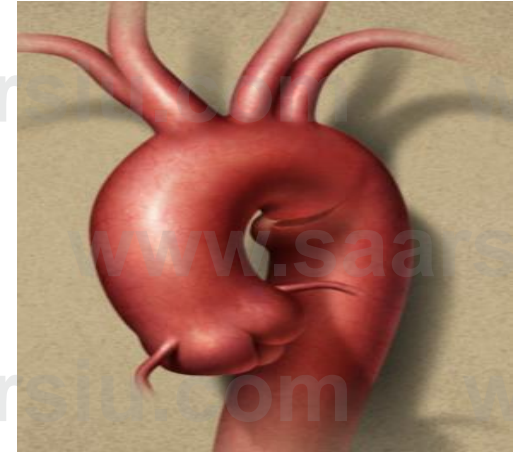
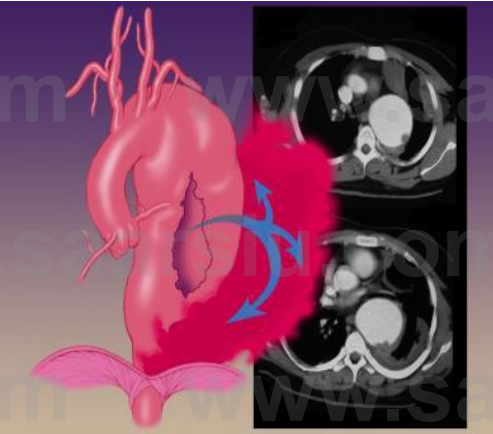


Prise en charge périopératoire des syndromes de l'aorte ascendante Expérience de 10ans.



F. Derderi

A. Benayache- M. Hassnaoui –W. Kouachi – A.Moulay Ali
- H.Douadi –L.Cherfi

Service de soins intensifs –HCA – Alger.

Introduction

- ❑ Les syndromes de l'aorte ascendante regroupent un ensemble de pathologies qui mettent en danger le pronostic des patients.
- ❑ Lesquels ?
 - L'anévrisme : maladie chronique (HTA-Marfan- connectivite)
 - Dissection aigüe (ulcération -hématome disséquant-rupture):est une catastrophe survient aussi bien sur une aorte de calibre normal que sur une aorte anévrismale)
- ❑ La chirurgie précoce a pour objectif de prévenir la rupture aortique en péricarde libre.
- ❑ En urgence :La prise en charge est pluridisciplinaire (radiologues,chirurgienscardiovasculaire-urgentistes-anesthésiste réanimateurs-cardiologues pour améliorer la survie)
- ❑ Ces stratégies chirurgicales devraient permettre d'améliorer le pronostic immédiat et à long terme de cette pathologie dont la mortalité demeure élevée.

CLASSIFICATIONS TOPOGRAPHIQUES : ESSENTIELLES POUR LE CHOIX THERAPEUTIQUE (SAA)

1966 De Bakey

Type I : aorte ascendante
→ aorte sous-rénale

Type II : aorte ascendante

Type III : aorte descendante

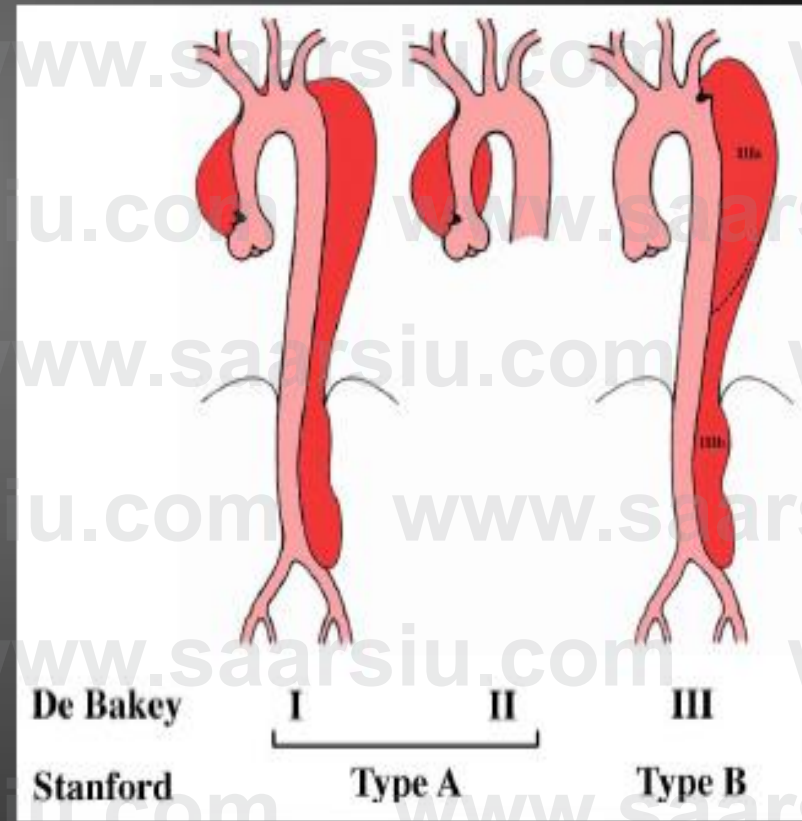
IIIa > diaphragme

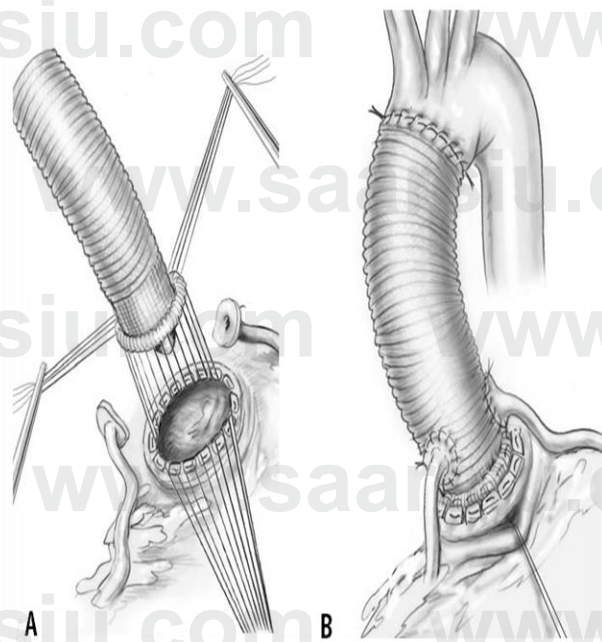
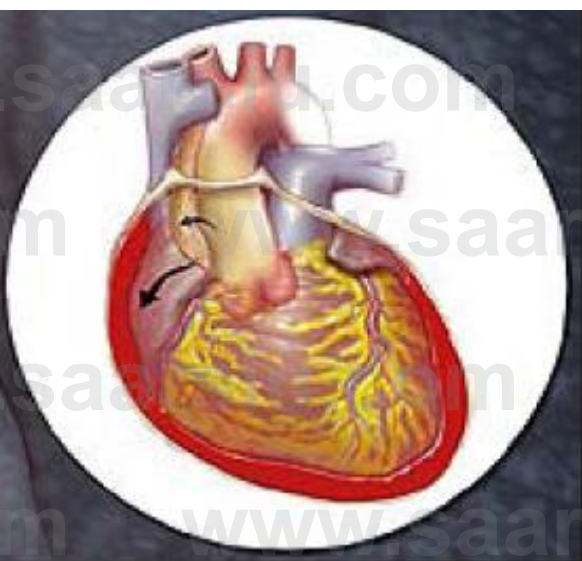
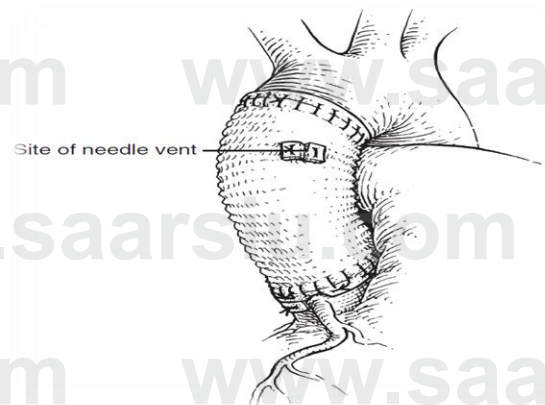
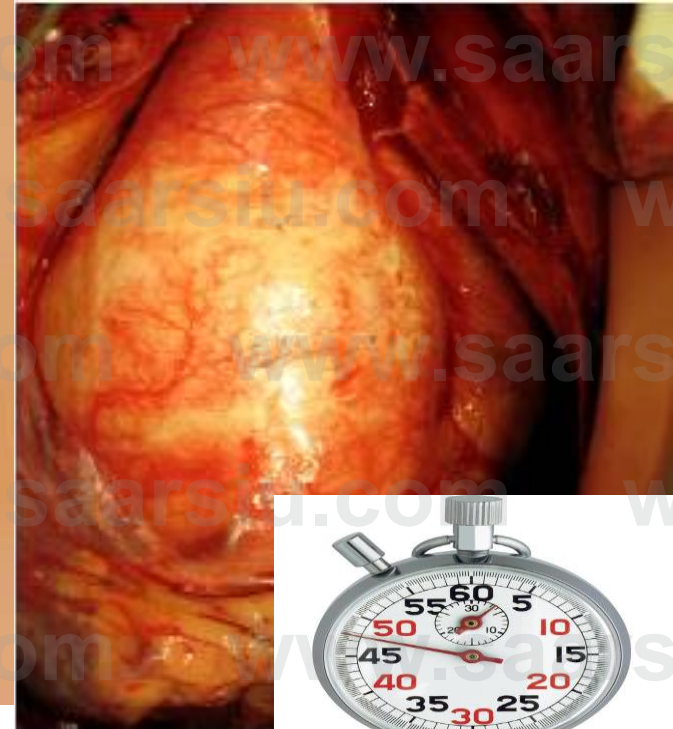
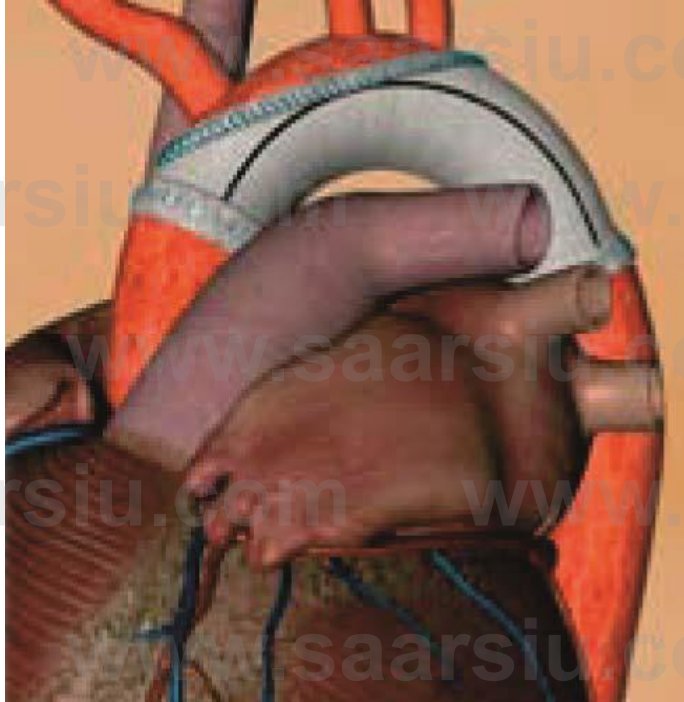
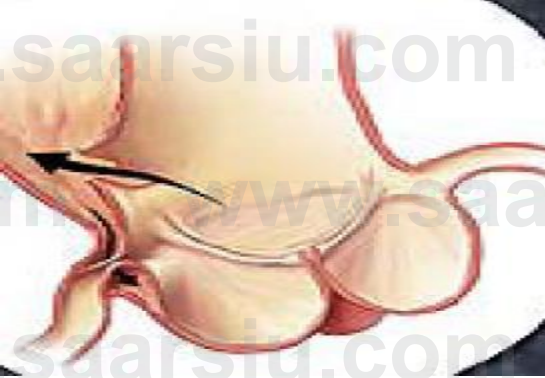
IIIb < diaphragme

1970 Stanford

Type A : toute dissection intéressant
l'aorte ascendante

Type B : toute dissection ne concernant
pas l'aorte ascendante





EuroSCORE

(European System for Cardiac Operative Risk Evaluation)

Variables (aide)	Valeurs	Bêta (Logistic EuroSCORE)	Points (EuroSCORE)
Age (années)	0 Valider		0
Sexe féminin		0	0
Urgence		0	0
Créatininémie > 200 µmol/ L		0	0
Fraction d'Ejection VG		0	0
BPCO		0	0
Chirurgie de l'aorte thoracique		0	0
Artériopathie périphérique		0	0
Troubles neurologiques		0	0
Endocardite active		0	0
Etat préopératoire critique		0	0
Angor instable		0	0
Infarctus myocardique (< 90 jours)		0	0
PAPS > 60 mmHg		0	0
Chirurgie cardiaque antérieure		0	0
Réparation septale postinfarctus		0	0
Chir. cardiaque associée ou non aux coronaires		0	0
		Logistic EuroSCORE:	EuroSCORE:
		0	0
		Logit = -4.789594 + Somme (bêta) + 0.0666354 *Xi (Xi = 1 si âge < 60; Xi augmente d'un point par année au delà)	
Effacer		EuroSCORE= Somme (points)	

Matériel et méthodes

- ❑ Type: monocentrique observationnel
- ❑ service de soins intensifs -HCA
- ❑ Période: juin2008- 15 octobre 2018
- ❑ Nombre de patients :40cas colligés/45.
- ❑ Recueil données sur Data base:
 - Caractéristiques démographiques
 - Données peropératoire
 - Morbidité mortalité post opératoire

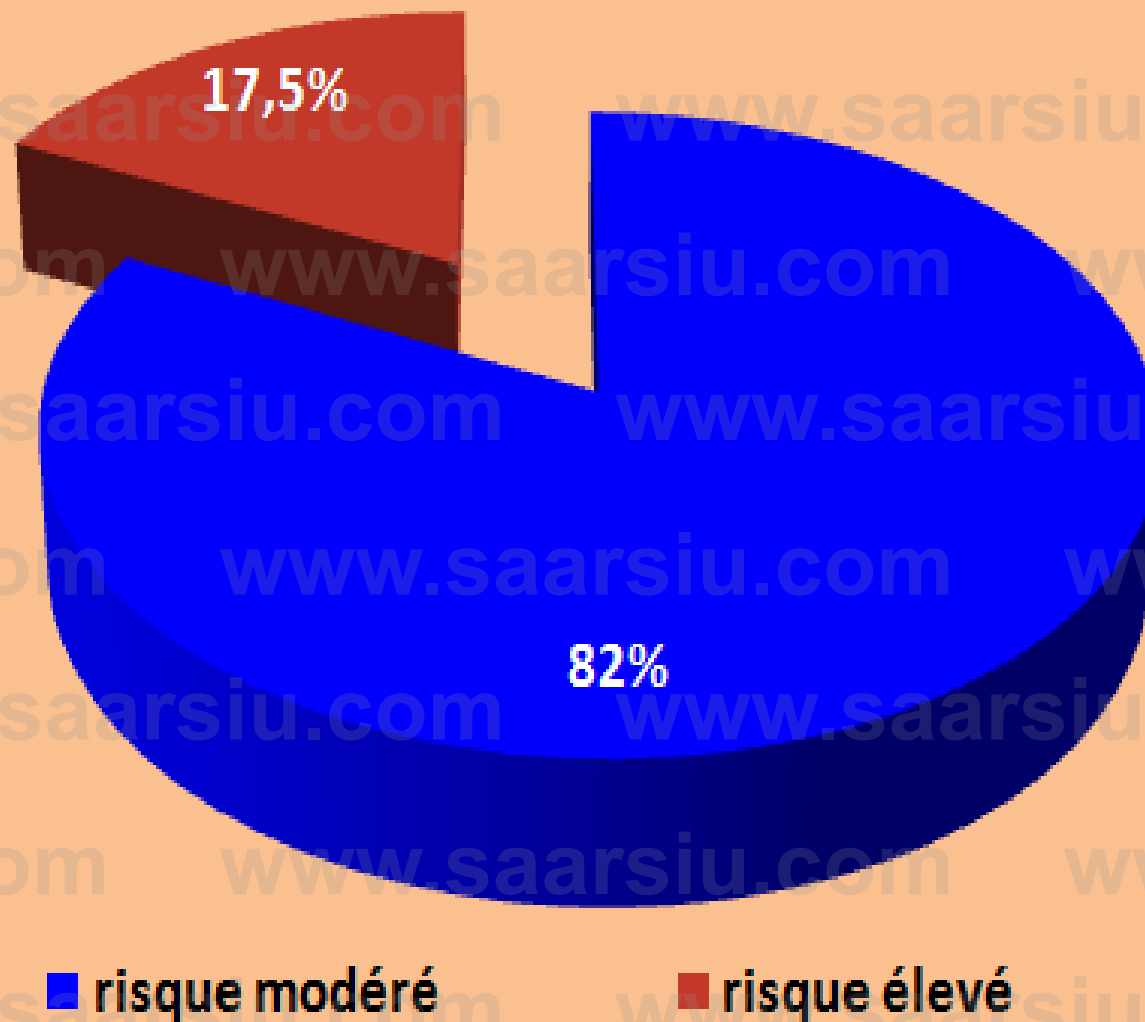
Analyse statistique par Logiciel SPSS 20.

RESULTATS

Caractéristiques patients	Nombre patients (%)
Age (an) Moy ± écart type	55.95±12 [29-76]
Sexe(%)	
Femme.....	12(30%)
Homme.....	28(70%)
IMC (m²)	
Obèse.....	8(20%)
Surpoids.....	22(55%)
HTA (%).....	25(62.5%)
Tabac (%).....	19(47.5%)
Diabète (%).....	6(15%)
Dyslipidémie.....	7(17.5%)
IDM ancien.....	2(5%)
BPCO.....	2(5%)
NYHA	
II.....	34(85%)
III.....	6(15%)
FEVG	61.1 ± 9.2

Caractéristiques patients	Nombre patients (%)
Pathologie préop	
AAA.....	26(65%)
Dissection aigue.....	4(10%)
Dissection subaigu.....	5(12.5%)
Dissection chronique.....	5(12.5%)
Thérapeutique préopératoire	26(65%)
Bétabloquant.....	11(27.5%)
I. Calcique.....	7(17.5%)
ARAII.....	7(17.5%)
IEC.....	6(15.5%)
Diurétique.....	10(25%)
Aspirine.....	

Evaluation du risque par Euroscore



Profil des patients en peropératoire

Durée CEC (mm)	201.7 ±65.9
Durée de CLAo (mm)	136.5 ± 47.8
Durée d'assistance	57.5 ± 35.1
Sevrage difficile CEC (n)	10(25%)
Transfusion massive	10(25%)
Dobutamine (n&%)	13(32.5%)
Noradrénaline (n&%)	30(75%)
Adrénaline(n&%)	1(2.5%)
CPBIA(n)	6(15%)
Durée d'assistance CPBIA(Min)	49.3±27

Complications post opératoire

Durée séjour réa(J)[2-31]	
cours séjour.....	3.4±1.9
Long séjour.....	22±7
Durée VA(Heures).....	17.8±16.5
	320±147.7
Dysfonction VG (%).....	13(32.5%)
Dysfonction rénale	
IRA(%).....	10(25%)
IRA Dialysée.....	5(12.5%)
C. pulmonaire.....	9(22.5)
SDNV.....	5(12.5%)
AVC.....	2(5%)
Reprise pour saignement	3(7.5%)

Analyse de la mortalité

	P. Vivants n=33 (82.5%)	P.DCD n=7 (17.5%)	Valeur (P)
Pathologie Aortique			
AAA.....	22(66.6%)	4(57.1%)	
Dissection aigue.....	3(9%)	1(14.2%)	
Dissection sub aigue....	5(15.1%)	0(0%)	
Dissection chronique....	3(9%)	2(28.5%)	
CEC (mn).....	188 ± 49.8	266.3 ± 95.2	0.03*
CIAo(mn).....	129.4 44.5	170 ± 55.3	0.039*
CPBIA(n).....	4(12.1%)	2(28.7%)	0.27
FEVG préop(%)	62.6 ± 8.2	54 ± 11.1	0.025*
Dysfonction VG post op(n)	7(21.2%)	6(87.5%)	0.003*
Transfusion massive	7(21.2%)	3(42.9%)	0.33
SDNV	2(6.1%)	3(42.9%)	0.03*
Dysf VG et CPBIA	8 non CPBIA	5CPBIA	0.004*

Commentaire

- ❑ Age: 55±12 coïncide avec la littérature(50-60ans).
- ❑ Sexe: dominance masculine 70%(5H/1F dans la littérature).
- ❑ HTA: 62.5% et Tabac 47.5% +++ en rapport avec la littérature.
- ❑ Euroscore: 17.5 % patients sont à haut risque.
- ❑ CEC et le temps de CLAo :longue durée en rapport intervention complexe ainsi le degré de dysfonction myocardique préopératoire.
- ❑ Transfusion massive en rapport longueur de CEC et le décollement des tissu et le degré d'hypothermie

« CEC principe et pratique2014 »

- ❑ Mortalité :17.5% toute activité Ao ascendante:
 - Malgré les progrès des techniques opératoires et d'anesthésie réanimation, la morbidimortalité de interventions sur l'aorte ascendante dans le cadre de l'urgence demeure élevée, de l'ordre de 15 à 30 % .

« Trimarchi S, J Thorac Cardiovasc Surg 2005 ; 129 : 112-22 »

« Nienaber CA ,Circulation 2003 ; 108 : 628-35. »

Conclusion

- ❑ Le but du traitement actuel est de réséquer un maximum d'aorte pathologique et d'assurer une prise en charge plus agressive d'emblée de la valve aortique et de la crosse aortique.
- ❑ Le rôle du médecin anesthésiste réanimateur est primordial dans toutes les étapes de prise en charge qui est lourde.
- ❑ L'hospitalisation des cas aigus est indispensable en soins intensifs pour l'évaluation de la perfusion d'organe.
- ❑ La stabilisation tensionnelle est un impératif : β bloquant++
- ❑ Monitoring du simple au complexe : intérêt de ETO/ETT.
- ❑ La nécessité d'un centre spécialisé avec un protocole adapté multidisciplinaire.