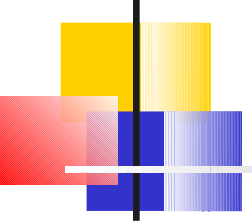


LE TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE DE L'ANEVRYSMES THORACO-ABDOMINAL

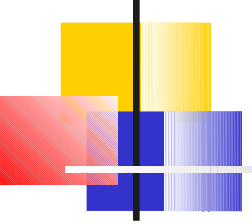
Sylvia BEHAGUE
Tiphany ROUSSETTE
Service du Pr.HAULON
Hôpital Cardiologique de LILLE

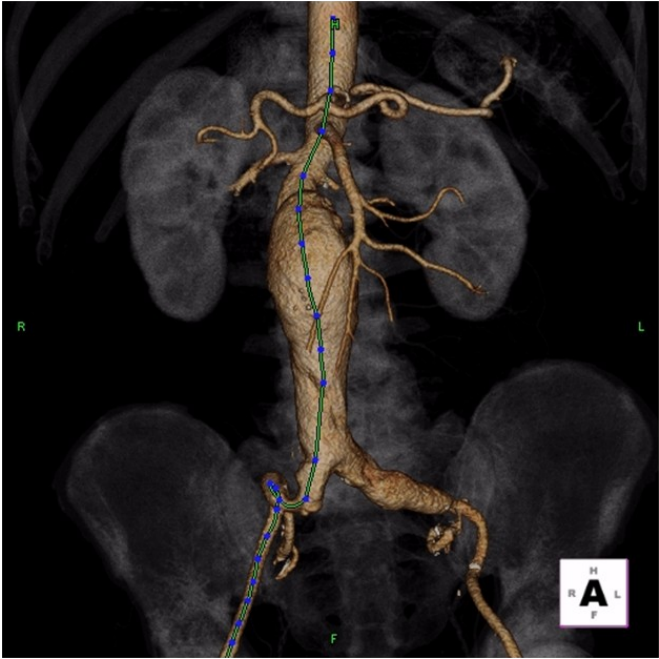
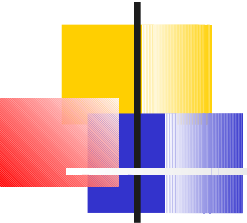


INTRODUCTION

- 
-
- Les anévrismes thoraco-abdominaux (ATA) sont des anévrismes qui s'étendent de l'aorte thoracique jusque l'aorte abdominale, et même parfois jusqu'aux artères iliaques.
 - Depuis le développement du traitement endovasculaire, les ATA peuvent bénéficier de cette technique, qui est une alternative au traitement chirurgical classique chez des patients à haut risque.
 - Les endoprothèses sont dites fenêtrées et / ou multi branches pour perfuser les artères viscérales.

INTRODUCTION

- 
-
- En 2009:
 - 138 endoprothèses abdominales
 - 31 endoprothèses thoraciques
 - **31 endoprothèses fenêtrées et multibranches** dont 12 thoraco-abdominales





LE TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE DE L' ANEVRYSMES THORACO-ABDOMINAL

INTRODUCTION

I. Prise en charge pré-opératoire

- a) Préparation du patient J-1
- b) La pose du KT de décharge
- c) Prise en charge du risque d'insuffisance rénale
- d) L'anxiété du patient et de sa famille

II. Prise en charge post-opératoire

- a) La réanimation J0/J2
- b) Le retour en hospitalisation conventionnelle J3
- c) Le devenir J10

III. Les complications

- a) La paraplégie
- b) L'insuffisance rénale

CONCLUSION

PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

- Bilan d'opérabilité
 - Bilan cardiaque
 - Scanner
 - Doppler TSA
- Consultation avec le chirurgien puis avec l'anesthésiste
- Livret d'information reçu au domicile



PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

préparation du patient J-1

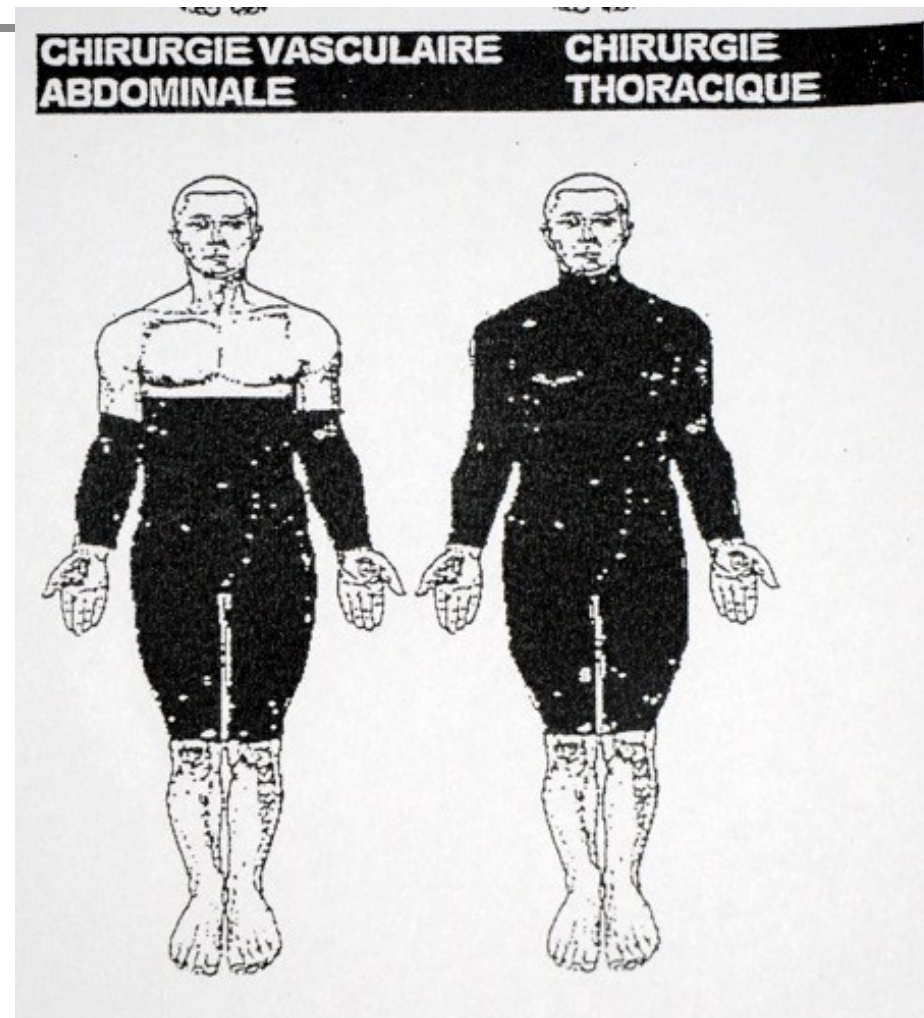
- **L'entrée**

- Installation du patient
- Vérification du dossier
- Compréhension de la pathologie
- Réalisation d'une numération plaquettaire et TCA/TP/INR

PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

préparation du patient J-1

- Préparation cutanée
- Dépilation
- Douche





PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

Pose du KT de décharge

- Pourquoi?

Pour éviter le risque d'ischémie médullaire



PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

Pose du KT de décharge

- Comment?
- En salle de réveil par l'anesthésiste

MATERIEL



LA POSE

- Préparation cutané



LA POSE

- Mise en place des champs



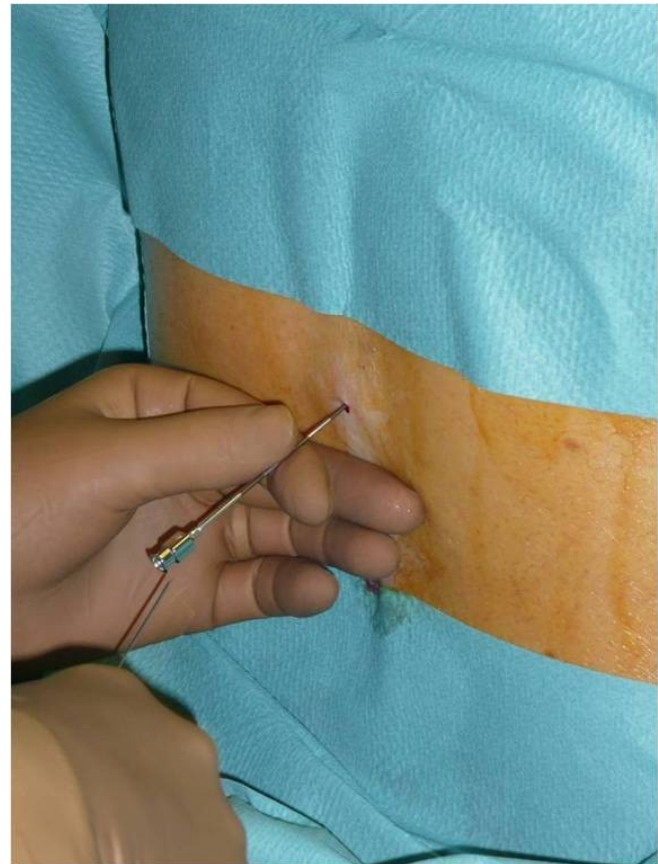
LA POSE

- L'anesthésie locale du site



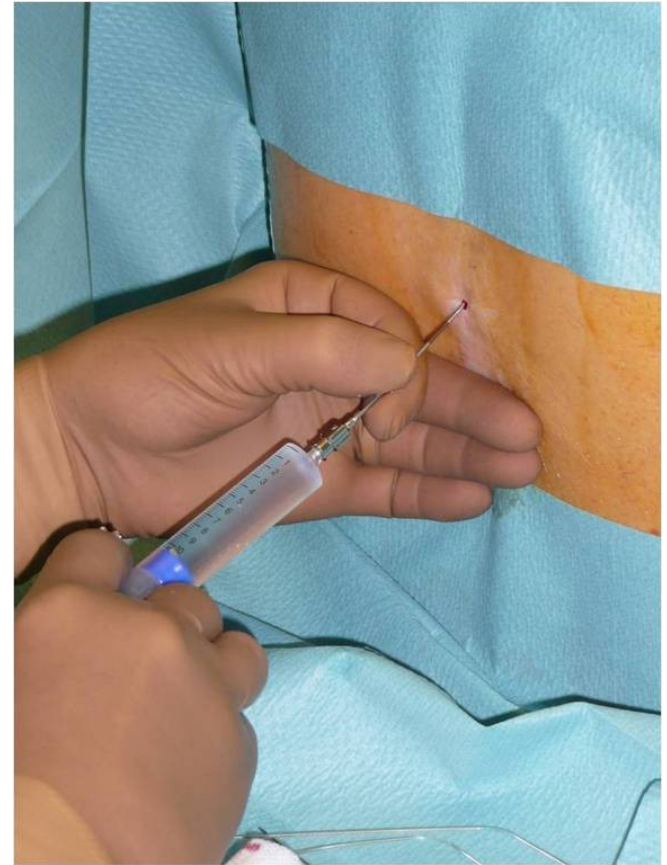
La pose

- Mise en place du Catheter



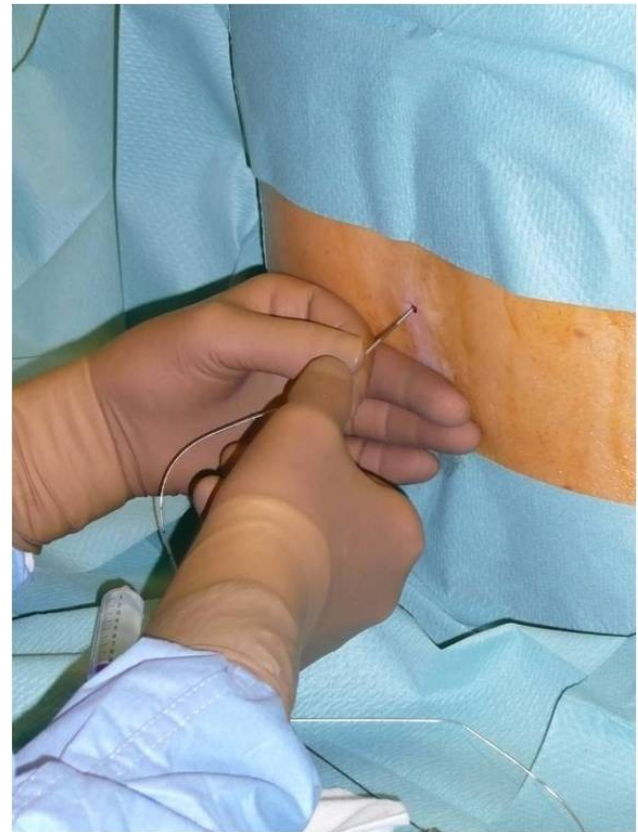
La pose

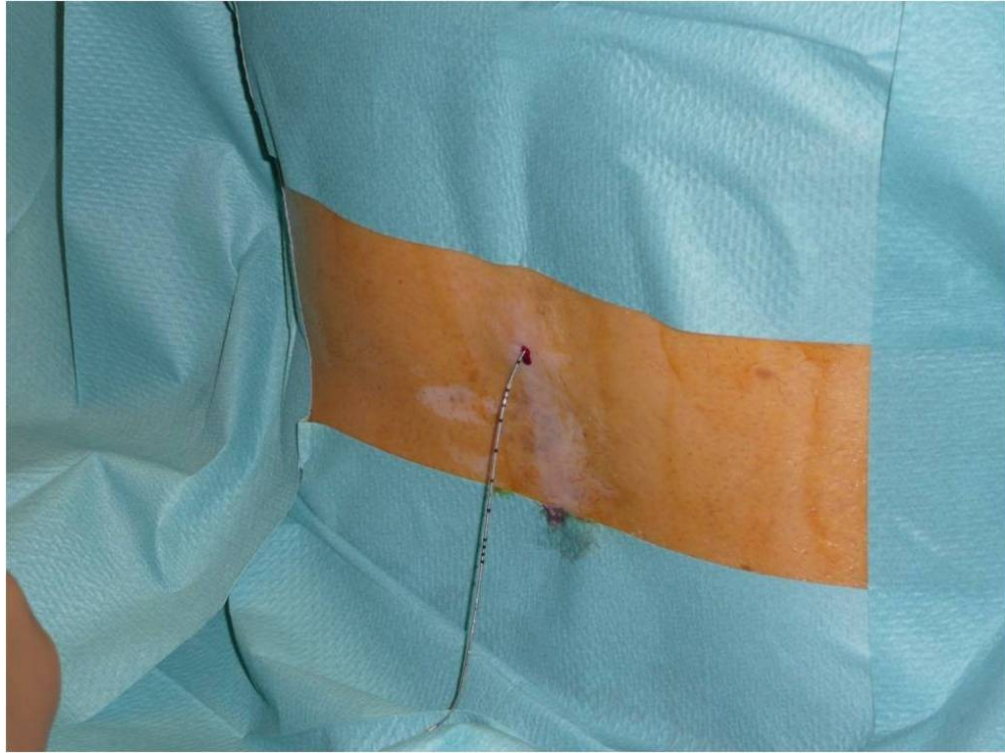
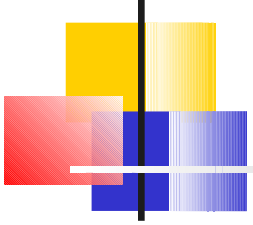
- Test du catheter



La pose

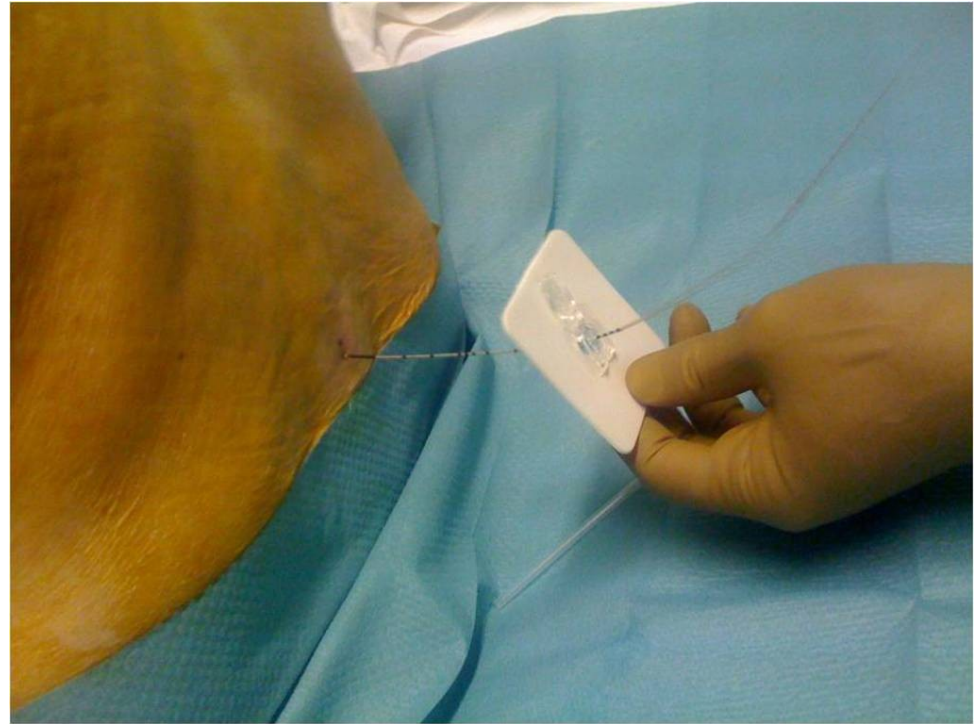
- Mise en place du prolongateur





La pose

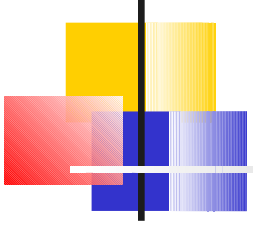
- Fixation du catheter



La pose

- Fixation du catheter







PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

Pose du KT de décharge

AU RETOUR

- VERIFICATION DE L'ETANCHEITE DU PANSEMENT
- DECUBITUS STRICT
- INFORMATION DU PATIENT

Verification du Catheter





PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

Pose du KT de décharge

- Quand?
 - La veille de l'intervention
 - Ou à défaut 4h minimum avant l'intervention



PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

L'insuffisance rénale

- 6 sachets d'acétylcystéine
- Hydratation IV



PRISE EN CHARGE PRE-OPERATOIRE

l'anxiété du patient

- Présente tout le long de l'hospitalisation
- Notre rôle:
 - Accompagner le patient et sa famille
 - Informer le patient et sa famille
 - Rencontre avec un psychologue.

PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

La réanimation J0/J2

- Admis en Réanimation intubé et ventilé

Il a :

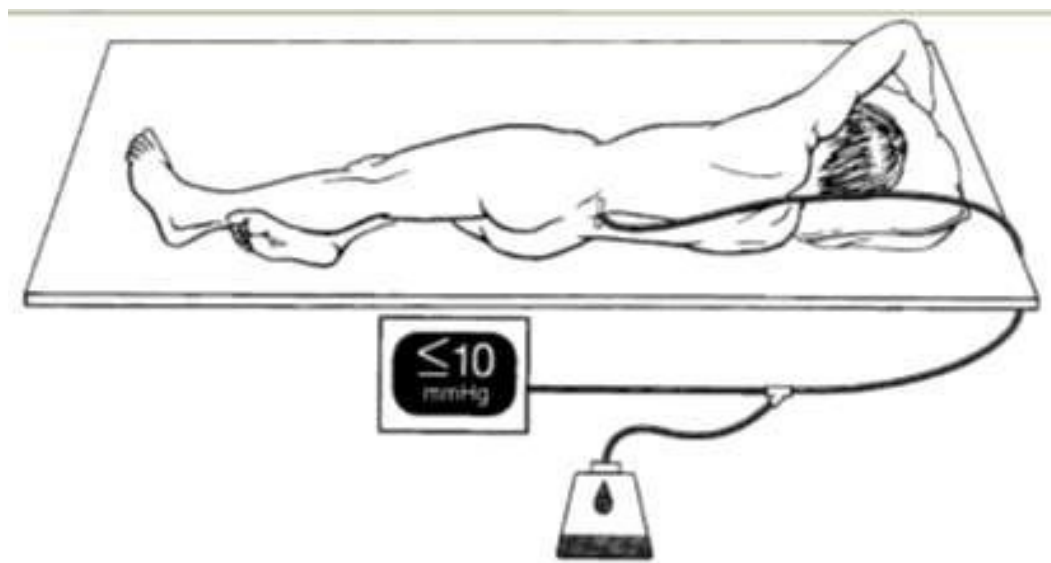
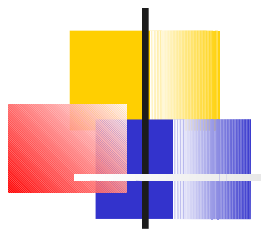
- Un KT central
- Une Sonde Vésicale
- Un KT décharge
- Un pansement huméral
- Un pansement sur chaque scarpa +/- redons



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

La réanimation J0/J2

- Le risque de paraplégie
 - Surveillance clinique horaire de la sensibilité et motricité
 - Surveillance hémodynamique
 - TA comprise entre 14 et 16 de systolique
 - Le KT de décharge est laissé 48 à 72h



≤ 10
mSv/y



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

La réanimation J0/J2

- Le risque d'insuffisance rénale
 - Lié à l'injection d'iode massive
 - Lié à la morphologie de l'anévrisme
 - Surveillance
 - Clinique par la diurèse horaire
 - Biologique journalière par la créatinine



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

Retour en hospitalisation à partir de J3

Le patient revient dans le service

- Extubé
- Porteur d'un KT central
- Porteur d'une sonde vésicale
- Porteur de pansements huméral et fémoral



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

Retour en hospitalisation à partir de J3

Surveillance clinique identique

Toutes les 3 à 4h



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

Retour en hospitalisation à partir de J3

- Le risque de paraplégie

De J3 à J7 :

surveillance neurologique toujours
présente



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

Retour en hospitalisation à partir de J3

- Le risque d'insuffisance rénale

De J3 à J5:

surveillance de la diurèse

dosage journalier de la créatinine

Ablation de la sonde vésicale en J5

De J6 à J10:

dosage de la créatinine toutes les 48h



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

Retour en hospitalisation à partir de J3

- Le risque d'occlusion
 - En J3 réalimentation progressive jusqu'au transit
 - Si besoin, prescription d'un laxatif oral



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

Retour en hospitalisation à partir de J3

- Les examens post opératoires immédiats
 - Un scanner thoraco-abdo avec injection entre J6 et J10
 - Une écho-endovasculaire avec injection entre J6 et J10
 - Pour déceler une éventuelle fuite



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

Le Devenir

- La sortie
 - En J10 le plus souvent
 - En convalescence ou rééducation suivant l'histoire de l'hospitalisation et les complications



PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

Le Devenir

- Le suivi radiologique
 - 1^{er} scanner pendant l'hospitalisation
 - 2^{ème} scanner à 1 an
 - Si les 2 scanners sont similaires, suivi allégé , alternance d'une écho-endo et d'un scanner tous les ans.

PRISE EN CHARGE POST-OPERATOIRE

Le Devenir

- Si fuite,
 - ✓ Ré intervention possible
- ou
- ✓ Un scanner à 3 mois
- ou
- ✓ Dossier revu par chirurgien au cas par cas.



LES COMPLICATIONS

- La Paraplégie
 - Rééducation longue en centre
 - Apprendre à vivre avec son handicap
 - Adaptation à la vie quotidienne



LES COMPLICATIONS

- L'Insuffisance rénale
 - Dialyse chronique irréversible



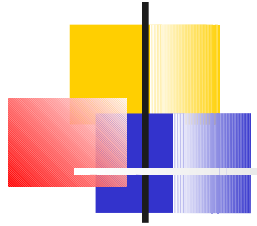
CONCLUSION

- La technique chirurgicale endovasculaire permet la prise en charge des patients à haut risque.
- Les complications restent les mêmes que pour la chirurgie conventionnelle.
- La technique endovasculaire réduit de façon conséquente la douleur et les risques liés à une chirurgie ouverte.

CONCLUSION



- Cette technique reste récente.
- Nous évoluons et découvrons cette prise en charge à chaque nouveau patient.
- L'intérêt professionnel et personnel reste constant.



A VOS QUESTIONS!!!