

Indications du traitement chirurgical préventif des anévrismes de l'aorte (1) (2) (3)

AORTE ASCENDANTE ET CROSSE AORTIQUE :

Diamètre > 45 mm si :

- Maladie de Marfan + antécédent familial de dissection et/ou insuffisance aortique ou mitrale sévère et/ou désir de grossesse et/ou croissance > 3 mm/an

Diamètre > 50 mm si :

- Maladie de Marfan sans facteur de risque surajouté
- Bicuspidie aortique + coarctation aortique et/ou hypertension et/ou antécédent familial de dissection et ou croissance > 3 mm/an

Diamètre > 55 mm si :

- Patients sans maladie du tissu fibroélastique

AORTE THORACIQUE DESCENDANTE :

Diamètre > 55 mm si :

- Maladie de Marfan
- Anévrismes dégénératifs traitables par endoprothèse

Diamètre > 60 mm si :

- Anévrismes dégénératifs à traiter par chirurgie ouverte en raison d'une contre indication à la mise en place d'une endoprothèse

AORTE ABDOMINALE :

- Diamètre > 50 mm chez les femmes
- Diamètre > 55 mm chez les hommes
- Croissance > 10 mm/an



NUMÉRO D'APPEL :

01 49 81 43 73

Prise en charge en urgence 24h/7j des syndromes aortiques aigus

- Anévrismes aortiques
- Dissections aortiques de type A et B
- Complications aiguës des endoprothèses aortiques
- Infections aortiques

Coordination :

Pr Frédéric Cochenec, chirurgie vasculaire : 01 49 81 21 11 poste 36 103
Pr Thierry Folliguet, chirurgie cardiaque : 01 49 81 21 72
Dr Fabrice Cook, anesthésie réanimation : 01 49 81 21 11 poste 35 915
Dr Arié Attias, anesthésie réanimation : 01 49 81 21 11 poste 35 957

8

Indications de dépistage par échographie doppler des anévrismes de l'aorte abdominale (1) (2) (3)

- Tous les hommes > 65 ans
- Femmes > 65 ans avec antécédent de tabagisme
- Parent au premier degré porteur d'un AAA, à partir de 65 ans

Fréquence de surveillance des petits anévrismes de l'aorte abdominale par échodoppler (1) (2) (3)

- Diamètre 25-29 mm : tous les 4 ans
- Diamètre 30-39 mm : tous les 3 ans
- Diamètre 40-44 mm : tous les 1⁽³⁾ à 2⁽¹⁾ ans
- Diamètre > 45 : tous 6 mois⁽³⁾ / 1 an⁽¹⁾

Prise en charge multidisciplinaire

Service d'anesthésie réanimation

- Coordination : Dr Arié Attias, 01 49 81 21 11, poste 35 957
- Coordination : Dr Fabrice Cook, 01 49 81 21 11, poste 35 915
- Dr Nicolas Mongardon

Service de Chirurgie Vasculaire

- Coordination : Pr Frédéric Cochenec, 01 49 81 21 11, poste 36 103
- Pr Pascal Desgranges
- Pr Eric Allaire
- Dr Joseph Touma

Service Radiologie Interventionnelle

- Pr Hicham Kobeiter
- Dr Vania Tacher

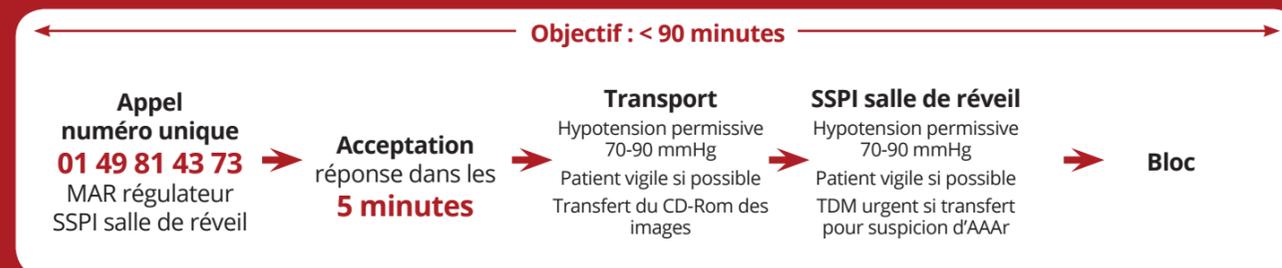
Service de Chirurgie cardiaque

- Pr Thierry Folliguet : 01 49 81 21 11, poste 36 923
- Pr Jean-Paul Couetil
- Pr Rachid Zegdi
- Dr Eric Bergoend
- Dr Antonio Fiore
- Dr Marie Line Hillion
- Dr Costin Radu

Service de Cardiologie

- Pr Jean Luc Dubois Randé
- Pr Pascal Lim
- Pr Emmanuel Teiger

Principes de prise en charge des anévrismes rompus de l'aorte abdominale (AAAr)



- Endoclampage avant AG si instabilité hémodynamique

- Laparostomie de décharge si syndrome compartimental
 - Pression intravésicale > 20 mmHg et instabilité hémodynamique ou défaillance d'organe ?

Critères décisionnels de traitement chirurgical :

Absence de collet sous-rénal satisfaisant ?	si 1 seul OUI Chirurgie ouverte	NON Endoprothèse en première intention
Lésions occlusives/ tortuosités iliaques importantes ?		
Angulations aortiques majeures ?		
Anévrisme septique ?		

2

Pathologies prises en charge

Anévrismes aortiques

- Symptomatiques (rompus, douloureux, compressifs, emboligènes)
- Volumineux

Dissections aortiques aiguës et syndromes apparentés

- Dissection aortiques de type A (aorte ascendante +/- descendante)
- Dissections aortiques de type B (aorte thoracique descendante)
- Hématomes aortiques intramuraux
- Ulcères aortiques pénétrants

Complications aiguës des endoprothèses aortiques

- Endofuites menaçantes
- Thromboses

Infections aortiques

Traumatismes aortiques fermés et ouverts

- 0 CRITÈRE : risque faible
- 1 CRITÈRE : risque intermédiaire
- 2 OU 3 CRITÈRES : risque élevé

3

Evaluation clinique du risque de syndrome aortique aigu devant une douleur thoracique ou abdominale (1)

CRITÈRE 1 Antécédents

- Antécédents familiaux de pathologie aortique
- Maladie de Marfan, maladie du tissu conjonctif
- Valvulopathie aortique connue
- Anévrisme aortique thoracique connu
- Antécédent d'intervention aortique

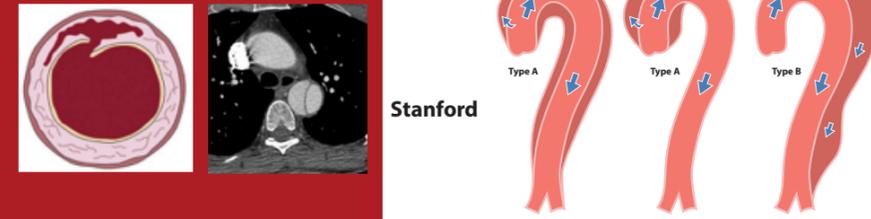
CRITÈRE 2 : Caractéristiques de la douleur

- Douleur thoracique, dorsale ou abdominale :
 - Brutale
 - Sévère
 - Migratrice ou à type de déchirure

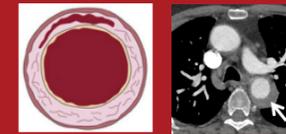
CRITÈRE 3 : Examen clinique

- Signe de malperfusion:
 - Abolition d'un pouls
 - Asymétrie tensionnelle
 - Déficit neurologique focal
- Souffle aortique diastolique
- Hypotension ou choc

Classification des dissections aortiques selon Stanford



Syndromes apparentés aux dissections aortiques



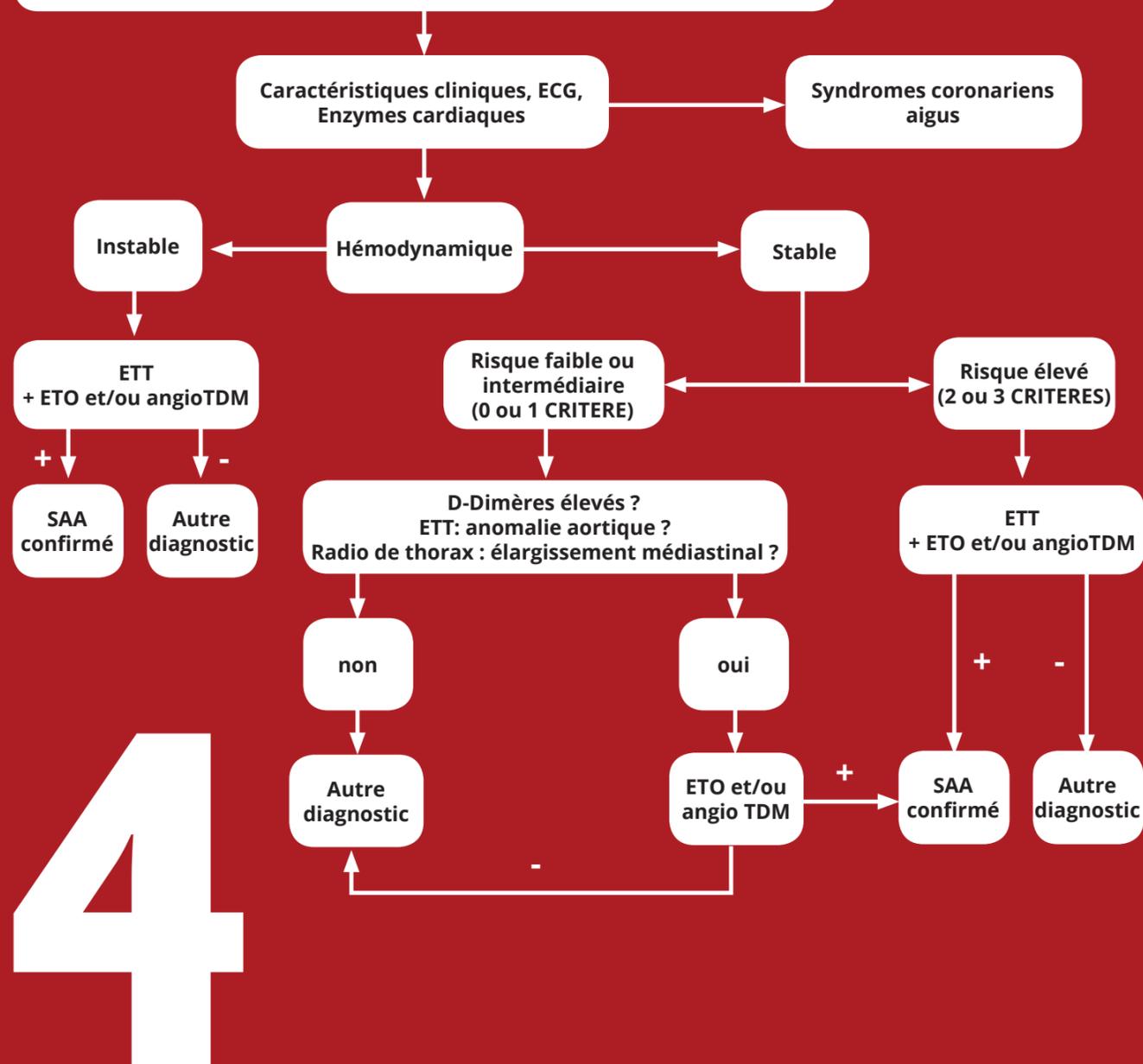
Hématome intramural
hémorragie au sein de la paroi aortique, sans déchirure intimale identifiable



Ulcère pénétrant athérosclérotique
ulcération aortique se développant au niveau d'une plaque d'athérome, et pénétrant jusqu'à la média

5

Démarche diagnostique devant une douleur thoracique compatible avec un syndrome aortique thoracique aigu (SAA)⁽¹⁾



4

Traitement des dissections aortiques aiguës à Mondor

- Type A**
- Traitement par chirurgie ouverte en urgence
 - Traitement endovasculaire par endoprothèse discuté dans les cas compassionnels

Type B

- | Non compliquées | Compliquées |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Traitement médical : <ul style="list-style-type: none"> - Beta bloquant en première intention - TAS < 120 mmHg, pouls < 60 • Angioscanner ou IRM à 48-72h, 1 semaine, 1 mois, 6 mois puis tous les ans • Endoprothèse thoracique au cas par cas entre 2 semaines et 3 mois si facteurs de risque d'évolution anévrismale : <ul style="list-style-type: none"> - HTA mal contrôlée - Diamètre aortique initial > 40 mm - Thrombose partielle du faux chenal - Porte d'entrée proximale large > 1 cm - Croissance rapide des diamètres aortiques | <ul style="list-style-type: none"> • Couverture de la porte d'entrée proximale par une endoprothèse thoracique • +/- Gestes complémentaires si malperfusion : <ul style="list-style-type: none"> - Fenestration endovasculaire - « spot stenting » d'artères rénales/viscérales - Stenting non couvert de l'aorte viscérale • +/- Revascularisation de l'artères sous clavière-gauche • Traitement par chirurgie ouverte si contre-indication ou échec du traitement endovasculaire |

- Malperfusion
- Rupture aortique
- Hématome péri-aortique
- Croissance rapide du diamètre anévrismal
- HTA réfractaire
- Douleurs réfractaires ou récidivantes

6

(1) 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2014 Nov 1;35(41):2873-926

(2) Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, van Herwaarden JA, Holt PJ, van Keulen JW, Rantner B, Schlösser FJ, Setacci F, Ricco JB; European Society for Vascular Surgery. Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011 Jan;41 Suppl 1:S1-S58.

(3) Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Mansour MA, Mastracci TM, Mell M, Murad MH, Nguyen LL, Oderich GS, Patel MS, Schermerhorn ML, Starnes BW. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg. 2018 Jan; 67(1):2-77.e2.