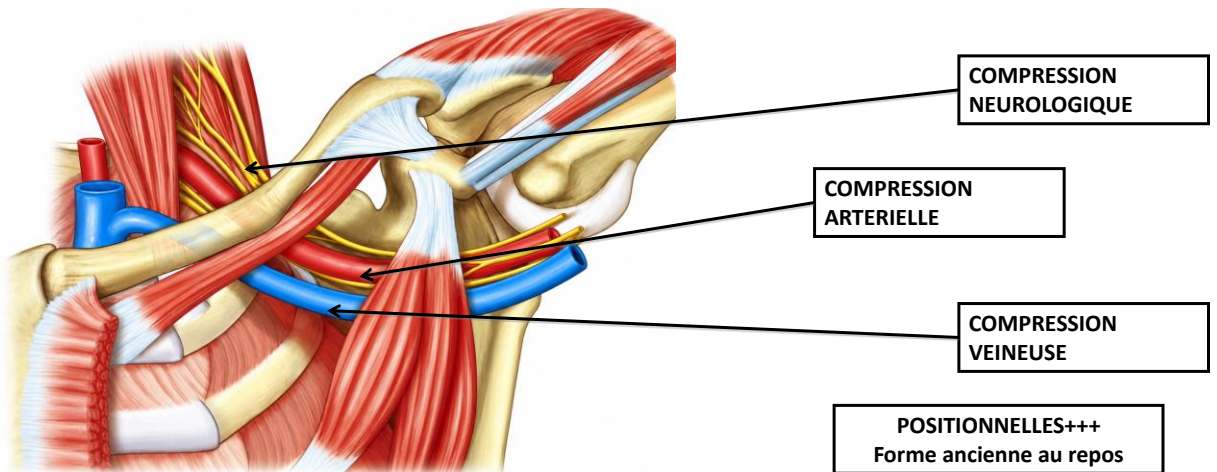


www.groupe-vasculaire-lyon.fr

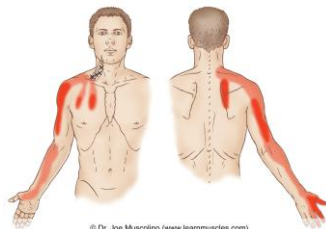
PHYSIOPATHOLOGIE DE LA FORME NEUROLOGIQUE



MANIFESTATIONS



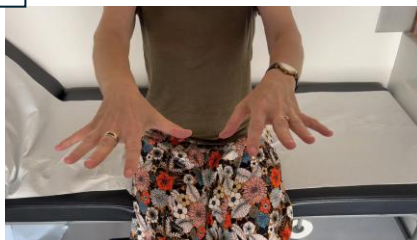
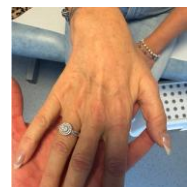
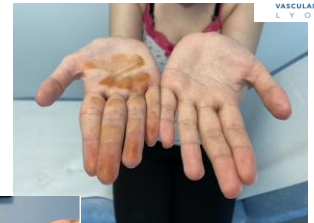
MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES



© Dr. Joe Muscolino (www.isanmuscles.com)

OBJECTIVE

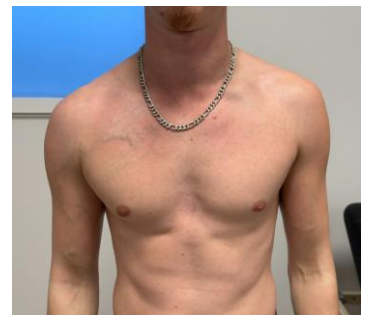
SUBJECTIVE



MANIFESTATIONS VEINEUSES: Syndrome de Paget Schroetter



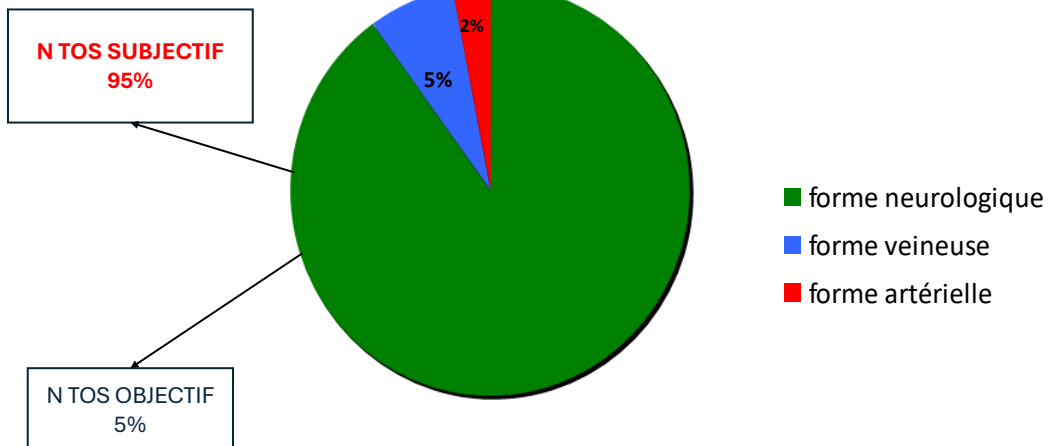
MANIFESTATIONS VEINEUSES: Compression intermittente : syndrome de Mac Laughlin



MANIFESTATIONS ARTERIELLES



répartition des formes cliniques



DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

INTERROGATOIRE:

- Age
- Membre dominant
- Travail (décrire+++)
- Antécédents
- Traumatisme +++
- Pratique sportive+++
- Contexte psycho social et familial
- Prise médicamenteuse (antalgiques++) et toxiques

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

SIGNES FONCTIONNELS:

- Depuis quand? Fréquence?
- Symptômes?
- Ce qui les déclenche?
- Evaluation du handicap quotidien (tel, douche, coiffage...)
- SCORE D'EVALUATION (QUICK DASH TEST)

Quick DASH

Veuillez évaluer vos possibilités d'effectuer les activités suivantes au cours des 7 derniers jours en entourant la chiffre placé sous la réponse appropriée

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté importante	Impossible
1. Descendre un sac ou valise sur le sol	1	2	3	4	5
2. Effectuer des tâches ménagères lourdes (nettoyage des sols ou des murs)	1	2	3	4	5
3. Porter des sacs de provisions ou une valise	1	2	3	4	5
4. Se lever le soir	1	2	3	4	5
5. Couper la nourriture avec un couteau	1	2	3	4	5
6. Activités de loisir nécessitant une certaine force ou avec des chocs au niveau de l'épaule, du bras ou de la main (tennis, golf, etc.)	1	2	3	4	5
	Pas du tout limité	Légèrement limité	Moyennement limité	Beaucoup limité	Entièrement limité
7. Pendant les 7 derniers jours, à quel point votre épaule, votre bras ou votre main vous a-t-il fait gêner dans vos activités avec votre bras, vos épaules ou vos poignets ? (entourer une seule réponse)	1	2	3	4	5
	Pas du tout limité	Légèrement limité	Moyennement limité	Très limité	Incapable
8. Avec-vous été limité dans votre travail ou une de vos activités quotidiennes habituelles en raison de problèmes à votre épaule, votre bras ou votre main?	1	2	3	4	5
	Aucune	Légère	Moyenne	Importante	Extrême
9. Douleur de l'épaule, du bras ou de la main (ponctuelle ou fréquente)	1	2	3	4	5
10. Difficulté de l'épaule, du bras ou de la main	1	2	3	4	5
	Pas du tout perturbé	Un peu perturbé	Moyennement perturbé	Très perturbé	Totalement perturbé que je ne peux pas dormir
11. Pendant les 7 derniers jours, votre sommeil a-t-il été perturbé par une douleur de votre épaule, de votre bras ou de votre main ? (entourer une seule réponse)	1	2	3	4	5

Le score QuickDASH n'est pas valable s'il y a plus d'une réponse manquante.

Calcul du score du QuickDASH : $\frac{10 \times (\text{nombre des 2 réponses} - 1)}{5}$ x 25, où 0 est égal au nombre de réponses.

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

DEM

SIGNES PHYSIQUES:

INSPECTION:

Troubles de statique, position
viciieuse, musculature
Oedème
Varices
Amyotrophie



DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

SIGNES PHYSIQUES:

PALPATION:

- Pouls radial au repos et en mobilisation + rotation cervicale: <90°
- Creux sus claviculaire: contracture des scalènes, déclenchement des douleurs
- Pince costo-claviculaire/ inter-scalénique
- Petit pectoral
- Rachis+++ et Trapèze
- Mobilisation de l'épaule
- TEST DU CHANDELIER ++++ (50 flexions palmaires): claudication, fatigabilité, paresthésies





DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

DIAGNOSTIC CLINIQUE

www.groupe-vasculaire-lyon.fr



DEMARCHE DIAGNOSTIQUE PARACLINIQUE

ECHO-DOPPLER ARTERIEL ET VEINEUX DYNAMIQUE DE MEMBRE SUPERIEUR:

-Artériel:

Anomalie au repos? anévrisme, sténose

Compression oui/non? Si oui à quel degré (<90°)? À quel endroit? Rotation cervicale?

-Veineux:

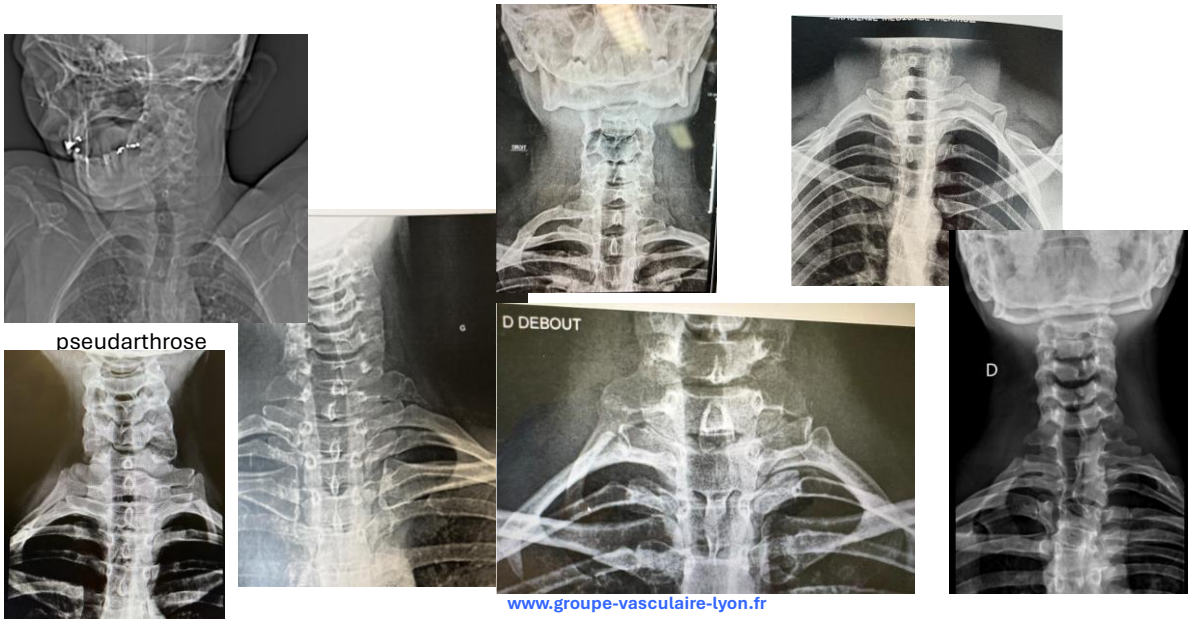
-au repos: TVP? Synéchies? Collatérales?

-Dynamique: compression? Si oui à quel degré?

UN ECHO DOPPLER NORMAL N'ELIMINE PAS UN SDTB

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

PARACLINIQUE: RADIO CERVICALE



DEMARCHE DIAGNOSTIQUE PARACLINIQUE

E.M.G.

EN GENERAL NORMAL

INTERET DE L'EMG DYNAMIQUE?

POTENTIEL EVOQUES SOMESTHESIQUES?

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE PARACLINIQUE

**Angio TDM avec manœuvre
dynamique**

Anomalie osseuse,

**Examen vasculaire et
complication**



www

COMPLETE

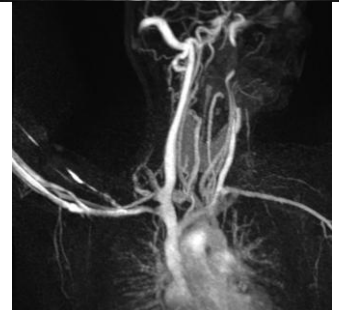
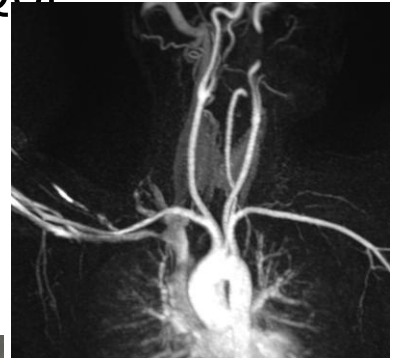
DEMARCHE DIAGNOSTIQUE PARACLINIQUE

IRM DU PLEXUS:

**Examen Médullaire et
Rachis**

**Reconstruction
vasculaire de belle
qualité**

**Examen du plexus avec
hypersignaux en T2**



www.groupe-vasculaire-lyon.fr

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE PARACLINIQUE

ECHOGRAPHIE DU PLEXUS BRACHIAL

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

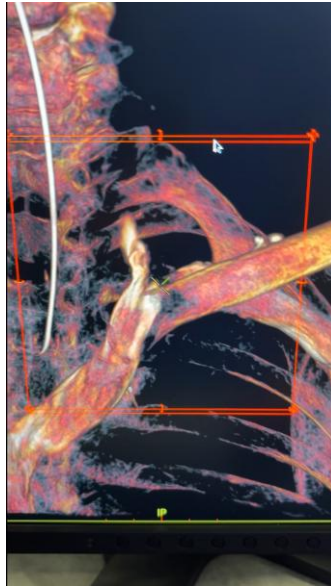
DEMARCHE DIAGNOSTIQUE PARACLINIQUE: FORME VEINEUSE

PHLEBOGRAPHIE DYNAMIQUE



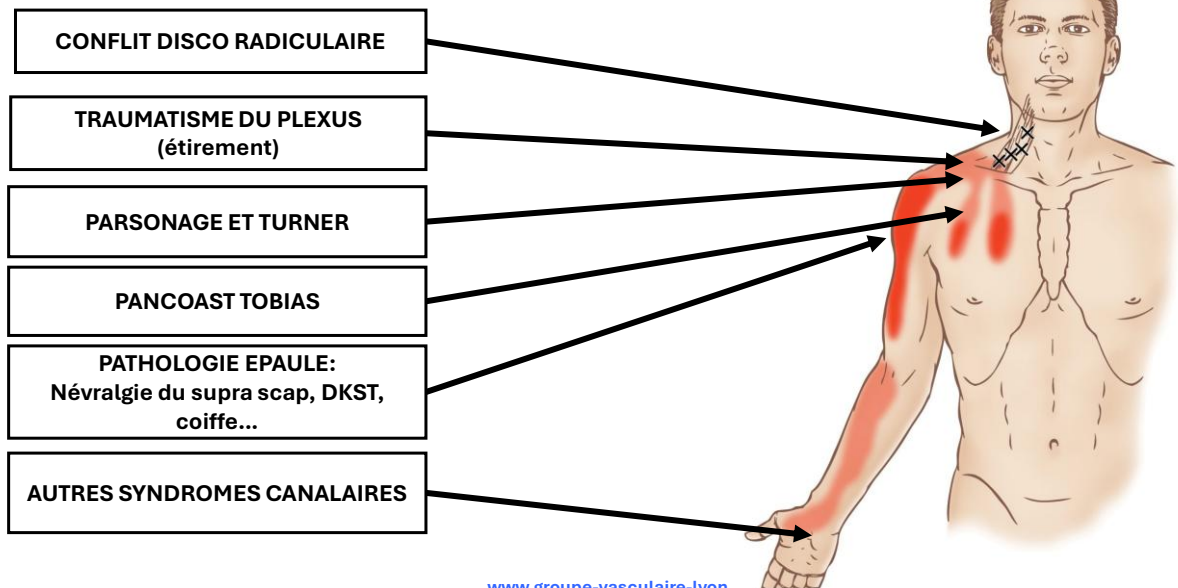
www.groupe-vasculaire-lyon.fr

CONE BEAM 3DCT



www.groupe-vasculaire-lyon.fr

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS



DIAGNOSTIC:

NEUROLOGIQUE

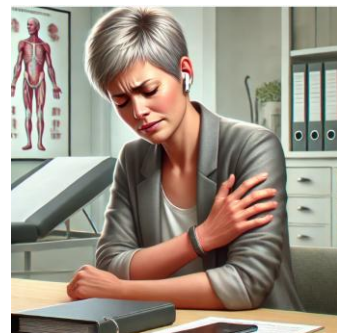
OBJECTIF

SUBJECTIF

**ARTERIEL SYMPTO
et/ou compliqué**

**VEINEUX
SYMPTO et/ou
compliqué**

ANOMALIE OSSEUSE



www.groupe-vasculaire-lyon.fr

INDICATION:

SCVE | Société de Chirurgie Vasculaire et
Endovasculaire de Langue Française

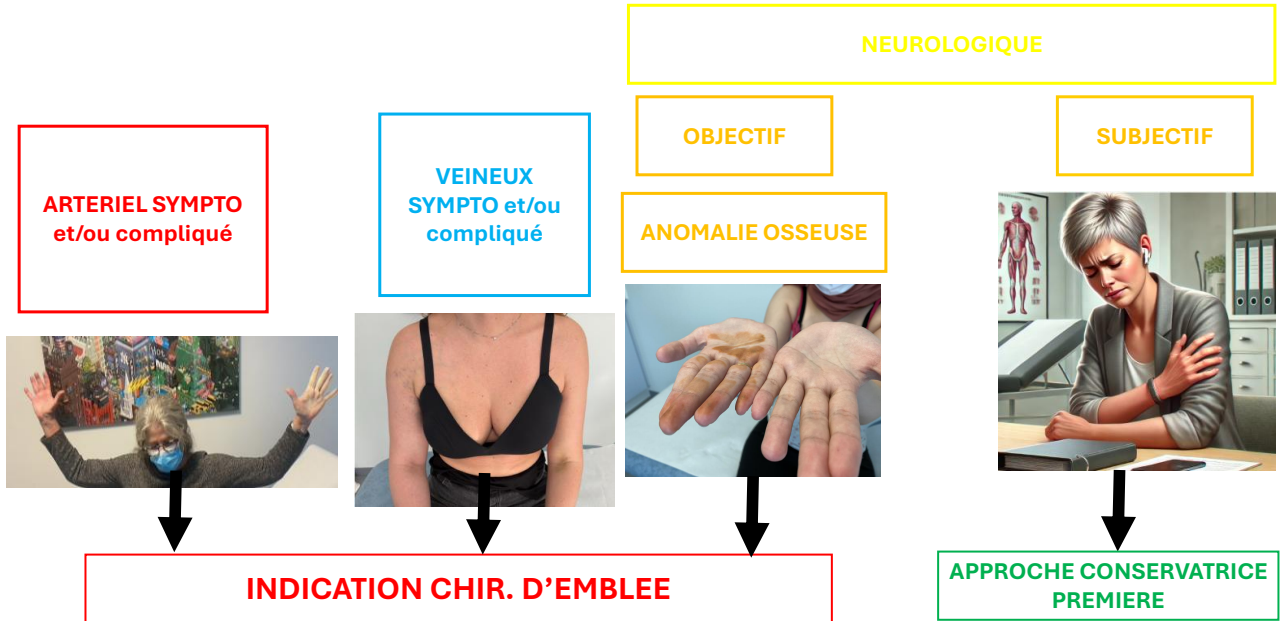
esvs

SVS | Society for
Vascular Surgery

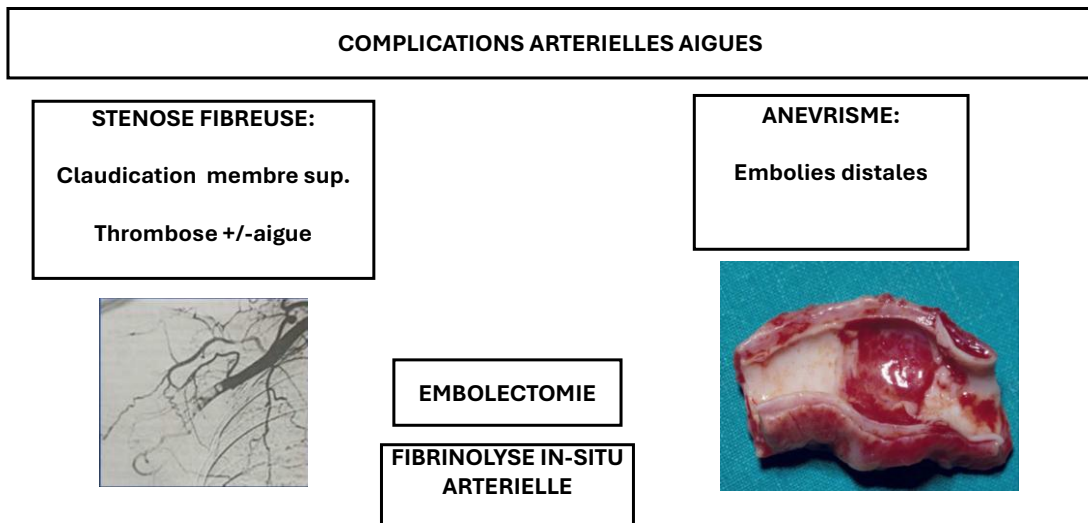
AUCUN GUIDELINE

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

DIAGNOSTIC:



DEFILE ARTERIEL



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

CHIRURGIE DE DECOMPRESSION
Première cote et scalènes ant et moyen



+/-

**« CHIRURGIE ARTERIELLE
CORRECTRICE »**
**TRAITEMENT DE LA STENOSE
ou DE L'ANEVRISME**

Pontage prothétique, transposition
artérielle....

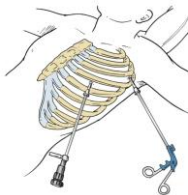


www.groupe-vasculaire-lyon.fr

Traitement des complications

COMPLICATIONS ARTERIELLES:
ISCHEMIE DISTALE CHRONIQUE

**SYMPATHECTOMIE
THORACIQUE SUPERIEURE
(thoracoscopie)**



www.groupe-vasculaire-lyon.fr

PLACE DU TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE

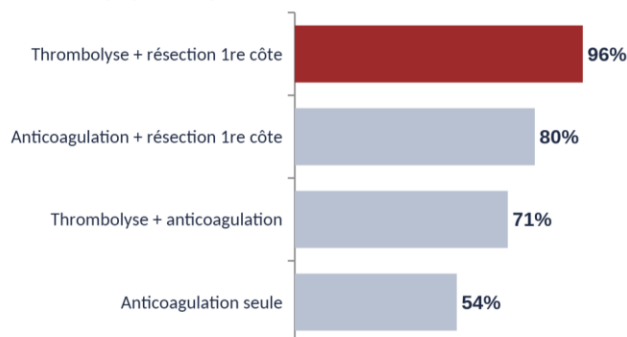


www.groupe-vasculaire-lyon.fr

PRISE EN CHARGE FORME VEINEUSE Syndrome de Paget-Schroetter : quelle stratégie ?

Hoexum et al., Eur J Vasc Endovasc Surg 2023 - méta-analyse PRISMA/GRADE - 60 études - 2 653 patients

Patients asymptomatiques au dernier suivi



Thrombolyse + résection vs...

- AC seule : OR 13,9 (1,1-179)
- Thrombolyse + AC : OR 8,4 (1,1-59,5)
- AC + résection : OR 2,3 (1,2-4,4)

Odds ratios (IC 95 %), études comparatives

Limites

- Aucun essai randomisé
- Certitude GRADE très faible
- Hétérogénéité forte (I^2 jusqu'à 87 %)

À retenir : anticoagulation seule = symptômes chez ~1 patient sur 2 → thrombolyse + résection 1re côte.

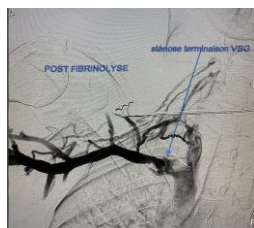


TRAITEMENT DES FORMES VEINEUSE A LA PHASE AIGUE

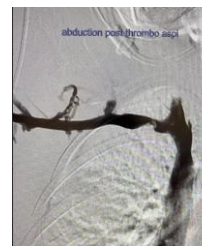
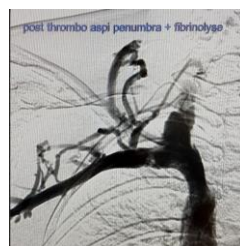
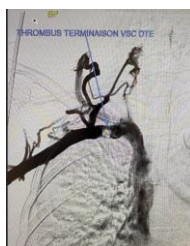
< 2/3 semaines

FIBRINOLYSE IN-SITU

24 à 72h de cure
(en l'absence de contre-indication)



THROMBOASPIRATION Indigo-Penumbra



Hoexum F, Hoebink M, Coveliers HME, Wisselink W, Jongkind V, Yeung KK. Management of Paget-Schroetter Syndrome: a Systematic Review and Meta-Analysis. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2023;66(6):866-875.

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

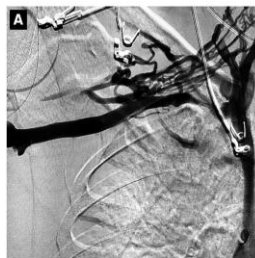


TRAITEMENT DES FORMES VEINEUSES

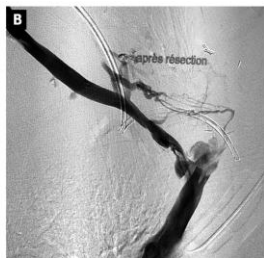
FIBRINOLYSE / THROMBOASPIRATION/TTT ANTICO



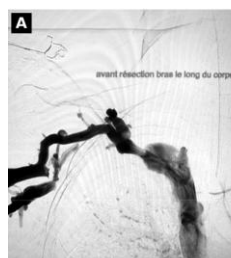
CHIRURGIE DE DECOMPRESSION
Première cote + subclavier + scalènes ant. et moyen



Avant résection de la 1re côte



Après résection de la 1re côte



SYNECHIES SEQUELLAIRES?

Clinique + Phlébo de contrôle + Doppler post op

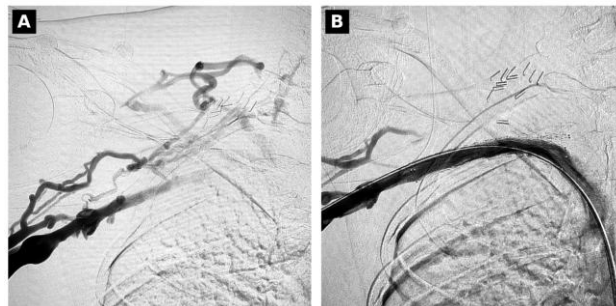
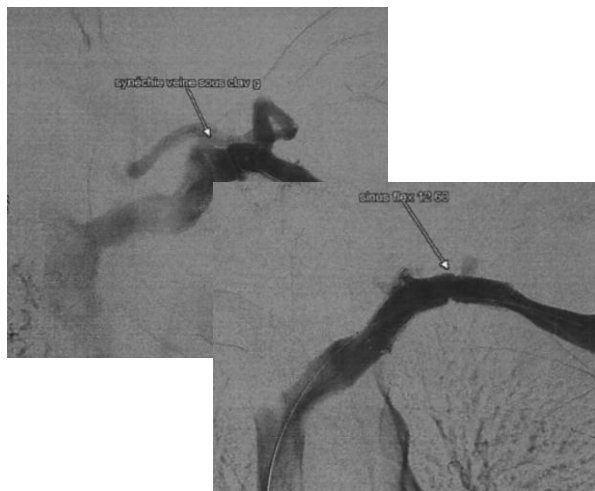
IVUS?

Kim T, Sarac T, Orion K

Intravascular Ultrasound in Venous Thoracic Outlet Syndrome
Annals of Vascular Surgery, 2018; 54, 118-122

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE



Avant angioplastie

Après angioplastie et stenting

66,7%

D'angioplastie après
résection K1

66%

de perméabilité primaire
(88% perméabilité
secondaire)
PLAVIX+++

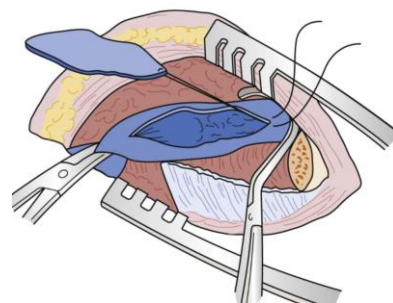
80%

asymptomatique

de Boer M, Shiraev T, Saha P, Dubenec S. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022;64(6):712-8. doi:10.1016/j.ejvs.2022.08.019

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

PLASTIE VEINEUSE CHIRURGICAL



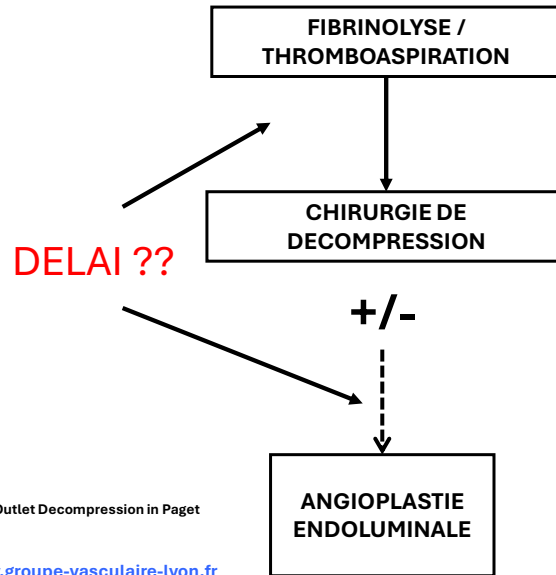
Dadashzadeh E, Ohman J, Kavali P ...

Venographic classification and long-term surgical treatment outcomes for axillary-subclavian vein thrombosis due to venous thoracic outlet syndrome (Paget-Schroetter syndrome)

Journal of Vascular Surgery, 2022; 77, 879-889.e3

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

TRAITEMENT DES FORMES VEINEUSES



Sen I, DeMartino R, Bjarnason H ...
Results of a Flexible Patient-Centered Approach to the Timing of Thoracic Outlet Decompression in Paget
Schroetter Syndrome
Annals of Vascular Surgery, 2023; 95, 210-217

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

TRAITEMENT DES FORMES VEINEUSES: ECHEC D'ANGIOPLASTIE



www.groupe-vasculaire-lyon.fr

TRAITEMENT DES FORMES VEINEUSES: Doit-on traiter toutes les formes veineuses?



www.groupe-vasculaire-lyon.fr

PRISE EN CHARGE DU DEFILE NEUROLOGIQUE



PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE

**CORRECTION DES TROUBLES
POSTURAUX**

KINESITHERAPIE:

BOTOX



 Ramsay Santé
Hôpital privé Jean Mermoz



PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE

**CORRECTION DES
TROUBLES POSTURAUX**

Adaptation du poste de
travail/reconversion++++

Pratique sportive

 Ramsay Santé
Hôpital privé Jean Mermoz

PRISE EN CHARGE REEDUCATIVE

Proc Staff Meet May Clin. 1956 May 23(19):281-7.

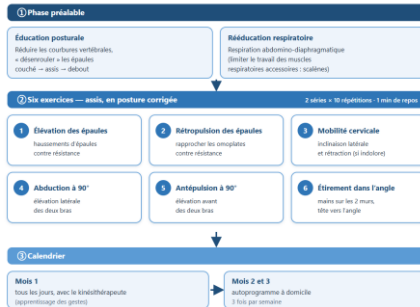
Thoracic-outlet syndrome: evaluation of a therapeutic exercise program

R M PEET, J D HENRIKSEN, T P ANDERSON, G M MARTIN

PMID: 13323047

Protocole de Peet (1956) — SDBT neurogénique

Objectif: « ouvrir » le défilé en renforçant les altitudes de la ceinture scapulaire et en corrigeant la posture



Conservative treatment of thoracic outlet syndrome A review of the literature

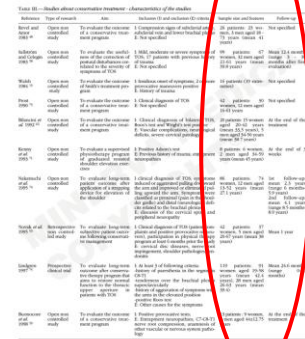
C. XANTO, L. L. NATALINI, A. A. ROMEO, D. TORRES, J. P. PILAYRES

Recommendations for treatment

Some general guidelines can be identified and several recommendations for the treatment of TOS patients can be made. In general, the initial approach should be conservative treatment,^{15, 45, 56, 58, 62, 71-77} except in cases of thromboembolic phenomena with acute vascular insufficiency, symptoms of chronic vascular occlusion, stenosis, arterial dilation,^{75, 82} or progressive neurological deficit.^{51, 83, 84} More specifically, based on data shown in Table VII, Table VIII shows recommendations for conservative treatment (Tables VII and VIII).

Cohorte 3 à 119 malades/1983 à 1998

Ramsay Santé
Hôpital privé Jean Mermoz

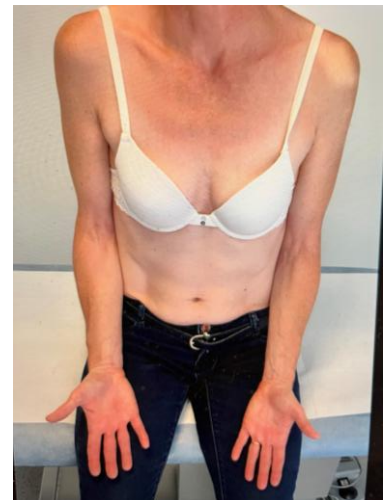


PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE



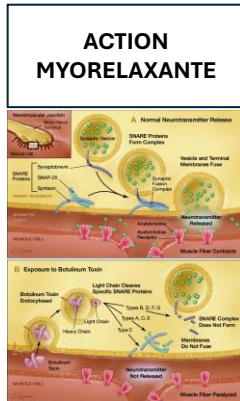
KINESITHERAPIE:

Massage décontractant
Remusculer les rot externes
épaule
PAS UN SEUL PROTOCOLE

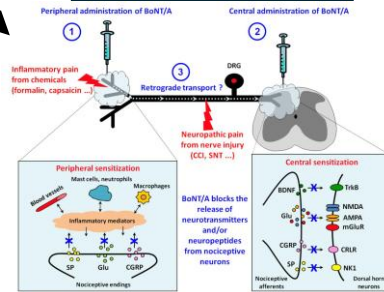


Ramsay Santé
Hôpital privé Jean Mermoz

BOTOX



**ACTION
ANTI-NOCEPTIVE
ANTI CHOLINERGIQUE**



Anon, Stephen & Schechter, Robert & Inglesby, Thomas & Henderson, Donald & Bartlett, John & Ascher, Michael & Eitzen, Edward & Fine, Annie & Hauer, Jerome & Layton, Marcelle & Lillibridge, Scott & Osterholm, Michael & O'Toole, Tara & Parker, Gerald & Perl, Trish & Russell, Philip & Swerdlow, David & Tonat, Kevin & Biodefense, for. (2001). Botulinum Toxin as a Biological Weapon Medical and Public Health Management. JAMA. 285. 1059-1070. 10.1001/jama.285.8.1059.

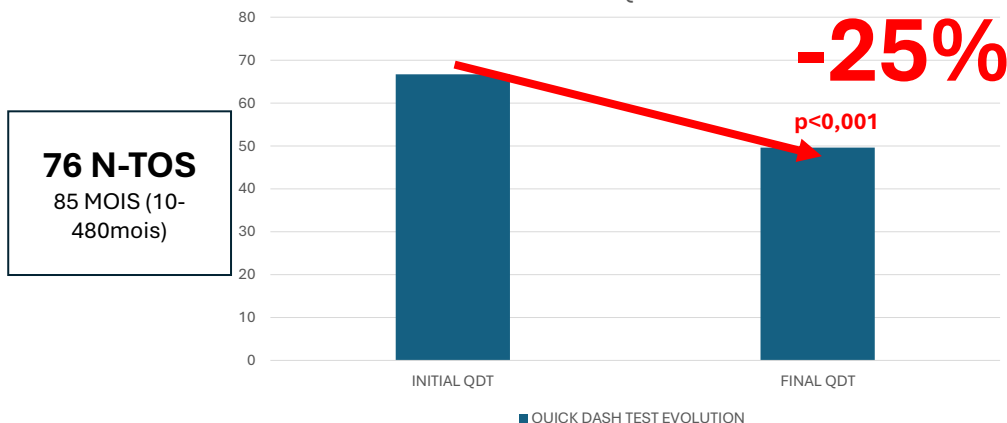
Ramsay Santé
Hôpital privé Jean Mermoz

Pavone, Flaminia, et Siro Luvisetto. « Botulinum Neurotoxin for Pain Management: Insights from Animal Models ». Toxins 2, no 12 (2010): 2890-2913. <https://doi.org/10.3390/toxins2122890>

RESULTATS

**ETUDE RETROSPECTIVE MONOCENTRIQUE
SUIVI MOYEN DE 16 MOIS**

EVOLUTION DU QUICK DASH TEST

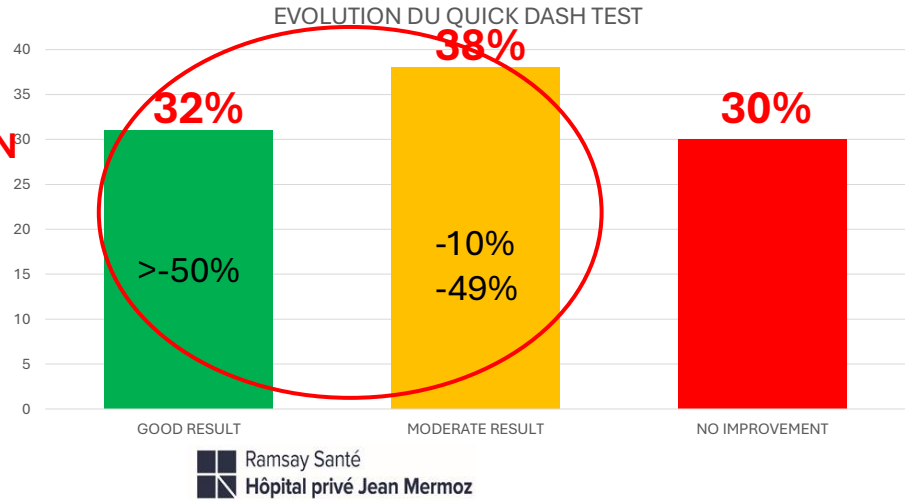


Ramsay Santé
Hôpital privé Jean Mermoz

RESULTATS

SUIVI MOYEN DE 16 MOIS

**70 %
D'AMELIORATION
MODEREE A
BONNE**

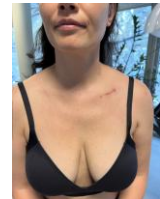


RESULTATS

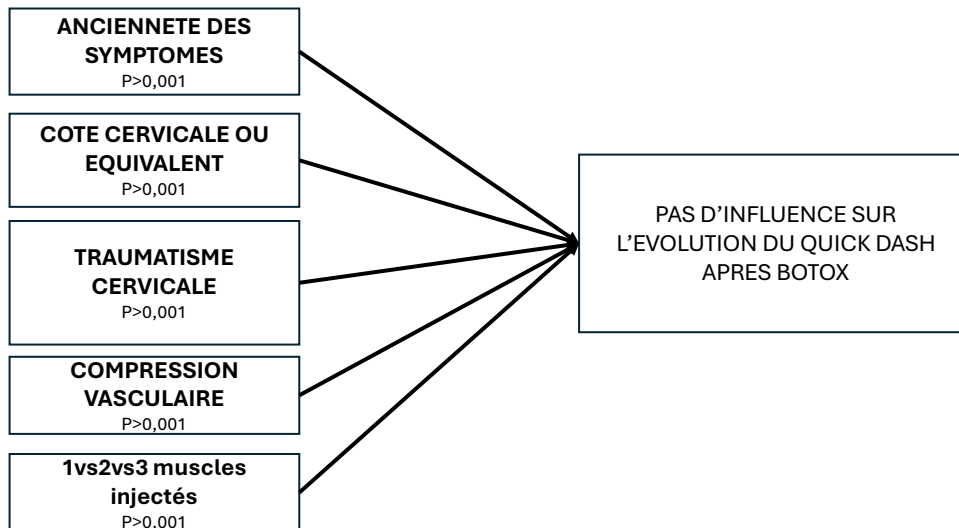
**76 N TOS TRAITES
PAR BOTOX**

**50 TTT
CONSERVATEURS
EXCLUSIFS**

**26 CHIRURGIES
Échec Botox
Effet très transitoire**



RESULTATS



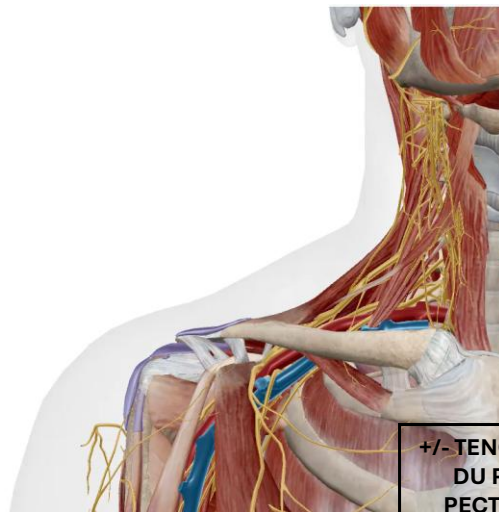
Ramsay Santé
Hôpital privé Jean Mermoz

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE



Ramsay Santé
Hôpital privé Jean Mermoz

**CHIRURGIE DE DECOMPRESSION:
NEUROYSE DU PLEXUS BRACHIAL**



**RESECTION DU
SCALENE
ANTERIEUR**

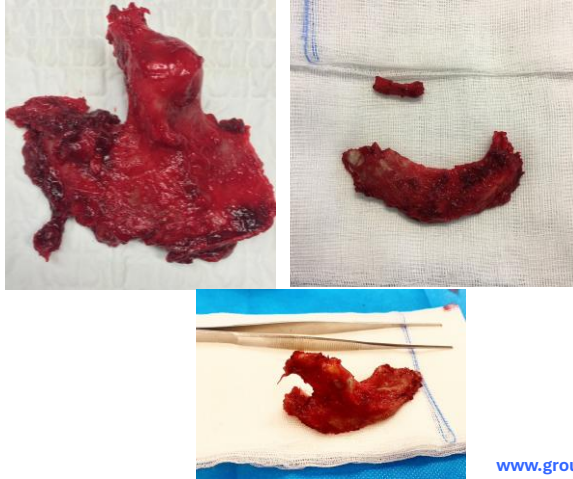
**RESECTION DU
SCALENE MOYEN**

**RESECTION DE LA
PREMIERE CÔTE**
(libération de bride ou
anomalie ligamentaire)

**+/- TENOTOMIE
DU PETIT
PECTORAL**



RESECTION DE LA COTE CERVICALE (Ou équivalent)



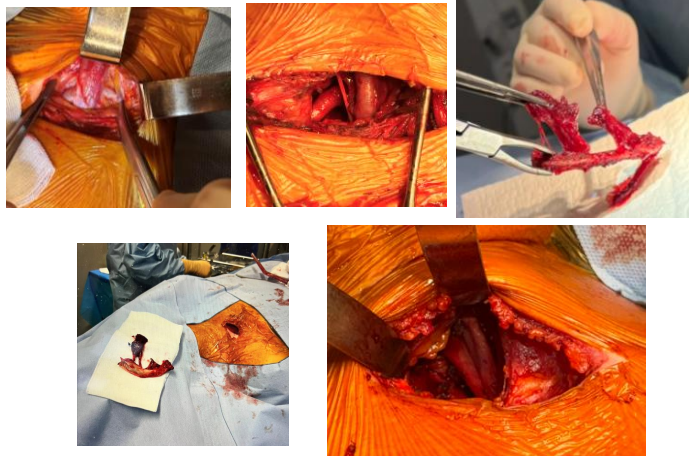
www.groupe-vasculaire-lyon.fr

Apophysomégalie?



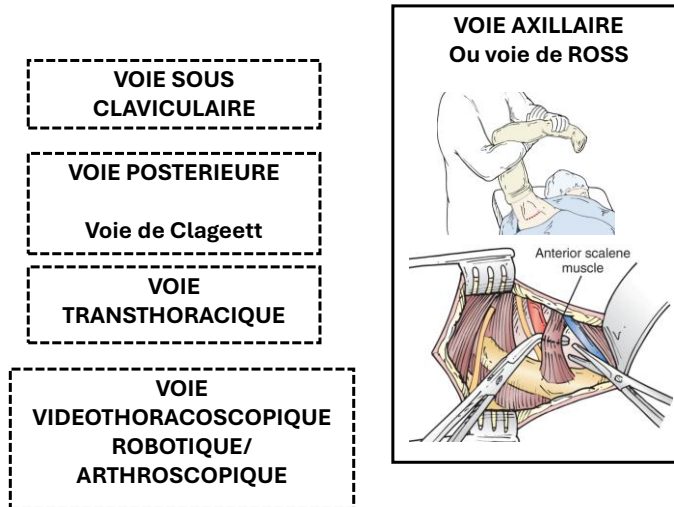
VOIE D'ABORD

VOIE SUS ET SOUS CLAVICULAIRE



www.groupe-vasculaire-lyon.fr

AUTRES VOIES D'ABORD?

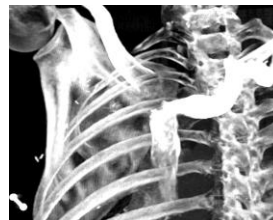


www.groupe-vasculaire-lyon.fr

POURQUOI PAS LA VOIE AXILLAIRE?

RESECTION COSTALE INCOMPLETE, NEUROLYSE ?

ESTHETIQUE
PRATIQUEE DANS NOMBREUX CENTRES



www.groupe-vasculaire-lyon.fr

Suites post-opératoires

Hospitalisation de 24/48h
RP +Doppler post op immédiat

CS 1 mois: doppler A/V + RP

Pas de port de charge<2kg PENDANT 2 mois
Sinon pas de restriction

Rééducation dès que possible

Traitement antithrombotique:
Pas de thromboprophylaxie
Complication veineuse: AOD
Complication artérielle: AAP

AT 1 à 2 mois

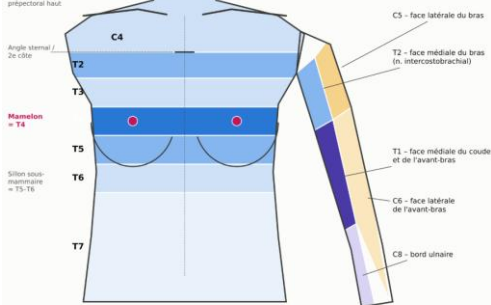
www.groupe-vasculaire-lyon.fr

COMPLICATIONS

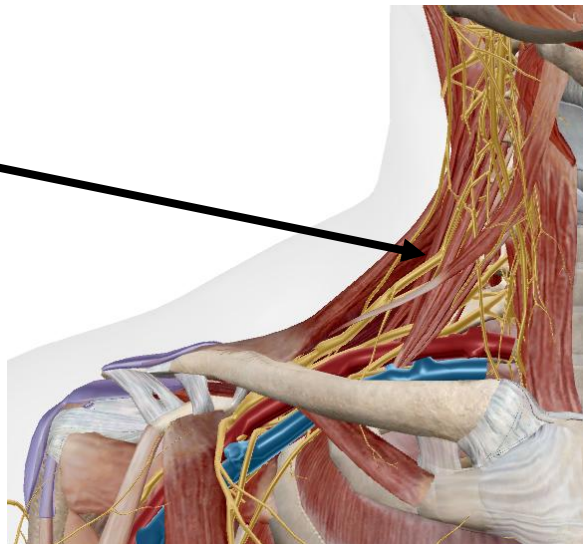
LESIONS DU PLEXUS BRACHIAL

Dermatomes de la paroi thoracique antérieure

Schéma simplifié — vue de face, limites approximatives et variables d'un sujet à l'autre
C4 inn. supra-claviculaire ;
sens épaule et prépectoral haut.



Seins : T2 à T6 (branches cutanées antérieures et latérales des nn. intercostaux 2-6); C5 à T1 n'intègrent pas la face antérieure du thorax.

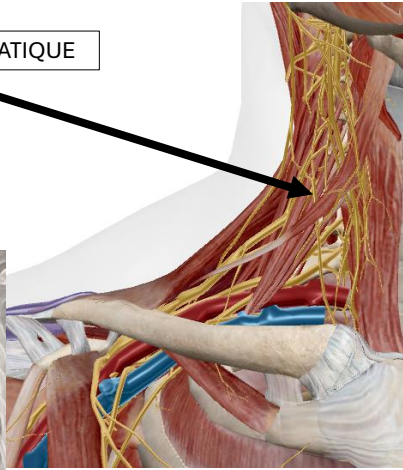


Melliere D., Becquemin J.P., Etienne E., Le Chevlier B. -Severe injuries resulting from operations for thoracic outlet syndrome :
can they be avoided ? J Cardiovasc Surg 1991 ; 32 : 599-603

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

COMPLICATIONS

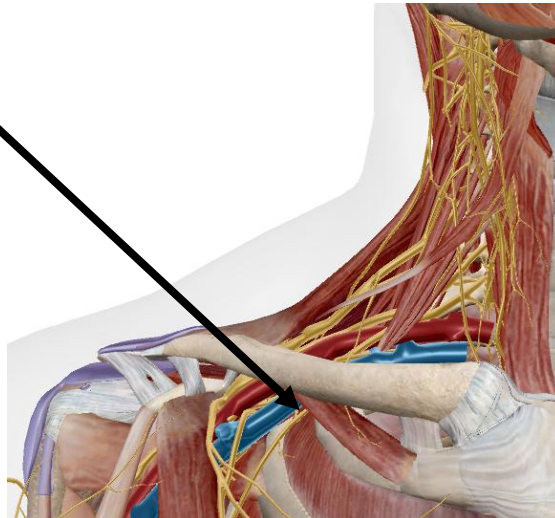
PARALYSIE DIAPHRAGMATIQUE



Melliere D., Becquemin J.P., Etienne E., Le Chevallier B. - Severe injuries resulting from operations for thoracic outlet syndrome :
www.groupe-vasculaire-lyon.fr

COMPLICATIONS

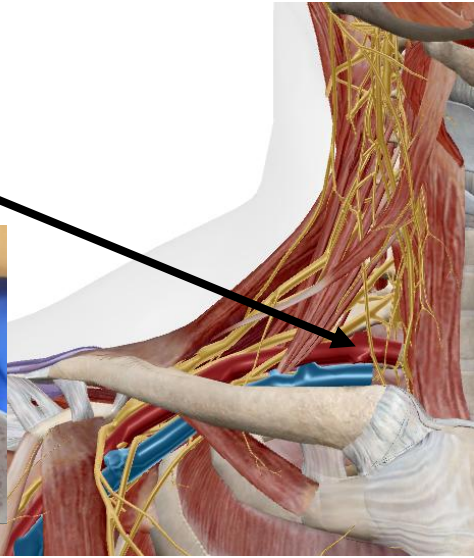
LESION THORACIQUE LONG



Melliere D., Becquemin J.P., Etienne E., Le Chevallier B. - Severe injuries resulting from operations for thoracic outlet syndrome :
www.groupe-vasculaire-lyon.fr

COMPLICATIONS

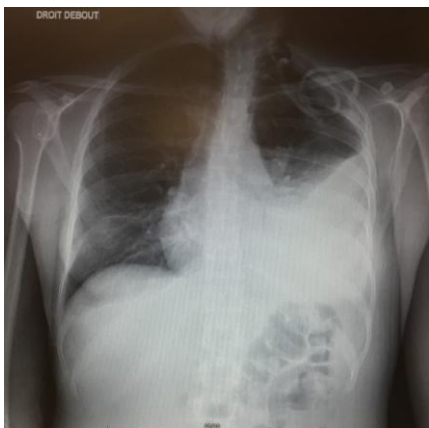
LESION DU GANGLION STELLAIRE ou
 de l'Anse de Vieussens (anse
 subclavière):
**SYNDROME DE CLAUDE BERNARD
 HORNER**



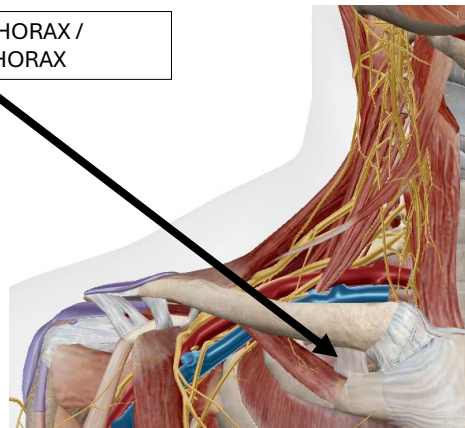
Meliere D., Becquemin J.P., Etienne E., Le Chevallier B. - Severe injuries resulting from operations for thoracic outlet syndrome :
 can they be avoided ? J Cardiovasc Surg 1991 ; 32 : 599-603

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

COMPLICATION



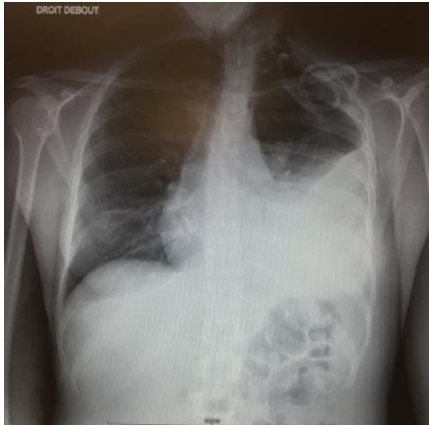
PNEUMOTHORAX /
 CHYLOTHORAX



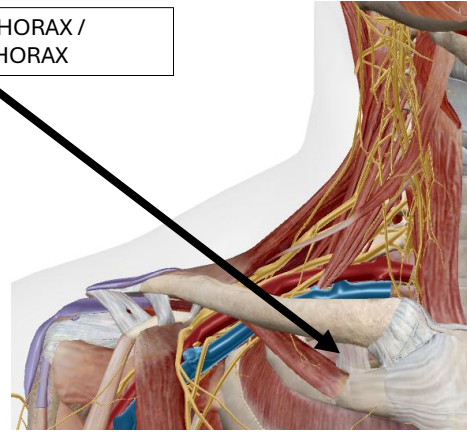
Meliere D., Becquemin J.P., Etienne E., Le Chevallier B. - Severe injuries resulting from operations for thoracic outlet syndrome :
 can they be avoided ? J Cardiovasc Surg 1991 ; 32 : 599-603

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

COMPLICATION



PNEUMOTHORAX /
CHYLOTHORAX

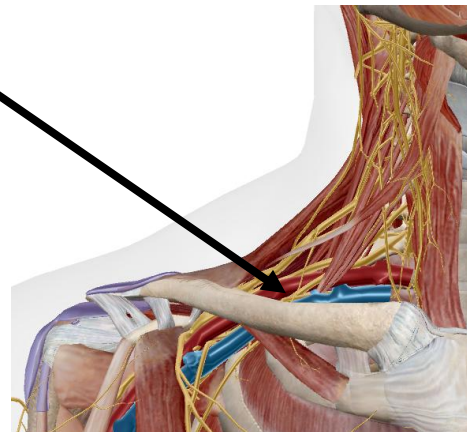


Melliere D., Becquemin J.P., Etienne E., Le Chevallier B. - Severe injuries resulting from operations for thoracic outlet syndrome :
can they be avoided ? *J Cardiovasc Surg* 1991 ; 32 : 599-603

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

COMPLICATIONS

RISQUE HEMORRAGIQUE



Melliere D., Becquemin J.P., Etienne E., Le Chevallier B. - Severe injuries resulting from operations for thoracic outlet syndrome :
can they be avoided ? *J Cardiovasc Surg* 1991 ; 32 : 599-603

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

RESULTATS

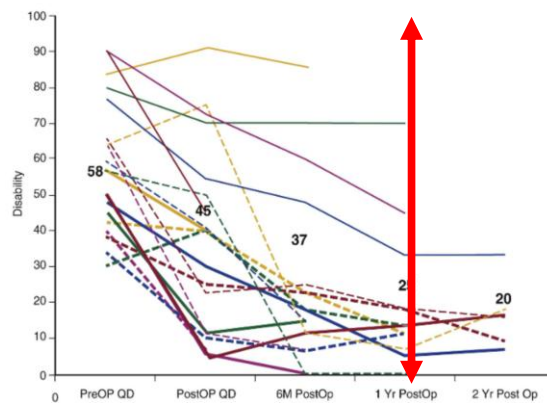
Formes neurologiques

Series	Year	Number of Operations	OUTCOMES REPORTED (%)		
			Good	Fair	Poor
Graham et al ⁷⁴	1973	78	91	5	4
Thompson et al ⁷⁵	1979	15	87	0	13
Thomas et al ⁷⁶	1983	128	83	13	4
Reilly et al ⁴¹	1988	39	59	33	8
Loh et al ⁵⁹	1989	22	68	23	9
Hempel et al ³	1996	770	86	13	1
Axelrod et al ⁶⁵	2001	170	65	17	18
Balci et al ⁶⁷	2003	49	62	19	19
Bhattacharya et al ⁶⁸	2003	51	55	35	10
Sheth et al ⁶⁹	2005	25	48	26	26
Caputo et al ⁷²	2013	168	92	0	8
Sanders et al ⁷³	2013	20	70	15	15
Totals		1535	75	15	10

Résultats de l'approche supra-claviculaire-Rutherford 2015

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

RESULTATS



Chandra V, et al.: Early results of a highly selective algorithm for surgery on patients with neurogenic thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg.* 54:1698-1705 2011

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

RESULTATS

FACTEURS DE MAUVAIS RESULTATS:

**NOTION D'ACCIDENT DE
TRAVAIL**

**INTERVALLE ENTRE DEBUT
DES SYMPTOMES ET
INTERVENTION**

**AGE ELEVE A LA PRISE EN
CHARGE**

Franklin GM, et al.: Outcome of surgery for thoracic outlet syndrome in Washington state workers' compensation. *Neurology*. 54:1252-1257 2000

SYNDROME DEPRESSIF

CELIBATAIRE

FAIBLE NIVEAU D'ETUDES

**TABLEAU DOULOUREUX DIFFUS
non systématisés**

Axelrod DA, et al.: Outcomes after surgery for thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg*. 33:1220-1225 2001

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

RECIDIVE

10% des cas,

Principalement neurologiques

Ambrad-Chalela E, Thomas GI, Johansen KH. Recurrent neurogenic thoracic outlet syndrome. *Am J Surg* 2004

CAUSES:

Non résection de K1 ou incomplète, fibrose post-opératoire....

**ELIMINER DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:
Conflit disco radiculaire....**



Cheng S.W., Stoney R.J. -Supraclavicular reoperation for neurogenic thoracic outlet syndrome. *J Vasc Surg* 1994

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

DISCUSSION:

FAUT IL TOUJOURS RESEQUER LA PREMIERE COTE ?

PAS DE CONSENSUS

ATTITUDE MINIMALISTE:

Dale WA. Thoracic outlet compression syndrome. Critique in 1982.
Arch Surg 1982

ATTITUDE MAXIMALISTE

- Moins de récidence
- **EVITER LA REINTERVENTION**

Sanders RJ, Hammond SL. Management of cervical ribs and anomalous first ribs causing neurogenic thoracic outlet syndrome. J Vasc Surg 2002

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

DISCUSSION:

PETIT PECTORAL?

**QUE FAIRE SI COMPRESSION VASCULAIRE
ASYMPTOMATIQUE?**

**PAS D'INDICATION
DE CHIRURGIE PREVENTIVE**

**Une compression vasculaire est courante et non toujours
pathologique**

de León R., Chang D.C., Busse C., Call D., Freischlag JA. First rib resection and scalenectomy for chronically occluded subclavian veins: what does it really do? Ann Vasc Surg 2008; 22: 395-401

www.groupe-vasculaire-lyon.fr

NOTRE EXPERIENCE

2017-2026 370 patients

Cohorte DEFILE 2017-2026

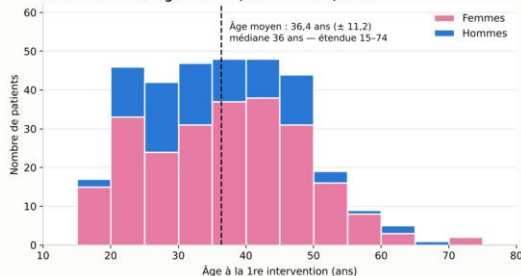
367 résections de première côte pratiquées chez 328 patients

Répartition par sexe (n = 328 patients)



Femmes : 238 (72,6 %)
Hommes : 90 (27,4 %)

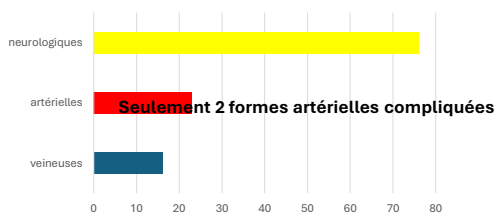
Distribution de l'âge — F : 36,7 ans · H : 35,5 ans



Latéralité — 367 résections de première côte chez 328 patients



Opérés d'un seul côté : 289 (88,1 %)
Opérés des deux côtés : 39 (11,9 %)



54.5%

membre dominant atteint

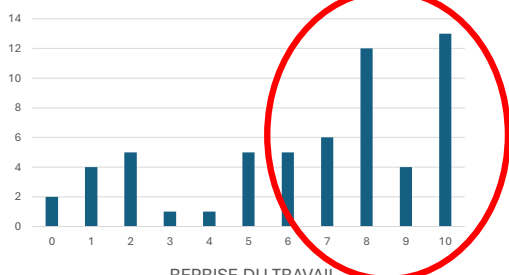
www.groupe-vasculaire-lyon.fr



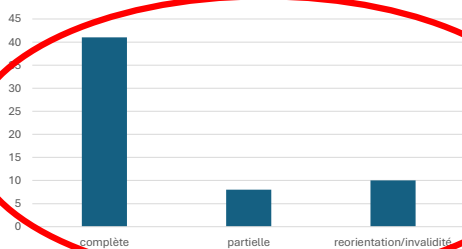
20% ANOMALIES OSSEUSES

NOTRE EXPERIENCE

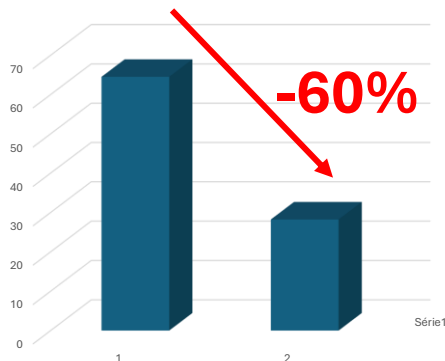
SCORE AMELIORATION



REPRISE DU TRAVAIL



QUICK DASH TEST AVANT/APRES



www.groupe-vasculaire-lyon.fr

