

## INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

# ANÉVRISME AORTO-ILIAQUE : TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE

---

### ➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

### ➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

---

Les examens spécialisés proposés par votre médecin ont mis en évidence un « anévrisme aorto-iliaque ». 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 jusqu'aux 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 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 encore 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.

## PRINCIPES

Depuis de nombreuses années une intervention chirurgicale réalisée en ouvrant l'abdomen permet de remplacer la partie dilatée de l'aorte par un tissu synthétique (prothèse aortique).

Plus récemment, une nouvelle technique est apparue qui consiste à exclure l'anévrisme de la circulation en introduisant une prothèse directement dans l'aorte, par l'intermédiaire d'une incision au pli de l'aîne. Cette « endoprothèse » est donc implantée en évitant une ouverture abdominale et ses conséquences en termes de durée d'hospitalisation. Cette intervention est moins invasive que la chirurgie. Cependant, des critères anatomiques stricts sont nécessaires pour pouvoir la réaliser. Les examens réalisés ont confirmé que l'on pouvait vous faire bénéficier de cette technique « endovasculaire » qui impose toutefois une surveillance vigilante. (Cf. chapitre concernant la surveillance)

## MODALITÉS ET TECHNIQUES

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale au bloc opératoire, ou bien en salle de radiologie interventionnelle ou encore dans une salle « hybride » qui propose à la fois les infrastructures d'un bloc opératoire et la mise à disposition des moyens radiologiques les plus modernes, car ce traitement endovasculaire nécessite l'utilisation de produits de contraste pour visualiser les artères et le matériel implanté sous radioscopie. Nos confrères anesthésistes vous fourniront tous les renseignements utiles concernant les modalités pratiques de l'anesthésie lors de la consultation préopératoire obligatoire.

Cette endoprothèse, constituée d'une cage métallique et d'un tissu synthétique (polyester, PTFE, polyuréthane, ...), est positionnée sous contrôle radiologique à l'aide d'un cathéter porteur introduit à partir des artères fémorales. Une fois correctement positionnée au niveau de l'anévrisme, l'endoprothèse (sorte de ressort habillé de tissu synthétique) est « dégainée » de l'introducteur, ce qui lui permet de se déployer et de prendre sa forme définitive. L'anévrisme est alors exclu de la circulation du fait de l'intimité du contact de la paroi externe de l'endoprothèse avec celle, interne, des collets de l'anévrisme (zones « saines » de l'aorte et des artères iliaques). Une fois l'anévrisme exclu, le sang s'écoule, au travers de l'endoprothèse.

La durée d'hospitalisation est relativement courte (trois à sept jours en moyenne) en fonction des pathologies associées. La reprise des activités tient également compte de ces pathologies intercurrentes.

## RISQUES POTENTIELS

Lors de la procédure, une impossibilité technique ou une malposition de l'endoprothèse peuvent rendre nécessaire une intervention chirurgicale conventionnelle, avec ouverture abdominale et cure « classique » de l'anévrisme par une prothèse tissulaire suturée à ses extrémités. L'administration de produit de contraste impose une surveillance biologique rigoureuse de la fonction rénale.

Comme pour la chirurgie conventionnelle, l'utilisation d'un matériel synthétique (prothèse) peut entraîner de graves conséquences en cas d'infection. Des risques potentiels et des complications peuvent survenir dont la liste n'est pas exhaustive. Certaines complications peuvent nécessiter une nouvelle procédure endovasculaire ou une intervention chirurgicale classique :

- Fuite de sang entre la paroi aortique et l'endoprothèse (par une perte de l'intimité du contact) ou à partir d'une branche collatérale de l'aorte avec perfusion persistante de l'anévrisme et donc, risque évolutif de dilatation aortique ;
- Plicature, voire occlusion du corps ou d'une des branches de la prothèse avec risque ischémique au niveau des artères des membres inférieurs ;
- Croissance persistante malgré l'absence de fuite ;
- Traumatisme des artères fémoro-iliaques ou de l'aorte en cours de procédure ;
- Complications de la voie d'abord au pli de l'aîne (hématomes, ou hémorragies, écoulement lymphatique, infection...);

- Occlusion des artères rénales et/ou artères du bassin (hypogastriques) avec leurs conséquences potentielles (insuffisance rénale pouvant nécessiter une dialyse plus ou moins prolongée, nécrose digestive, ischémie fessière, ischémie pelvienne...);
- Insuffisance rénale et éventuelle dialyse, même si les artères rénales ne sont pas occluses ;
- Infarctus du myocarde ;
- Insuffisance cardiaque ;
- Complications respiratoires ;
- Accident vasculaire cérébral ;
- Ischémie médullaire avec un risque de paraplégie plus ou moins complète, de troubles sphinctériens avec incontinence urinaire et/ou fécale, impuissance, ces troubles majeurs pouvant être définitifs ;
- Allergie aux produits de contraste et/ou aux composants de l'endoprothèse et des matériaux utilisés pour la mise en place.
- L'infection peut être superficielle ou profonde et avoir des conséquences redoutables pouvant conduire à une ré- intervention 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, peut entraîner une greffe bactérienne sur la prothèse vasculaire, il sera important de traiter ces foyers infectieux potentiels.

Toutes ces complications peuvent évoluer avec leurs risques potentiels propres. Enfin, l'infection nosocomiale est exceptionnelle mais nécessite un traitement artériel et bactériologique spécifique.

## SURVEILLANCE

A distance, les résultats sont comparables à ceux de la chirurgie ouverte, mais une surveillance étroite est programmée en raison notamment du risque de fuite autour de l'endoprothèse et donc de croissance de l'anévrisme, à nouveau exposé à la rupture. Le rythme de cette surveillance à la fois clinique, échographique et par angioscanner, vous sera détaillé par votre chirurgien qui vous exposera, en fonction des résultats les possibilités thérapeutiques endovasculaire et/ou chirurgicales alors envisagées, en cas d'évolutivité secondaire de l'anévrisme

---

## EN RÉSUMÉ

*Ces explications ne peuvent être exhaustives et votre médecin traitant a également été informé des propositions thérapeutiques qui vous ont été faites. Nous restons 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.*

---

## 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.***