



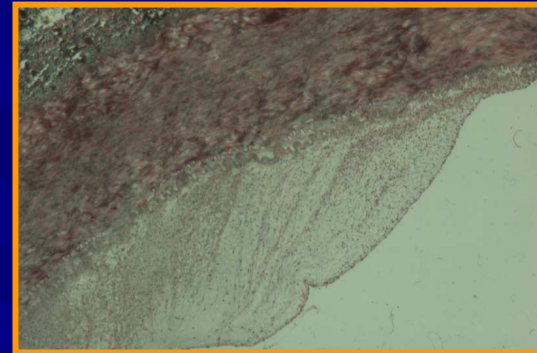
ENDOFIBROSE ARTERIELLE DU CYCLISTE, entre mythe ou réalité. Qui explorer?

Pr Jean-michel CHEVALIER
A. MILLON – Th. LEMONNIER – P. FEUGIER
Hôpital Édouard Herriot
LYON (France)

- L' endofibrose artérielle du cycliste existe.
- Je l'ai rencontrée...
- Et je l'ai même vue chez des coureurs de fond : des marathoniens et des triathlètes

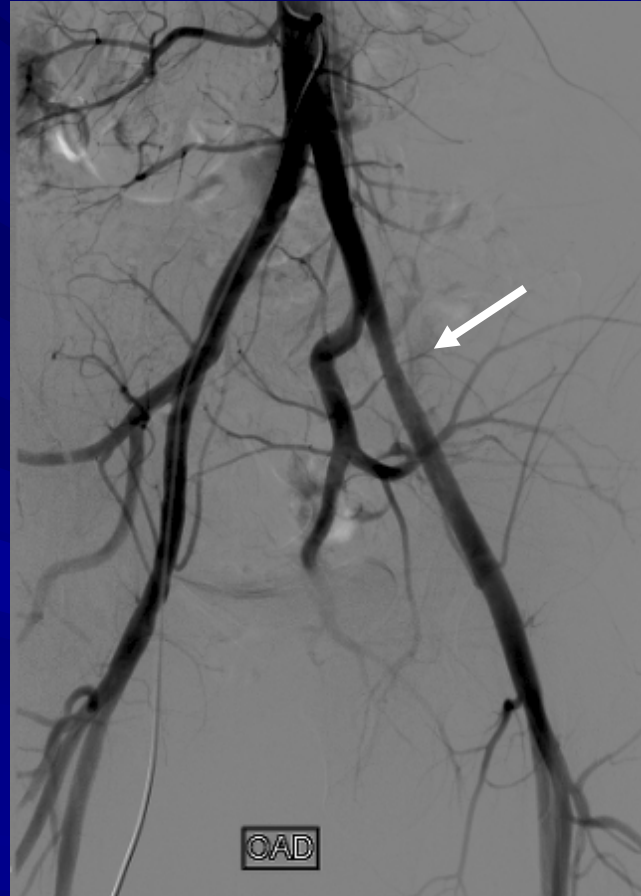
DEFINITION

- L'endofibrose a une définition histologique, c'est une fibrose intimale peu cellulaire à l'origine d'un épaissement artériel



Localisations

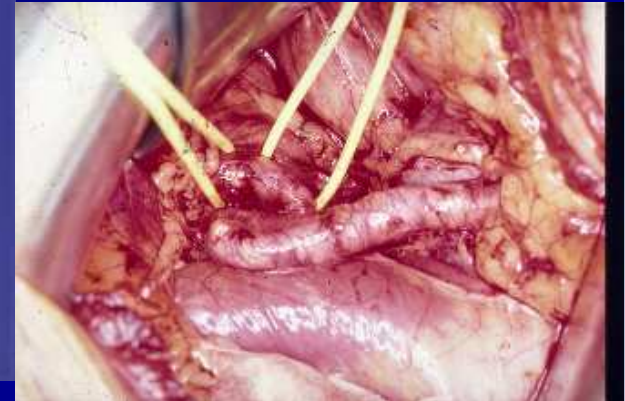
- **Artère iliaque externe**
(la plus fréquente)



ANATOMO-PATHOLOGIE



FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES

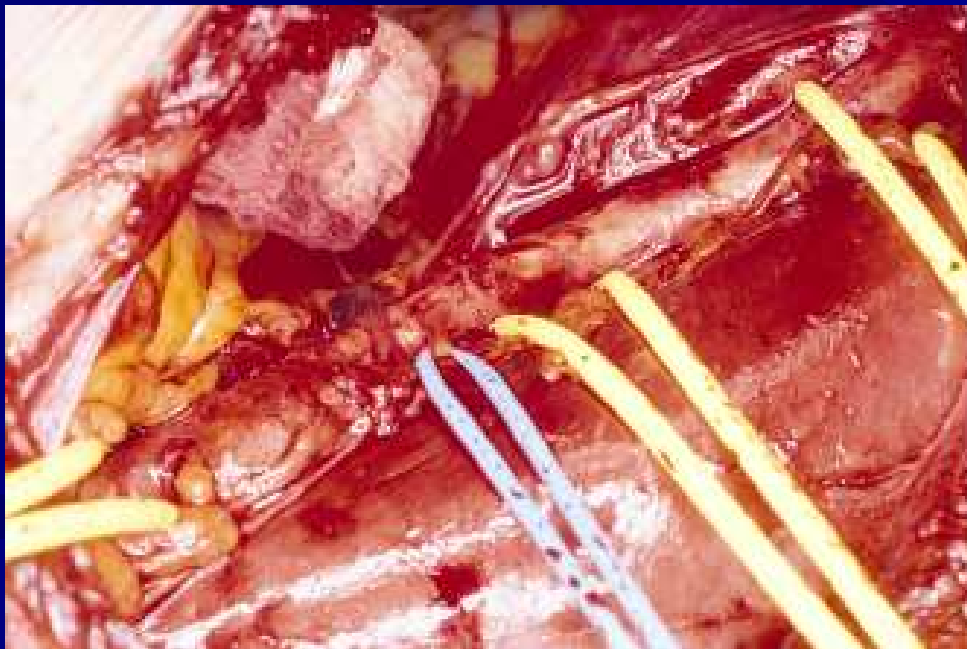


- Les facteurs mécaniques :
 - Ont un rôle important
 - La plicature n'a pas d'incidence dans la course à pied et dans le développement des lésions au triangle de scarpa

FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES

■ Les facteurs anatomiques :

- La ou les artères du psoas (63,4 %)
- 9 divisions hautes du carrefour aortique (L2 L3)



FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES

■ LES FACTEURS HEMODYNAMIQUES

- Débit cardiaque et pression systémique élevés
- Rôle du quadriceps dans le mouvement de pédalage

Matériel

■ Nous avons opéré 460 sportifs (511 interventions de 1985 à 2007)

– Gauche	294	58 %
– Droite	115	23 %
– Bilatéral	102	19 %
– Homme :	430	93,5 %
– Femme :	30	6,5 %

population

- 50 % sont âgés de 20-30 ans
- 25 % de 30-40 ans
- 95 % sont des cyclistes et 5 % sont des coureurs de fond
- Le kilométrage moyen parcouru avant l'apparition des symptômes :
 - Moyenne : 120 000 km
 - Extrême : 26 000 - 620 000 km

Indications cliniques

■ Douleurs paralysantes	50 %
■ Gonflements de cuisse	25 %
■ Association des 2 symptômes	15 %
■ Claudication intermittente	10 %
(7 % ont eu un épisode initial sub-aigu)	

Circonstances d'apparition

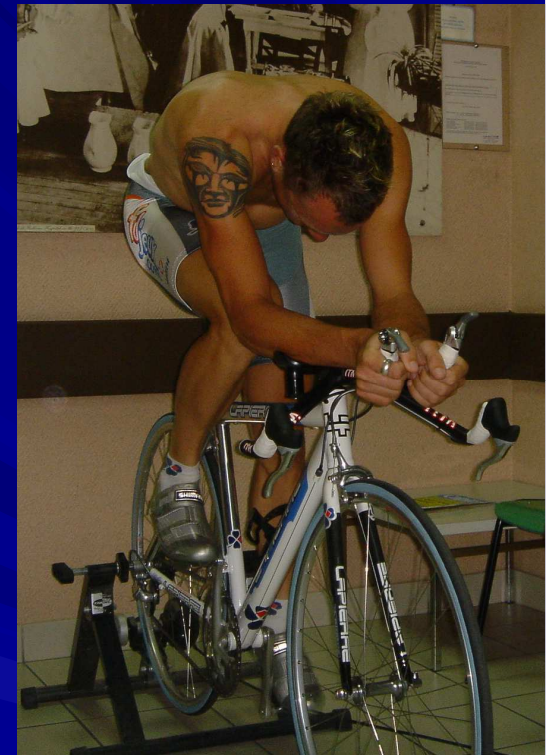
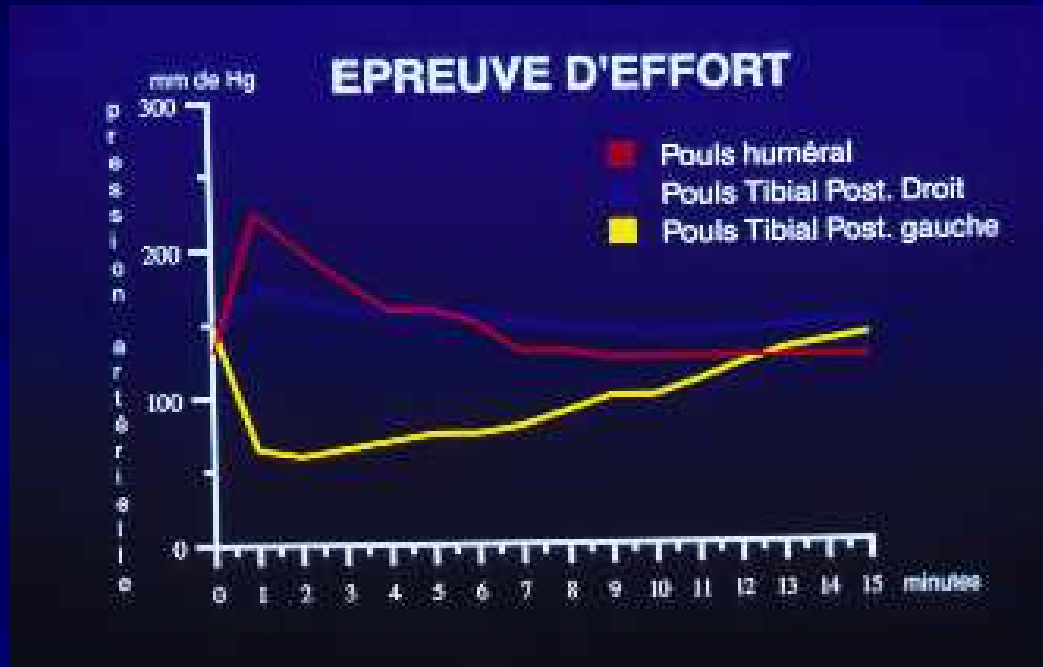
■ Efforts maximaux et supra maximaux

- Montées de côte
- Seuil en effort de progression
- Attaques
- Épreuves chronométrées

L'examen clinique est normal .

Chez les cyclistes, la douleur est toujours localisée à la cuisse

Les examens complémentaires



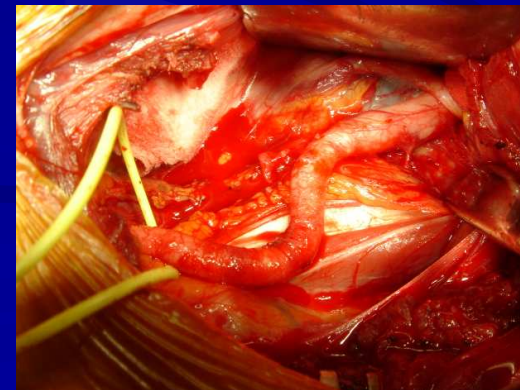
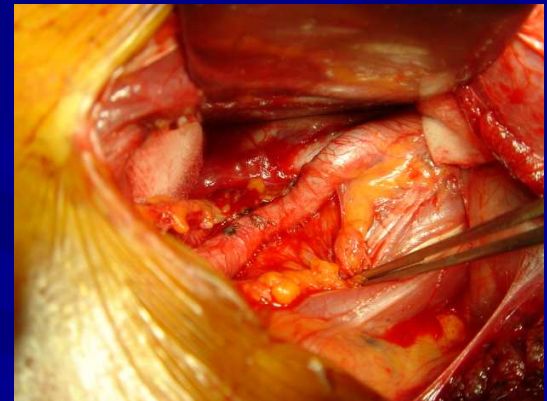
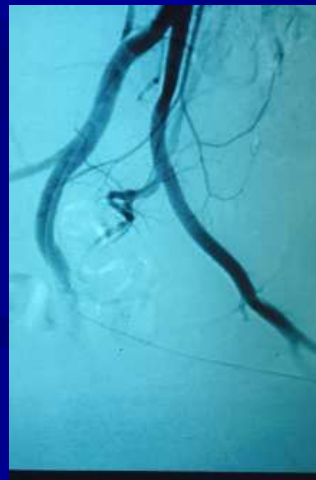
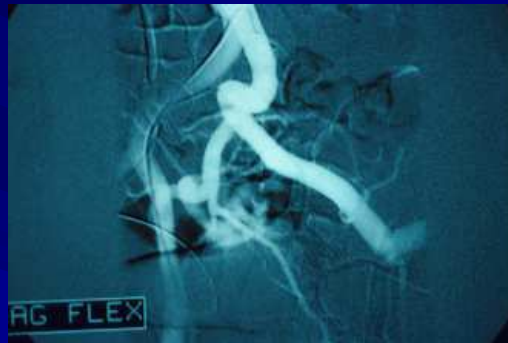
Index (I) cheville/bras

■ Positive $I < 0,5$	80 %
■ Suspecte $0,5 < I < 0,7$	10 %
■ Négative $I > 0,7$	10 %

Les examens complémentaires

■ Artériographie :

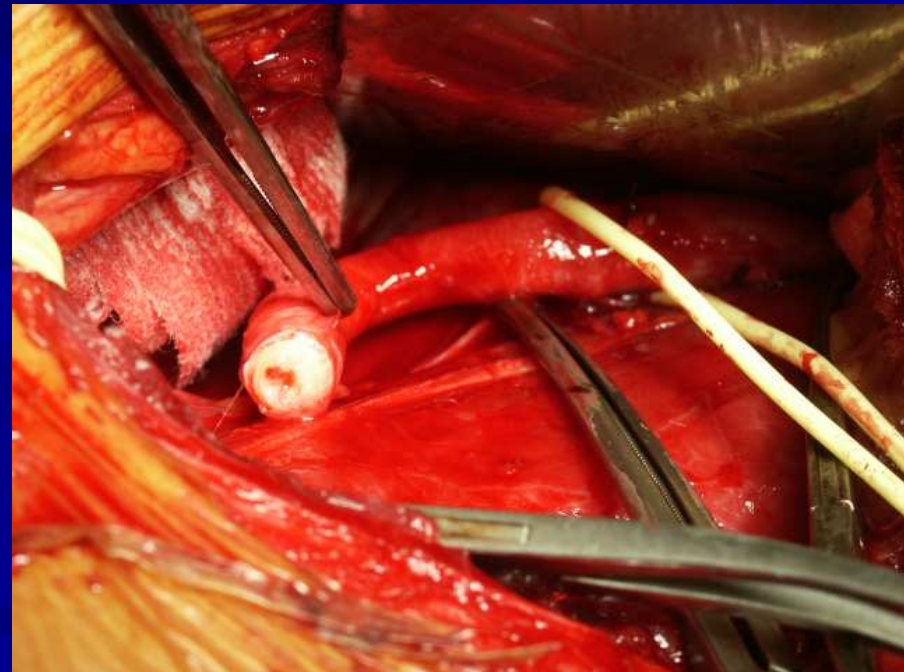
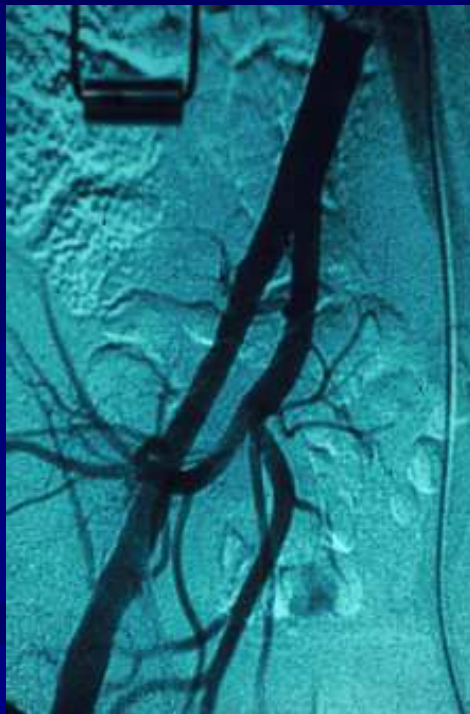
■ 472 localisations iliaques



Les examens complémentaires

■ Artériographie :

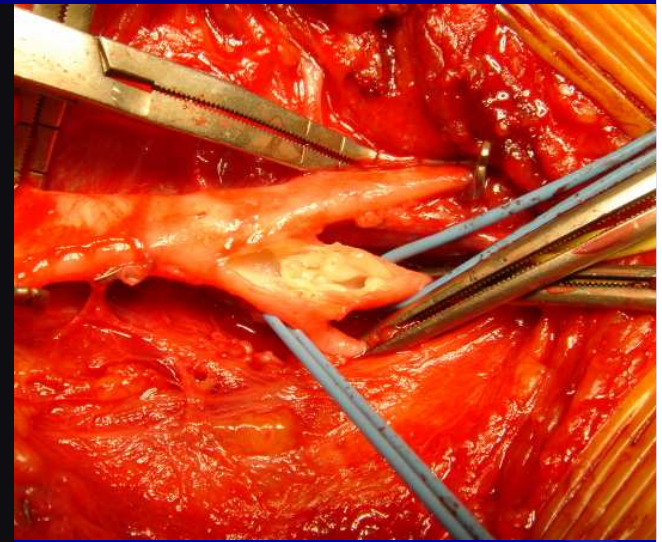
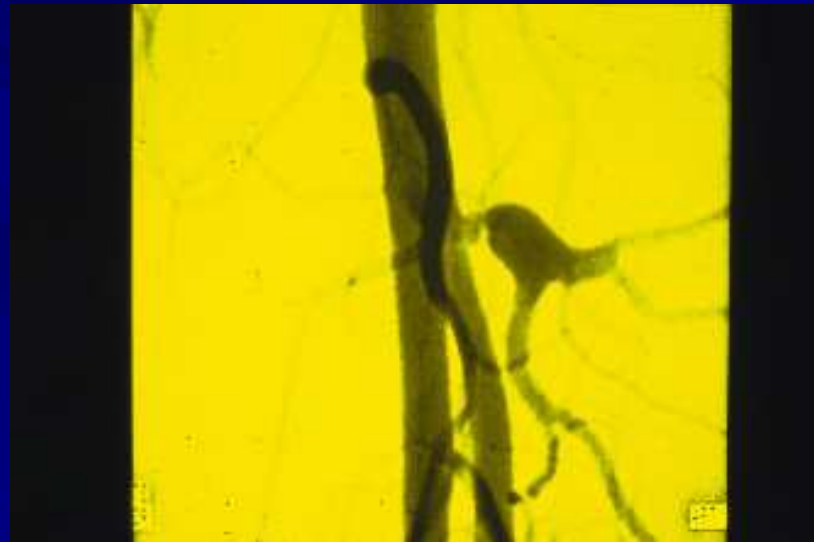
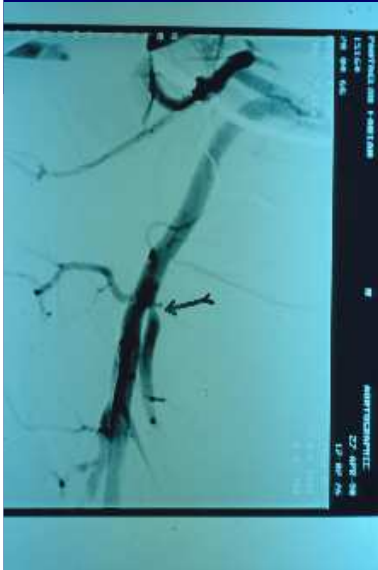
■ 472 localisations iliaques (92 %)



Les examens complémentaires

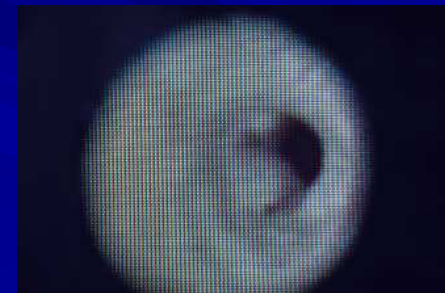
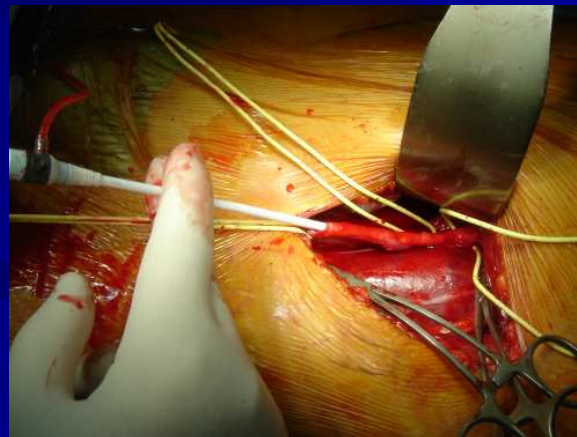
■ Artériographie :

- 41 localisations (8 %) sur l'artère fémorale profonde et/ou sur l'artère quadricipitale



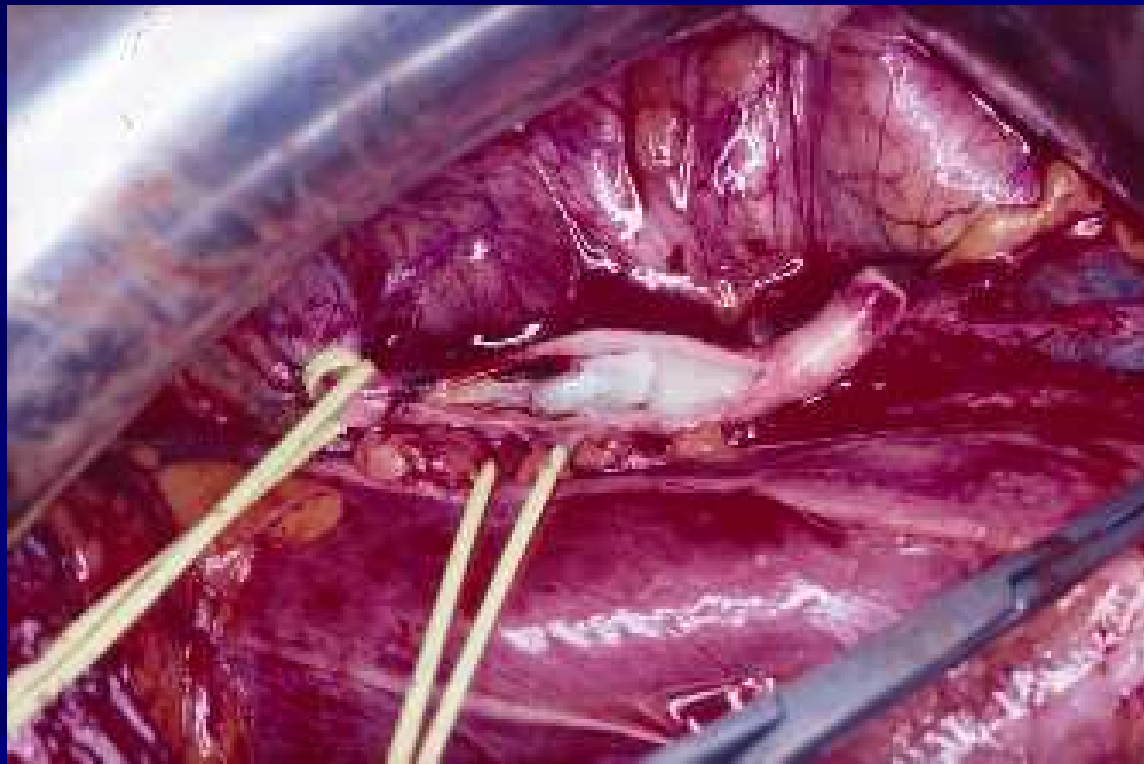
Examens complémentaires

- Angio-IRM
- Angio-scanner
- Angioscopie
 - Systématique per-opératoire
 - Diagnostique per cutanée 12
 - Négative 5
 - Positive 7



TRAITEMENT

- Dilatation per-cutanée

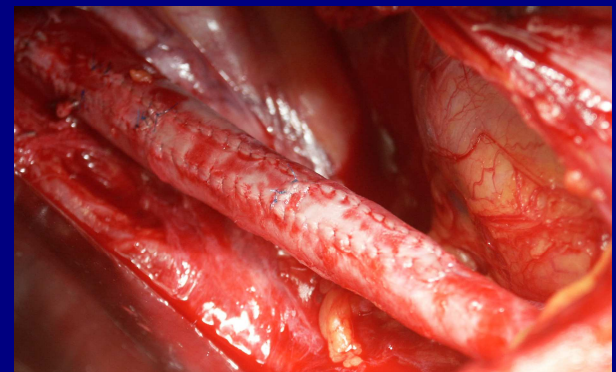
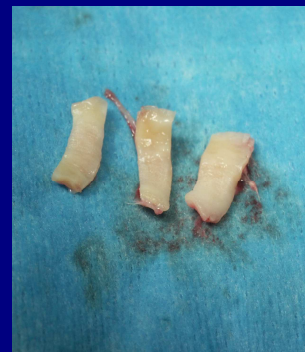
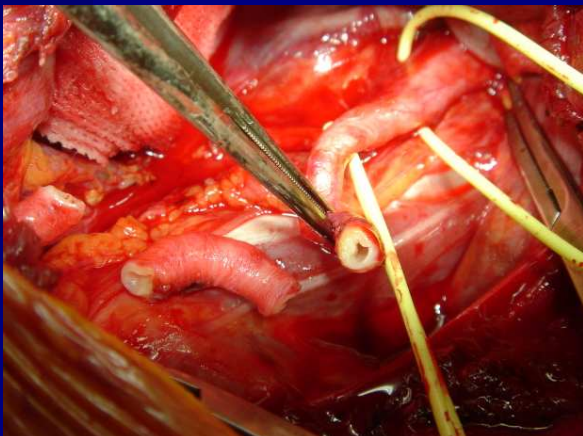
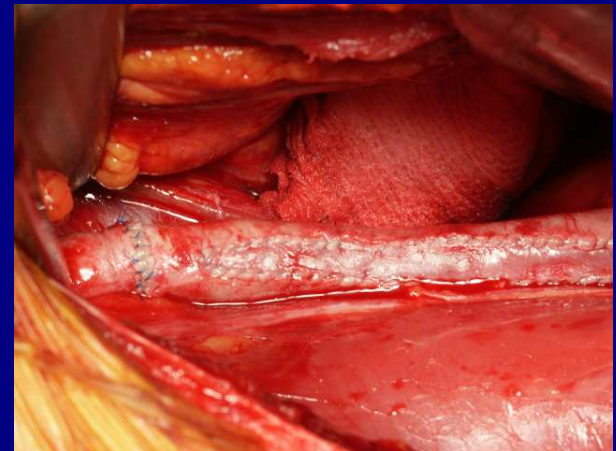
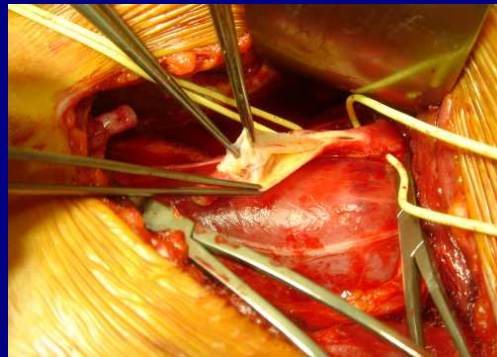




TRAITEMENT

■ Chirurgie :

- Endofibrosectomie
- Raccourcissement
- Angioplastie chirurgicale

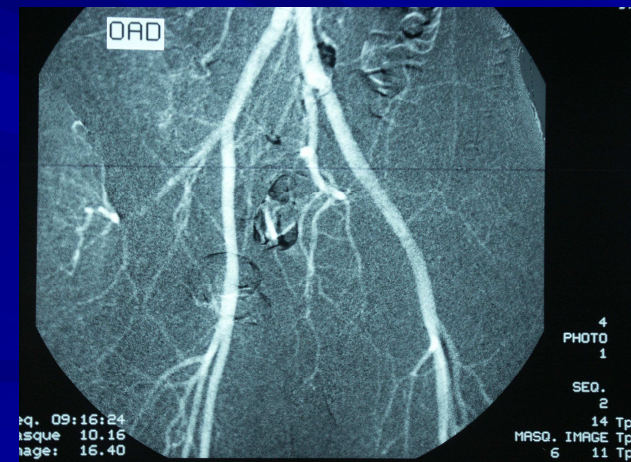
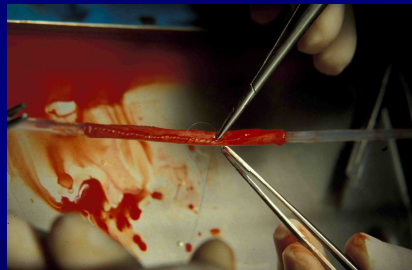
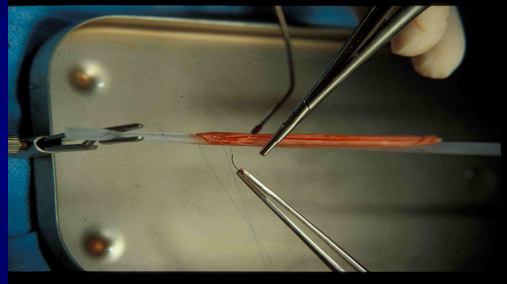


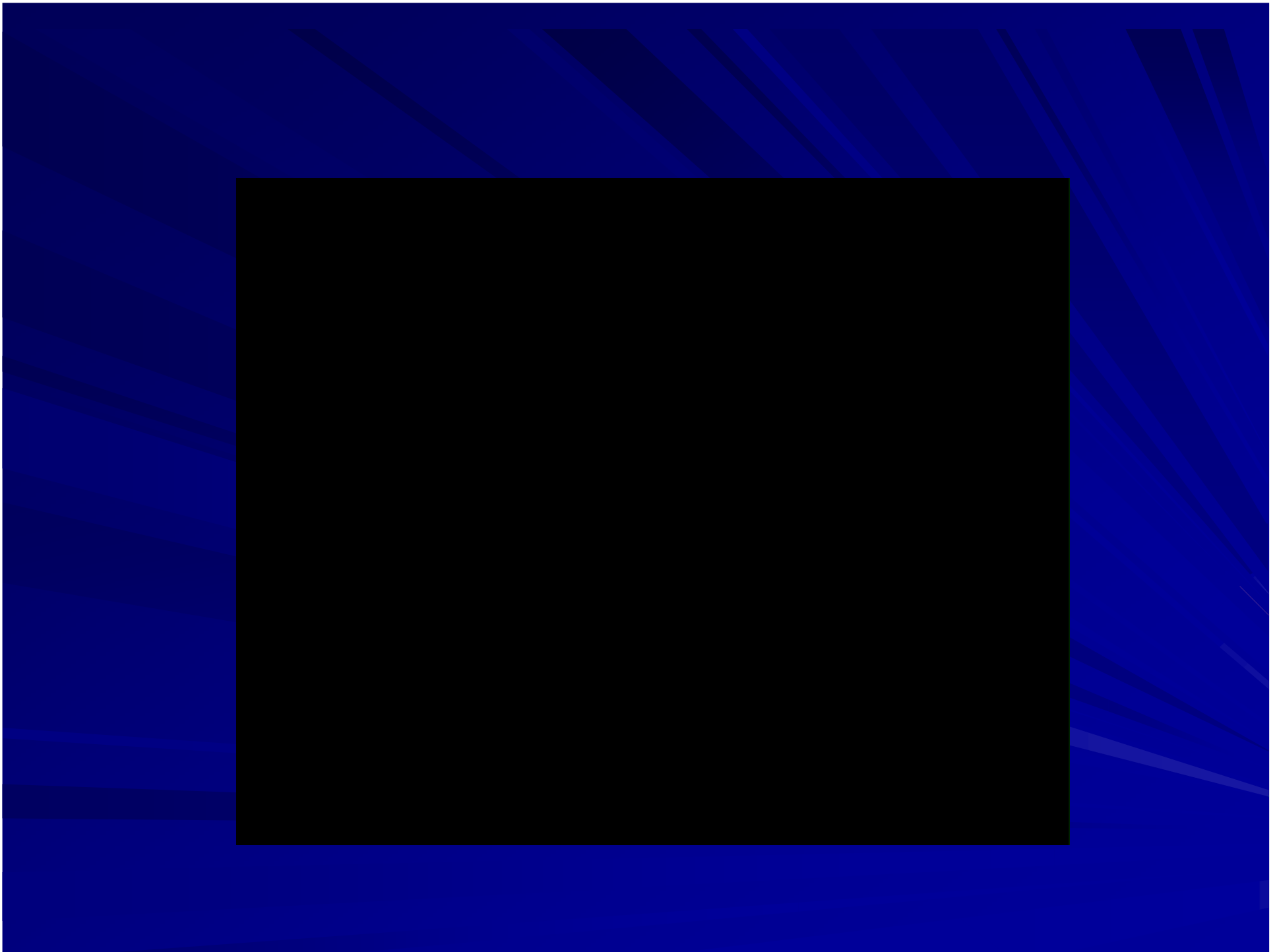
TRAITEMENT

■ Chirurgie :

■ Pontages : 161 interventions

- Veine en tuile : 99
- Veine inversée : 62





RESULTATS

■ Réinterventions iliaques : 27 5 %

■ Dilatations 16

■ Veines en tuile 11

■ Tous les patients ont été revus à trois mois de post opératoire et ont repris une activité sportive

■ 1 décès à un mois post opératoire

CONCLUSIONS

- L'endofibrose n'est pas un mythe
- Il faut l'évoquer chaque fois que l'on a éliminé les causes les plus fréquentes et qu'il existe une symptomatologie d'effort qui disparaît rapidement au repos

CONCLUSIONS

- Intervenir avec un faisceau de preuves
- Informer les sportifs sur les modalités opératoires et les risques
- L'objectif est de leur faire reprendre une activité sportive au meilleur niveau