Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française

INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Syndrome de Nutcracker

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nature de l'intervention :

_____

Dr
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire

Des examens spécialisés ont mis en évidence une **compression de votre veine rénale gauche** entre l'aorte et l'artère mésentérique supérieure (ou, plus rarement, entre l'aorte et le rachis), responsable d'un **syndrome de Nutcracker.**

Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé(e) du **déroulement**, des **bénéfices attendus**, des **suites normalement prévisibles** et des **risques principaux** des interventions proposées, comparés à l'évolution spontanée de votre maladie. Cette fiche est destinée à compléter les explications données par votre chirurgien et votre médecin anesthésiste, et à susciter d'éventuelles questions complémentaires lors de la consultation.

1. Définition — Qu'est-ce que le syndrome de Nutcracker ?

Le **syndrome de Nutcracker** (littéralement « casse-noisette ») correspond à la **compression de la veine rénale gauche**, entraînant un obstacle à la vidange veineuse du rein gauche. Cette compression se situe le plus souvent entre l'**aorte** et l'**artère mésentérique supérieure** (syndrome de Nutcracker **antérieur**, forme la plus fréquente), plus rarement entre l'aorte et le **corps vertébral** (syndrome **postérieur**).

C'est une pathologie **rare**, sans risque évolutif vers l'insuffisance rénale ni de risque vital, en dehors des formes exceptionnelles avec hématurie sévère et anémie. Elle touche préférentiellement des patients de **faible IMC** (corpulence mince), chez qui le rein est plus bas situé et la veine rénale gauche de fait davantage étirée entre les deux structures qui la compriment. Il s'agit d'une pathologie dont le diagnostic reste difficile : la simple visualisation d'un rétrécissement de la veine rénale gauche à l'imagerie est un **constat radiologique fréquent** (« pince aorto-mésentérique »), y compris chez des sujets totalement asymptomatiques ; seule l'association à des **symptômes concordants** permet de retenir le diagnostic de syndrome de Nutcracker. La démarche diagnostique doit donc être **multidisciplinaire**.

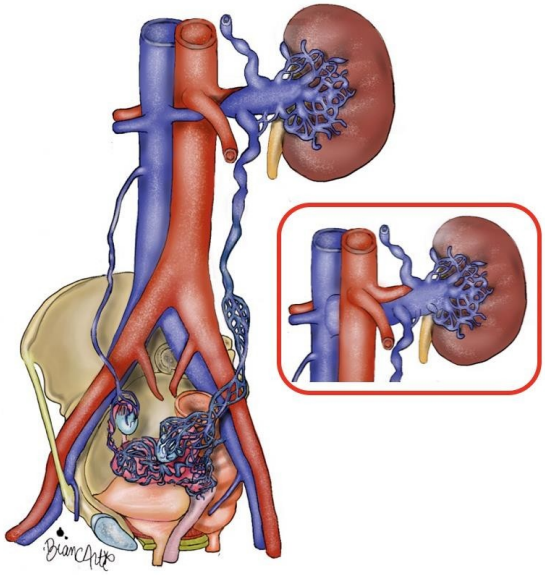


Schéma 1 — Compression de la veine rénale gauche entre l'aorte et l'artère mésentérique supérieure (« pince aorto-mésentérique »), à l'origine du syndrome de Nutcracker.

2. Symptômes — Comment se traduit la maladie ?

Les symptômes sont liés à la difficulté du rein gauche à se drainer, et à la mise sous tension du réseau veineux de suppléance (veine gonadique, veines pelviennes). Trois tableaux cliniques peuvent être retrouvés, isolés ou associés :

Tableau clinique	Description
Douloureux lombaire gauche	Pesanteur ou douleur de la fosse lombaire et/ou du flanc gauche, avec ou sans irradiation vers les organes génitaux externes ou le reste du dos ; accentuée par la position debout, à prédominance vespérale (fin de journée). Des douleurs en « coup de poignard » dans le dos sont parfois décrites (« syndrome de la femme coupée en deux »).
Hématurique	Hématurie microscopique ou macroscopique (sang visible dans les urines), épisodique ou constante.
Congestif pelvien	Par dérivation du flux veineux rénal vers le réseau veineux du petit bassin : syndrome de congestion pelvienne (douleurs pelviennes chroniques), varices vulvaires chez la femme ou varicocèle chez l'homme.

Ces trois tableaux ne sont pas toujours au premier plan simultanément, et de nombreuses présentations restent atypiques, ce qui explique la fréquence des **errances diagnostiques**.

3. Diagnostic — Comment est faite la mise au point ?

Le diagnostic doit non seulement **affirmer la compression significative** de la veine rénale gauche, mais aussi **éliminer les autres causes** de douleurs semblables (diagnostics différentiels). Il n'existe **aucun examen spécifique** du syndrome de Nutcracker ; le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments concordants, associant l'imagerie en coupe et l'exploration fonctionnelle.

Examens d'imagerie

- **Écho-doppler des artères et veines rénales** : examen non invasif de première intention, réalisé à jeun, il étudie la veine rénale gauche et peut objectiver une accélération des vitesses circulatoires au niveau de la compression.
- **Scanner abdomino-pelvien injecté** (angio-TDM) : visualise la veine rénale gauche, la « pince aorto-mésentérique » et les voies de dérivation veineuses (veine gonadique, réseau pelvien). La visualisation d'une compression est nécessaire au diagnostic, mais **non suffisante** à elle seule.
- **IRM abdomino-pelvienne injectée** : utile pour rechercher des diagnostics différentiels, notamment gynécologiques (endométriose, adénomyose).

Phlébographie diagnostique avec mesure du gradient réno-cave

Lorsque les examens non invasifs évoquent un syndrome de Nutcracker, une **phlébographie avec mesure du gradient de pression réno-cave** doit être pratiquée. C'est l'examen de référence (« gold standard ») : il permet de mesurer objectivement le retentissement hémodynamique de la compression, de visualiser le drainage du rein gauche et les voies de dérivation éventuelles, de rechercher d'autres compressions vasculaires associées (notamment un syndrome de May-Thurner/Cockett), et d'anticiper les modalités thérapeutiques. Dans les cas complexes, une échographie endovasculaire (IVUS) peut compléter la mesure des pressions.

Explorations complémentaires

- **Avis multidisciplinaire** (néphrologue, urologue, gynécologue, gastro-entérologue, algologue, médecin rééducateur, psychologue selon le tableau) pour éliminer les diagnostics différentiels.

4. Options thérapeutiques

L'indication thérapeutique est réservée aux patients **très symptomatiques**, chez qui le bilan n'a mis en évidence aucune autre pathologie pouvant expliquer les symptômes. Une prise en charge **conservatrice** est privilégiée en cas de symptômes légers, tandis qu'un traitement invasif est discuté en cas de symptômes sévères et invalidants.

A. Traitement médical (conservateur)

Il constitue le traitement de première intention, en particulier chez le sujet jeune (moins de 18 ans) ou en cas de symptômes bien tolérés. Il repose sur un prise en charge de la douleur et un accompagnement multidisciplinaire.

B. Traitement chirurgical

Plusieurs techniques existent, à discuter au cas par cas en réunion pluridisciplinaire : transposition de la veine rénale gauche, pontage réno-cave, transposition de l'artère mésentérique supérieure, auto-transplantation rénale, etc. Le choix dépend de votre cas particulier et vous sera expliqué de façon claire et appropriée afin que vous en compreniez la balance bénéfices/risques. La néphrectomie est une option exceptionnelle, réservée aux formes les plus sévères et réfractaires.

B. Traitement endovasculaire par stenting de la veine rénale gauche

Il consiste à mettre en place une endoprothèse à l'intérieur de la veine rénale gauche. Bien que mini-invasive, cette technique s'accompagne d'un point de vigilance : un **risque de migration du stent**, propre à l'anatomie veineuse et aux contraintes de la zone.

D. Traitement de la composante pelvienne associée

En cas de syndrome de congestion pelvienne ou de varices associées (vulvaires, varicocèle) liées à la dérivation du flux veineux rénal, un traitement complémentaire peut être proposé.

Ce que l'intervention vise à apporter

- **Décomprimer** la veine rénale gauche et améliorer son drainage.
- **Faire disparaître ou atténuer** les douleurs lombaires et la sensation de pesanteur.
- **Réduire l'hématurie** et son retentissement (anémie).
- **Améliorer la composante congestive pelvienne** (douleurs pelviennes, varices vulvaires, varicocèle)

⚠️ Évolution sans intervention

Le syndrome de Nutcracker n'engage **pas le pronostic vital**, en dehors des formes exceptionnelles avec hématurie sévère et anémie profonde. En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers la **persistance, voire l'aggravation, des douleurs lombaires et de la gêne au quotidien**, un retentissement sur la qualité de vie, et parfois une majoration de la composante congestive pelvienne (varices pelviennes, vulvaires). Une prise en charge conservatrice reste toujours envisageable en première intention en l'absence de symptômes invalidants.

5. Préparation à l'intervention

Hygiène cutanée et préparation

La majorité des infections post-opératoires sont dues à des germes naturellement présents sur la peau ou dans l'organisme. Une hygiène rigoureuse est donc indispensable :

- douche avec un savon antiseptique la veille et le matin de l'intervention selon les consignes du service,
- retirer bijoux, vernis, maquillage avant l'intervention,
- signaler toute lésion cutanée, plaie, infection dentaire, urinaire ou ORL en cours.

Médicaments à signaler

Vous devez signaler à votre chirurgien et à votre anesthésiste **tous les médicaments que vous prenez**, et en particulier :

- **Anticoagulants** (AVK, anticoagulants oraux directs : Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, Lixiana®),
- **Antiagrégants plaquettaires** (Aspirine, Kardégic®, Plavix®, Brilique®, Efient®),
- **Antidiabétiques**, et notamment la metformine (à arrêter avant l'examen avec produit de contraste iodé),
- tout traitement par corticoïdes, immunosuppresseurs, ou biothérapie.

Allergies

Tout antécédent connu ou suspecté de réaction allergique, en particulier au **produit de contraste iodé**, au **latex** ou à un médicament, doit être signalé en consultation. Un bilan allergologique peut être nécessaire.

6. Aléas thérapeutiques

Malgré une indication, une technique et un suivi conformes aux règles de l'art, des **aléas thérapeutiques** peuvent survenir : il s'agit de complications imprévisibles, indépendantes de toute faute, dont le risque ne peut jamais être totalement supprimé.

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 ?
Votre chirurgien vous indiquera le délai à respecter avant de vous doucher.

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 : ablation endothermique de la grande/petite saphène, phlébectomies associées)

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.

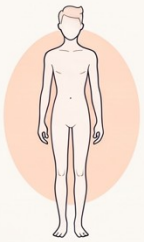
Date de la désignation : _____

Signature du patient :

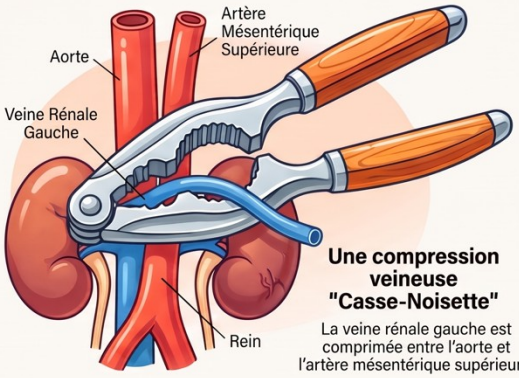
Signature de la personne de confiance :

Comprendre le Syndrome de Nutcracker (Casse-Noisette)

Un profil patient spécifique



Touche principalement des personnes minces (faible IMC) sans risque vital majeur associé.



Une compression veineuse "Casse-Noisette"

La veine rénale gauche est comprimée entre l'aorte et l'artère mésentérique supérieure.

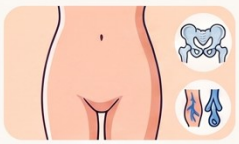
Trois types de symptômes principaux



Douloureux
Douleur ou pesanteur du flanc gauche, accentuée debout.



Hématurique
Présence de sang (visible ou non) dans les urines.



Congestif
Douleurs pelviennes, varices vulvaires ou varicocèles.

Diagnostic et Prise en Charge

Un diagnostic multidisciplinaire précis





Repose sur l'Écho-doppler et la Phlébographie avec mesure de pression (examen de référence).

Traitement médical vs Intervention



Approche conservatrice privilégiée si possible



Chirurgie ou **stent** réservés aux cas sévères.

Préparation et précautions essentielles



Hygiène rigoureuse



Signalement des allergies



Arrêt du tabac impératif avant l'interven

NotebookLM