

# AER 2019



**AER**  
ACTUALITÉS EN RÉANIMATION

**25<sup>ème</sup> AER : 19 & 20 novembre 2020**



# Anévrisme de l'aorte abdominale rompu

## *Prise en charge en 2019*

**A Millon**, M Montevenueur, N Della Schiava, P Lermusiaux

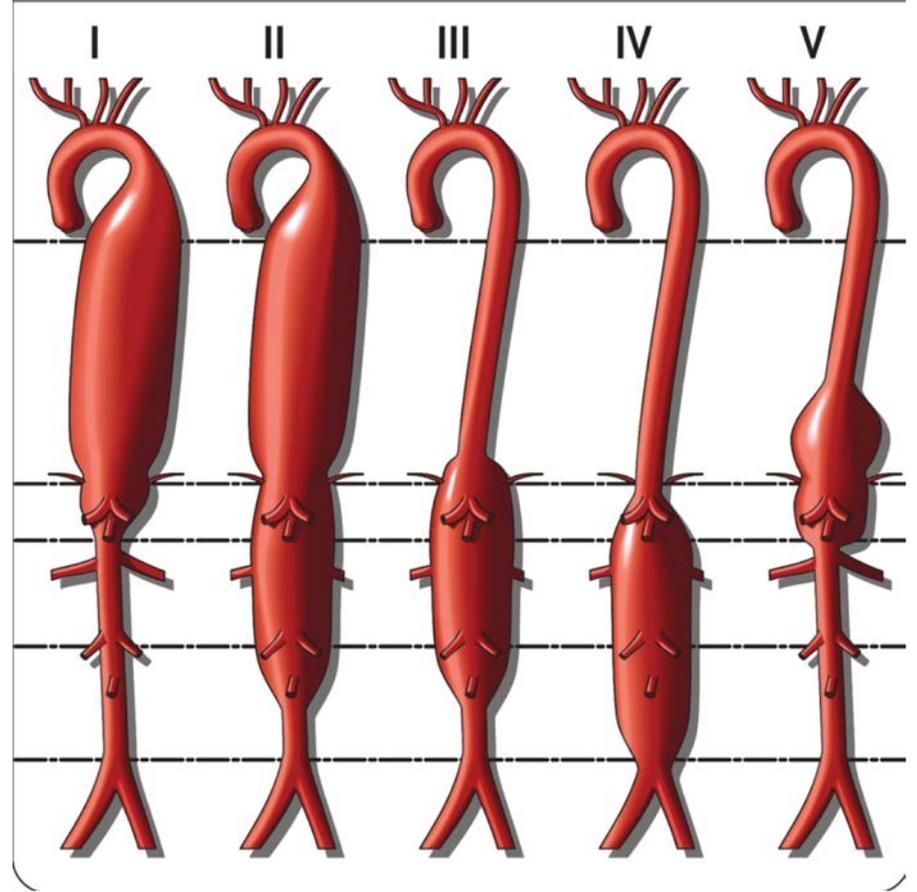
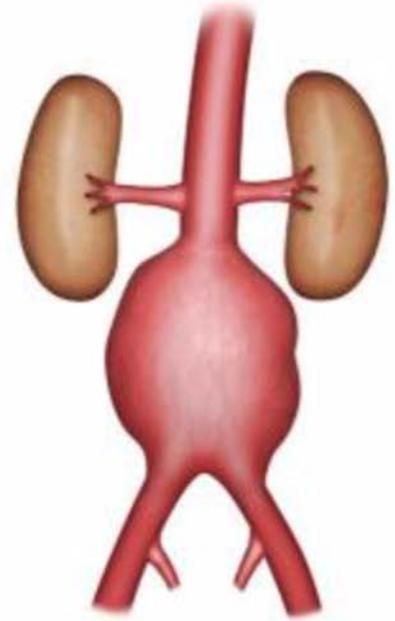
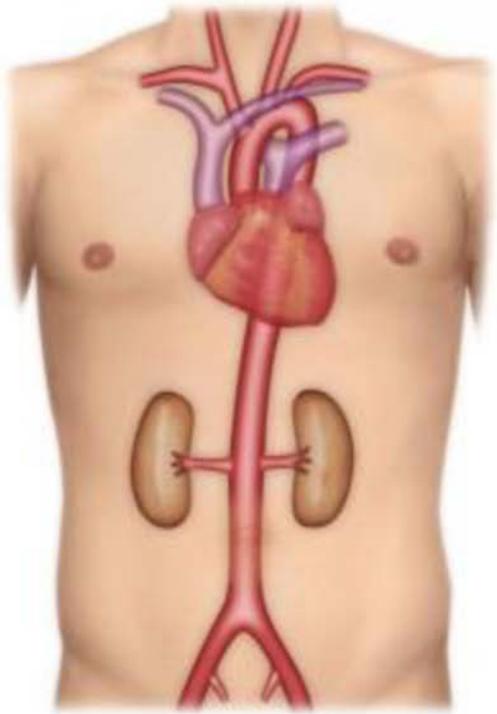
Service de chirurgie vasculaire et endovasculaire  
Hospices Civils de Lyon



Hospices Civils de Lyon

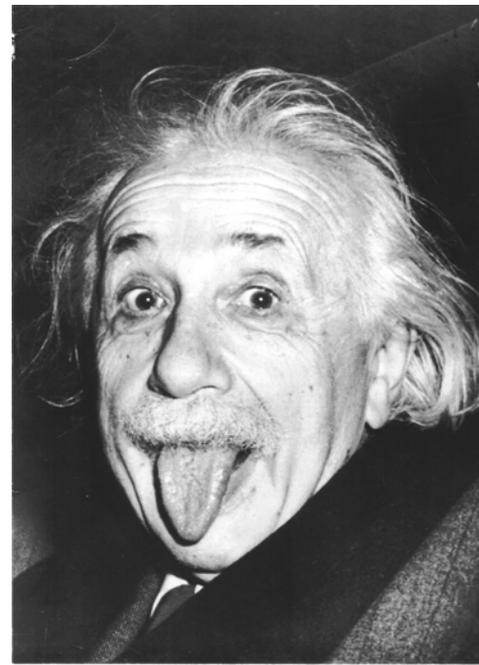
Actualités En Réanimation  
Lyon le 22 novembre 2019

# Anatomie



# Epidémiologie de l'AAA

- Entre 2% et 6% selon les études
- Prévalence qui augmente avec l'âge
- Prédominance masculine (5/1)
- Facteur de risque:
  - Antécédents familiaux d'AAA
  - Tabagisme
- Pas de dépistage organisé en France

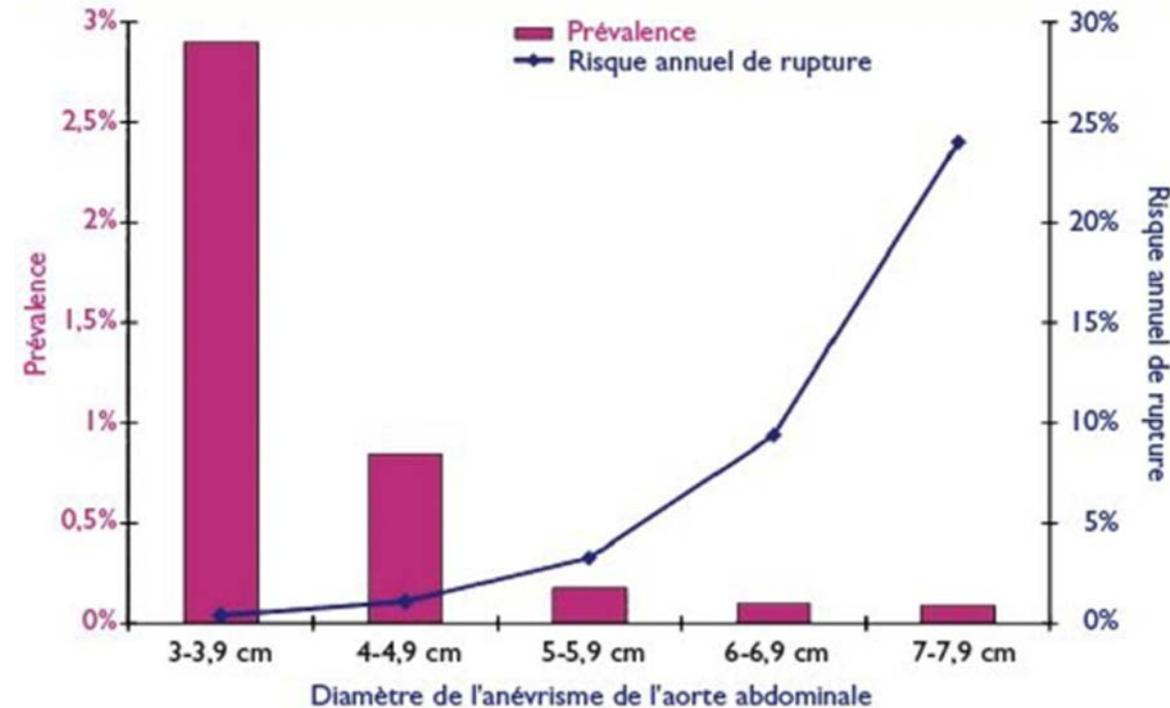


**« Homme fumeur de plus  
de 60 ans »**

# AAA Rompu

- Risque annuel de rupture:

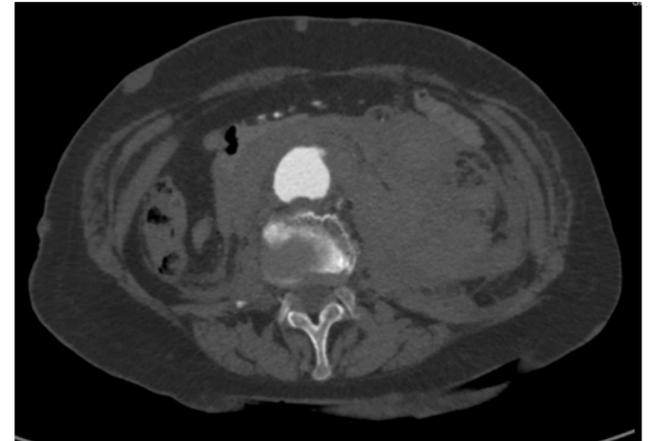
AAA (mm)	Risque annuel de rupture (%)
< 40	< 0,5
40-49	0,5-5
50-59	3-15
60-69	10-20
> 70	20-40



- Femme 3 x plus de risque de rupture que les hommes
- **Mortalité hospitalière : 30 à 50 %**

# Anévrisme rompu

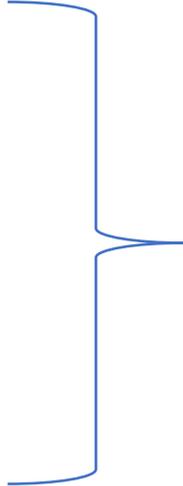
- Définition: issue de sang à travers la paroi de l'anévrisme
- Rupture vers:
  - Espace rétroperitonéal : hématome rétropéritonéal
  - Cavité abdominale : rupture en péritoine libre
  - Tractus digestif (duodenum) : fistule aortoduodénale
  - Veine
- Mortalité: 30 à 50 %



# Présentation clinique

Patient connu porteur d'un AAA  
+  
Douleur brutale abdominale ou  
dorsolombaire

Etat de choc hémodynamique  
+  
Douleur brutale abdominale ou  
dorsolombaire



AAA Rompu

# Présentation clinique

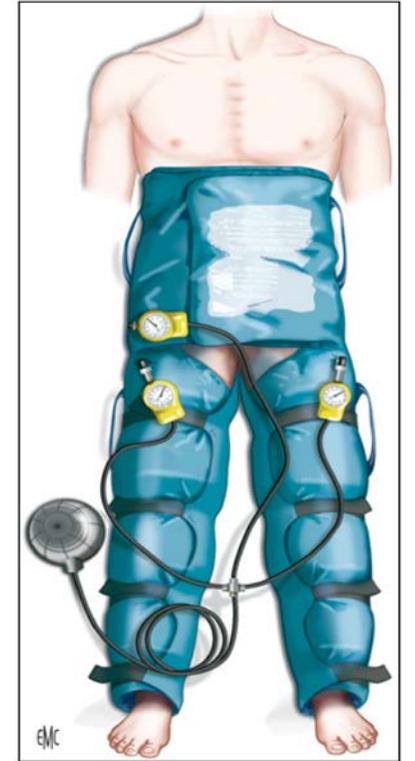
## **Autres signes cliniques évocateurs d'un AAA rompu**

- Malaise à domicile
- Marbrures
- Hémorragie digestive cataclysmique
- Ischémie de membre inférieur
- Sub-occlusion intestinale : nausée, vomissement
- Insuffisance cardiaque sur fistule aorto-cave

*Attention à la fausse crise de colique  
néphrétique !*

# Prise en charge pré-hospitalière

- FAST écho
- Hypotension artérielle contrôlée  
Eviter les pressions trop élevées et trop basses aussi ( $80 < \text{TAS} < 100$ )
  - Antalgiques
  - Pas de SAD, pas de SNG
  - Attention au manutention du patient
- Réanimation du choc hémorragique **SANS RETARDER l'arrivée à l'hôpital**
- Pantalon antichoc
- Ballon d'occlusion aortique



*Centre d'accueil et chirurgien vasculaire prévenu*

# Prise en charge chirurgicale

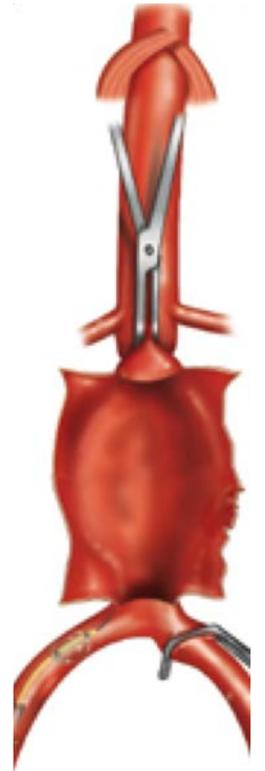
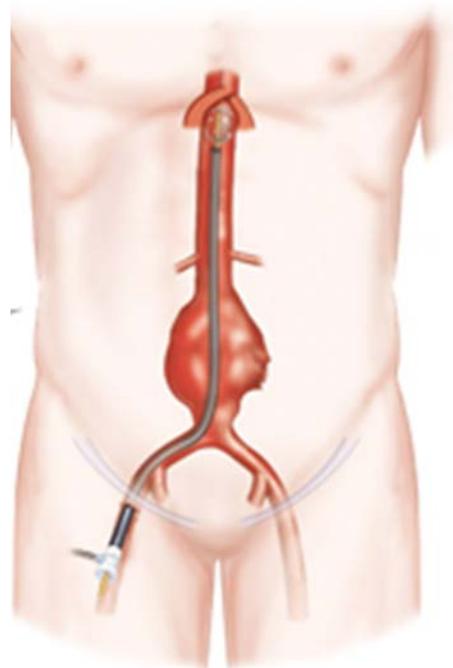
Patient très instable malgré les manœuvres de réanimation  
Diagnostic formel d'AAA rompu



**CLAMPAGE AORTIQUE  
EN EXTRÊME URGENCE**

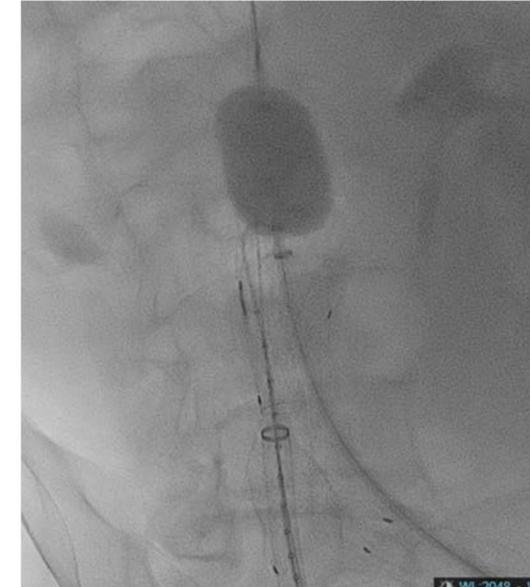
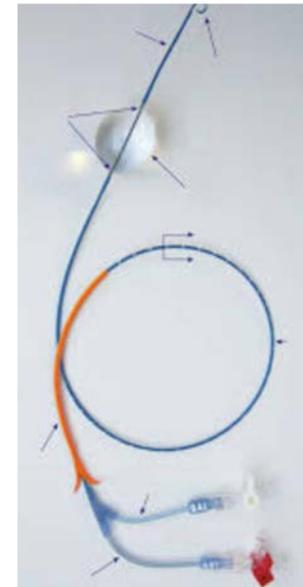
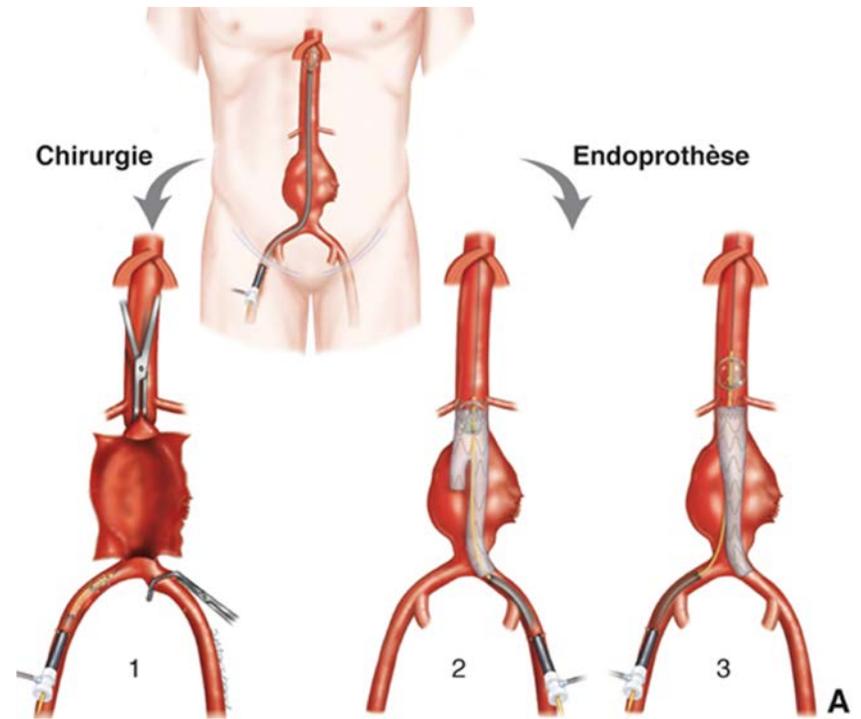
ENDOCLAMPAGE AORTIQUE  
Voie fémorale

CLAMPAGE AORTIQUE  
Par laparotomie



# Endoclampage aortique

- Si instabilité Hémodynamique
- En pré-hospitalier, en salle de déchoquage ou au bloc opératoire
- Temps de mise en place doit être inférieur à un clampage classique (<10min)
- Nécessite formation et organisation des blocs d'urgence
- Diminue les dommages collatéraux d'une dissection d'urgence du collet aortique



# Prise en charge chirurgicale

Patient stabilisé grâce aux manœuvres de réanimation  
(endoclampage aortique inclus)



**ANGIOSCANNER AORTIQUE**



**BLOC OPERATOIRE**



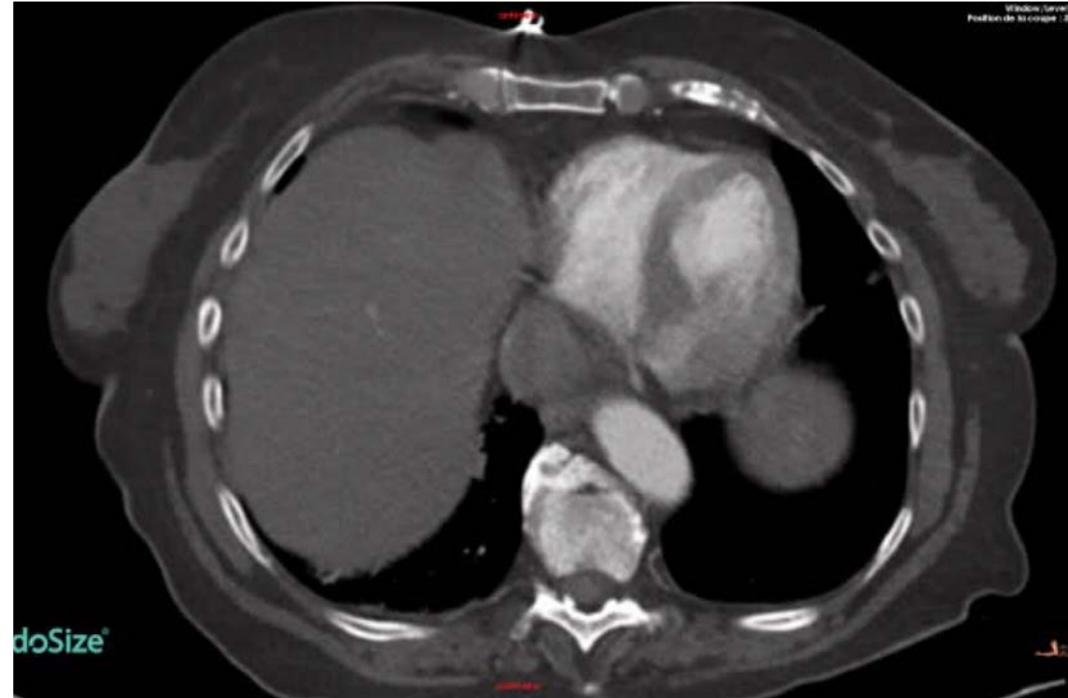
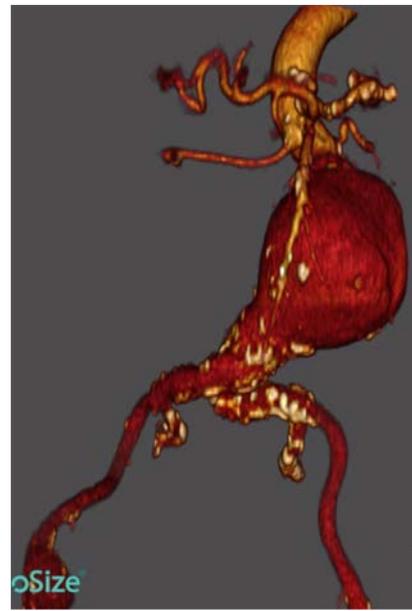
ENDOPROTHESE AORTIQUE  
Voie fémorale



MISE A PLAT – GREFFE AORTIQUE  
Laparotomie

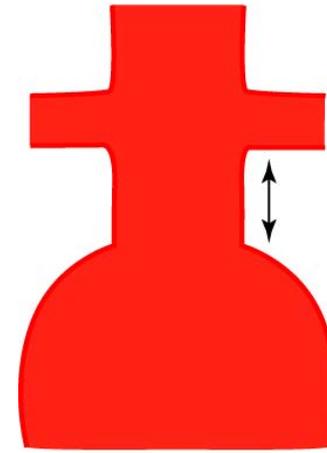
# Angioscanner Aortique

- Examen morphologique à réaliser sans délais  
« sans attendre la fonction rénale »
- Le plus possible sur l'hôpital d'origine pour évaluer le degré d'urgence et éviter un transfert inutile vers un service de chirurgie vasculaire
- Diagnostic positif
- Analyse anatomique conditionnant les techniques de prise en charge chirurgicale

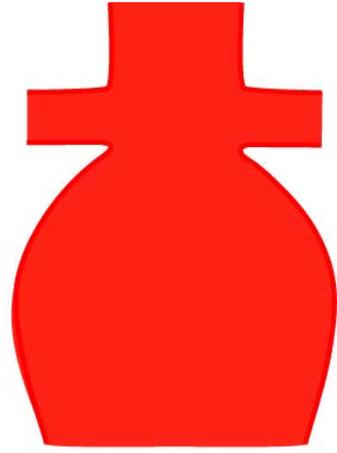


# Angioscanner Aortique

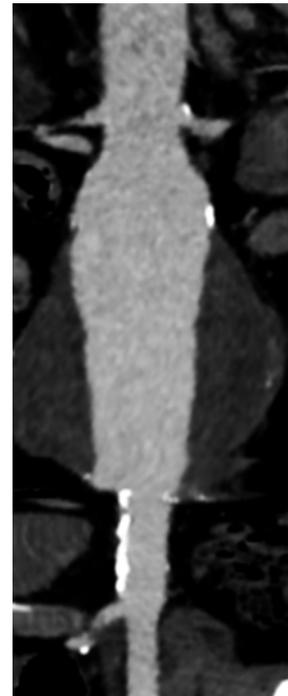
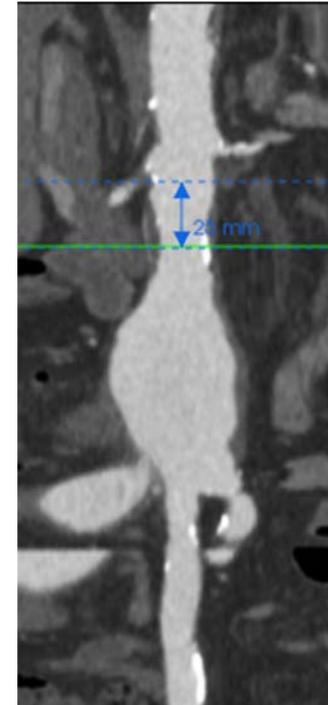
- Analyse rapide sur un logiciel de reconstruction pour évaluer la faisabilité du traitement par endoprothèse aortique
  - Collet proximal
  - Accessibilité iliaque



Avec collet



Sans collet



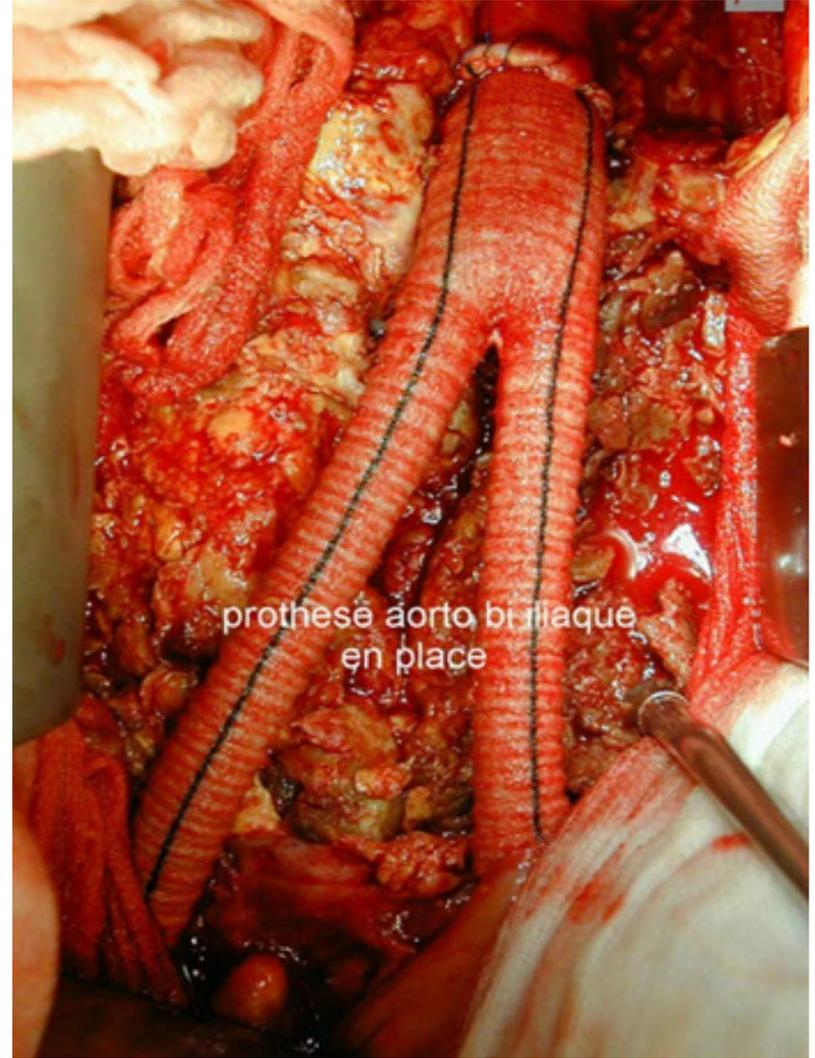
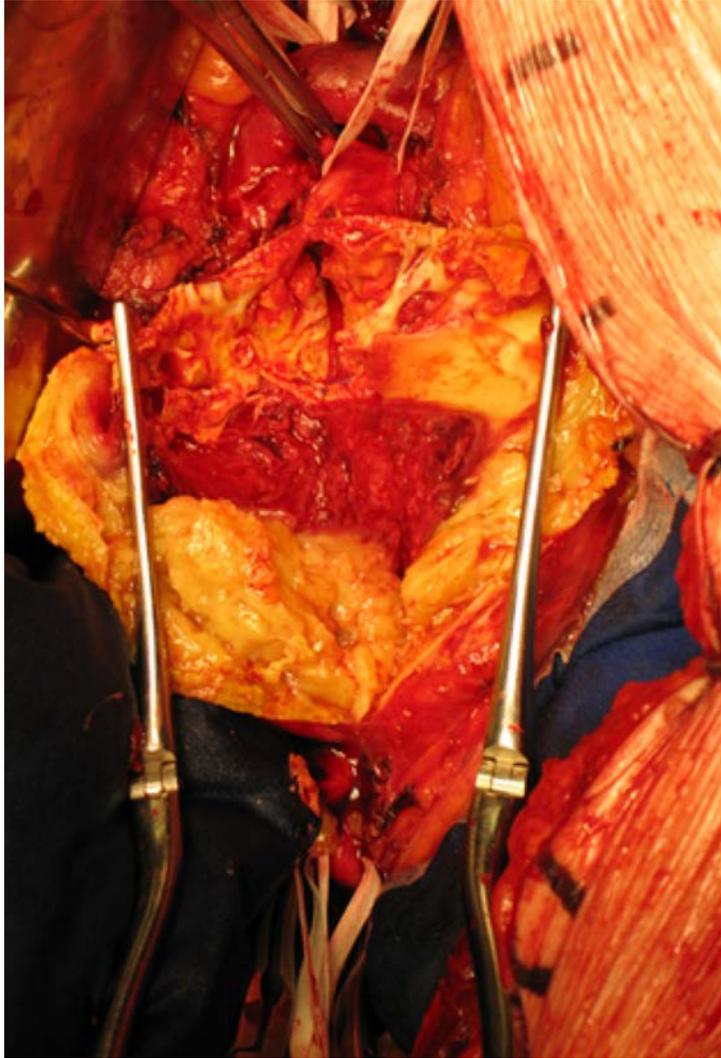
# Mise à plat greffe aortique par laparotomie

- Anesthésie Générale
- Risque de collapsus par relâchement de la paroi abdominale
- Désinfection rapide du champs opératoire
  - pantalon antichoc, dégonflage séquentiel avec augmentation du remplissage
- Mise en place des champs stériles
- Induction séquence rapide champs posés, bistouri dans la main du chirurgien (coordination équipe MAR-chirurgien)

# Mise à plat greffe aortique par laparotomie

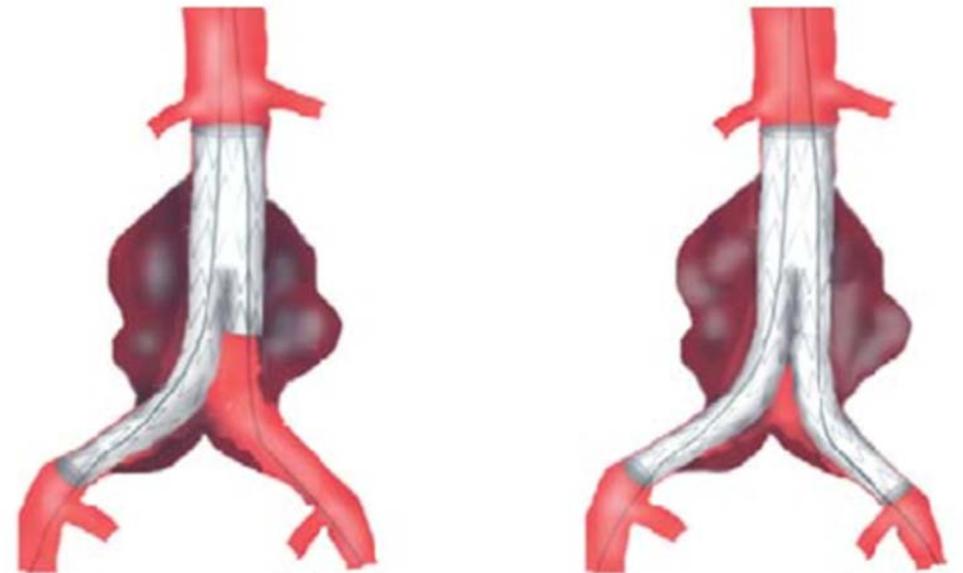
- Laparotomie médiane xypho-pubienne ou transverse
- Clampage aortique premier
  - Aorte cœliaque
  - Aorte sus ou inter rénale
  - Aorte sous rénale
- Mise à plat-greffe :
  - Pontage aorto-aortique
  - Aorto-bi-iliaque

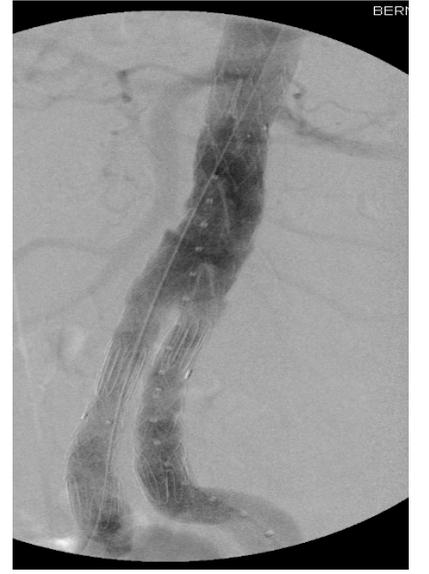
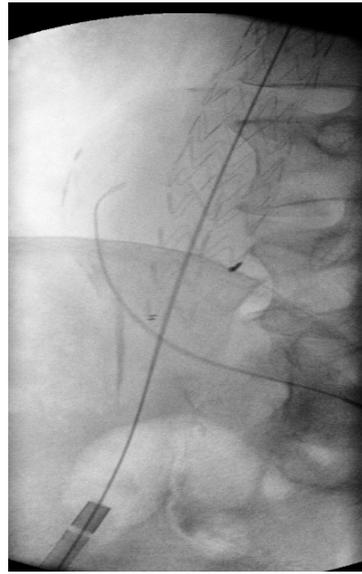
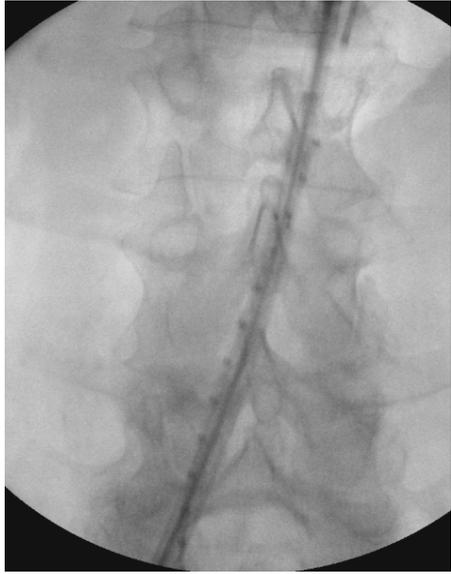




# Exclusion endovasculaire par mise en place d'une endoprothèse aortique

- Percutanée par ponction fémorale bilatérale
- Endoprothèse aorto-bi-iliaque
- Possible sous Anesthésie Locale + sédation (MAR en salle!)
- Amplificateur de brillance ou salle hybride
- Endoprothèse aortique de taille adaptée à disposition en urgence





# Complications post-opératoires

- Défaillance rénale aiguë
- Ischémie membre inférieur
- Ischémie digestive
- Syndrome du compartiment
- Infection de prothèse

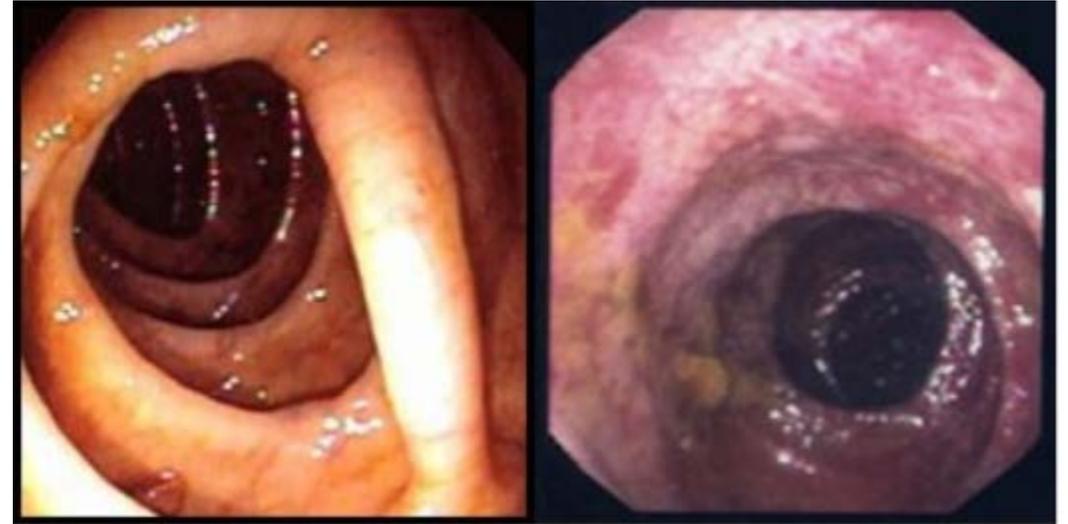
# Syndrome du compartiment abdominal

- Incidence pouvant s'élever à 20% après traitement par endoprothèse
- Augmentation du volume abdominal et défaillance d'organe
- Prise de pression intravésicale PIV >25mmHg
- Décompression chirurgicale avec fermeture assistée par dépression



# Ischémie colique

- Incidence pouvant s'élever à 40%
- Mortalité 90%
- Diagnostique précoce +++  
Recto-sigmoïdoscopie au tube souple systématique dans les 48h
- Risque d'infection de prothèse aortique

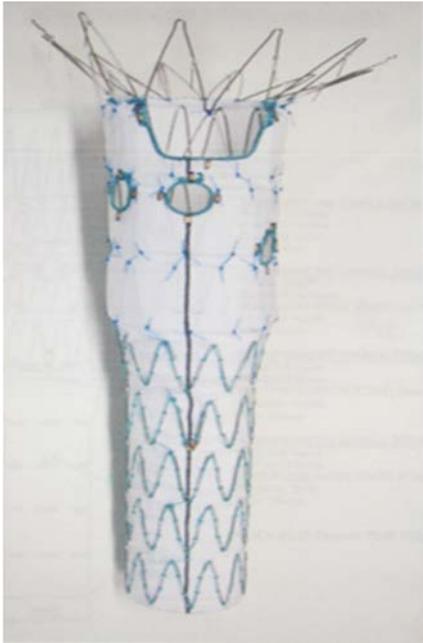


# Cas complexes

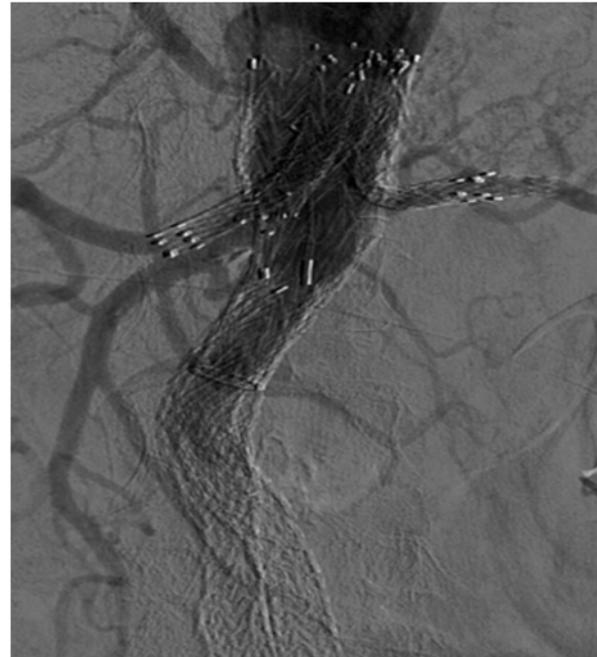
## Anatomie défavorable

- Absence de collet proximal

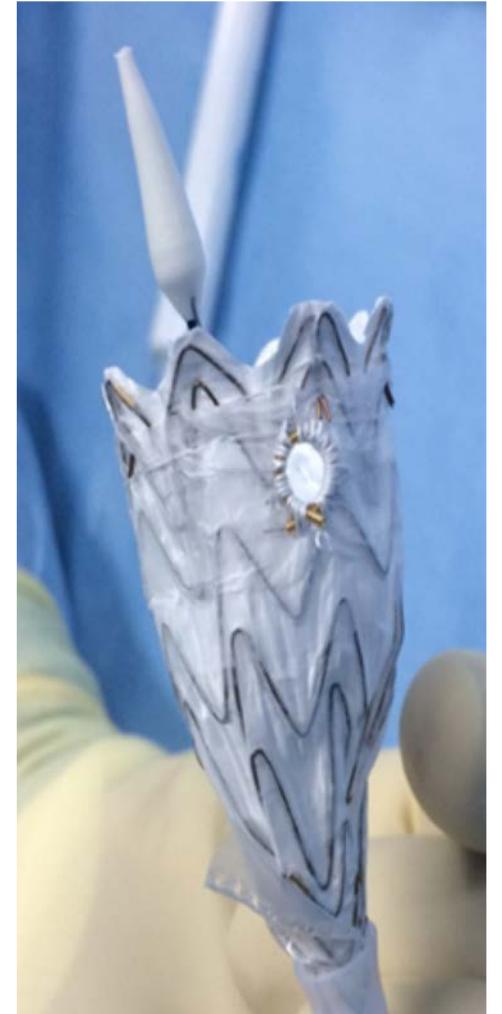
Endoprothèse fenestrée sur mesure  
mesure non disponible en urgence



Cheminées

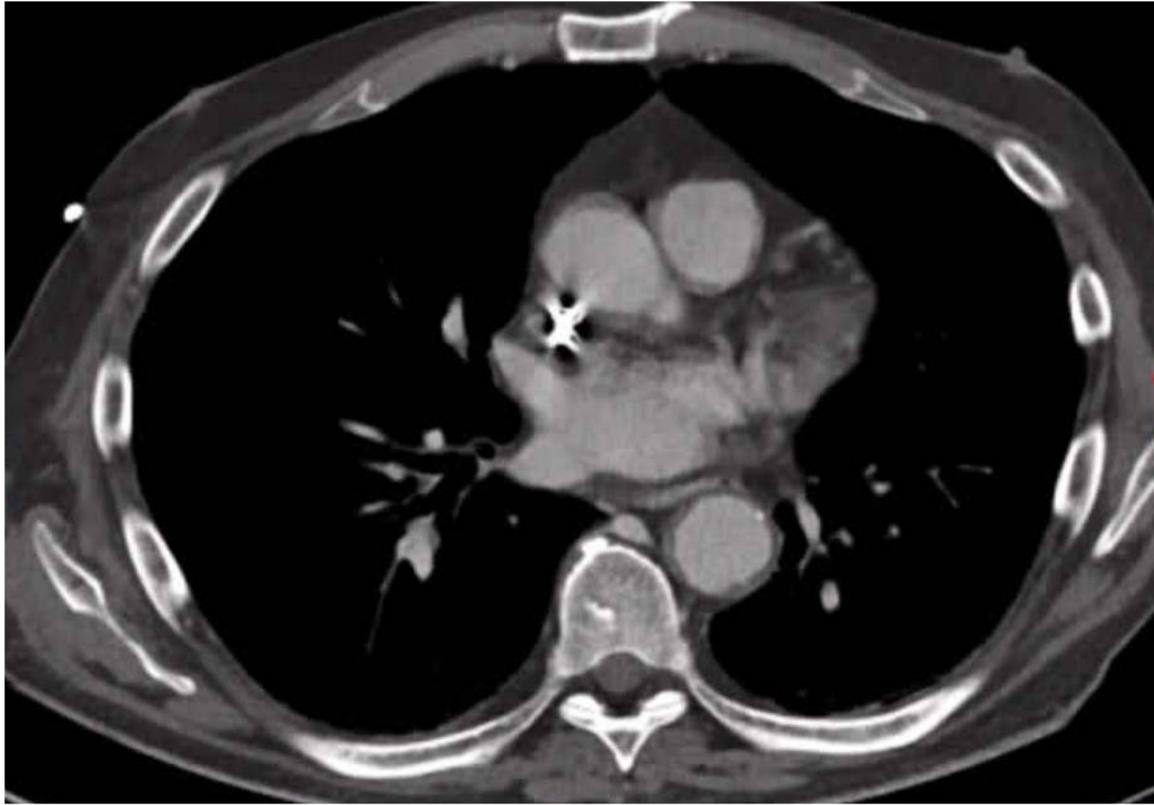


Fenestrée « Home made »



# Cas complexes

## AAA rompu sur endoprothèse



# Comparaison chirurgie ouverte Vs Endoprothèse aortique

- Mortalité à 30 jours équivalente
  - 24 % OR vs 8% EVAR
- Mortalité à 1 an
  - 35% OR vs 30% EVAR
- Complications moins fréquentes après endoprothèse aortique

# Stratégie thérapeutique

- Approche multidisciplinaire : anesthésiste-réanimateur-chirurgien
- Endoclampage aortique en urgence en cas d'instabilité
- Endoprothèse aortique dès que l'anatomie le permet
- Réanimation et surveillance agressive