

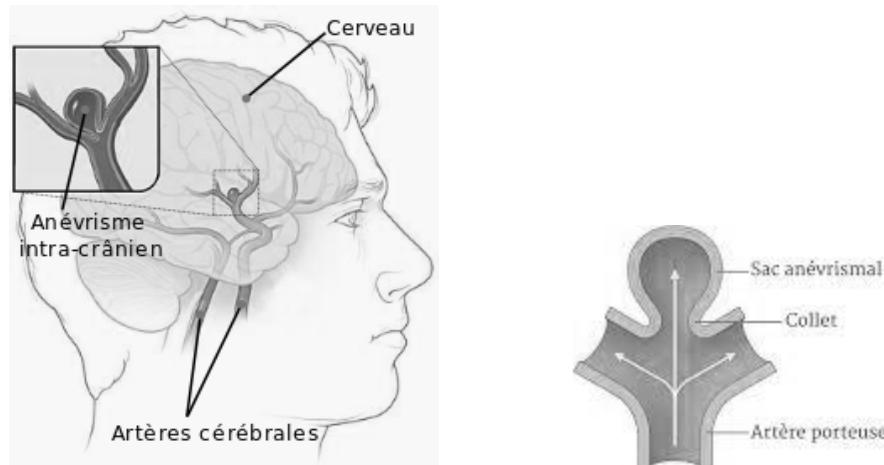
Anévrismes cérébraux

Madame, Monsieur,

Vous allez être opéré d'un anévrisme cérébral. Ces informations restent très générales, et servent de complément aux informations particulières et personnelles vous concernant, que seul le neurochirurgien qui vous prend en charge est à même de vous donner.

Qu'est-ce qu'un anévrisme cérébral ?

Un anévrisme correspond à une dilatation focale d'une artère cérébrale. Il se forme à partir d'une zone de-faiblesse de la paroi artérielle, sous l'effet de la pression exercée par le flux sanguin. Il est constitué d'une poche, appelée **sac anévrismal**, dans laquelle circule le sang artériel sous pression, et d'un **collet**, correspondant à la zone de jonction entre l'artère et le sac. Avec le temps, sa taille et sa forme peuvent évoluer.



On estime que entre 1% et 2% de la population française est porteuse d'un anévrisme cérébral. Leur évolution à long terme est aggravée par le tabagisme, un taux élevé de cholestérol, et l'hypertension artérielle

Le plus souvent, l'anévrisme ne provoque aucun symptôme. Il arrive souvent qu'un patient subisse un examen (scanner/IRM) pour une tout autre raison et que l'on découvre par hasard un anévrisme qui était inconnu jusqu'alors. Ces anévrismes sont dits de **découverte fortuite**.

L'hémorragie cérébrale constitue le risque évolutif majeur des anévrismes : sous l'effet des à-coups de pression sanguine artérielle générés par les battements cardiaques, la fine et fragile paroi du sac de l'anévrisme se rompt, ce qui entraîne une hémorragie cérébrale. Les conséquences d'une hémorragie cérébrale sont potentiellement extrêmement sévères, avec 1/3 de décès et 1/3 de séquelles neurologiques lourdes (troubles intellectuels, troubles du langage, paralysies pouvant confiner à la dépendance). Seul 1/3 environ des patients qui présentent une rupture d'anévrisme évoluera favorablement, sans séquelle. Ces chiffres démontrent la **gravité statistique des ruptures**

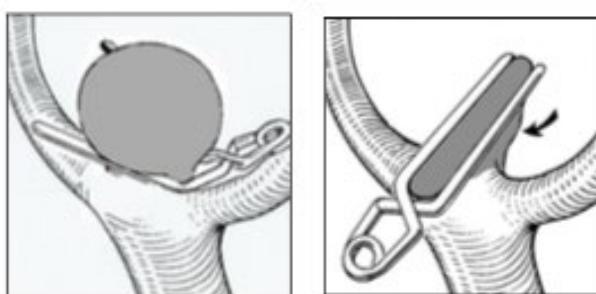
d'anévrismes cérébraux, ainsi que l'intérêt de les traiter de façon préventive, c'est à dire avant la rupture.

Quel est le traitement ?

Lorsqu'on est porteur d'un ou de plusieurs anévrismes, certains facteurs augmentent clairement le risque de complication hémorragique spontanée : le tabagisme, l'hypertension artérielle (HTA) et l'hypercholestérolémie (excès de cholestérol dans le sang). De même, ces trois facteurs augmentent à long terme le risque de récidive d'anévrisme. **Il est donc important et efficace d'éviter le tabac et de traiter correctement une HTA et un taux élevé de cholestérol.** L'anévrisme est une maladie de la paroi des artères, et tout ce qui est mauvais pour les artères est mauvais pour l'anévrisme.

Il existe 2 techniques pour traiter les anévrismes : **l'embolisation et la chirurgie.** Pour chaque cas particulier, le choix de la technique la plus appropriée dépend de la localisation, de la taille et de la morphologie (forme) de l'anévrisme. Ce choix est validé en réunion de concertation réunissant les équipes de neurologie, de radiologie interventionnelle et de neurochirurgie. Dans votre cas, c'est la chirurgie qui vous est proposée.

Il s'agit d'une opération sous anesthésie générale. Elle dure environ 2 à 3 heures. Le chirurgien doit exposer l'artère porteuse de l'anévrisme et l'anévrisme lui-même, pour placer sur le collet un ou plusieurs « clips », de façon à fermer complètement la communication entre l'anévrisme et la circulation sanguine normale. Ainsi, en fin d'intervention l'anévrisme est isolé du reste de la circulation artérielle, et le risque de rupture est donc supprimé. Les clips sont des petites pinces métalliques que l'on laisse définitivement en place, sans aucune conséquence néfaste. Ils sont non-ferromagnétiques et sont donc compatibles avec l'IRM, les portiques de sécurité des aéroports et les systèmes antivol des magasins.



On vous laisse ensuite vous réveiller doucement en service de réanimation, puis lorsque l'anesthésiste-réanimateur estime que vous êtes en sécurité, il vous fait regagner votre chambre, généralement 24 heures plus tard. Le lever est en général autorisé 24 ou 48 heures après l'intervention. La sortie du service pour le domicile est généralement possible à partir du 5^{ème} jour. L'arrêt de travail est en général de 2 mois.

Avant la sortie de l'hôpital, une artériographie de contrôle est réalisée afin de bien vérifier que votre anévrysme a complètement disparu.

Quels sont les risques ?

- **L'infection du site opératoire**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie et des antibiotiques pendant plusieurs semaines.
- **L'hématome postopératoire**, pouvant nécessiter une nouvelle chirurgie.
- **L'occlusion d'une artère**. Ceci peut arriver si pour une raison ou une autre (anévrysme volumineux, difficulté de dissection du collet, rupture de l'anévrysme pendant la chirurgie) le neurochirurgien ne peut pas parfaitement contrôler la mise en place du sur le collet de l'anévrysme. Cela peut rester sans aucune conséquence s'il s'agit d'une petite artère dans une zone du cerveau peu fonctionnelle mais cela peut aussi entraîner un véritable infarctus cérébral (privation d'oxygène dans un territoire irrigué par l'artère en question). Selon son importance, cet infarctus cérébral peut laisser des séquelles plus ou moins graves (paralysies, troubles du langage), voire exceptionnellement être mortel. Pendant votre opération, le neurochirurgien va utiliser un microscope opératoire spécial, permettant de réaliser une **vidéo-angiographie** après la mise en place du clip. Après perfusion d'un colorant, les artères cérébrales circulantes apparaîtront alors fluorescentes, permettant de s'assurer que le clip est bien positionné et qu'il ne compromet pas la circulation cérébrale normale. Cette technologie réduit significativement le risque d'infarctus.
- **Une crise d'épilepsie**, qui évolue très rarement vers une épilepsie définitive
- Les risques propres à **l'anesthésie générale**, au positionnement sur la table d'opération, la phlébite ou l'embolie pulmonaire.