

Le choix des voies d'abord pour le traitement des AAA

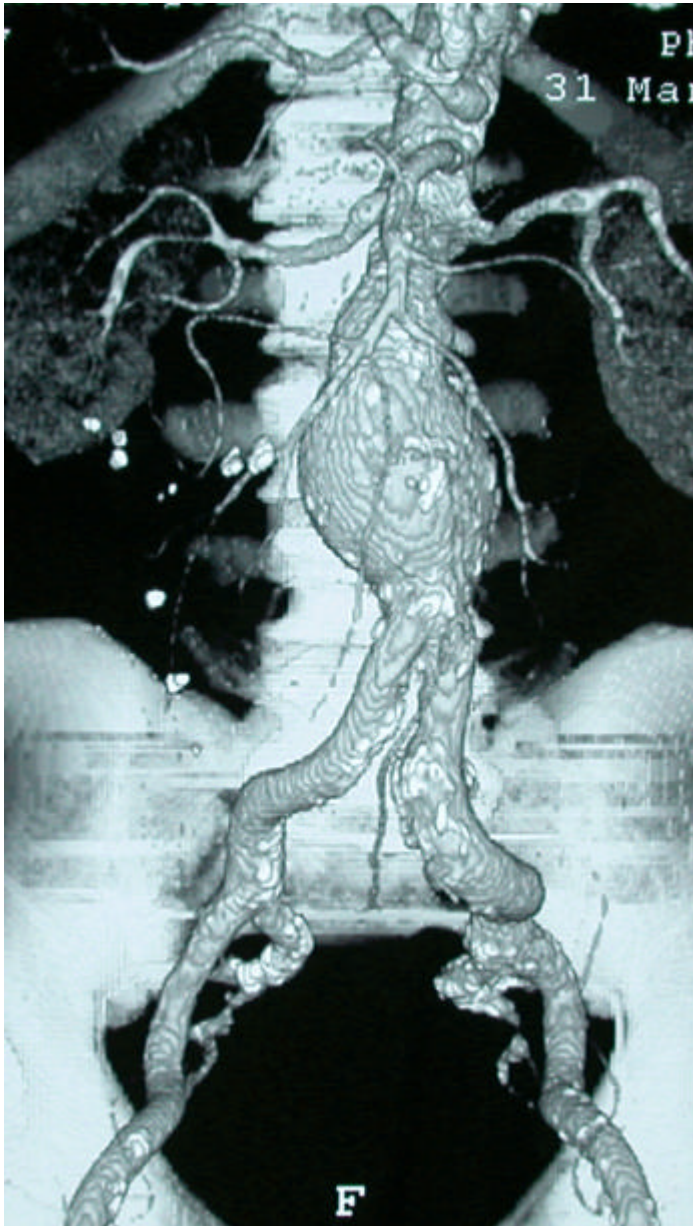
Dr. Eric Allaire

**Service de Chirurgie Vasculaire et Endocrinienne
Hôpital henri Mondor, Créteil**

La question

- anatomie lésionnelle / anomalies associées
- le terrain (comorbidités, locales)
- les techniques

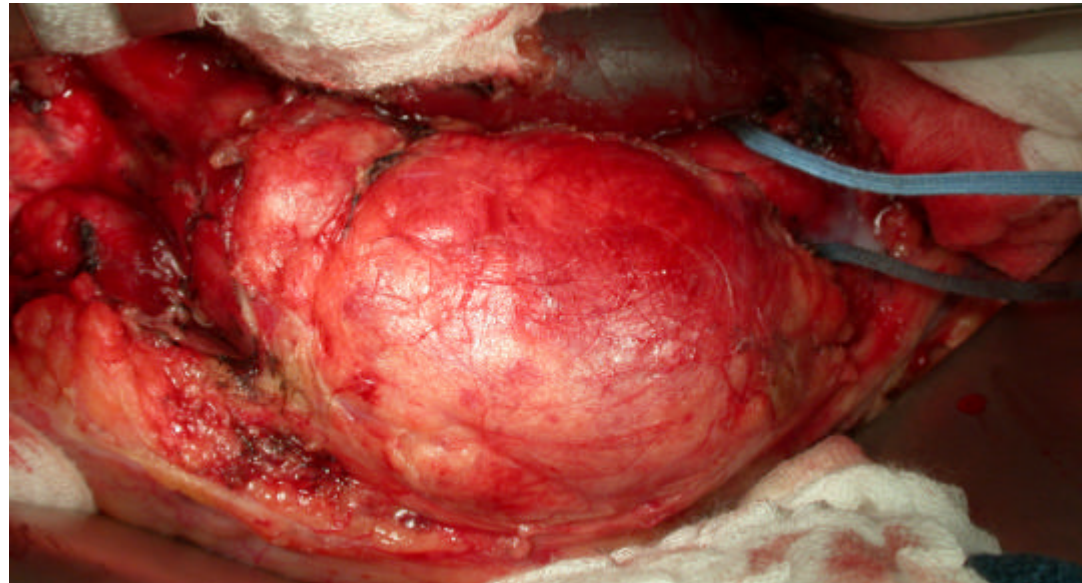
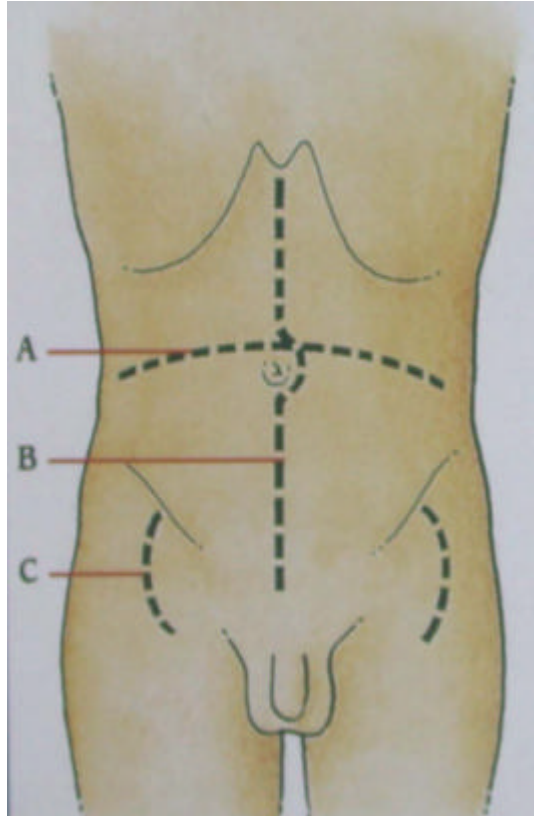
=> Optimiser bénéfice / risque



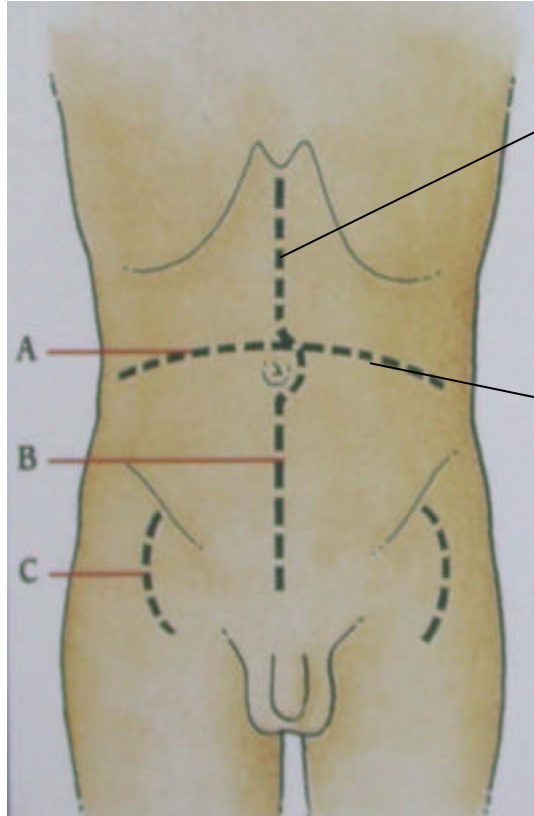
AAA standard

- les choix
 - voies transpéritonéales
 - les voies rétropéritonéales
 - la voie endovasculaire
- endovasculaire
 - essais randomisés
- 20% de problèmes pariétaux graves

AAA standard : les voies transpéritonéales



AAA standard : les voies transpéritonéales



Médianes :

- classique
- accès iliaque (droit)
- pathologies intra-abdominales associées

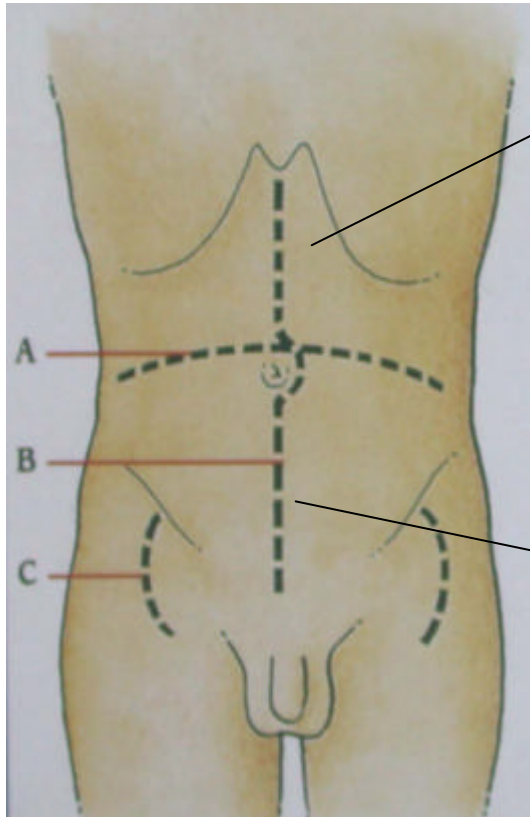
Transversales :

- fonction respiratoire ?
- accès iliaque + difficile
- accès coeliaque difficile

Pour toutes :

- pancréas
- éventrations
- les mini voies

AAA standard : la médiane
Pousser les possibilités



Vers le haut :

- section veine rénale gauche (début intervention)
- rotation médio-viscérale viscérale (voie latéro-colique gauche)

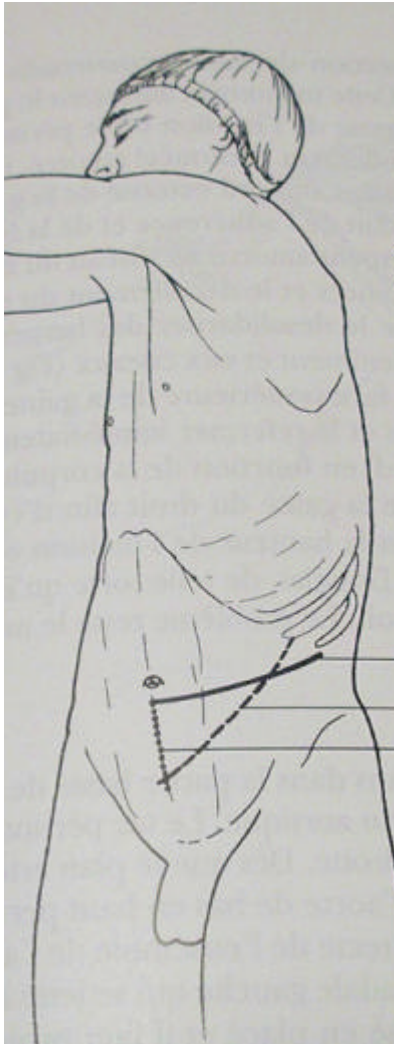
Vers le bas :

- pas de difficulté

Photo rotation visc p183

AAA standard : voies rétro-péritonéales

1. Voies sous-péritonéales



- axe de la 12/11 ième cote

Photo page 187

Vers le bas :

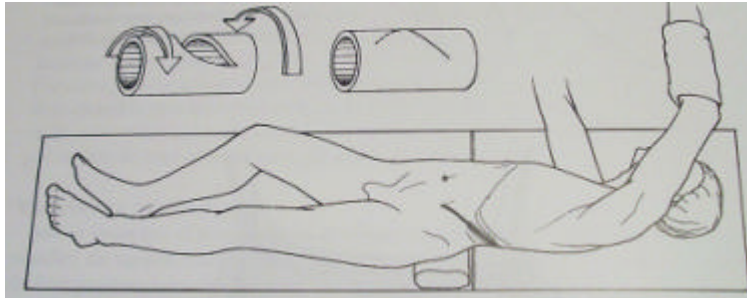
- difficile pour les iliaques droites

problèmes :

- section de l'AMI
- uretère gauche

AAA standard : voies sous-péritonéales

1. thoraco-lombotomie extraséreuse



- sur la 11 ième cote
- accès aorte coeliaque (section pilier gauche)

Vers le bas :

- difficile pour les iliaques droites (incision droite complémentaire)

problème :

- section de l'AMI

AAA standard : voies trans-péritonéales versus sous-péritonéales

-Inconvénients

- voies trans-péritonéales :
 - reprise du transit intestinal

- voies sous-péritonéales :
 - plexus
 - saignement post-opératoire (IDM)

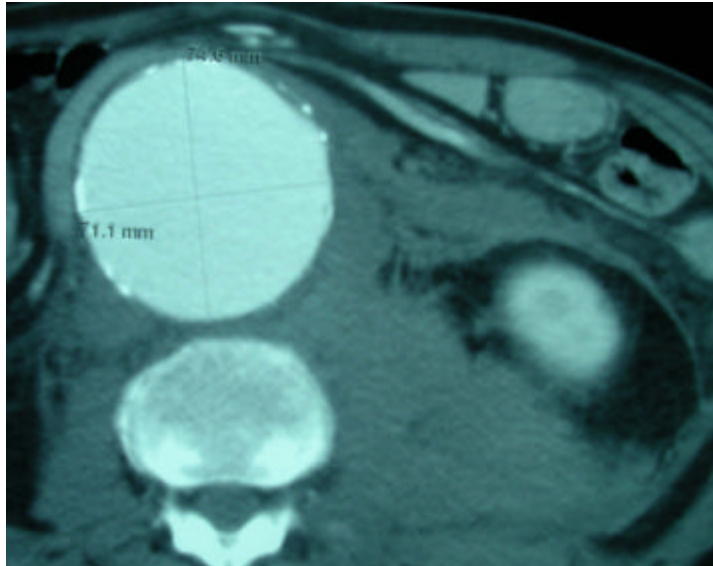
- études comparatives randomisées :
 - mortalité : idem
 - durée hospitalisation : idem
 - fonction respiratoire :

- Avantages :

- voies trans-péritonéales :
 - classique
 - traitement des iliaques
 - visualisation des intestins
 - réimplantation AMI
 - plexus

- voies sous-péritonéales :
 - iliaques droites
 - AMI
 - plexus
 - saignement post-opératoire (IDM)

AAA rompu : l'habituel est le mieux



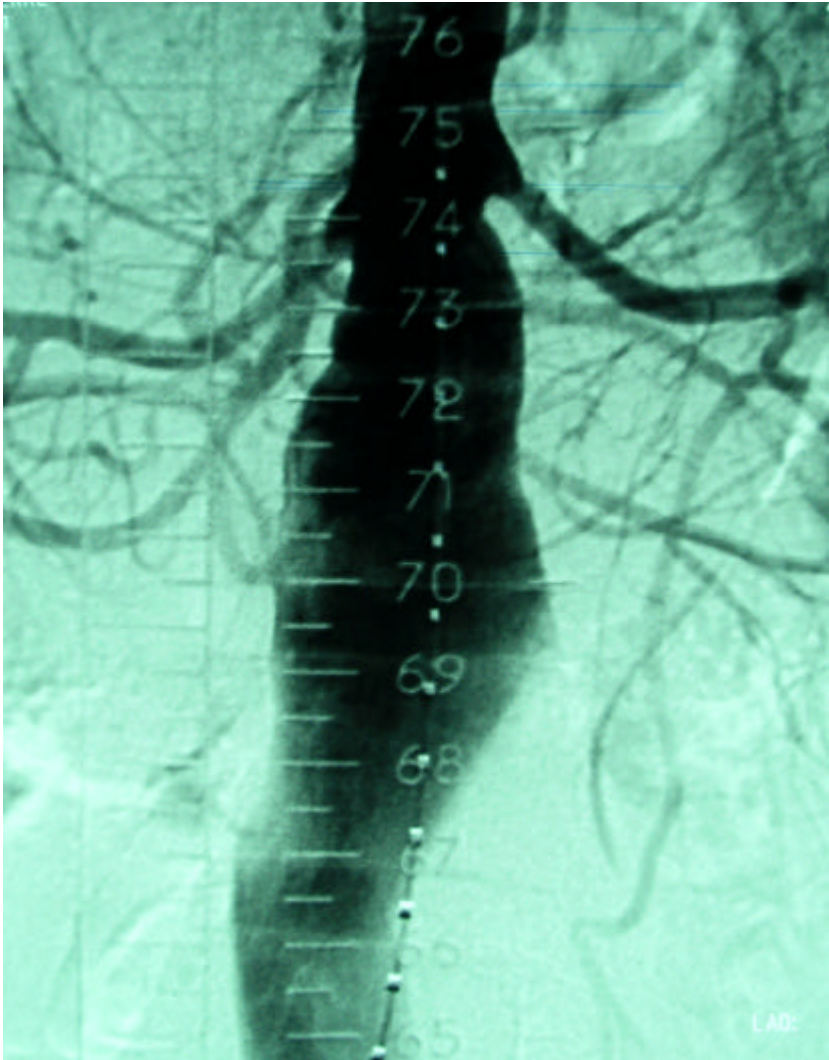
- clampage coeliaque
- clampage thoracique
- AMI

- problème de la médiane :
collet limite

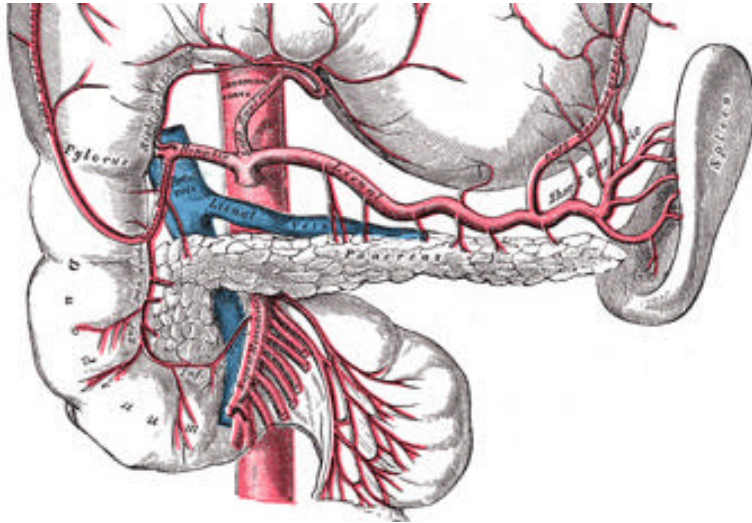
Fistules aorto-digestives :

- voie rétro-péritonéale ?

Choix voie b'abord : collet sous-rénal court



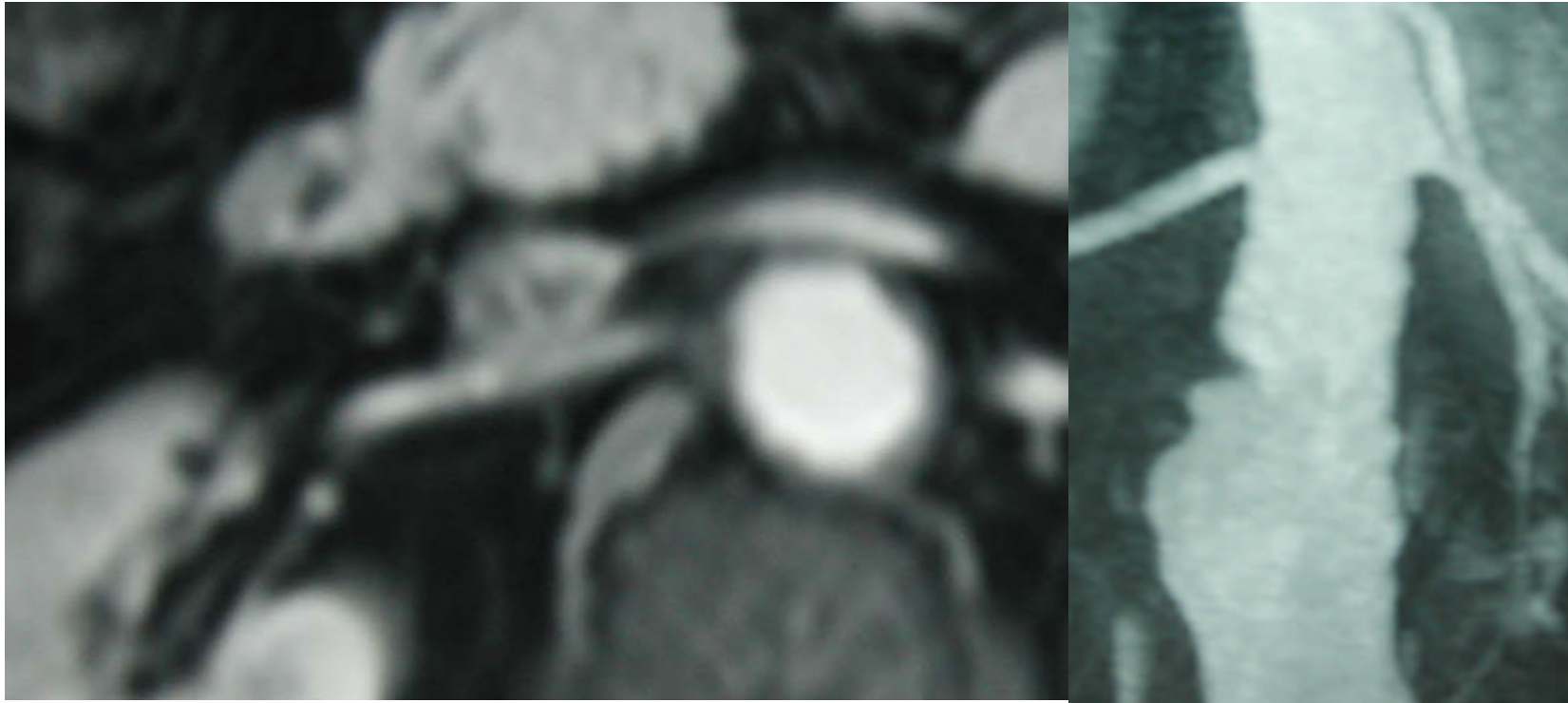
Collet sous-rénal court



Les problèmes

- solidité du tissu aortique sous-rénal
- embolies artères rénales
- accès aux artères rénales
- pancréas
- contre-indication des endoprothèses

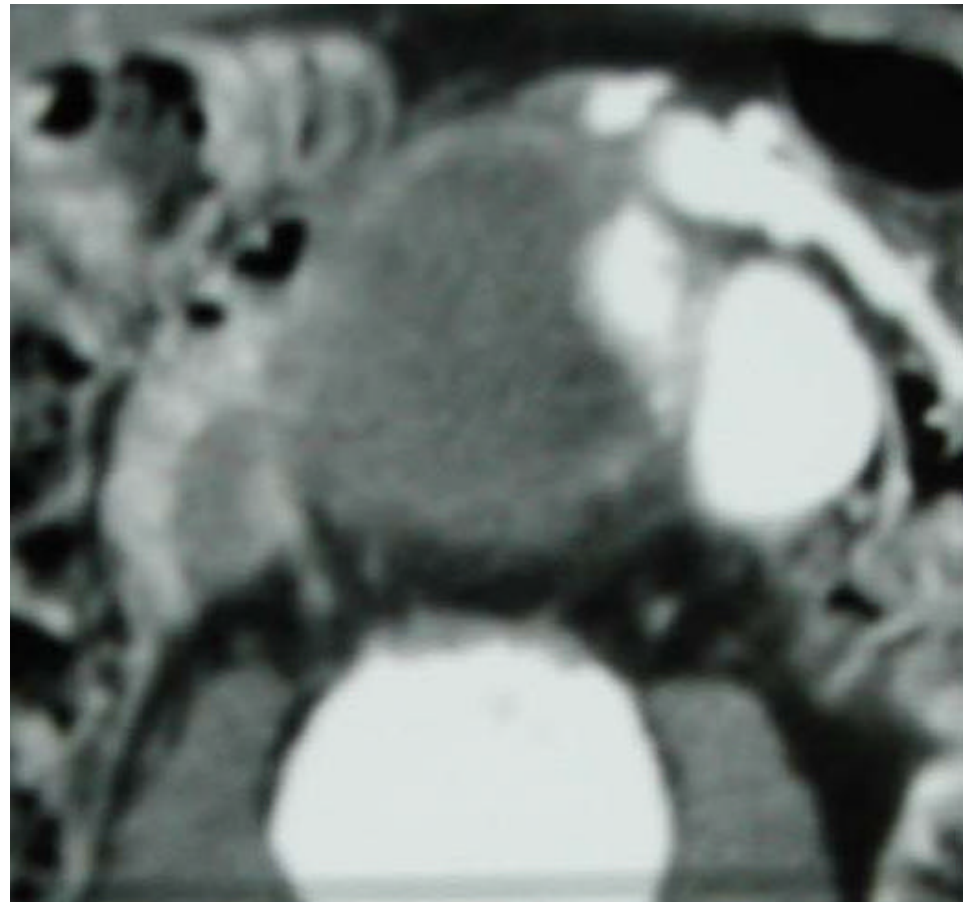
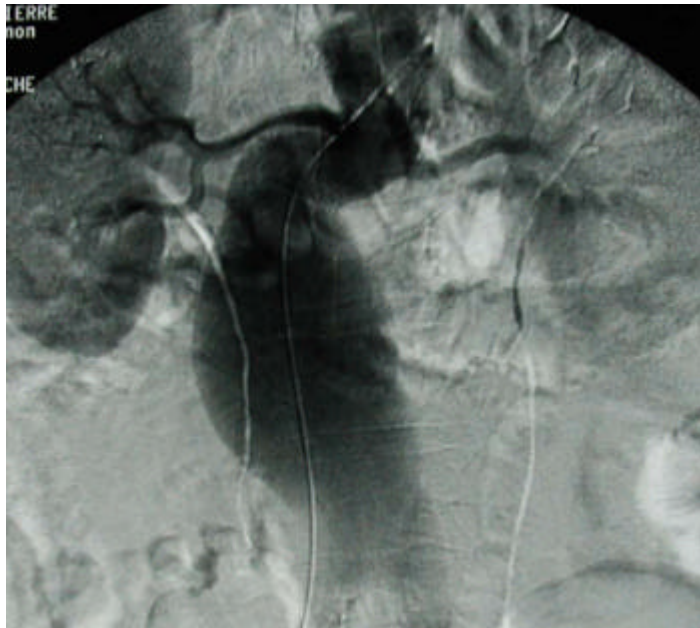
Par analogie: collet sous-rénal calcifié ou avec thrombus



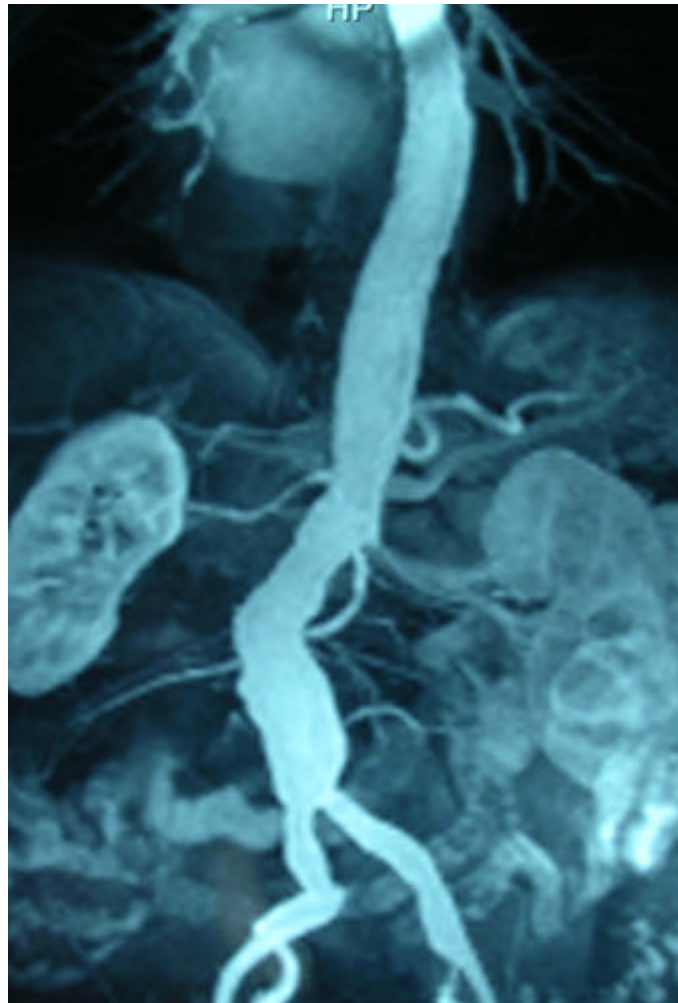
- embolie artères rénales
- fragilité pariétale
- déchirure

Collet sous-rénal court : le collet est-il réellement court ?

interprétation des images



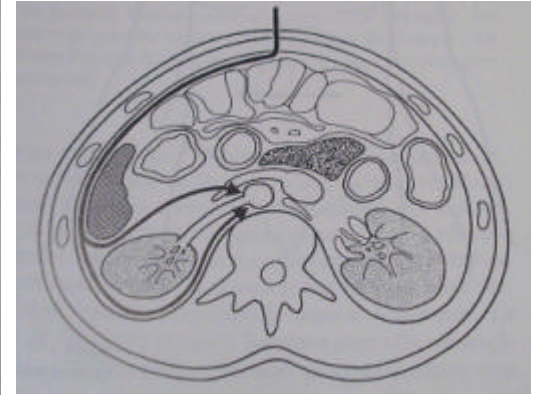
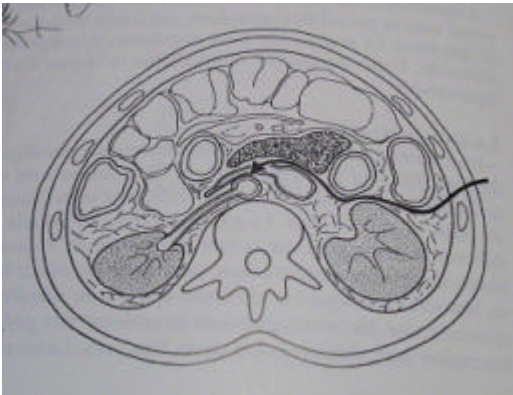
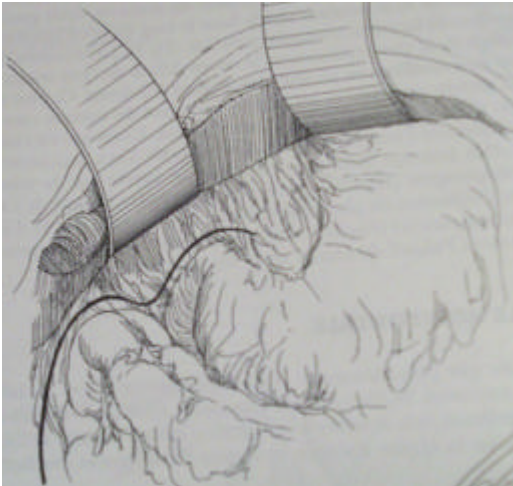
AAA collet court : clampage inter-rénal



Collet sous-rénal court : cas 1.

Découverte au cours d'une médiane

- ligature de la veine rénale gauche
- clamp droit ou coudé
- clampage sus-rénal / infra AMS
- clampage supracœliaque
- rotation viscérale
- décollement rétro-duodéno-colique



Collet sous-rénal court : cas 2.

On le sait avant l'intervention

- voie rétro-péritonéale

Choix des voies d'abord : les anomalies pariétales

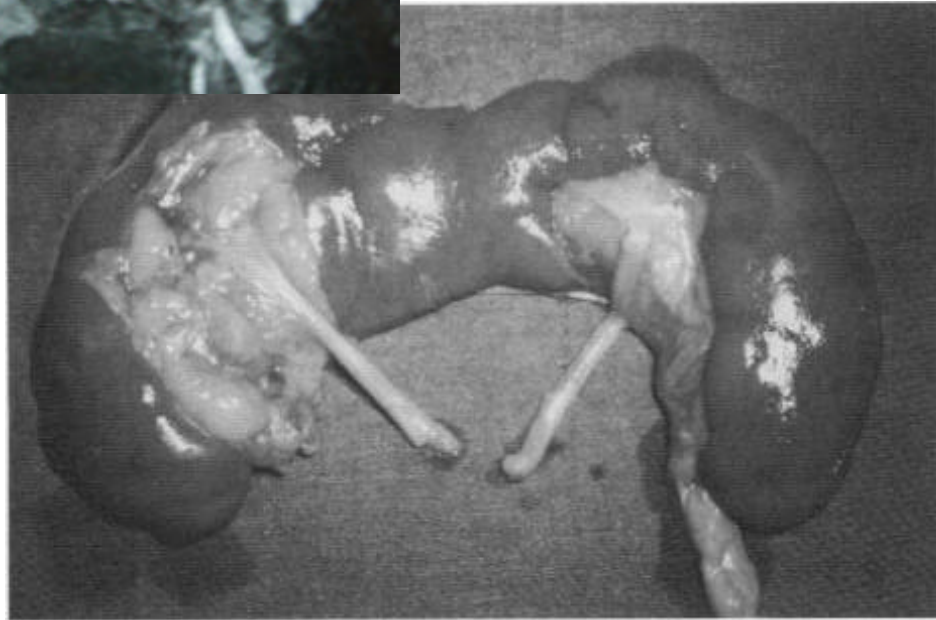
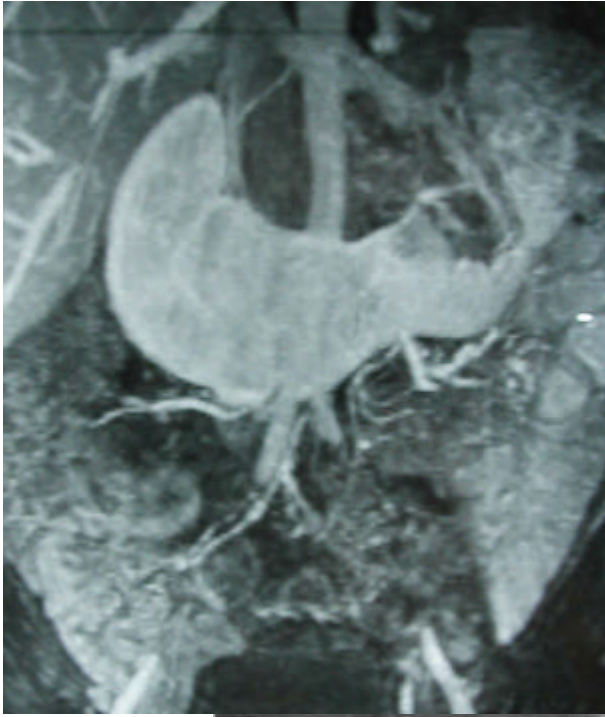
- ventre hostile : endoprothèse (AFSSAPS)
- si endovasculaire impossible :
 - voies vierges
 - dérivations extra-anatomiques et occlusion endovasculaire

Choix des voies d'abord : lésions artérielles associées

- artères rénales
- hypogastriques
- ...

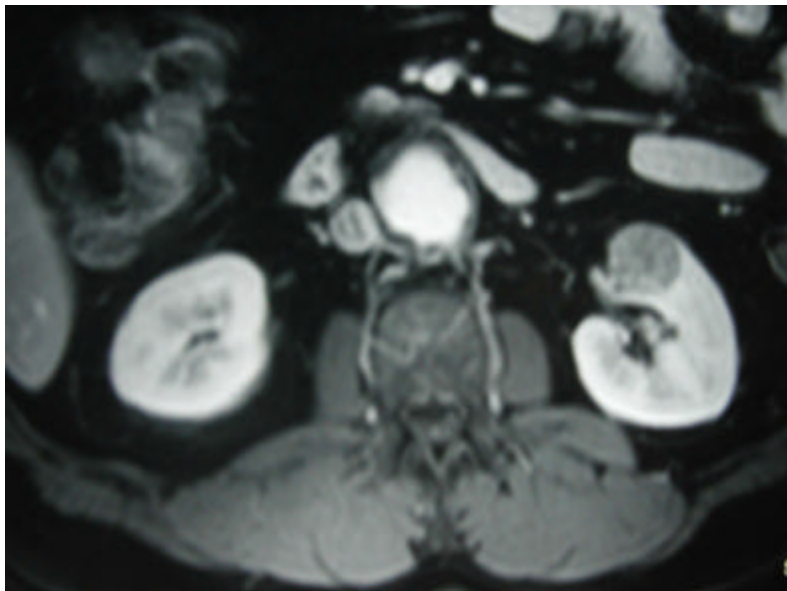
Choix des voies d'abord : les anomalies anatomiques

- veine rénale gauche rétroaortique ou dédoublée
- veine cave gauche ou double
- rein en fer à cheval



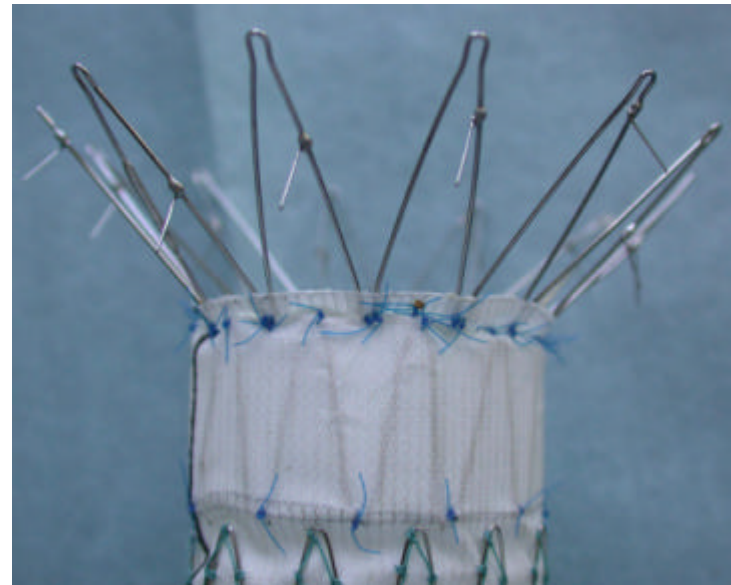
Choix des voies d'abord : les pathologies intra-abdominales associées

- cancers
- lithiases vésiculaires
- intestins
- opérer en 2 temps : croissance anévrysme
- endovasculaire et chirurgie abdominale élective
 - si risque infectieux
 - si irradiation
 - si délais possible entre les 2 (récupération du malade)
 - si reconstruction viscérale complexe (vessie entérale, ...)
- 2 chirurgies combinées
 - cancer du rein



Choix des voies d'abord : conversions chirurgicales après endoprothèse

- médiane (iliaque droite) ?
- clampage sous-rénal
- clampage sus-rénal
- clampage sous-diaphragmatique



Choix voie d'abord et risque chirurgical élevé (terrain)

- endoprothèse +++
 - études randomisées bon risque chirurgical

Critères AFSSAPS

- âge > 80 ans
- maladie coronaire, tests fonctionnels +, sans revascularisation possible
- ICC
- FEVG < 40%
- sténose valvulaire aortique non opérable
- BPCO
 - VEMS < 1,2 l/sec
 - CV < 50%
 - GDS
- créatininémie > 200 µmol/l
- abdomen hostile

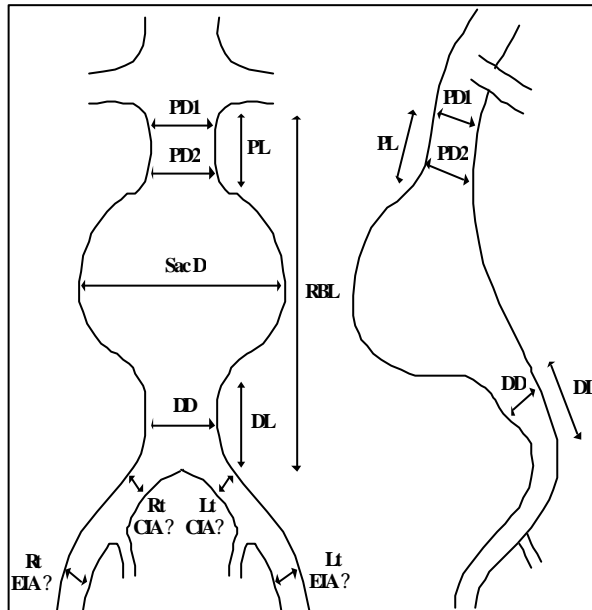
Choix voie d'abord et risque chirurgical élevé (terrain)

- si le traitement par endoprothèse est techniquement impossible

...

il est sans doute quand-même possible

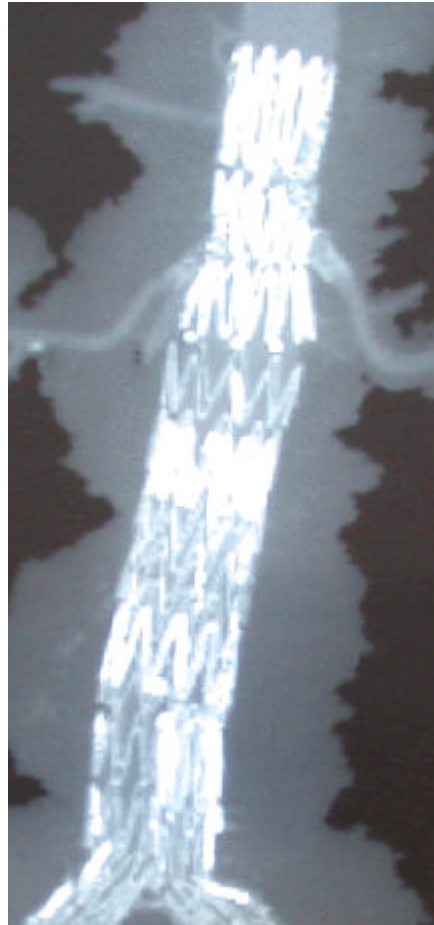
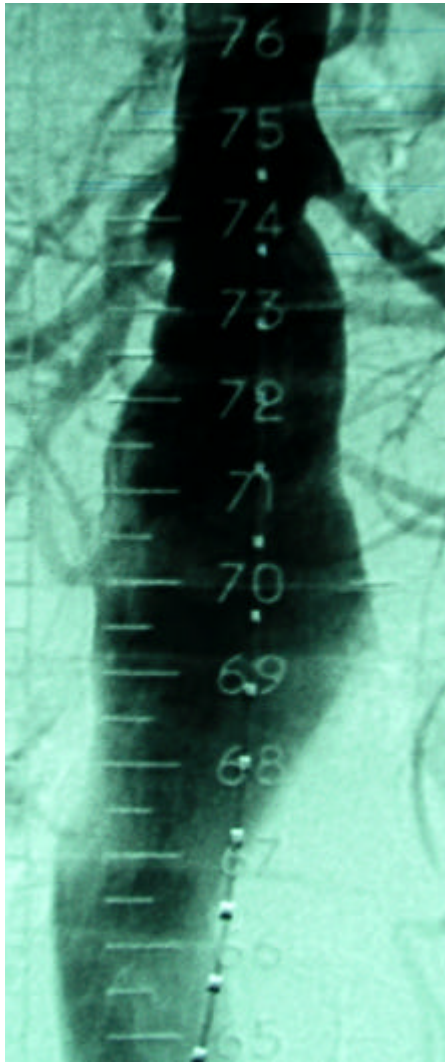
Limites des endoprothèses



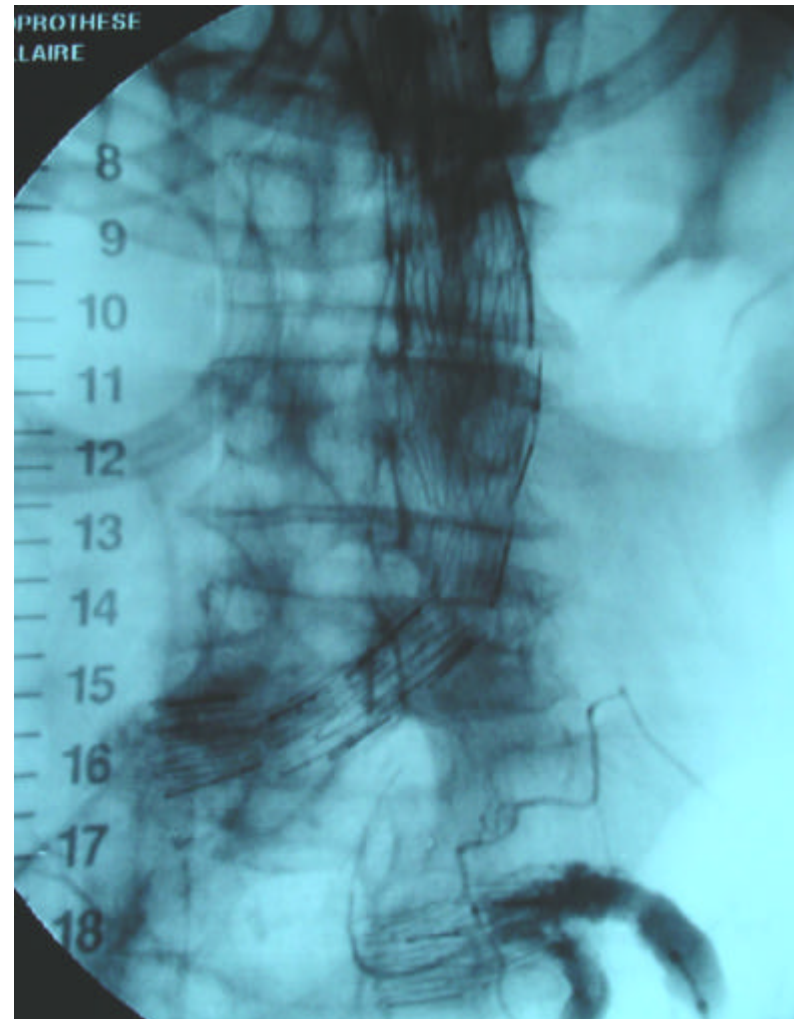
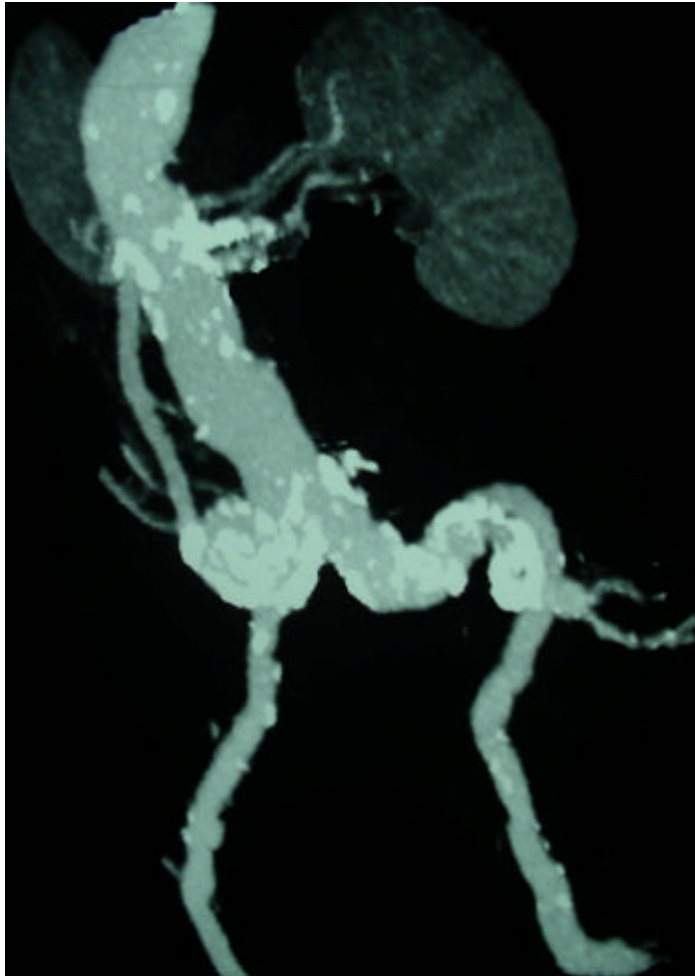
- collet court
- collet angulé
- collet large

- iliaques tortueuses
- iliaques infiltrées

collet sous-rénal court : endoprothèse fenestrée



Iliques tortueuses



Anesthésie générale impossible : AL

