

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

« NUT-CRACKER SYNDROME » OU SYNDROME DU « CASSE-NOISETTE »

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

Des examens spécialisés ont montré une lésion importante (sténose) de votre veine rénale gauche au niveau de la pince aorto-mésentérique supérieure, nécessitant une prise en charge chirurgicale.

Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé du **déroulement** et des **suites normalement prévisibles** de l'intervention proposée mais aussi des **risques encourus** et notamment des **principales complications** comparativement à l'évolution spontanée de votre pathologie.

Des schémas explicatifs et les clichés radiologiques commentés par votre chirurgien vous ont montré les grandes lignes de cette région anatomique.

Le chirurgien et le médecin anesthésiste vous expliqueront lors de la consultation tous ces éléments, cette fiche étant destinée à vous préparer à l'intervention et à susciter éventuellement des **précisions supplémentaires**.

I – QUELLE LÉSION EST À L'ORIGINE DU « NUT CRACKER SYNDROME » ?

Le « nut-cracker syndrome » traduit une compression de la veine rénale gauche lors de son passage entre l'aorte abdominale et l'artère mésentérique supérieure, qui réalisent en quelque sorte une pince artérielle, venant comprimer la veine rénale. Beaucoup plus rarement, la compression veineuse se produit entre l'aorte et la colonne vertébrale, lorsque la veine rénale gauche est rétro-aortique. Les causes de cette compression, plus souvent rencontrée chez la femme, associent une ptose (descente) du rein gauche, un trajet plus haut situé de la veine rénale gauche venant se jeter dans la veine cave inférieure ou encore une anomalie de naissance de l'artère mésentérique supérieure. Mais cela ne suffit pas à expliquer le caractère symptomatique de la compression extrinsèque. Il faut en effet une diminution « suffisante » du flux sanguin de la veine rénale gauche vers la veine cave inférieure et une hyperpression avec dilatation de la veine rénale gauche en amont, vers le hile rénal.

II – COMMENT SE TRADUIT LE « NUT-CRACKER SYNDROME » ?

La sténose veineuse peut être découverte au cours d'un **examen échographique**, ou confirmée lors d'un **angioscanner** ou d'une **angio-IRM**, motivés par des troubles divers et variés...hématurie micro ou macroscopique, protéinurie, douleurs abdominales ou du flanc gauche, nausées, vomissements, symptômes souvent associés à un syndrome de congestion pelvienne conséquence d'un reflux dans la veine génitale gauche et responsable, chez la femme de varices pelviennes, de dyspareunie, de dysurie et de dysménorrhée et chez l'homme d'un varicocèle et de douleurs testiculaires gauches.

III – QUELLES SONT LES ALTERNATIVES THERAPEUTIQUES POSSIBLES ?

Dans tous les cas, avant d'envisager le traitement spécifique du « nut-cracker syndrome », un bilan complet a été réalisé, recherchant **d'autres causes possibles aux symptômes** présentés et authentifiant le degré de sténose, en s'aidant d'une phlébographie avec mesure du gradient de pression de part et d'autre de la compression

Le **traitement médical** systématique, prescrit souvent depuis de très longs mois, repose sur les antalgiques, à fortes doses, et les anti-spasmodiques :

Lorsque ce traitement « conservateur » est épuisé, et que les symptômes deviennent « invalidants » le recours à une prise en charge « plus invasive » est discuté et fait appel :

- Aux techniques endovasculaires
- Aux techniques de transposition vasculaire et aux pontages
- A l'auto-transplantation rénale
- Avec des variantes techniques, notamment la chirurgie robot-assistée.

IV – QUELLES SONT LES MODALITÉS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE ?

Le geste endovasculaire doit être pratiqué dans une ambiance chirurgicale, sous anesthésie locale ou générale. Il consiste à **ponctionner** une veine fémorale au pli de l'aîne, en s'aidant le plus souvent d'un contrôle échographique pour réaliser, dans un premier temps une opacification puis une mesure des pressions de part et d'autre de la compression, confirmant l'existence d'un gradient (habituellement supérieur à 3 mm de Hg) avant d'introduire un cathéter muni à son extrémité d'un **ballon gonflable**.

Le ballon est positionné sous contrôle radiologique au niveau de la sténose, puis gonflé grâce à une seringue équipée d'un manomètre. Ce ballon est porteur d'un **ressort métallique** (stent) qui va ainsi se « déployer », afin de maintenir la veine rénale gauche « ouverte », ce qui est vérifié par un contrôle phlébographique, en fin de procédure.

Après avoir retiré le cathéter, un **pansement compressif** est maintenu jusqu'au lendemain, au niveau du point de ponction. Le décubitus strict doit être respecté pour permettre la « cicatrisation » du point de ponction vasculaire.

La durée de l'hospitalisation varie de 1 à 3 jours, mais de plus en plus souvent le geste est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire dont les modalités et contraintes vous seront précisées par votre chirurgien. Les soins post-opératoires sont limités aux pansements et à la prise d'antiagrégant plaquettaire au long cours.

À la sortie, le médecin vous conseille un repos de 48h et un traitement antiagrégant plaquettaire. Vous serez revu en consultation par votre chirurgien un mois après votre sortie du service et très régulièrement par votre angiologue et/ou votre cardiologue avec un échodoppler de contrôle, le plus souvent effectué très précocement.

V – QUELLES SONT LES MODALITÉS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

Réalisé sous anesthésie générale et dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle, il fait appel soit à une **transposition de la veine rénale gauche**, réimplantée dans la veine cave inférieure, soit en réalisant un **pontage réno-cave**, ces deux techniques permettant de « court-circuiter la pince artérielle.

L'**auto-transplantation rénale**, intervention qui consiste également à déplacer le rein gauche pour éviter la pince artérielle est une autre alternative, beaucoup plus souvent proposée que la néphrectomie. Toutes ces interventions sont réalisées par une ouverture « franche » de l'abdomen (laparotomie) ou du flanc gauche (lombotomie), mais peuvent aussi être effectuées sous coelioscopie ou avec l'aide du robot par des équipes habilitées à ces techniques innovantes. Une **embolisation** de la veine génitale gauche peut être associée dans le même temps opératoire ou de manière différée. Un contrôle échographique et/ou angiographique est le plus souvent effectué avant le retour au domicile du patient.

VI – QUELS SONT LES ACCIDENTS ET COMPLICATIONS POSSIBLES DU TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE ?

La **migration** du stent, la **récidive sténotique** et la **thrombose** de la veine rénale, représentent les complications redoutées du traitement endovasculaire, justifiant une surveillance systématique très régulière, et un contrôle radiologique dès la récurrence des symptômes. L'échec per-procédure, souvent lié à l'impossibilité de franchir la sténose avec le cathéter, est plus rare depuis l'amélioration du matériel, mais doit être envisagée avec votre chirurgien car il devient alors **nécessaire de recourir à une technique chirurgicale « ouverte »** soit au cours de la même intervention, soit de manière différée. La **disparition** des douleurs, des varices pelviennes, n'est pas systématique et doit être signalée aux patients.

⇒ L'**hématome** au niveau du point de ponction, favorisé par la nécessité de maintenir un traitement anti-agrégant plaquettaire, nécessite assez rarement une hémostase chirurgicale.

⇒ **Insuffisance rénale et manifestations allergiques** (urticaire, œdème, choc cardio-vasculaire) sont exceptionnelles. Ces complications, en rapport avec l'utilisation des produits de contraste iodés, sont le plus souvent bénignes et transitoires. **Tout antécédent de réaction allergique doit être signalé au cours de la consultation préopératoire.**

VII – QUELS SONT LES ACCIDENTS ET COMPLICATIONS POSSIBLES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

Il peut s'agir :

⇒ **D'hémorragie**, comme pour toute intervention, imposant une reprise chirurgicale, et parfois le recours à une transfusion ;

⇒ De **thrombose**, nécessitant le recours à des techniques spécifiques (fibrinolyse, désobstruction chirurgicale...) et pouvant menacer la vitalité même du rein gauche et imposer une néphrectomie.

⇒ De **blessures** des organes de voisinages, complications exceptionnelles, qui ne sont pas spécifiques, car rencontrées lors de toute chirurgie ouverte, de toute coelioscopie, même robot-assistée.

VIII – SURVEILLANCE

Une surveillance clinique et surtout par échodoppler doit être effectuée de manière régulière. La fréquence des contrôles étant fixée lors de chaque consultation spécialisée.

CONCLUSION

La présence d'une sténose localisée sur la veine rénale gauche, au niveau de la pince artérielle aorto-mésentérique supérieure, doit être parfaitement analysée avant de poser une indication thérapeutique, car s'agissant le plus souvent de femmes jeunes, dont les symptômes fonctionnels remontent à plusieurs années...C'est souvent un diagnostic d'élimination qui amène le chirurgien à intervenir sur cette région anatomique...La relative rareté de cette pathologie rend compte du faible pourcentage de cas traités par chaque équipe chirurgicale et explique actuellement l'absence de recommandations pour telle ou telle technique invasive

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 post opératoires étant dues 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, peut entraîner une greffe bactérienne sur la prothèse vasculaire (stent, pontage).

Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique nécessitant l'utilisation d'appareil de radiologie expose le patient et le personnel soignant aux rayons X, ce qui impose des règles de protection spécifiques.

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 souhaitez faire préciser.

Je reconnais avoir reçu des informations claires et détaillées sur la nature et le déroulement de l'intervention programmée ainsi que sur les autres alternatives, y compris l'abstention thérapeutique. J'ai été prévenu des risques particuliers et complications possibles de cette intervention et j'ai pu poser toute question utile à ma décision.

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.