

L'IMAGE DU MOIS

Désinsertion proximale avec plicature d'une endoprothèse aortique

V. THIBAUT (1), V. THIELEN (1), Q. DÉSIRON (2)

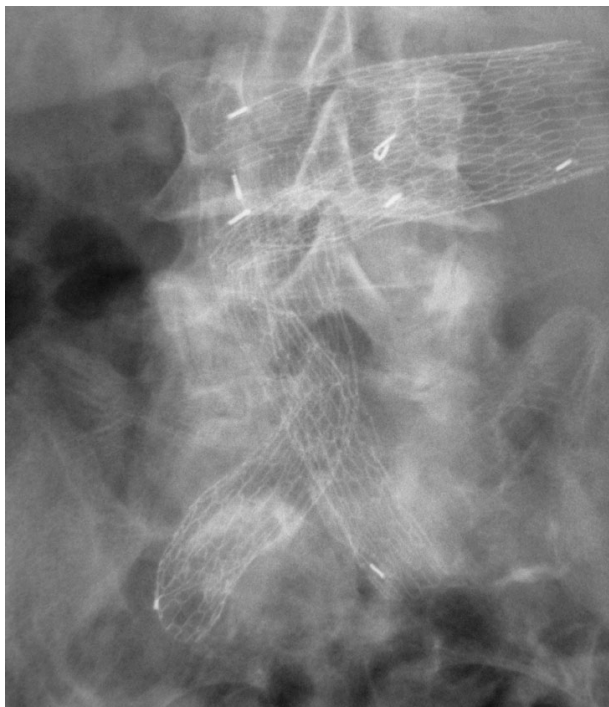


Fig.1. Abdomen sans préparation.

HISTOIRE CLINIQUE

Un homme de 75 ans se présente aux urgences pour douleurs abdominales persistantes depuis trois jours, sans autre symptomatologie associée hormis une claudication intermittente invalidante d'apparition récente. Il s'agit d'un patient obèse et polyvasculaire avec antécédents d'AVC et de cardiopathie ischémique. Ses facteurs de risques cardio-vasculaires comprennent un diabète de type 2 non insulinorequérant, une dyslipidémie et une hypertension artérielle traitées. En 1998, on lui découvre fortuitement un volumineux anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) sous rénale de 80 mm de diamètre. Celui-ci est traité par la mise en place d'une endoprothèse aortique bifurquée ("stent-graft") dans une clinique périphérique. En 2000, l'occlusion du jambage gauche de l'endoprothèse requiert la réalisation d'un pontage croisé fémoro-fémoral.

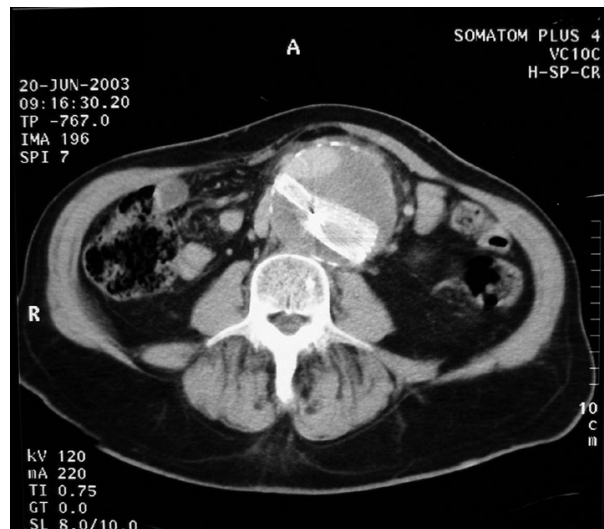


Fig.2. Tomodensitométrie abdominale

L'examen clinique du malade révèle une masse abdominale pulsatile et douloureuse ainsi que l'absence de pouls fémoraux. Un abdomen sans préparation et un scanner abdominal démontrent une désinsertion proximale complète avec plicature transversale de l'endoprothèse. En présence de cet AAA douloureux associé à une malperfusion des membres inférieurs, une intervention de mise à plat-greffe de l'AAA sous-rénal avec extraction de l'endoprothèse et mise en place d'une prothèse aorto-bi-iliaque en Dacron est réalisée dans la foulée.

COMMENTAIRES

La désinsertion proximale d'une endoprothèse aortique avec plicature est une complication exceptionnelle, mais néanmoins importante à connaître étant donné son risque vital. En effet, cette complication expose le malade non seulement à une rupture de l'AAA qui n'est plus exclu par l'endoprothèse, mais également à une occlusion aortique aiguë de mauvais pronostic.

La désinsertion proximale est la conséquence de la migration progressive de l'endoprothèse. La fréquence de migration est de 12 % en moyenne à 3 ans et le risque de migration à 5 ans est estimé à 25 % (1-3). Les causes responsables sont multiples : parmi celles-ci, on peut citer la mauvaise qualité du collet supérieur de l'AAA (4), la présence de calcifications importantes ou

(1) Etudiante 4ème doctorat
(2) Chef de Clinique Associé, Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire (Prof Limet)

d'un thrombus mural pouvant entraîner une faiblesse dans l'arrimage de l'endoprothèse à la paroi aortique. Une "endofuite" précoce ou tardive, c'est à dire une issue de sang entre la paroi aortique et la paroi de l'endoprothèse, peut d'ailleurs en résulter et être en soi source de migration secondaire. La brièveté du collet anévrisimal ainsi qu'un angle sévère ($>60^\circ$) entre celui-ci et le sac anévrisimal sont également des facteurs responsables de manque d'arrimage, soit par réduction de la surface de contact, soit par traction excessive de l'endoprothèse (5). De plus, l'élargissement "réactionnel" du collet supérieur, phénomène survenant dans 20 % des cas dans les 2 ans suivant l'implantation de l'endoprothèse, peut être également responsable d'une migration tardive (6,7).

Le type d'endoprothèse utilisée peut également influencer à terme une éventuelle migration. Les endoprothèses sans fixation suprarénale et sans barbillons -comme celle utilisée dans notre observation- sont sans doute et assez logiquement plus "à risque" de migration secondaire (8). Par ailleurs, lors de traitements endovasculaires, les meilleurs résultats cliniques sont obtenus lorsque le diamètre de l'endoprothèse dépasse de 10 à 20 % celui de l'anévrisme; des mensurations inférieures ou supérieures à ces chiffres seront associées à un risque accru de complications secondaires (9). Enfin, la migration proximale progressive du corps prothétique entraîne volontiers, par télescopage, une plicature à la base des jambages qui peut être l'origine par la suite d'une thrombose, situation présentée par notre malade deux ans après la pose de l'endoprothèse.

Avec les endofuites, la migration constitue la majeure partie des complications liées au traitement par voie endovasculaire. Afin de limiter ces complications, il importe de rappeler la nécessité de respecter scrupuleusement des critères d'inclusion notamment anatomiques et topographiques des patients candidats à ce type de traitement. Ceux-ci, une fois sélectionnés, devront également être soumis à un suivi régulier par tomodensitométrie abdominale. En Belgique, c'est d'ailleurs le respect strict de ces conditions qui permet aux malades de bénéficier du remboursement I.N.A.M.I. de ce matériel prothétique (10).

BIBLIOGRAPHIE

1. Zarins C, Bloch D, Crabtree T, et al.— Stent graft migration after endovascular aneurysm repair: importance of proximal fixation. *J Vasc Surg*, 2003, **38**, 1264-1272.
2. Tutein Nolthenius R, van Herwaarden J, van den Berg J, et al.— Three year single center experience with the aneurysm aortic stent graft. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2001, **22**, 257-264.
3. Cao P.— Incidence and causes of endograft migration after EVAR : How important is neck dilatation? (abstract). Vascular and Endovascular issues, *Techniques and Horizons Symposium*, 2003, **12**, 6, 1-3.
4. Ebaugh J L, Eskandari M.K., Finkelstein A, et al.— Caudal migration of endoprotheses after treatment of abdominal aortic aneurysms. *J Surg Res*, 2002, **107**, 14-17.
5. Albertini J-N, Kallias S, Travis S, et al.— Anatomical risk factors for proximal perigraft endoleak and graft migration following endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc and Endovasc surg*, 2000, **19**, 308-312.
6. Dillavou E, Makaroun M.— Does the type of graft influence aortic neck enlargement after EVAR: Comparison of four grafts (abstract). Vascular and Endovascular issues, *Techniques and Horizons Symposium*, 2003, **7**, 2, 1-2.
7. Kaufman JA, Geller SC, Brewster DC, et al.— Endovascular repair of abdominal aneurysms:current status and future directions. *Am J Roentgenol* 2000, **175**, 289-302.
8. Money S — Which endograft is the best and why (abstract). Vascular and Endovascular issues, *Techniques and Horizons Symposium*, 2003, **7**, 3, 1-2.
9. Sternbergh III C.— Influence of endograft oversizing on device migration, endoleak, aneurysm shrinkage and aortic neck dilatation: how much oversizing is right ? (abstract). Vascular and Endovascular issues, *Techniques and Horizons Symposium*, 2003, **10**, 9, 1-2.
10. Galloo P.— Introduction of stent grafts in the management of patients with a abdominal or thoracic aortic aneurysm: why, perspectives, results. *Acta Chir Belg*, 2004, **104**, 8-10.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr Q.Désiron, Service de Chirurgie Cardiaque, CHU Sart Tilman, 4000 Liège