



Chirurgie des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale : techniques chirurgicales

Open surgical repair of subrenal abdominal aortic aneurysms

E. Kieffer (Professeur à la faculté de médecine, praticien hospitalier)

Service de chirurgie vasculaire, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47-83 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

MOTS CLÉS

Aorte abdominale ;
Anévrisme ;
Chirurgie des
anévrismes

Résumé Ce chapitre a pour but de préciser les techniques utilisées pour le traitement chirurgical conventionnel des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale. Sont successivement exposés les soins périopératoires, les voies d'abord et les techniques de restauration, en détaillant les principes généraux puis le traitement des anévrismes isolés de l'aorte abdominale sous-rénale, des anévrismes juxtarénaux et des anévrismes aortoiliaques. La place restreinte des traitements palliatifs est ensuite discutée, ainsi que le traitement des anévrismes rompus, inflammatoires, infectieux et disséquants. Enfin sont traités les problèmes particuliers posés par l'association relativement fréquente de diverses pathologies athéroscléreuses occlusives, d'anévrismes d'autres localisations, de diverses affections urologiques et digestives et enfin d'anomalies veineuses.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Aorta;
Abdominal;
Aneurysm;
Surgery of aneurysms

Abstract The purpose of this chapter is to precise the techniques used for open surgical repair of subrenal abdominal aortic aneurysms. Perioperative care, surgical approaches and reconstructive techniques are exposed and the general principles and treatment of isolated aneurysms of the subrenal aorta, juxta-renal aneurysms and aortoiliac aneurysms are detailed. The limited role of palliative treatment is then discussed, as well as the management of ruptured, inflammatory, infected and dissecting aneurysms. Finally we review the specific problems raised by the relatively common combination of various occlusive atherosclerotic lesions, aneurysms of other localization, various urologic and digestive diseases and venous abnormalities.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Soins périopératoires

Deux voies veineuses sont installées au membre supérieur pour permettre une transfusion massive et rapide si nécessaire. La pression artérielle est surveillée grâce à un cathétérisme de l'artère ra-

diale. La diurèse est surveillée grâce à un cathétérisme vésical. Une sonde de Swan-Ganz est utilisée de façon sélective pour surveiller la fonction cardiaque.^{1,2} Elle est de plus en plus souvent remplacée par une échocardiographie transœsophagienne,³ si l'on dispose de l'appareil et si l'anesthésiologiste est familier avec son manie-

Adresse e-mail : edouard.kieffer@psl.aphp.fr (E. Kieffer).

L'anesthésie générale peut être réalisée isolément, en veillant à la prolonger par une analgésie postopératoire suffisante mais en sachant que les morphiniques ont un effet retardateur sur la reprise du transit. L'association à une anesthésie péridurale prolongée en postopératoire a été proposée mais ses bénéfices restent discutés.⁴⁻⁷

L'autotransfusion peropératoire est maintenant systématique pour la plupart des équipes.^{8,9} Il semble préférable de séparer les éléments sanguins et de n'autotransfuser que des concentrés de globules rouges plutôt que du sang total. Cette façon de faire entraîne moins de perturbations de l'hémostase.¹⁰ Nous ne pratiquons plus d'autotransfusion différée, le bénéfice nous étant apparu minime lorsque l'on utilise l'autotransfusion peropératoire. Dans tous les cas, quelle que soit la nature de la transfusion, un réchauffeur de sang doit être utilisé.

Le traitement bêtabloqueur^{11,12} a l'avantage de diminuer le travail du ventricule gauche, soumis à des variations de sa postcharge dues au clampage et au déclampage aortique. En diminuant la pression artérielle, le rythme et la contractilité cardiaque, il diminue la demande en oxygène du myocarde et peut donc éviter l'ischémie myocardique. C'est la raison pour laquelle il est largement utilisé dans la chirurgie des AAA. Seuls échappent les malades porteurs de contre-indications (insuffisance cardiaque, bloc auriculoventriculaire de type 3, bronchospasme).

L'utilisation d'une couverture chauffante au niveau du thorax et de la partie distale des membres inférieurs ainsi que le réchauffement du sang et des solutés administrés sont utiles pour éviter l'hypothermie, due principalement à l'exposition des anses grêles. Cela permet d'éviter les frissons du réveil, source d'ischémie myocardique.^{13,14}

Enfin, un consensus s'est fait jour pour recommander une antibiothérapie par une dose unique d'une céphalosporine de première génération, administrée en début d'intervention.¹⁵

Voies d'abord

Voies transpéritonéales

Laparotomie classique

La laparotomie médiane est la voie d'abord habituelle des AAA,^{16,17} voire pour certains la seule.¹⁸ Le malade est en décubitus dorsal, un billot transversal sous la pointe des omoplates. L'opérateur est placé à sa gauche, les deux aides en face de lui (Fig. 1A, B). Une incision verticale est faite depuis

l'appendice xiphoïde jusqu'en sous-ombilical, à une distance du pubis qui varie en fonction de la présence ou non d'anévrismes iliaques. L'intervention débute par une exploration viscérale complète puis, une fois extériorisé le côlon transverse vers le haut et les anses grêles vers la droite, on réalise une incision latéroduodénale du péritoine pariétal postérieur (Fig. 1C). L'angle duodénojéjunal est décroché, avec éventuellement ligature de la veine mésentérique inférieure. On repère alors le bord inférieur de la veine rénale gauche, qui constitue habituellement la limite supérieure de la dissection. L'incision péritonéale est poursuivie vers le bas jusqu'en iliaque droit, en prenant garde au pédicule urétéral droit, qui est laissé au contact du péritoine. On peut alors contrôler séparément l'artère iliaque primitive droite en respectant les racines du nerf présacré, qui passent en avant de l'origine de l'artère, puis éventuellement les branches de celle-ci, artère iliaque externe et artère hypogastrique. Le contrôle de l'origine de l'artère iliaque primitive gauche peut être fait par voie médiane, si besoin après ligature à l'origine de l'artère mésentérique inférieure. Si l'on veut contrôler la bifurcation iliaque gauche ou si l'on veut éviter la ligature de l'artère mésentérique inférieure, il est préférable de faire un décollement du mésosigmoïde, au contact duquel on laisse le pédicule urétéral gauche. Cet abord séparé donne un très bon jour sur l'artère iliaque primitive gauche et sa bifurcation (Fig. 1D). Dans tous les cas, il faut prendre garde au plan veineux voisin car il peut être accolé à l'aorte ou aux artères iliaques par des adhérences fibreuses serrées. Dans cette éventualité, il est préférable de ne libérer que les flancs latéraux de l'artère pour un clampage antéropostérieur en masse, voire dans les cas extrêmes (fibrose rétropéritonéale) de renoncer au contrôle par clampage et de réaliser celui-ci par voie endovasculaire (à l'aide d'un cathéter de Fogarty n° 5 ou d'une sonde de Foley n° 16).

Une extension proximale pour contrôler l'aorte interrénale et les artères rénales nécessite la mobilisation ou la section de la veine rénale gauche. Mais il faut d'emblée choisir l'une ou l'autre de ces éventualités. Le plus souvent, la section des veines capsulaire moyenne et génitale gauches, associée à une dissection large de la veine rénale gauche menée vers la droite jusqu'à la veine cave inférieure suffit à la mobiliser et à la récliner vers le haut (Fig. 2A). Il est rare que l'on doive sectionner la veine rénale gauche, et il faut alors le faire à sa partie moyenne, au niveau de l'aorte, en ayant respecté les veines capsulaire moyenne et génitale gauches, qui sont des voies collatérales importantes (Fig. 2B). Cette ligature est, pour certains

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9400773>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9400773>

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