

INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

ANÉVRISME AORTO-ILIAQUE : TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR MISE A PLAT-GREFFE

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

Les examens spécialisés proposés par votre médecin ont mis en évidence un « anévrisme de l'aortique abdominale ». C'est une dilatation, dans son trajet abdominal, de la grosse artère qui part de votre cœur et qui distribue le sang oxygéné à tout le corps. Cette dilatation siège le plus souvent en dessous des artères rénales et se prolonge plus ou moins en aval sur les artères iliaques qui vont descendre depuis le bassin en direction des membres inférieurs. Le risque évolutif principal de cet anévrisme est la rupture. Celle-ci peut avoir des conséquences dramatiques en raison de l'importante hémorragie qui en résulte. On estime que le pourcentage de décès au stade de rupture se situe entre 50 et 90 %.

D'autres complications beaucoup moins fréquentes peuvent survenir comme des embolies dans les artères des membres (ou dans les artères pelviennes), une compression des organes de voisinage (phlébite, occlusion, ...), une thrombose, une inflammation ou une infection (anévrisme mycotique notamment)

À partir d'un diamètre de deux fois supérieur à celui de l'aorte sus-jacente, le risque de complication de l'anévrisme devient considérable. Le but du traitement est donc d'éviter l'évolution de l'anévrisme aortique vers la survenue de complications, et particulièrement la rupture.

Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé du déroulement et des suites normalement prévisibles de l'intervention, mais aussi des risques encourus et notamment des principales complications comparativement à l'évolution spontanée de votre pathologie. Le chirurgien et le médecin anesthésiste vous expliqueront lors de la consultation tous ces éléments. L'objectif de cette fiche est de vous préparer à l'intervention et de vous aider à formuler à l'équipe soignante des précisions supplémentaires.

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 due à 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 imposant un dépistage familial lorsqu'un anévrisme de l'aorte est découvert. Malgré l'existence de formes familiales, le marqueur génétique n'a pas encore été isolé.

Les anévrismes de l'aorte évoluent à bas bruit, ils sont le plus souvent asymptomatiques. Le diagnostic peut donc être évoqué 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 ?

La place du traitement médical est restreinte. La correction des facteurs de risque cardiovasculaire est nécessaire (arrêt du tabac, respect des règles hygiéno-diététiques, correction des chiffres tensionnels). Le taux moyen de croissance des anévrismes est estimé à environ 10 % par an.

L'extrême gravité de la rupture justifie le traitement chirurgical des anévrismes dont le diamètre est supérieur à 5cm ou lorsque la surveillance confirme une progression significative, sur la surveillance échographique ou par angioscanner.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

L'intervention est toujours précédée d'un bilan morphologique, pour préciser la situation et la taille de l'anévrisme. C'est le rôle du scanner abdominal et de l'artériographie qui sont réalisés avant l'intervention. La consultation avec l'anesthésiste permet également de déterminer d'éventuelles explorations cardiaques (échographie, scintigraphie, coronarographie) ou respiratoires à réaliser avant l'intervention. Il faut savoir que l'intervention est pratiquée sous anesthésie générale.

Le principe de base de l'intervention consiste à exclure la poche anévrismale de la circulation sanguine. Le traitement classique ou « mise à plat-greffe » comporte l'ouverture de l'abdomen et l'implantation d'une prothèse, tubulaire ou bifurquée, le plus souvent en polyester (Dacron) qui remplace la partie dilatée de l'aorte. Ce pontage prothétique peut-être prolongé sur les artères iliaques ou fémorales en fonction de l'extension de l'anévrisme. Cette intervention nécessite un bon état général et l'absence de pathologie grave en particulier cardio- respiratoires.

La durée d'hospitalisation varie de 8 à 15 jours, avec une période postopératoire immédiate de 2 à 5 jours en moyenne, en unité de soins intensifs. Une convalescence de quelques semaines est ensuite nécessaire avant la reprise des activités en évitant tout effort pendant un minimum de deux mois pour limiter le risque d'éventration abdominale.

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

En dépit de tout le soin apporté par l'équipe, il arrive qu'un incident ait lieu au cours de l'intervention (dans de rares cas). Ils sont pour la plupart aussitôt identifiés et traités. Il peut s'agir :

- De plaies des vaisseaux de voisinage (veine cave inférieure, veines iliaques), responsables d'hémorragies importantes. Elles peuvent nécessiter une transfusion de produits sanguins ;
- De plaies des organes de voisinage (uretère, anses intestinales...) relevant d'un traitement spécialisé ;

- D'accidents d'anesthésie qui sont exceptionnels. Une information spécifique vous sera délivrée au cours de la consultation préopératoire.

QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR APRÈS 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** qui sont la conséquence de l'obstruction du pontage ou de la mobilisation de caillots situés dans l'artère pathologique. Une réintervention peut alors être nécessaire. Dans les cas extrêmes, cela peut aboutir à une amputation de tout ou partie des membres inférieurs ;
- **Insuffisance rénale aiguë**, pouvant nécessiter le recours, le plus souvent provisoire, à l'hémodialyse (rein artificiel). Il s'agit parfois de l'aggravation d'une insuffisance rénale préexistante ;
- **Insuffisance respiratoire aiguë**, en rapport avec la décompensation d'une atteinte pulmonaire déjà présente (bronchite chronique) ou avec la survenue d'une complication infectieuse (pneumopathie, surinfection bronchique). Elle peut prolonger la durée de la ventilation assistée et donc, le séjour en réanimation ;
- **L'infarctus intestinal** (absence d'oxygénation d'une partie des intestins qui peuvent se nécroser) est favorisé par le contexte d'artério-sclérose. Il est le plus souvent localisé à la partie terminale du colon gauche qui est vascularisée par l'artère mésentérique inférieure. Ce risque est minimisé par le respect d'une technique chirurgicale rigoureuse ;
- Les complications cardiaques sont 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, pouvant relever d'un traitement spécifique ;
- **Phlébite et embolie pulmonaire** : le risque est faible. Il est prévenu par la prescription d'un traitement anticoagulant et/ou la mobilisation précoce ;
- **Paraparésie** (diminution de la force musculaire) **ou paraplégie** (paralysie de la partie basse du corps). Leur survenue est exceptionnelle et imprévisible, secondaire à une hypoperfusion le plus souvent favorisée par une anomalie anatomique de la vascularisation de la moelle, favorisant une ischémie plus ou moins étendue pouvant s'accompagner de troubles sphinctériens, d'impuissance ;
- **L'infection** est plus fréquente si le pontage est réalisé pour traiter une plaie cutanée ou un début de gangrène. Elle peut être superficielle ou profonde et avoir des conséquences redoutables pouvant conduire à une réintervention avec ablation de la prothèse. Comme pour tout acte chirurgical comportant un abord cutané, une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique sont impératives, la majorité des infections post opératoires étant due à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire, etc. Toute infection bactérienne survenant en n'importe quel point de l'organisme même distant du geste chirurgical aorto-iliaque, peut entraîner une greffe bactérienne sur la prothèse vasculaire, il sera important de traiter ces foyers infectieux potentiels.
- **Et plus rarement** : allergie à l'héparine, allergie au produit de contraste, accident cérébral.
- **La mortalité** au décours d'une chirurgie conventionnelle aorto-iliaque réglée (c'est à dire en l'absence de toute complication) est comprise entre 3 et 7 % selon les publications internationales.

SURVEILLANCE

A distance, les résultats de la chirurgie sont bons. Des problèmes de fragilité de la paroi abdominale (éventration), des troubles sexuels (éjaculation rétrograde, impuissance), et l'évolution de la pathologie athéromateuse (sténose anastomotique, faux anévrisme, oblitération, ...), peuvent survenir, nécessitant une surveillance régulière de tous les opérés et la correction des fractures de risque de la maladie athéromateuse.

EN RÉSUMÉ

Ces explications ne peuvent être exhaustives et votre médecin traitant a également été informé des propositions thérapeutiques qui vous ont été faites. Le chirurgien et le médecin anesthésiste restent à votre entière disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire sur tel ou tel point particulier que vous auriez insuffisamment compris et que vous souhaiteriez faire préciser.

NB : Pour TOUT ACTE CHIRURGICAL comportant un abord cutané, une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique sont impératives, la majorité des infections postopératoires étant due à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire, ...). Toute infection bactérienne survenant en n'importe quel point de l'organisme même distant du geste chirurgical aorto-iliaque, peut entraîner une infection bactérienne sur la prothèse vasculaire.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION

- Pourquoi me recommandez-vous particulièrement cette chirurgie ?
 - Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
 - Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
 - Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
 - Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
 - Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
 - Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
 - Me recommandez-vous un second avis ?
-

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.