Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française

INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Anévrisme de l'aorte abdominale

Chirurgie ouverte ou traitement endovasculaire

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nature de l'intervention :

_____

_____

Dr

Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par la **Société Française de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire**, est destinée à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre chirurgien vasculaire à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne remplace la **relation** que vous avez avec votre chirurgien. Il est indispensable, en cas d'incompréhension ou de questions supplémentaires, que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements. **Ne vous faites pas opérer si vous avez encore des questions** sur l'indication opératoire, les bénéfices, les risques et les suites opératoires.

Cette fiche vous expose les **raisons** de l'acte qui va être réalisé, son **déroulement** et ses **suites habituelles**, les **bénéfices** et les **risques connus**, même des complications rares. Ces complications sont inhérentes à la technique chirurgicale ; elles existent dans toutes les équipes et relèvent de l'**aléa thérapeutique**.

Prenez le temps de lire ce document, éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant. Pour plus d'informations : **www.vasculaire.com**.

1. Définition

Un **anévrisme de l'aorte** est une dilatation localisée de l'aorte liée à une fragilisation de sa paroi. Dans la très grande majorité des cas, il est dû à l'**athérome**, favorisé par l'âge (au-delà de 60 ans), le sexe masculin, le tabagisme, l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Il est héréditaire dans **20 % des cas**.

L'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) touche la portion sous les artères rénales dans 90 % des cas (diamètre normal : 20-25 mm). Le débit sanguin met la dilatation sous pression, conduisant à une croissance lente puis plus rapide jusqu'à la **rupture**, hémorragie massive mortelle en l'absence de traitement.

Le risque de rupture devient important au-delà de **55 mm** : taux de rupture annuel d'environ 10 % entre 55-60 mm, 20 % entre 60-70 mm, jusqu'à 40 % au-delà de 70 mm. Ce risque augmente avec la croissance rapide, le tabagisme, l'hypertension, et est plus élevé chez la femme.

L'AAA est le plus souvent **asymptomatique**, découvert fortuitement. L'apparition de douleurs abdominales ou lombaires précède la rupture et impose une **consultation en urgence**.

En résumé : un AAA de moins de 55 mm doit être surveillé (en général par échographie) sauf croissance rapide ou douleur ; au-delà de 55 mm, une consultation chirurgicale s'impose. **Aucun médicament** n'empêche un AAA de grossir ou de se rompre.

2. Bilan préopératoire

Les examens complémentaires comportent: **échographie doppler artériel** des membres inférieurs et des troncs supra-aortiques, angioscanner aortique, bilan biologique complet (fonction rénale, coagulation), bilans respiratoire et cardiologique (consultation, ECG, échographie cardiaque) à la recherche d'une coronaropathie ou d'une insuffisance cardiaque associées.

3. Options thérapeutiques

A. Mise à plat-greffe (chirurgie ouverte)

Principe : ouverture de l'abdomen (laparotomie, lombotomie, laparoscopie); l'aorte est clampée au-dessus de l'AAA, l'anévrisme ouvert puis l'aorte malade remplacée par une **prothèse** synthétique droite ou bifurquée, cousue sur les parties saines.

Risques : hémorragie, blessure d'organes de voisinage, embolies, ischémie prolongée (atteintes neurologiques, rénales, musculaires, ischémie de membre), complications cardiaques, respiratoires, rénales, digestives, médullaires, défaillance multiviscérale, décès.
La morbi-mortalité moyenne est de **4 à 5 %**, justifiant un séjour en réanimation.
À distance : éventration, troubles sexuels chez l'homme, claudication de fesse, infection ou thrombose de prothèse, faux-anévrisme anastomotique.

B. Chirurgie endovasculaire (endoprothèse)

Principe : exclusion de l'anévrisme par une **endoprothèse**, introduite par les artères fémorales. Pas d'ouverture abdominale ni de clampage aortique. Nécessite une anatomie compatible.

Risques : impossibilité de monter l'endoprothèse (conversion chirurgicale), couverture involontaire des artères rénales ou hypogastriques, embolies périphériques, insuffisance rénale liée au produit de contraste, complications cardiaques, respiratoires, rénales, digestives, médullaires, défaillance multiviscérale, décès.
Morbi-mortalité < 2 %, mais risque de réinterventions plus important qu'en chirurgie ouverte : endofuite, migration de l'endoprothèse, déconnexion de jambages, justifiant une **surveillance annuelle** par écho-doppler et/ou scanner à vie.

Malgré toutes les précautions, le chirurgien peut être amené à modifier la tactique opératoire en cours d'intervention.

4. Surveillance et évolution

Le rapport bénéfice/risque est évalué en comparant le risque de rupture et le risque opératoire. Une surveillance échographique et/ou scannographique régulière est indispensable, quelle que soit la technique retenue.



En cas d'urgence

> **🚨 Conduite à tenir**
>
> **En cas d'urgence, votre chirurgien vasculaire vous donnera la conduite à tenir.**
>
> **En cas de difficulté à le joindre, faites le 15.**

Sevrage tabagique

🚭 Le tabac multiplie les risques

Fumer augmente le risque de complications de toute chirurgie, en particulier le **risque infectieux (×3)** et les **difficultés de cicatrisation (×5)**. **Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention** diminue significativement ces risques. Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la convalescence.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, à votre chirurgien et à votre anesthésiste, ou appelez **Tabac info service** au **39 89** ou sur **tabac-info-service.fr**.

Questions pratiques

Comment puis-je me laver ?

Dès votre retour à domicile, vous pouvez prendre une **douche**.

Puis-je faire du sport ?

La reprise des activités physiques dépend de la technique réalisée et sera précisée par votre chirurgien.

Puis-je conduire après l'intervention ?

Certains médicaments contre la douleur peuvent entraîner une somnolence non compatible avec la conduite. La conduite d'un véhicule personnel est possible **selon l'accord de votre chirurgien**.

Puis-je voyager ?

Les voyages sont possibles selon l'accord de votre chirurgien.

Quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?

La reprise d'une activité sexuelle est possible **dès que votre état général le permet**.

Destination de cette fiche

Cette fiche d'information vous est **destinée**. Elle a pour but de vous fournir les éléments nécessaires à votre **réflexion** et à votre **consentement éclairé**, en complément des explications orales données en consultation. Elle ne se substitue pas au dialogue avec votre chirurgien et votre médecin anesthésiste. Une copie peut être conservée dans votre **dossier médical**.

Dans le cadre du Registre de spécialité, certaines de vos données médicales (informations cliniques, traitements, données démographiques) pourront être recueillies à des fins de recherche médicale et d'amélioration des pratiques de soins. Avant tout partage, vos données sont anonymisées : votre identité est remplacée par un code anonyme, de sorte que les destinataires ne peuvent pas vous identifier. Vous pouvez à tout moment vous opposer à ce partage sans que cela n'ait de conséquence sur votre prise en charge.

Consentement éclairé — Document de consentement aux soins

Dans le respect du code de santé publique (**article R. 4127-36**), je soussigné(e) **Madame / Monsieur** _____

reconnais avoir été informé(e) par le **Docteur** _____

en date du _____

à propos de l'intervention qui m'est proposée :

_____

(par exemple : mise à plat-greffe aortique, endoprothèse aortique bifurquée)

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Docteur _____ qui a répondu à toutes mes interrogations et m'a rappelé que je pouvais, jusqu'au dernier moment, **annuler l'intervention**.

> ⚠️ **Document important**
>
> Ce document est important. Il est **indispensable de le communiquer avant l'intervention**. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à _____ Le _____

En deux exemplaires

Signature du patient :

Signature du chirurgien :

Cette fiche a été réalisée par la Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire Française pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée.

Personne de confiance

Madame, Monsieur,

En application de la **loi du 4 mars 2002**, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du **consentement éclairé** qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'**associer un proche** aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour.

Elle **participera aux prises de décisions** de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

☐ **Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance**

À _____ Le _____

Signature :

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance**

Cette personne est :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin…) : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse : _____

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour **toute la durée de mon hospitalisation**. Je peux **révoquer cette désignation à tout moment** et, dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de la désignation : _____

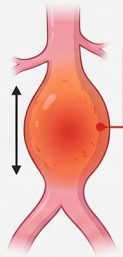
Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Traitement de l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale (AAA): Comprendre vos options

POURQUOI OPÉRER ? LE SEUIL CRITIQUE

L'anévrisme : une paroi fragilisée. C'est une dilatation locale de l'aorte qui grossit progressivement sous la pression sanguine.



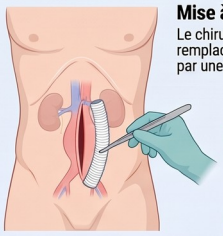
Le seuil d'alerte : 55 mm

Le risque de rupture devient important au-delà de 55 mm (10 % de risque par an, grimpant à 40 % au-delà de 70 mm).

Prévenir la rupture mortelle

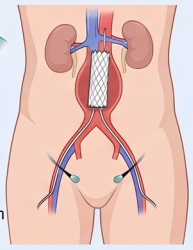
L'objectif unique de l'opération est d'éviter une rupture aortique, car aucun médicament ne peut stopper la croissance d'un anévrisme.

OPTION 1 : LA CHIRURGIE OUVERTE (LAPAROTOMIE)



Mise à plat-greffe

Le chirurgien ouvre l'abdomen pour remplacer la partie malade de l'aorte par une prothèse synthétique cousue.



Mortalité opératoire :

C'est une intervention lourde qui nécessite systématiquement un séjour en réanimation.

Une solution durable

Bien que plus invasive au départ, cette technique nécessite moins de surveillance à long terme que l'endoprothèse.

OPTION 2 : L'ENDOPROTHÈSE (VOIE ENDOVASCULAIRE)

Exclusion de l'anévrisme par l'intérieur

On introduit une prothèse via les artères fémorales (plls de l'aine) sans ouvrir l'abdomen ni clamper l'aorte.

Une anatomie compatible est obligatoire

Cette technique n'est possible que si l'architecture de l'aorte et des artères fémorales répond à des critères anatomiques précis et favorables.

Mortalité opératoire : < 2 %

L'intervention est moins agressive immédiatement, permettant une récupération plus rapide que la chirurgie ouverte.

Risque de réintervention plus élevé

Il existe un risque de complications spécifiques (endofuite, migration de la prothèse) supérieur à la chirurgie classique.

Une surveillance à vie

En raison des risques de mouvement de la prothèse, un suivi annuel par scanner ou écho-doppler est impératif durant toute la vie du patient.

COMPARAISON DIRECTE DES DEUX APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

CARACTÉRISTIQUE	CHIRURGIE OUVERTE	ENDOPROTHÈSE
Accès	Ouverture de l'abdomen	Par les artères fémorales (aine)
Risque opératoire	Plus élevé (4-5 % mortalité)	Plus faible (< 2 % mortalité)
Contrainte anatomique	Faible	Élevée (anatomie compatible requise)
Suivi long terme	Standard	**Surveillance à vie indispensable**
Réinterventions	Rares	Plus fréquentes (endofuites, migration)

CONSEILS DE PRÉVENTION ET SÉCURITÉ



Arrêt du tabac

Fumer multiplie par 3 le risque infectieux et par 5 les retards de cicatrisation ; l'arrêt est recommandé 6 à 8 semaines avant l'acte.



Signes d'alerte

L'apparition de douleurs abdominales ou lombaires peut précéder une rupture et impose une consultation d'urgence (Faites le 15).

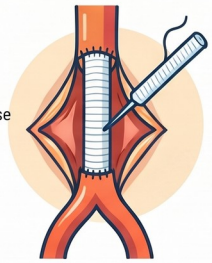
NotebookLM

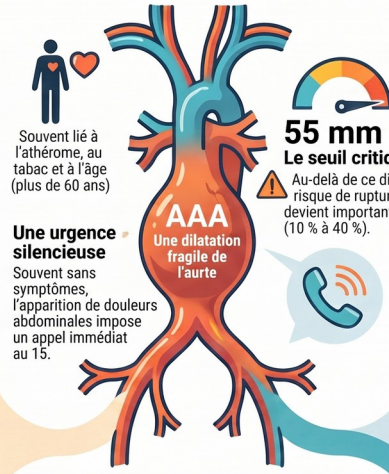
Tout savoir sur l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale (AAA)

L'anévrisme de l'aorte abdominale est une dilatation de l'artère principale qui, sans surveillance ou intervention, peut conduire à une rupture mortelle. Ce document compare les deux méthodes de traitement pour choisir la stratégie la plus adaptée.

Chirurgie Ouverte (Mise à plat-greffe)

- Ouverture de l'abdomen pour coudre une prothèse synthétique ; nécessite une réanimation.





Souvent lié à l'athérome, au tabac et à l'âge (plus de 60 ans)

Une urgence silencieuse

Souvent sans symptômes, l'apparition de douleurs abdominales impose un appel immédiat au 15.

55 mm : Le seuil critique

Au-delà de ce diamètre, le risque de rupture annuelle devient important (10 % à 40 %).

Traitement Endovasculaire (Endoprothèse)



- Introduction par les artères fémorales sans ouverture abdominale ; nécessite un suivi à vie.



Invasion
Ouverture abdominale (Laparotomie)



Mortalité moyenne



Suivi à long terme
Surveillance standard



L'impact majeur du tabac

Fumer multiplie par 3 le risque d'infection et par 6 les retards de cicatrisation.



Invasion
Passage par les artères fémorales



Mortalité moyenne



Suivi à long terme
Surveillance annuelle (écho/scanner) à vie