

Société de Chirurgie Vasculaire et
Endovasculaire de Langue Française

Nom :

Dr Paul Dieleman

Prénom :

Centre Hospitalier Emile Roux
Chirurgie vasculaire

Nature de l'intervention :

Toutes les artères des membres inférieurs peuvent être obstruées par une sténose ou une thrombose athéromateuse constituant ainsi l'artériopathie chronique oblitérante ou « artérite ». Cette maladie se traduit par des douleurs à la marche de la jambe intéressée et peut aller jusqu'à la gangrène des orteils, avec menace d'amputation. Elle est dangereuse car elle peut se compliquer d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral pouvant survenir n'importe quand, et notamment au décours d'une intervention chirurgicale.

De multiples traitements chirurgicaux sont disponibles, dépendant de la sévérité de la maladie et des autres problèmes de santé du patient, qu'on appelle aussi «comorbidités».

En général, les traitements endovasculaires (dilatations, recanalisations, stents) sont réalisés en première intention. Mais lorsque les lésions sont trop complexes, on peut recourir à une chirurgie directe et localisée de l'obstruction artérielle. C'est le cas notamment du trépied artériel fémoral, qui peut être traité par endartériectomie.

I – MODALITES

L'endartériectomie du trépied fémoral (ou ilio-fémorale) :

Avant l'opération, la consultation avec le médecin-anesthésiste permet de discuter la nécessité de certaines explorations cardiaques et respiratoires afin de réaliser la chirurgie dans les meilleures conditions de sécurité.

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (de la partie inférieure du corps). Le principe de base est d'ouvrir et de « nettoyer », en enlevant le bouchon athéromateux de l'artère fémorale commune et de ses branches principales au pli de l'aîne. L'artère est ensuite refermée soit par une suture directe, soit par une pièce d'élargissement (patch), soit remplacée par une veine ou une prothèse (pontage). Un geste de dilatation des artères voisines d'amont (artère iliaque) ou d'aval (axe fémoro-poplité) peut y être facilement associé.

Pour la période postopératoire, un séjour en Service de Réanimation ou Unité de Soins Continus est rarement nécessaire, selon l'état des comorbidités, mais il s'agit d'une chirurgie superficielle et localisée, en général bien supportée.

II – QUELLES SONT LES INCIDENTS ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

L'hémorragie et les hématomes sont les complications prévisibles les plus fréquentes.

- L'hémorragie peut survenir pendant l'opération mais peut également survenir pendant les 48 premières heures et rendre indispensable une transfusion et/ou une réintervention pour arrêter la cause du saignement.
- Les hématomes, favorisés par la chirurgie et les indispensables traitements anticoagulants ou/et antiagrégants, doivent être évacués s'ils sont importants.
- L'ischémie aiguë du membre (privation soudaine de sang) est la conséquence de l'obstruction de l'artère opérée ou de la mobilisation de caillots intra-artériels. Elle peut être grave avec un risque d'amputation. Elle peut être due à un problème technique au site opératoire et nécessiter alors une nouvelle intervention.

- Les traumatismes nerveux peropératoires sont fréquents, en général sans conséquence si ce n'est des troubles de la sensibilité au voisinage de la cicatrice, à la face interne de la cuisse et du genou, qui disparaissent le plus souvent en quelques semaines. Une paralysie crurale peut apparaître au réveil (impossibilité de lever le genou en position couchée) et nécessite alors souvent une nouvelle opération pour décompresser le nerf (fils de suture trop serrés)
- Les complications lymphatiques (voussure de la cicatrice, épanchements ou écoulements de lymphes), sont fréquents au pli de l'aîne, favorisée par le diabète et l'obésité, et peuvent faire le lit d'une infection. Ils nécessitent une surveillance régulière et des soins infirmiers prolongés.
- Les autres complications habituellement prévisibles sont liées aux comorbidités, qui peuvent être graves. A distance, les résultats sont bons et stables. Ils dépendent surtout de l'évolution des lésions des artères voisines.

III – SURVEILLANCE ET EVOLUTION

Tout sujet opéré d'une artère doit bénéficier d'une **surveillance très régulière** auprès de son cardiologue et de son angiologue afin de détecter tout problème de fonctionnement. Une surveillance clinique et écho doppler est proposée à un rythme régulier.

CONCLUSION

Ces explications ne peuvent pas être exhaustives et votre médecin-traitant ainsi que votre angiologue ou votre cardiologue sont largement informés des propositions thérapeutiques et du déroulement de l'intervention qui vous est proposée. Le chirurgien et le médecin-anesthésiste restent à votre entière disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire sur tel ou tel point particulier que vous auriez insuffisamment compris et que vous souhaitez faire préciser.

NB : TOUT ACTE CHIRURGICAL comportant un abord cutané, une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique sont impératives, la majorité des infections post-opératoires étant dues à des germes présents dans l'organisme (peau, dents, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire,...), c'est la raison pour laquelle cette préparation est impérative.

D'autre part, vous devez signaler au chirurgien et à l'anesthésiste les médicaments que vous prenez et notamment les traitements anticoagulants et/ou antiagrégants plaquettaires.

Document remis le :

Date et signature :