

# Anévrisme rompu de l'aorte abdominale sous-rénale

J. Chautard<sup>1</sup>, M. Julien<sup>2</sup>

1. Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, CHU Côte de Nacre - Caen.

e-mail : jchautard@yahoo.fr

2. Service de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, CHU Côte de Nacre - Caen.

**Correspondance** : J. Chautard, Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, CHU Côte de Nacre – F 14000 Caen.

---

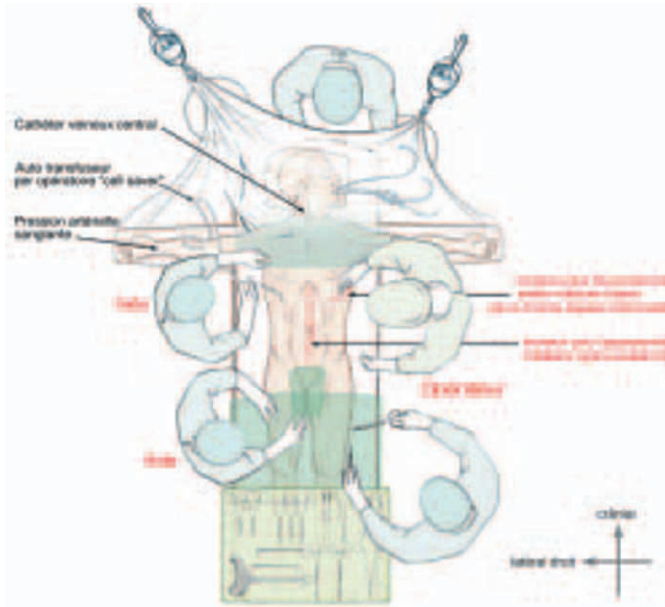
## Introduction

La rupture de l'anévrisme de l'aorte abdominale est un mode de révélation fréquent de cette pathologie vasculaire. Malgré les techniques chirurgicales et les progrès de l'anesthésie-réanimation, la mortalité de ces anévrismes rompus reste très élevée : de 65 à 85 % [1]. Cinquante p cent des patients décèdent avant l'hospitalisation et, parmi les vivants, seulement la moitié survit à l'intervention. En termes d'anesthésie-réanimation, le monitoring est primordial : mesure de la pression artérielle par voie radiale, accès veineux central par cathéter, système d'auto-transfusion peropératoire (type *Cell saver*). Des produits sanguins doivent être immédiatement commandés (plasma, plaquettes, globules rouges). Le contrôle tensionnel (tension artérielle systolique inférieure à 100 mm Hg) est essentiel. Il faut absolument éviter les accès hypertensifs, qui risquent d'aggraver le syndrome hémorragique, par un remplissage excessif. L'induction anesthésique, par relâchement musculaire, peut abolir l'effet de compression dû à l'hématome et majorer l'hémorragie [2].

Sur le plan chirurgical, c'est le clampage rapide de l'aorte en amont de l'anévrisme qui assure le sauvetage hémodynamique. Ce contrôle premier de l'aorte peut se faire de trois façons selon les habitudes de l'opérateur : 1) par abord de l'aorte sous-rénale d'emblée, technique la plus classique en chirurgie vasculaire ; 2) par abord de l'aorte coeliaque, bien connu des chirurgiens viscéraux ; 3) par thoracotomie antérieure gauche.

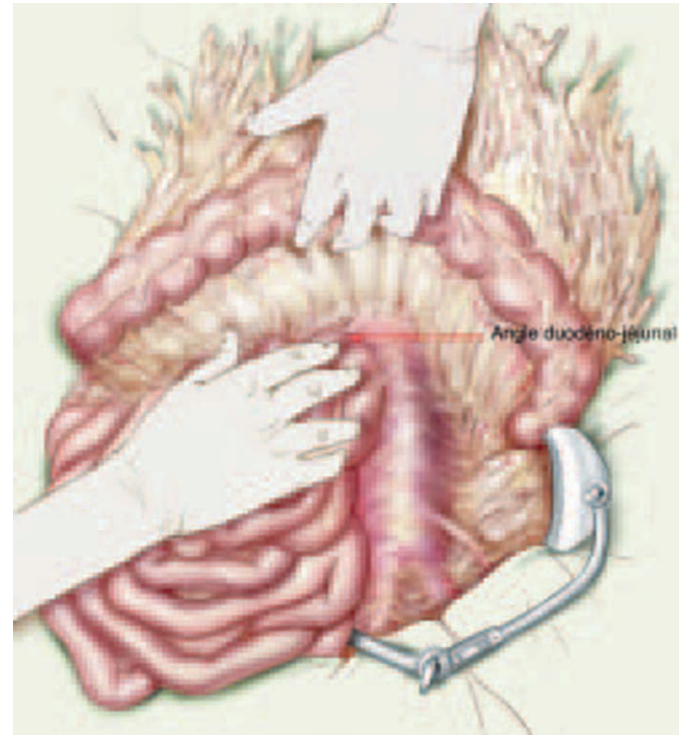
Depuis quelques années, avec les progrès des procédures endovasculaires, la pose d'endoprothèse est une alternative thérapeutique en plein développement. Cependant, en l'absence de radiologue expérimenté ou de chirurgien vasculaire, tout chirurgien viscéral peut être amené à prendre en charge chirurgicalement une rupture d'anévrisme abdominal lors d'une laparotomie en urgence pour abdomen aigu avec choc hémodynamique.

**Mots-clés** : Aorte. Technique chirurgicale. Anévrisme sous rénal. Rupture.



### 1 Installation et incision

Le malade est en décubitus dorsal avec les membres supérieurs en abduction à 90°. Toute manipulation peut aggraver l'hémorragie et le billot dorso-lombaire qui améliore l'exposition doit donc être posé avec prudence. L'opérateur est à gauche, les deux aides sont à droite et l'instrumentiste est à la gauche de l'opérateur. Le thorax et les deux triangles de Scarpa sont compris dans le champ opératoire. L'exposition est facilitée par l'utilisation d'un cadre et de valves de Bergeret. En l'absence de clampage aortique trans-thoracique premier, on réalise une grande laparotomie médiane xipho-pubienne. Cette laparotomie est rapidement menée et un premier contrôle de l'hémorragie, surtout si elle est intrapéritonéale, peut être réalisé par compression manuelle de l'aorte au dessous du diaphragme par l'opérateur puis par un aide en attendant le clampage définitif.

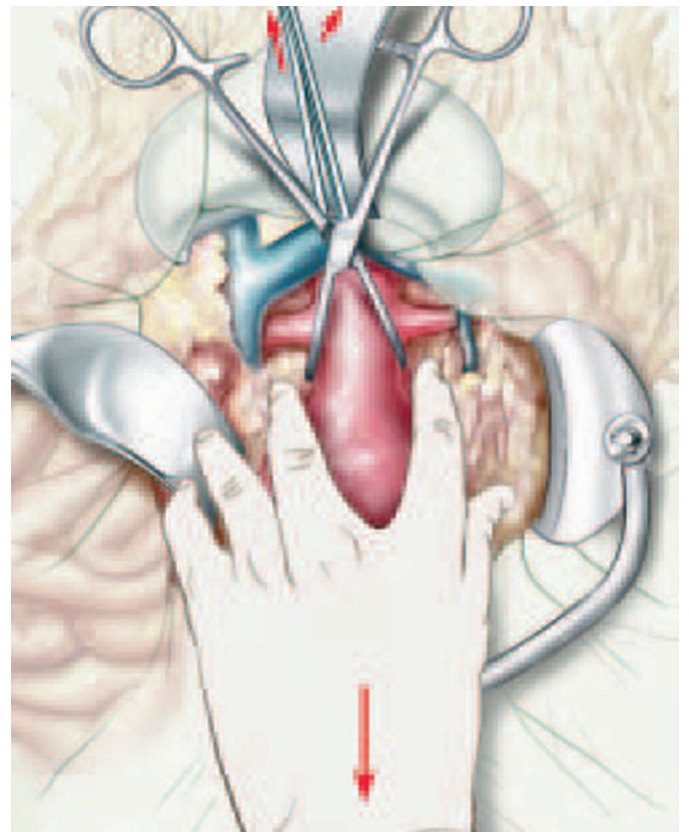


### 2 Exposition pour le clampage aortique sous-rénal

Le colon transverse et le grand épiploon sont basculés vers le haut en évitant tout traumatisme pancréatique. La masse grêlique est réclinée vers la droite exposant ainsi l'angle duodéno-jéjunal et le péritoine postérieur, bombant en avant de l'anévrisme et de l'hématome rétropéritonéal.

### 3 Clampage aortique sous-rénal = contrôle proximal

Ce clampage est rendu malaisé par l'hémorragie massive et il est souvent réalisé à l'aveugle exposant à des complications, en particulier une plaie de la veine rénale gauche ou de l'artère rénale difficiles à contrôler. De sa main gauche, l'opérateur refoule vers le bas l'anévrisme et saisit le collet entre index et majeur. Un clamps est passé de part et d'autre de l'aorte sous-rénale et refermé après contact osseux avec le rachis. Si la situation est moins dramatique, le péritoine postérieur est incisé longitudinalement sur la gauche du quatrième duodénum et le ligament de Treitz sectionné, permettant à un aide de récliner l'angle duodéno-jéjunal sur la droite. La veine rénale gauche apparaît et sa traction par un lacs vers le haut expose la face antérieure de l'aorte sous-rénale. Les faces latérales aortiques sont libérées et le clamps mis en place en évitant la veine cave à droite et les artères rénales en haut.



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296824>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296824>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)