

Fiche d'information : Anévrisme de la crosse aortique

Dr SOLER - Dr VALERIO

Nom :

Prénom :

Nature de l'intervention

Qu'est-ce qu'un anévrisme de la crosse de l'aorte ?

Il s'agit d'une dilatation de l'aorte, la plus grosse artère du corps humain, qui, après sa naissance au niveau du cœur, se prolonge dans le thorax pour donner naissance aux artères destinées au cerveau et aux deux membres supérieurs.

Cette dilatation progressive peut être d'origine athéromateuse ou résulter d'une dissection de l'aorte.

Le risque de rupture devient significatif lorsque le diamètre atteint 60 mm ou en cas de croissance rapide. Le taux de rupture annuelle peut atteindre 10 à 20 % au-delà de ce seuil.

Pour prévenir ce risque, une intervention chirurgicale peut être indiquée après évaluation du rapport bénéfice-risque, notamment en réunion multidisciplinaire (chirurgiens vasculaires et cardiaques, anesthésistes-réanimateurs, cardiologues).

Chez les patients très âgés ou polypathologiques, une surveillance simple peut être préférée si le risque opératoire est trop élevé.

L'intervention, lorsqu'elle est décidée, se déroule généralement sous anesthésie générale.

Quels traitements peut-on proposer ?

Trois options thérapeutiques principales sont disponibles :

1. Traitement chirurgical conventionnel

Il consiste à ouvrir le sternum pour accéder à l'aorte ascendante et horizontale, sous circulation extracorporelle.

Réalisé en double équipe (chirurgiens cardiaques et vasculaires), il peut inclure une réparation complète de la crosse ou une technique de type « frozen elephant trunk ».

L'intervention est longue, avec un séjour de 2 à 5 jours en réanimation, suivi d'environ une semaine d'hospitalisation conventionnelle.

2. Traitement endovasculaire

Ce traitement consiste à insérer, par voie fémorale, carotidienne ou axillaire, une endoprothèse sur mesure avec des branches à destinées cérébrales adaptées à l'anatomie du patient.

L'intervention est réalisée au bloc opératoire dans une salle hybride, équipée d'un matériel d'imagerie avancé. Elle nécessite 1 à 2 jours en réanimation et environ 5 jours d'hospitalisation conventionnelle.

3. Traitement hybride

Ce traitement associe une chirurgie par sternotomie pour déconnecter les branches de la crosse et une seconde intervention endovasculaire pour exclure l'anévrisme.

Ces deux temps opératoires sont habituellement espacés de quelques semaines.

L'hospitalisation dure 10 jours pour la chirurgie (dont 2 à 5 jours en réanimation), puis 3 à 5 jours pour la phase endovasculaire.

Quelles sont les complications chirurgicales possibles ?

1. Traitement chirurgical conventionnel

Chirurgie à haut risque nécessitant circulation extracorporelle avec arrêt circulatoire.

Complications possibles : AVC, pneumopathie, insuffisance rénale (dialyse temporaire ou permanente), hémorragie avec risque de reprise chirurgicale. Risque vital estimé entre 5 et 10 %.

2. Traitement endovasculaire

Risque principal : AVC (5 à 15 %, selon l'origine de l'anévrisme).

Autres risques : hématomes aux points de ponction, endofuites nécessitant un suivi prolongé, embolies périphériques, complications d'accès artériel nécessitant parfois une conversion chirurgicale.

3. Traitement hybride

Risques similaires à la chirurgie conventionnelle : AVC, pneumopathie, insuffisance rénale, hémorragie. Risque vital inférieur à 5 %.

Conclusion

Quel que soit le traitement, il existe un risque de complications postopératoires. Le traitement endovasculaire est souvent mieux toléré à court terme mais impose une surveillance régulière du fait du risque d'endofuites à long terme.

Votre médecin traitant, cardiologue ou angiologue, ainsi que l'équipe chirurgicale et anesthésique, restent à votre disposition pour répondre à toute question complémentaire.

NB : Tout acte chirurgical nécessite une hygiène rigoureuse. Merci de signaler tout traitement anticoagulant ou antiagrégant lors de la consultation préopératoire.

Document remis le :

Date et Signature :