Prise en charge chirurgicale de l'aortite à cellules géantes de l'aorte thoracique : résultats périopératoires et importance du suivi tardif chez 89 patients consécutifs

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

R. Abdelli[1], P. Chassé[1], W. Santoire, E. Dumont[1], J. Porterie, F. Dagenais[1], C. Laurin[1]
[1]Département de chirurgie cardiaque, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Québec, Québec, Canada.

SSVQ Société des sciences vasculaires du Québec

CONTEXTE

- La prévalence de l'aortite à cellules géantes (ACG) augmente avec le vieillissement de la population.
- Tous les segments aortiques peuvent être atteints.
- Les données sur la présentation clinique spécifique, les résultats périopératoires et le suivi des cas d'ACG de l'aorte thoracique sont limitées.

OBJECTIF

Description de la prise en charge chirurgicale et des issues périopératoires et à long terme de cas d'ACG de l'aorte thoracique.

MÉTHODES

Collecte de données prospective à la Clinique de l'aorte

↓

Sélection de 89 patients consécutifs entre septembre 2004 et avril 2023

↓

Description de la prise en charge chirurgicale et des issues cliniques

RÉSULTATS

64 % sont des **femmes**.

89 patients consécutifs avec un âge moyen de **69.0±9.4 ans**.

95.5 % sont des cas électifs.

L'**aorte ascendante** était atteinte chez **tous les patients.**

12.2 % des patients ont reçu une **thérapie immunosuppressive préopératoire**.

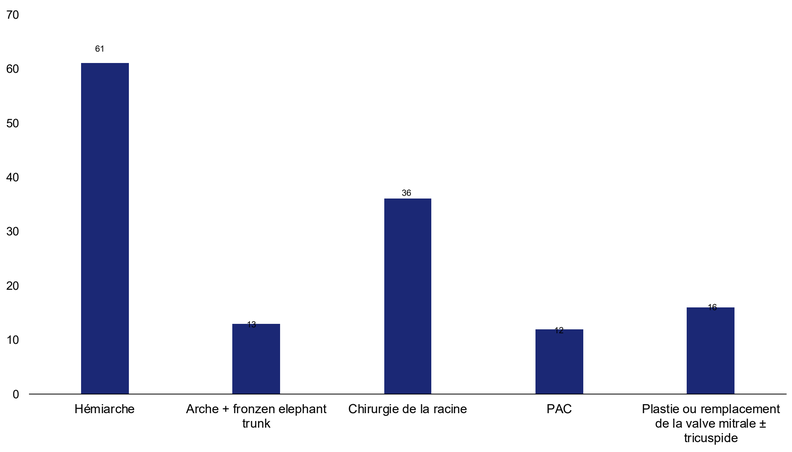
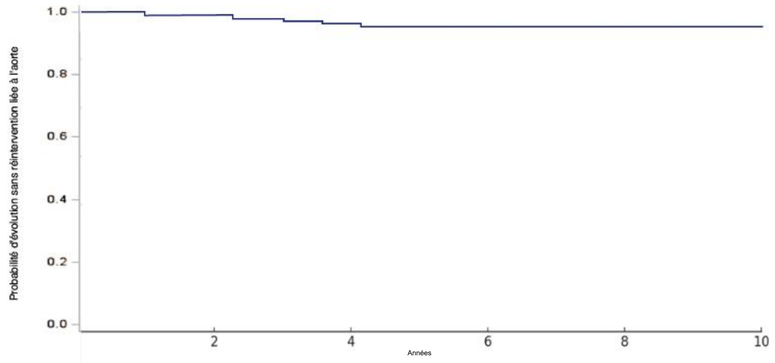


Figure 1. Procédures chirurgicales.



1a : 98.9 II 3a : 96.6 II 5a :94.4 II 7a : 94.4 II 10a : 91.8

Figure 3. Évolution sans réintervention liée à l'aorte

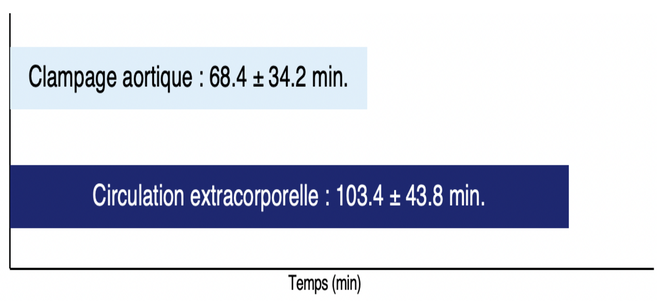
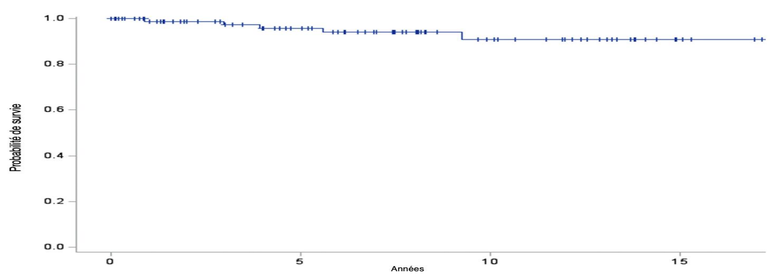


Figure 2. Clampage et circulation extracorporelle.



1a : 98.8 II 3a : 92.3 II 5a :90.0 II 7a : 81.6 II 10a : 76.9

Figure 4. Survie liée à l'aorte.

Table 1. Évolution périopératoire.

Réopération pour saignement	6 (6.7%)
Délirium	13 (14.6%)
AVC	2 (2.2%)
Incident ischémique transitoire	1 (1.1%)
Convulsions	5 (5.6%)
Fibrilation auriculaire	49 (55.1%)
Bas débit	3 (3.4%)
Infection pulmonaire	10 (11.2%)
Atteinte rénale	10 (11.2%)
Intubation prolongée (> 48h)	2 (2.2%)
Transfusion	65 (73.0%)

Table 2. Causes du décès.

Décès	19 (21.3%)
Rupture aortique	5 (26.3%)
Insuffisance cardiaque	2 (10.5%)
Cause neurologique	3 (15.8%)
Cancer	2 (10.5%)
Myocardite	1 (5.4%)
Cause pulmonaire	1 (5.4%)
Hémorragie	1 (5.4%)
Endocardite	1 (5.4%)
Inconnue	3 (15.5)

La **durée moyenne d'hospitalisation** était de **9.4 ± 6.0 jours**.

Il n'y a eu **aucun décès intrahospitalier**.

DISCUSSION

- Les cas d'ACG peuvent nécessiter des procédures complexes au niveau de l'arche.
- D'excellents résultats périopératoires peuvent être attendus chez cette population sans atteinte athérosclérotique.
- La maladie pouvant progresser tardivement, un suivi médical et radiologique à vie s'impose.

PERSPECTIVES FUTURES

- Ajout d'une immunothérapie adjuvante : quand et chez qui ?
- Élaboration d'un protocole de suivi guidé par TEP pour la prise en charge de l'ACG.

Discutons-en !

Références