

CHIRURGIE VASCULAIRE

CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE
CLINIQUE DU VAL D'OUEST
CLINIQUE CHARCOT

Docteur Jean Robert BRUDON

*Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de Chirurgie*

69 1 70319 3

Docteur David de RAVIGNAN

*Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon
Chef de Clinique à la Faculté*

69 1 70532 1

INFORMATION PREOPERATOIRE ENDOPROTHESE POUR ANEVRISSME DE L'AORTE ABDOMINALE

**A REMETTRE
AUX INFIRMIERES**

Madame, Monsieur,

Les examens ont permis de mettre en évidence une dilatation importante de l'aorte abdominale (anévrisme) qui nécessite une intervention chirurgicale. Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention. Le Chirurgien et le Médecin Anesthésiste vous rencontreront en consultation préopératoire et vous expliqueront le déroulement de cette intervention. Cette fiche vous aidera à vous préparer à l'intervention.

QUE DEVEZ-VOUS SAVOIR SUR CETTE MALADIE ?

L'anévrisme de l'aorte abdominale est une maladie de la paroi artérielle, responsable d'une augmentation progressive du diamètre et d'une fragilité de la paroi, qui survient essentiellement à partir de la soixantaine. Jusqu'au début des années 80, on considérait que ces anévrismes étaient essentiellement liés au développement de l'athérosclérose et donc en rapport avec les facteurs de risque cardio-vasculaire (tabac, hypertension artérielle, cholestérol...). Des données récentes témoignent du rôle de facteurs génétiques qui précipiteraient l'évolution de cette maladie. Malgré l'existence de formes familiales, le marqueur génétique n'a pas encore été localisé.

Les anévrismes de l'aorte étant le plus souvent asymptomatiques, le diagnostic peut-être fait dans plusieurs circonstances :

- Fortuitement au cours d'un examen clinique (masse abdominale battante) ou radiologique (échographie, scanner) réalisé pour une autre pathologie.
- Au cours du bilan d'une artérite des membres inférieurs ou chez les sujets à haut risque.
- A l'occasion d'une complication aiguë (embolie, rupture +++).

EXISTE T'IL UNE ALTERNATIVE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

Actuellement, deux méthodes thérapeutiques peuvent être proposées :

- Soit une méthode chirurgicale classique qui consiste à ouvrir l'abdomen avec mise en place d'une prothèse en tissu étanche. Les résultats de ce type de traitement sont bien connus, mais ce dernier présente comme inconvénient de nécessiter une chirurgie lourde, des transfusions fréquentes et occasionne une hospitalisation et une convalescence longues.
- Soit une méthode par voie endovasculaire qui réalise le même type de traitement en utilisant une endoprothèse (cf infra).

La place du traitement médical est restreinte. La correction des facteurs de risque cardio-vasculaire est nécessaire (arrêt du tabac, règles hygiéno-diététiques). Certaines équipes ont proposé, de façon empirique, l'utilisation de traitement médical (bêtabloquant, statines) afin de ralentir l'évolution des anévrismes. L'efficacité de ce traitement n'est pas démontrée.

Le taux moyen de croissance des anévrismes est estimé à environ 10 % par an. L'extrême gravité de la rupture (80 % de mortalité) justifie le traitement chirurgical ou endovasculaire des anévrismes dont le diamètre est supérieur à 5 cm.

QUELLES SONT LES MODALITES DE L'INTERVENTION ?

L'intervention est toujours précédée d'un bilan morphologique de l'anévrisme par un scanner abdominal. La consultation avec le médecin anesthésiste permet également de déterminer d'éventuelles explorations cardiaques, vasculaires (échographie, scintigraphie, coronarographie) ou respiratoires à réaliser avant l'intervention. Celle-ci est pratiquée sous anesthésie générale, son principe de base de l'intervention consiste à exclure la poche anévrismale de la circulation sanguine. Dans ce cas, une endoprothèse constituée d'un ressort métallique recouvert de tissu étanche est introduite par une artère fémorale au pli de l'aîne et déployée dans l'aorte pour exclure cet anévrisme. Cette nouvelle méthode semble moins agressive qu'un pontage chirurgical mais son devenir à long terme n'est pas encore parfaitement connu. Quelle que soit la méthode thérapeutique utilisée, le principe est d'exclure l'anévrisme de la pression sanguine aortique et ainsi éviter l'extension de cet anévrisme. D'autre part, cette endoprothèse permet d'éviter les principes de migration des caillots qui se sont développés dans l'anévrisme.

QU'EST-CE QU'UNE ENDOPROTHESE AORTIQUE?

L'endoprothèse est constituée d'une partie métallique couverte de tissu étanche composé de matériaux bio-compatibles, à usage médical. Grâce aux examens radiologiques pratiqués au préalable, les dimensions de la prothèse ont pu être déterminées pour traiter votre lésion. Cette endoprothèse est comprimée à l'extrémité d'un cathéter porteur. Elle est ensuite introduite sur un guide métallique jusqu'au niveau du site d'implantation. En regard de la lésion, cette endoprothèse est libérée dans la lumière aortique par le retrait du système de fixation. Elle se fixe alors spontanément sur la paroi de l'aorte.

QUELS SONT LES ACCIDENTS ET INCIDENTS POSSIBLES AU COURS DE L'INTERVENTION?

Toute intervention sur le corps humain, même conduite dans des conditions de compétence et de sécurité maximales, comporte un risque de complication.

Les risques sont : ● ceux de l'anesthésie générale. ● Les complications liées à l'injection de produit de contraste sont rares et sont le plus souvent représentées par des éruptions cutanées. De manière plus exceptionnelle, des problèmes plus graves, en particulier circulatoires peuvent aller jusqu'à l'arrêt cardiaque, mais toutes les précautions sont prises pour prévenir ce type de complication. Les patients présentant un diabète, une maladie rénale, de l'asthme ou une histoire antérieure d'allergie à un produit de contraste posent plus souvent ces problèmes. : ● Les risques de toutes artériographies : complications au point de ponction : il peut s'agir d'une ecchymose ou d'un hématome qui disparaissent normalement en quelques jours ou quelques semaines. Des lymphorrhées (écoulement incolore) peuvent être observées après les artériotomies. : ● Les autres risques que l'on peut rencontrer sont ceux de tout cathétérisme vasculaire : une dissection de l'artère (dédoublage de la paroi) peut être observée, celle-ci sera le plus souvent traitée dans le même temps par l'implantation d'une endoprothèse ou un pontage localisé, des occlusions artérielles ou des migrations emboliques à distance qui seront traitées dans le même temps par un traitement médical, endovasculaire ou chirurgical approprié. : ● Au niveau de l'anévrisme, la mise en place de l'endoprothèse peut être à l'origine de complications : migrations emboliques au cours de l'implantation, impossibilité de mise en place de l'endoprothèse le plus souvent liée à une anatomie peu favorable à la mise en place de ce type de matériel. Des fuites entre la prothèse et la lumière de l'aorte, des déplacements ou des défauts d'ouverture de l'endoprothèse peuvent aussi être observés. Ces complications nécessitent parfois l'implantation d'une deuxième endoprothèse. Enfin, de rares cas de reprise chirurgicale ont été rapportés au cours de ces mises en place.

QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR APRES L'INTERVENTION?

- Hémorragie : elle survient essentiellement dans les 48 premières heures et peut rendre indispensable une transfusion et une réintervention chirurgicale rapide.
- Ischémie aiguë et embolies artérielles sont la conséquence de l'obstruction de l'endoprothèse ou de la mobilisation du dépôt de caillots situés dans la poche anévrismale. Dans les cas extrêmes, cela peut aboutir à une amputation de tout ou partir des membres inférieurs.
- Insuffisance rénale aiguë, le plus souvent conséquence de complications multiples (hémorragie, ischémie), elle peut nécessiter le recours, le plus souvent provisoire, à l'hémodialyse (rein artificiel). Il s'agit parfois de l'aggravation d'une insuffisance rénale préexistante.

- Infarctus intestinal, le plus souvent localisé à la partie terminale du colon gauche, vascularisé par l'artère mésentérique inférieure. Ce risque est minimisé par le respect d'une tactique chirurgicale rigoureuse.
- Complications cardiaques, dominées par le risque d'infarctus du myocarde. Ces complications justifient la réalisation d'un bilan préopératoire (échographie, scintigraphie, coronarographie) à la recherche d'une atteinte coronarienne sévère, qui devrait être traité avant la chirurgie aortique.
- Phlébite et embolie pulmonaire : le risque est faible, prévenu par la prescription systématique d'un traitement anticoagulant.
- La mortalité globale varie de 2 à 7 % dans les publications internationales.

Dans l'état actuel des connaissances, en raison de l'incertitude sur le devenir à long terme des endoprothèses aortiques, un suivi régulier avec un premier scanner dans le mois qui suit l'intervention est impératif. Le risque essentiel est représenté par la persistance ou l'apparition de « fuites » (5 – 40 %) en rapport avec une mauvaise étanchéité de la prothèse ou avec la persistance d'artères alimentant l'anévrisme (lombaire, mésentérique). Ces fuites doivent être dépistées et traitées car elles risquent de contribuer à l'évolutivité de l'anévrisme (rupture).

Au cours d'un entretien avec le chirurgien, je reconnais avoir reçu des informations claires et détaillées sur la nature et le déroulement de l'intervention chirurgicale programmée. J'ai été prévenu des risques particuliers et des complications possibles de cette intervention.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin.

Document établi selon les recommandations de la société de Chirurgie Vasculaire De Langue Française.

A rapporter lors de l'hospitalisation et à remettre aux infirmières du service.