

Principes de la dissection dans la chirurgie des anévrysmes

A.Morsli

Faculté de médecine d'Alger

The goal of a successful surgery is to manage the problem without creating other; in the case of aneurysm surgery, pitfalls are multiple and linked to the patient, the brain, the parent artery, the vessels and the surrounding anatomy of the aneurysm.

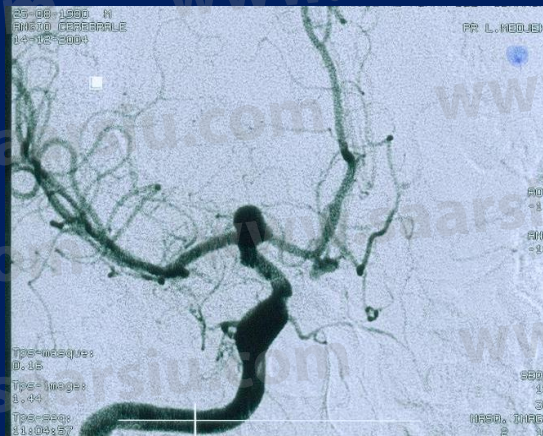
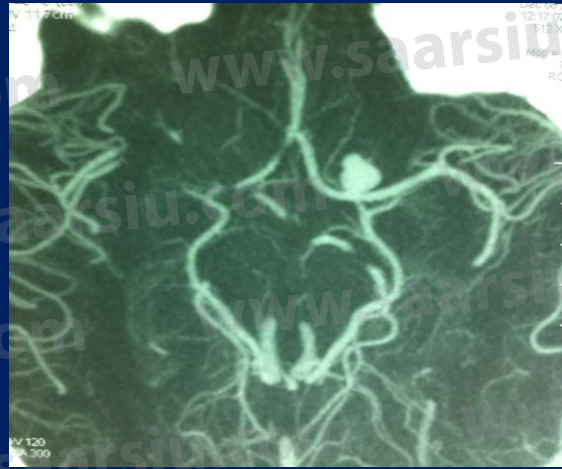
L'imagerie préopératoire

L'IRM (ARM) est de plus en plus pratiquée en première intention.

L'ARM de nouvelle génération est capable d'identifier des anévrismes de quelques millimètres.

L'angio-scanner avec reconstruction tridimensionnelle prend une place croissante, pour préciser le collet et les rapports de l'anévrisme avec les structures vasculaires adjacentes.

L'Artériographie cérébrale étudie de quatre axes du polygone de Willis avec des incidences multiples, elle met en évidence l'anévrisme artériel, précise son volume, ses rapports avec les axes vasculaires, sa forme, sa direction et le siège du collet. Elle recherche des anévrismes multiples et un spasme artériel secondaire



L'état du cerveau

- HSA Diffuse...
- Hématome intracérébral.
- Hggie intraventriculaire +/- hydrocéphalie.
- L'œdème cérébral.
- Ischémie/Spasme artériel.

L'état du cerveau Solutions...

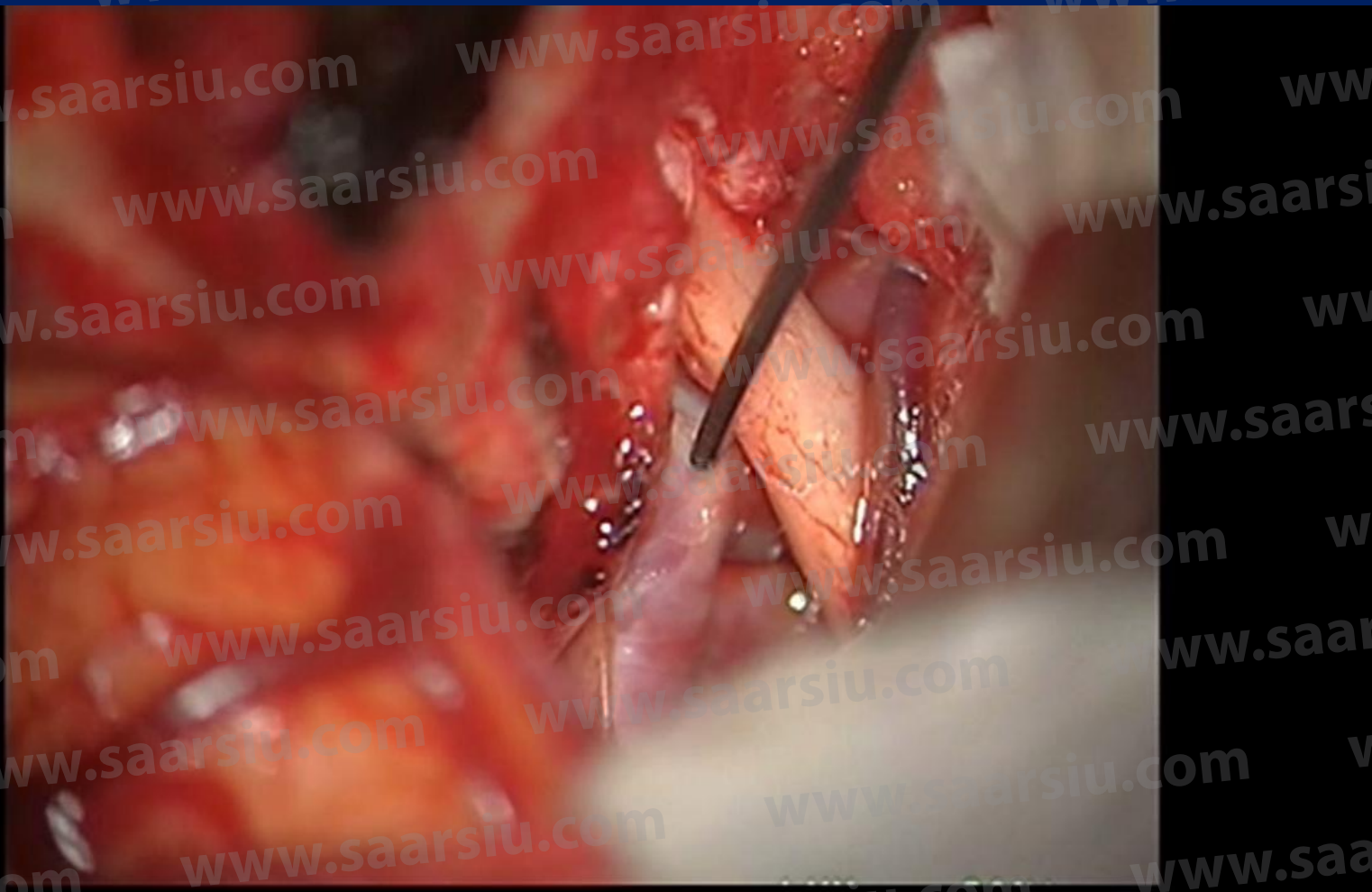
- DVE.
- DL.
- Ouverture large de la vallée Sylvienne et des sillons...
- Ouverture des citernes et aspiration douce du LCR.
- Evacuation d'un hématome compressif.

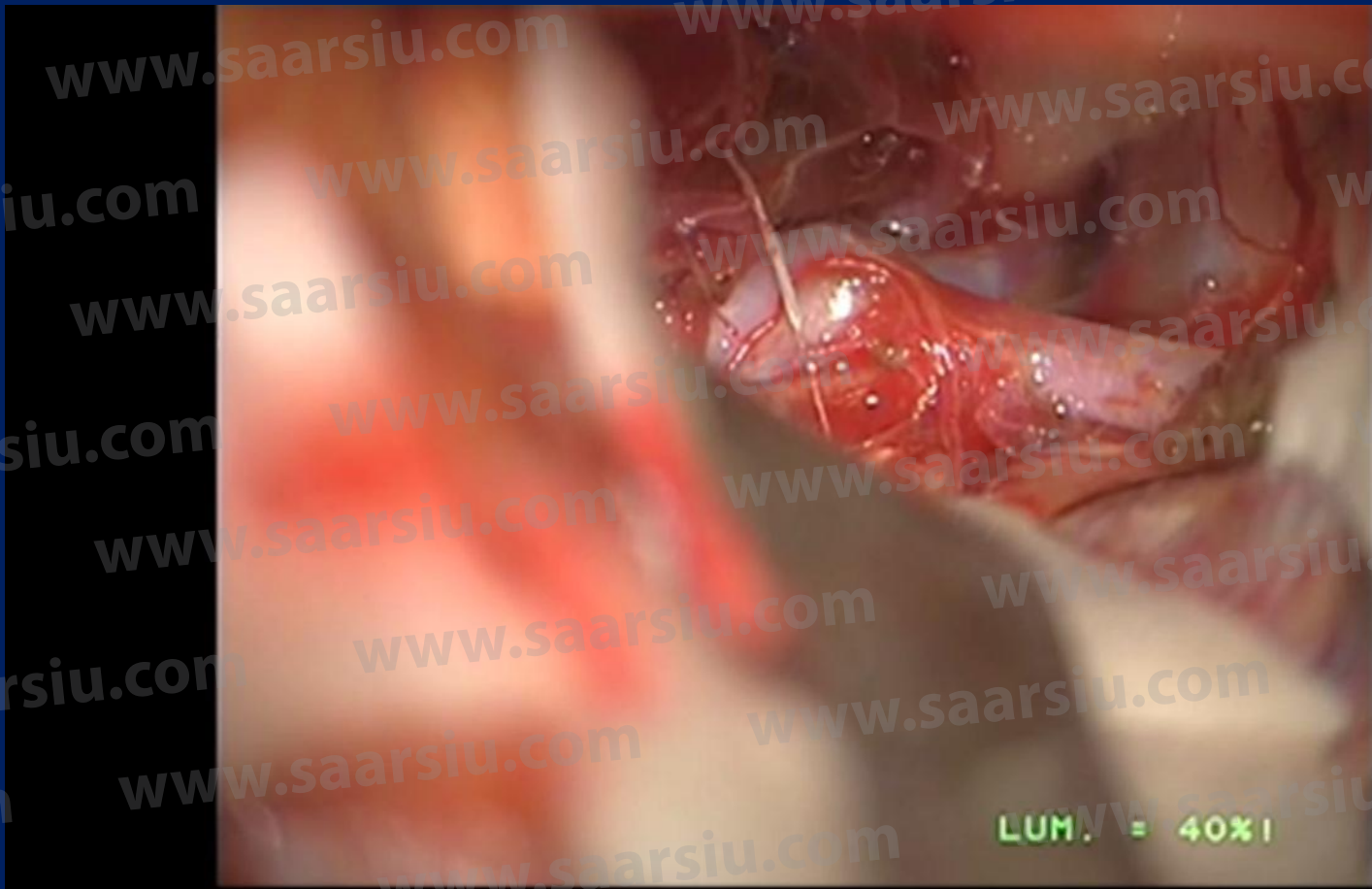
Et la Neuro-anesthésie???

Contrôle de l'artère porteuse

- Définir l'artère porteuse (terminale, communicante, bif ?...).
- Définir les rapports de l'anévrysme avec cette artère (collet, dôme...).
- Evaluer l'état de cette artère (spasme, athérome, malformation...)
- L'accessibilité à cette artère (Carotido-ophtalmique, intra caverneuse, intra pétreuse ...)

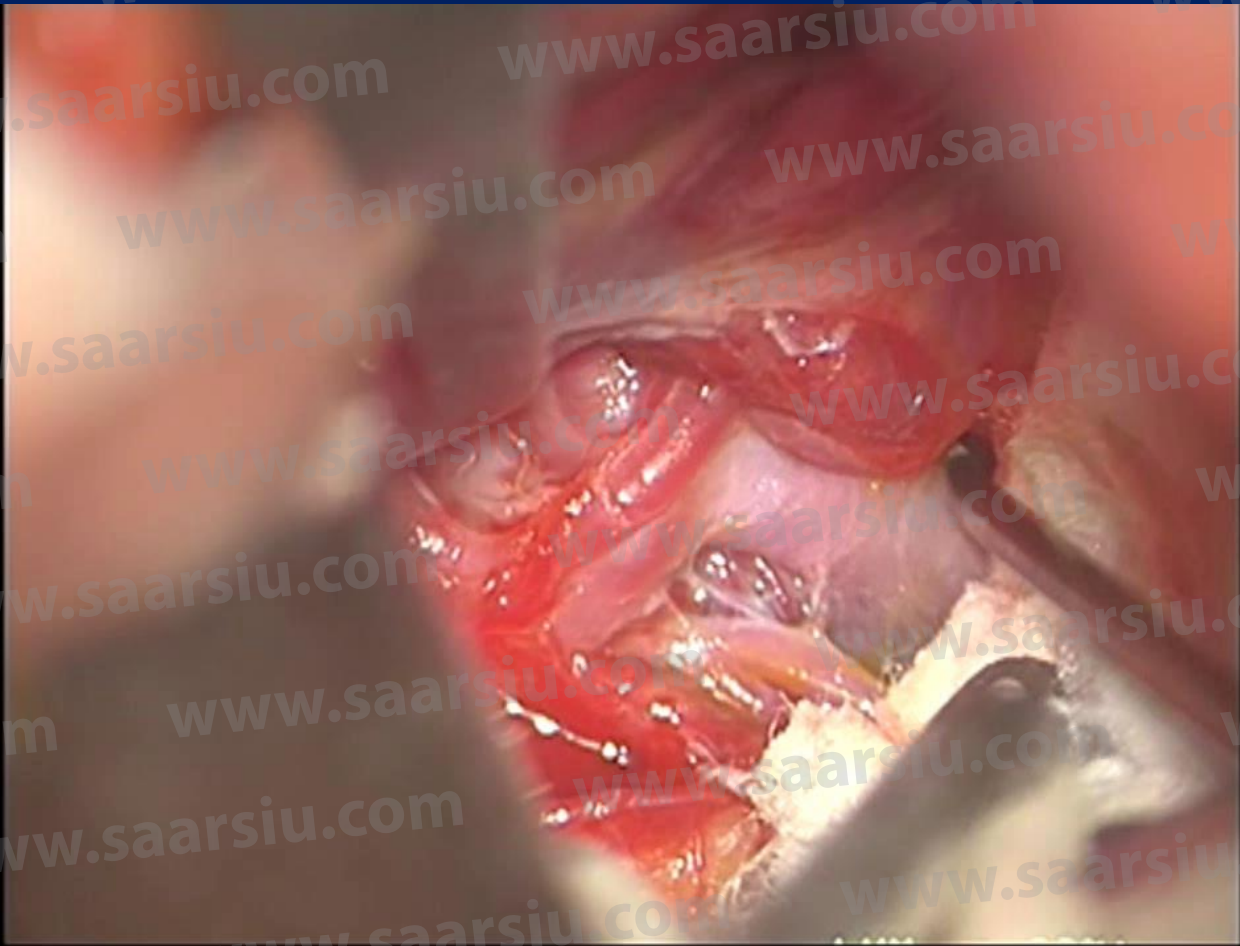
Le Plus important c'est le contrôle de la proximalité ++++





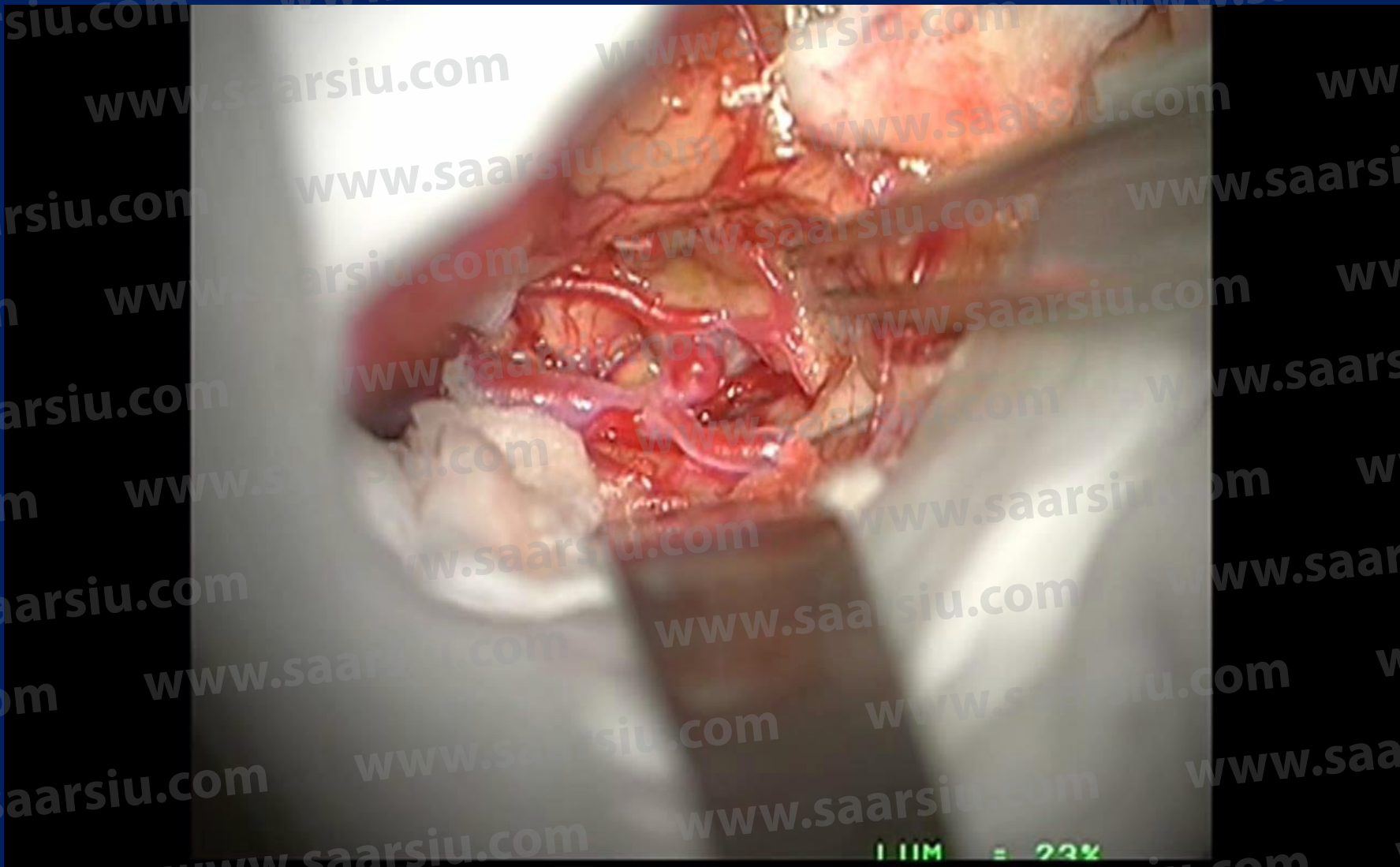
Les rapports vasculaires

- Les artères environnantes adhérentes ou sortant du sac.
- Les artérioles (perforantes, thalamostriées...)
- Les veines à préserver lors de l'approche.



Le sac anévrysmal

- La taille, la problématique dans les petits anévrysmes et ceux géants est différente.
- Le siège de l'anévrysmes.
- La direction et la forme du sac.
- La présence d'un thrombus intra-anévrysmal.
- Les rapports vasculo-nerveux.
- La multiplicité des sacs.

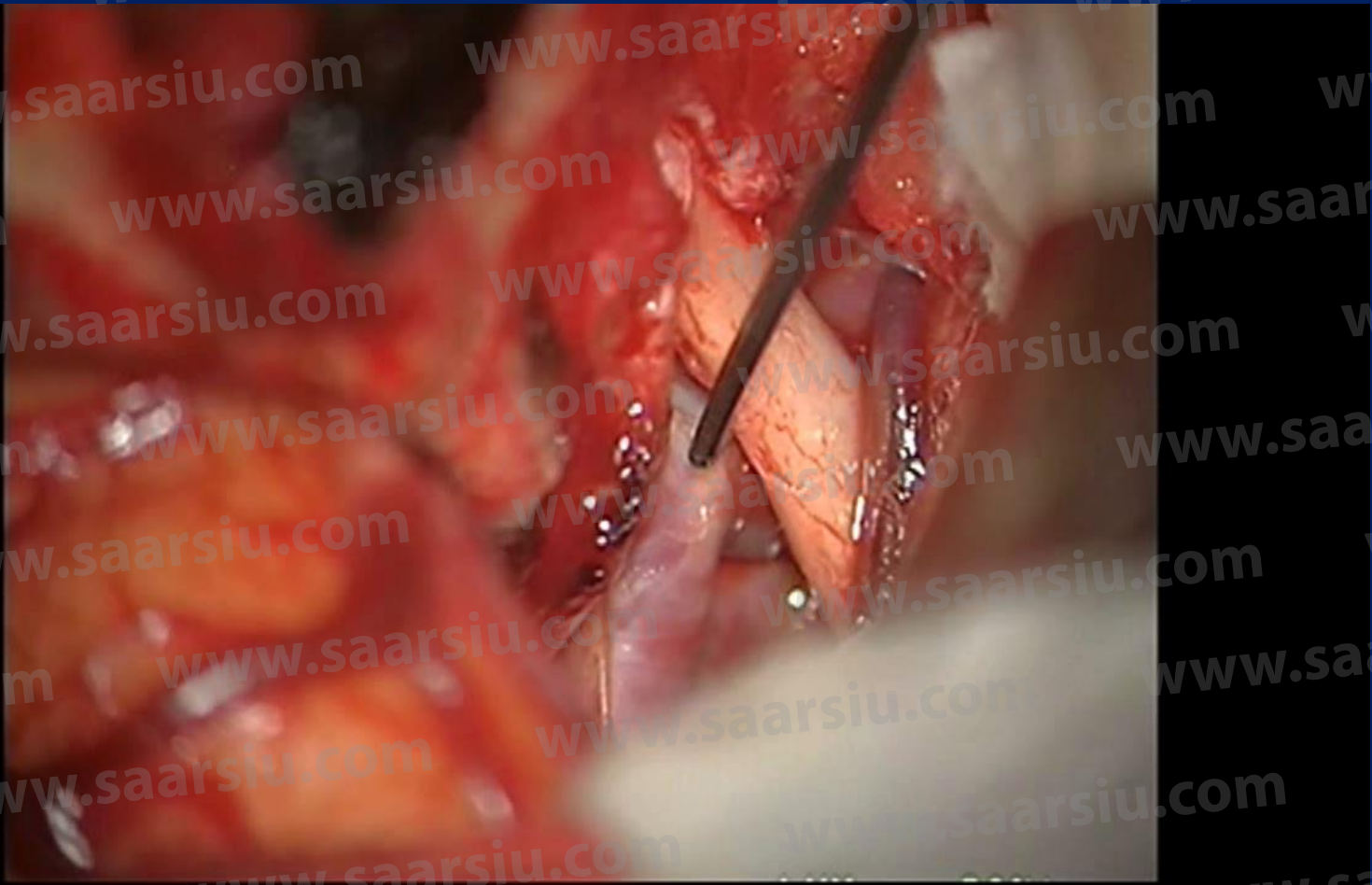


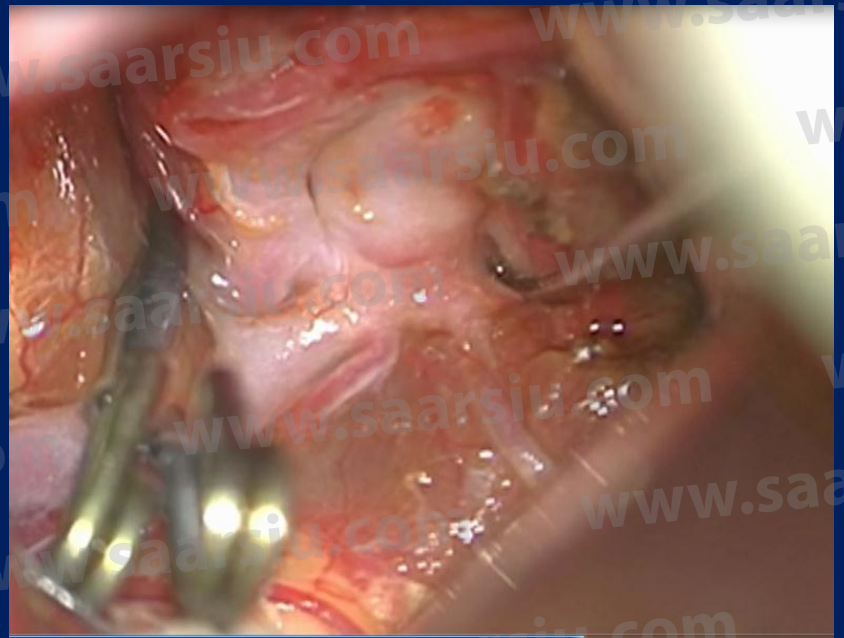
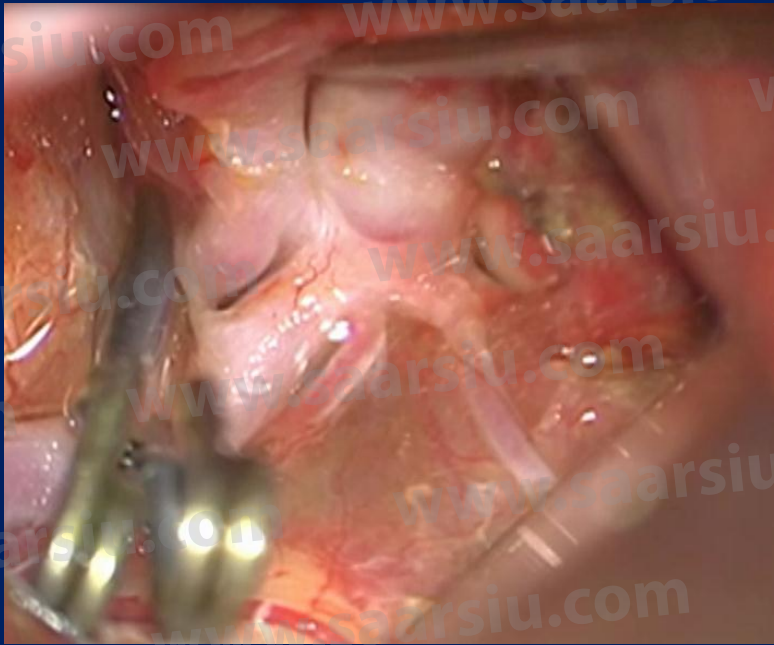
111M = 23%



Le collet anévrysmal

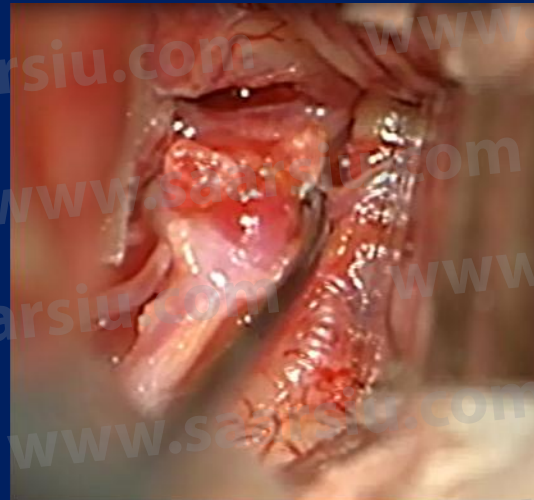
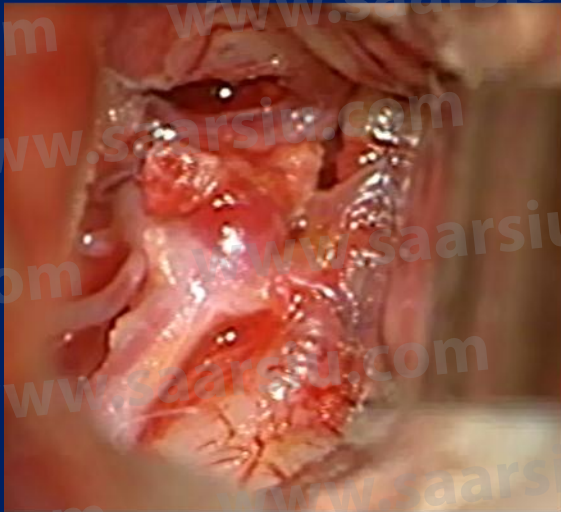
- La taille du collet.
- Des branches artérielles naissant près du collet (ACoA, Asylv)
- Une paroi du collet athéromateuse voire calcifiée.
- Son Accessibilité +++

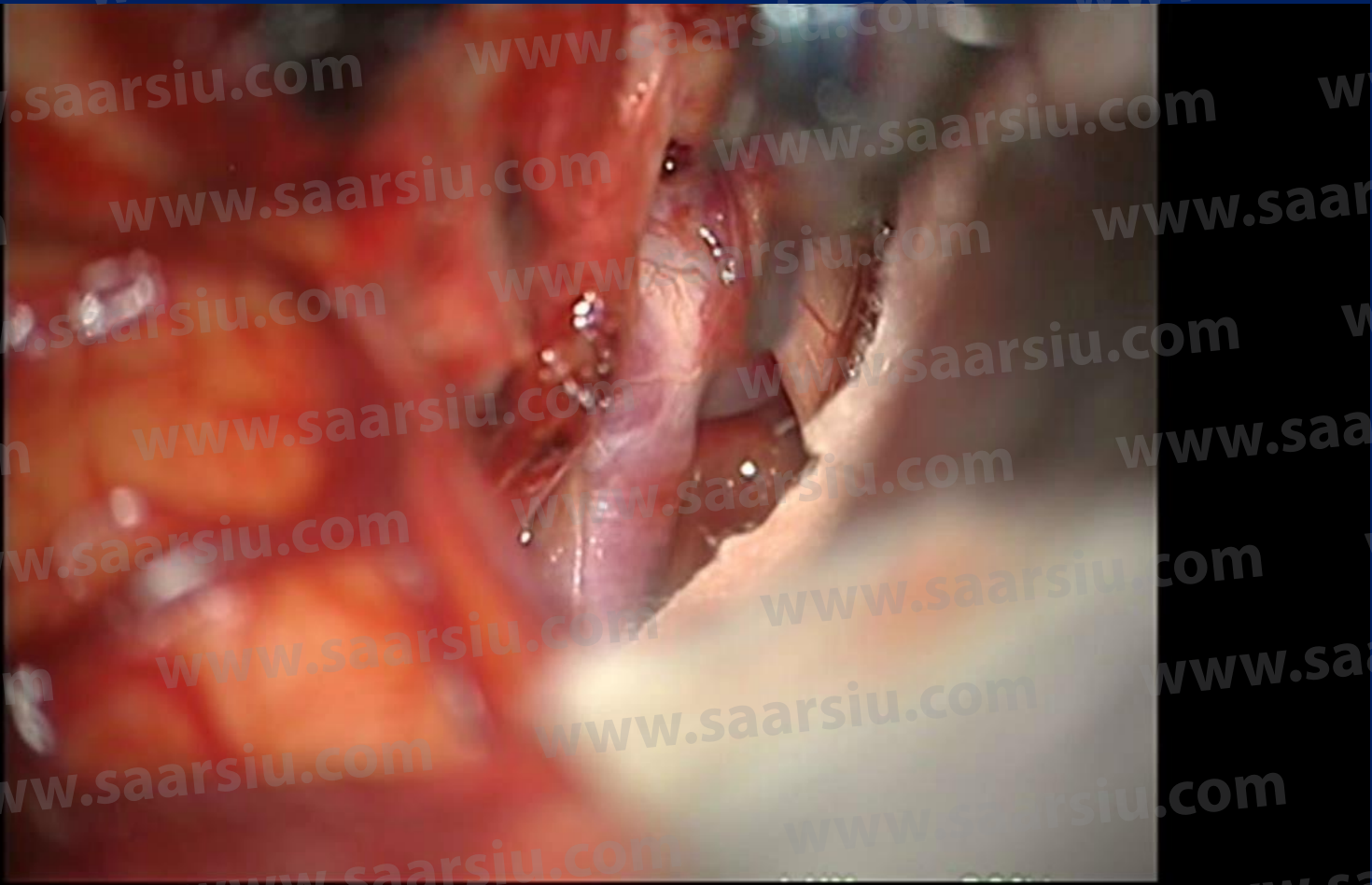












Les anévrismes Artériels

Étude multicentrique

sur une période de Dix années 1998 – 2008 :

- 205 patients.
- Moyenne d'âge est de 45 ans.
- Sexe : 1/1.
- Originaire d'Alger dans 50% des cas.

Les anévrysmes Rompus

Étude multicentrique

Score à la rupture : 174 cas

- WFNS :
 - Gde I : 52 cas.
 - Gde II : 40 cas.
 - Gde III : 82 cas.

Les anévrysmes Rompus

Étude multicentrique

Le siège :

- Sylvien : 22,5%.
- Bif carotidienne : 8%.
- CoAnt : 36%.
- CI supra clinoidienne/ CoPost : 16%.
- Péricalleux : 4,5%.
- Carotido-ophtalmique : 2,5%.
- Carotido-caverneux : 10%.
- Vèrtébro-basilaire : 8%.

Six patients présentaient des anévrysmes multiples.

Les anévrysmes

Etude multicentrique

- Sur les 205 anévrysmes pris en charge de 1998 à 2008, 101 ont été embolisés (50%).
- Les cas rompus (174 patients – 85%), 104 (60%) ont été opérés et 70 (40%) ont été embolisés. Ces patients ont été sélectionnés sur des critères cliniques (bon score WFNS) et sur critères anatomiques de l'anévrysme (siège, taille, forme).
- Les anévrysmes non rompus (31/205 – 15%).

Notre Série

- De 2005 à 2019 CHU de Bab el Oued, 325 patients.
- Rompus : 93%.
- WFNS : I/II = 65%, III/IV = 25%.
- Siège : CoA : 36%, Carotide : 29%, Sylvien : 27%, multiples dans 12 cas.
- Chirurgie : Clipping = 89,6% , no Clipping = 3,7%
By-pass E/I = 3,7%, Embolisation = 3%.
- Mortalité : 4,7%

C'est bien de maîtriser une technique chirurgicale, c'est mieux de la faire évoluer, mais le meilleur chirurgien c'est celui qui peut maîtriser plusieurs techniques et les adapter aux différentes formes pathologiques et aux différentes situations opératoires.

Dans la chirurgie vasculaire, je cite la microchirurgie vasculaire, l'approche de la base du crâne, l'approche extradurale du sinus caverneux, les méthodes de réparation vasculaire et surtout les méthodes de revascularisation en bas et en haut débit.