

SAMPIL 20 JUIN 2024

DR Cesare TOUEG

- Dans notre centre (**clinique du parc Monceau**)
- Nous avons traité 550 patients en 2023 par embolisation de varicocèle unilatérale ou bilatérale +/- 740 varicocèles.
- Dans 95% il s'agit d'une infertilité primaire ou secondaire du couple, échec de FIV, pour le reste il s'agit d'un problème algique, ou d'une découverte fortuite associé à des anomalies vérifiées du spermogramme.
- Enfants et adolescents adressés par un uro-pédiatre pour une varicocèle associé à une asymétrie significative du volume testiculaire.

- Transversale entre le diagnostic et le traitement, l'indication par embolisation est multidisciplinaire réalisée à la demande du spécialiste ou par la réflexion du staff de PMA
- Le diagnostic est clinique trois grades, l'échographie doppler ne fait que confirmer la varicocèle uni ou bilatérale et son grade, son impact sur l'hypoperfusion artérielle sur le volume testiculaire et la structure de la pulpe. L'examen échographique est incontournable dans les pathologies associées ou responsables d'une infécondité: découverte d'une tumeur, d'une ABCD, d'un situs inversus, d'une infection distale ou proximale modifiant ainsi l'approche thérapeutique de l'infertilité.
- Age extrêmes 18ans- 71ans, âge moyen 37ans
- Traitement de la varicocèle grade II/III en cas d'anomalie du spermogramme ou fragmentation ou encore pré biopsie. On vérifie le grade I,+/- traitement si associé à II/III controlatérale
- Si la biologie est normale il n'y a aucune indication

- On note une varicocèle gauche de grade III dans plus de 45% pour le reste il s'agit de varicocèle de grade II gauche ou bilatéral, on ne traite pas un grade I isolé.
- Dans notre expérience annuelle on note 37% à 41% de varicocèle droite de grade II, ce chiffre étant bien plus important que la littérature qui rapporte entre 9 et 17%.
- Cette discordance s'explique surtout par un examen clinique et/ou échographique insuffisant, un Valsalva inefficace ou des notions reçues « il n'y a pas de varicocèle droite »
- Consensus AAU EAU dilatation veineuse 3mm reflux > 2s pour 55%
- 2,5mm pour 29% et 2mm pour 12%

CORRELATION CLINIQUE ET ECHOGRAPHIE DE LA VARICOCELE dans notre pratique confronté à l'embolisation

80 patients par semaine en écho doppler et consultation dont 12 seront
traités

Grade 0	Varicocèle non visible, non palpable, infraclinique, décelable seulement par ultrasons	→ 1 à 1,5mm
Grade I	Varicocèle spontanément non visible ; palpable après manœuvre de Valsalva	→ 1,5 à 2mm; reflux en Valsalva
Grade II	Varicocèle spontanément non visible ; palpable se remplissant par gravité (en position debout, sans Valsalva)	→ 2,5 à 3mm; reflux décroissant en Valsalva
Grade III	Visible et palpable sans Valsalva	→ > 3mm; reflux en plateau >2s en Valsalva

VSG SIMPLE grade III

Cathétérisme



Phlébographie embolisation



Varicocèle plus complexe fréquente



VG Complexe et risque de récurrence

Sur le plan technique l'embolisation doit être complète incluant bien sûr les collatérales et notamment cette collatérale iliaque qu'il vient souvent supplanter le réseau principal par le biais du cercle exo rénal et entraîner une récurrence d'un réseau insuffisamment embolisé ou opéré

VSG



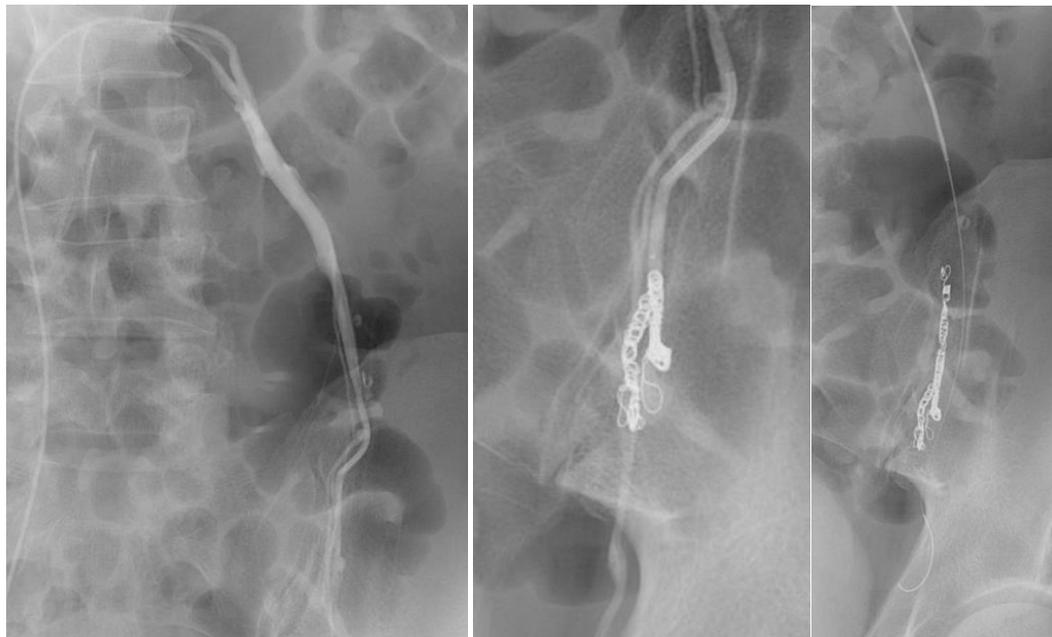
Risque de récurrence



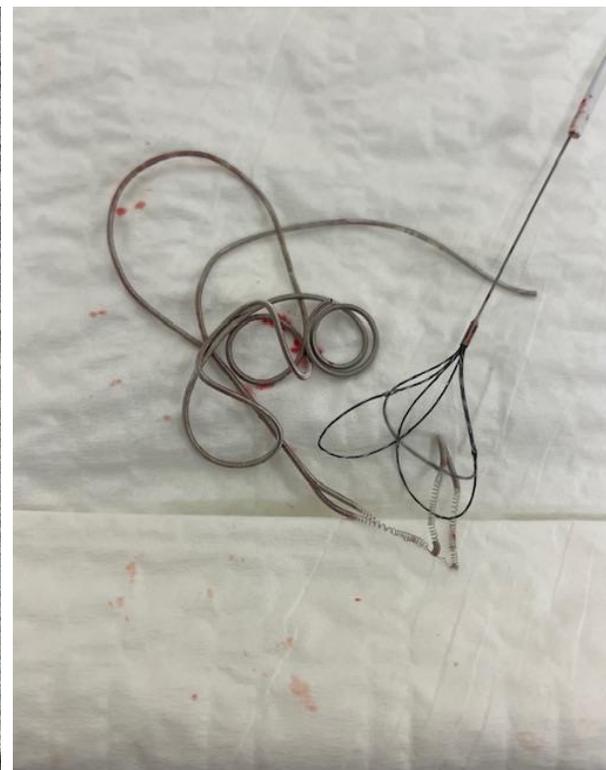
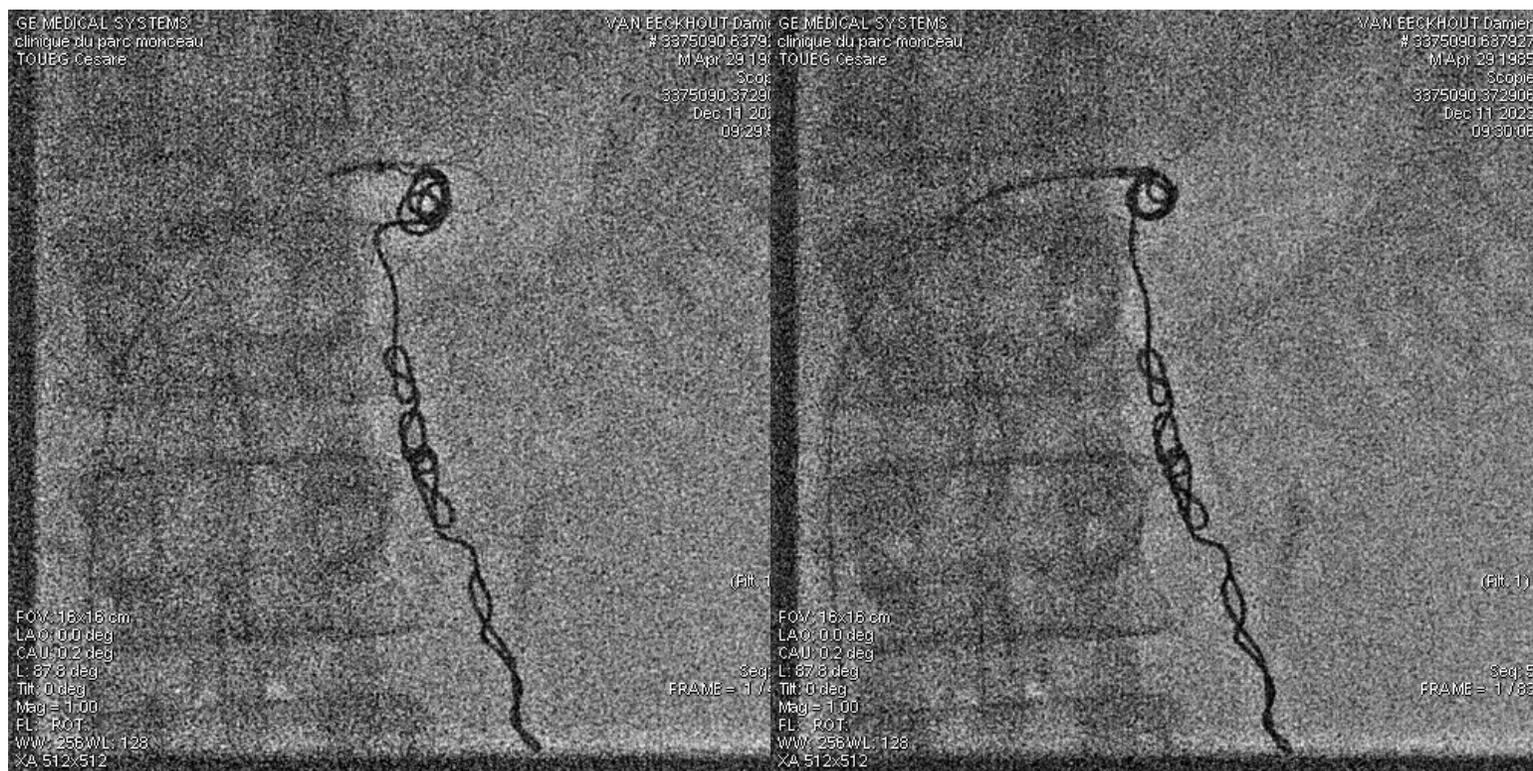
Embolisation



Récidive cure microchirurgicale sous inguinale



Retrait d'une migration d'un coil



Récidive	Faisabilité	Avantages	Complications (très rare)
<p>Dans notre série 2023: 2 récidives/550 patients pour 740 varicocèles</p> <p>Les embolisations réalisées ailleurs 15 récidives dont 4 échecs de cathétérisme</p> <p>Reprise de récidive chirurgicale 16 dont 4 sous-inguinale</p>	<p>100% pour la gauche < 95% pour la droite >> versus littérature 90% G et 65%D.</p> <p>Les difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Absence de Varicocèle -> toujours contrôle pré-op -Spasme valvulaire -> expérience patience vasodilatateurs - Anatomiques -> connaitre les variantes, ressources en matériel 	<p>Examen facile pour un opérateur entraîné, peu irradiant,</p> <p>Ambulatoire simple sédation, durée 15/20 min unilatéral à 40 min bilatéral</p> <p>Reprise de l'activité le lendemain arrêt simple du sport intensif pendant 3 semaines, les rapports peuvent être repris dès le lendemain</p> <p>Pas d'arrêt de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Hématome secondaire au point de ponction souvent obèse 4/550 spontanément résolutif -Infection 0/550 -Migration d'un coil 4/2400 >récupération 100% -Douleur < 3 semaines 20% → anti-inflammatoires antalgiques

Alternatives thérapeutiques

Le patient est informé pendant la consultation des différentes options, l'indication n'est jamais imposée personnellement.

Je suis pour l'embolisation de première intention à la condition d'une expertise en RI

En cas de difficultés anatomiques préférer une chirurgie sous inguinale, en cas de récurrence d'embolisation préférer une chirurgie sous-inguinale, en cas de récurrence chirurgicale préférer une embolisation