

Angioplastie (Dilatation) des artères destinées aux membres inférieurs

Nom :

Dr Paul Dieleman

Prénom :

Centre Hospitalier Emile Roux
Chirurgie vasculaire

Nature de l'intervention :

Des examens spécialisés ont montré une lésion importante (sténose ou oblitération) d'une ou plusieurs de vos artères qui nécessitent un geste de revascularisation.

Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé du **déroutement** et des **suites normalement prévisibles** de l'intervention mais aussi des **risques encourus** et notamment des **principales complications** comparativement à l'évolution spontanée de votre pathologie.

Les chichés radiologiques, et si nécessaire des schémas vous ont montré les régions anatomiques atteintes, et les grandes lignes du traitement prévu.

Le chirurgien et le médecin anesthésiste vous expliqueront lors de la consultation tous ces éléments, cette fiche étant destinée à vous préparer à l'intervention et à susciter éventuellement des demandes de **précisions supplémentaires**.

I – A QUOI SERVENT LES ARTERES DESTINEES AUX MEMBRES

Les artères servent à véhiculer le sang depuis le cœur vers les organes et les membres. L'aorte se divise dans l'abdomen en deux artères iliaques destinées aux deux membres inférieurs. Ces artères iliaques se continuent par les artères fémorales dans la cuisse, par l'artère poplitée derrière le genou, puis par les 3 artères principales de la jambe en direction de la cheville et du pied.

Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se sténose (rétrécit) progressivement, un réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation normale du membre. Au cours d'un effort, les besoins musculaires augmentent et nécessitent un apport sanguin supplémentaire qui ne peut être fourni lorsque l'artère est rétrécie ou oblitérée. Selon la localisation du rétrécissement, les signes porteront sur différentes parties du corps. Votre chirurgien vous expliquera les relations entre les lésions et les symptômes.

II – QUELLE LESION EST A L'ORIGINE DU RETRECISSEMENT DES ARTERES

La **maladie athéromateuse** est à l'origine de la majorité des lésions artérielles. La plaque athéromateuse consiste en une accumulation dans la paroi de l'artère de lipides, (graisses), de glucides (sucres), de tissus fibreux et de dépôts calcaires. Cette plaque peut se compliquer en se fracturant à l'intérieur de l'artère ce qui peut entraîner soit une embolie, soit une thrombose de l'artère. Ces plaques athéromateuses se développent préférentiellement au niveau des bifurcations en raison des turbulences du flux sanguin. La maladie athéromateuse est favorisée par les facteurs de risque cardio-vasculaire (tabac, hypertension artérielle, anomalie lipidiques (cholestérol), diabète), et expose à un risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral pouvant survenir n'importe quand, et notamment au décours d'une intervention chirurgicale.

III – COMMENT SE TRADUIT UNE LESION ARTERIELLE?

La sténose peut être **asymptomatique** et découverte au cours d'un **examen médical systématique** par votre médecin généraliste ou par un médecin spécialiste (angiologue, cardiologue), par exemple par une absence de pouls.

Les manifestations cliniques (artérite) sont liées au degré de rétrécissement de l'artère et sont classées en plusieurs stades de gravité croissante :

- **Douleurs à l'effort** : Douleur à type de crampe, ou de sensation de fatigue de certains groupes musculaires, déclenchée par l'exercice physique et disparaissant au repos.
- **Douleurs permanentes**, au repos, avec refroidissement des extrémités
- **Troubles trophiques** (nécrose ou ulcère) au niveau des extrémités (cheville, pied, orteils)
- **Ischémie aiguë** par oblitération brutale d'un axe artériel

IV – EXISTE T-IL UNE ALTERNATIVE A CE TRAITEMENT ?

Dans tous les cas, avant d'envisager l'intervention chirurgicale, un bilan complet a été réalisé, recherchant **d'autres atteintes de la maladie athéromateuse** et appréciant l'état des **principales fonctions vitales** (cœur, rein, cerveau, poumons).

Le **traitement médical** est systématique, débuté et poursuivi, soit isolément, soit en association avec l'intervention chirurgicale. Il comprend :

- **La lutte contre les facteurs de risque vasculaire** (marche régulière, arrêt du tabac, régime alimentaire, ...)
- **La prise de médicaments** pour contrôler les chiffres tensionnels, le cholestérol (statines), et un éventuel diabète.
- **La mise sous traitement anti-plaquettaire** (Aspirine et/ou Clopidogrel).

V – QUELLES SONT LES MODALITES GENERALES DES ANGIOPLASTIES ARTERIELLES ?

L'intervention est pratiquée dans une ambiance chirurgicale, sous anesthésie locale ou générale. Elle consiste à ponctionner une artère, le plus souvent l'artère fémorale au pli de l'aîne, pour introduire un cathéter qui va permettre de repérer la sténose par injection de produit de contraste iodé. Un autre cathéter, muni à son extrémité d'un **ballon gonflable**, est ensuite positionné sous contrôle radiologique au niveau de la sténose, puis gonflé grâce à une seringue équipée d'un manomètre. Dans le cas où le contrôle radiologique n'est pas immédiatement satisfaisant, le chirurgien met en place par le même procédé un **ressort métallique** (stent) afin de maintenir l'artère « ouverte ». Après avoir retiré le cathéter, l'artère est comprimée manuellement ou par un système de fermeture, mis en place dans l'artère pour permettre un lever plus précoce. Un **pansement compressif** peut être maintenu jusqu'au lendemain. Le décubitus strict (rester couché) doit être respecté pendant les premières heures, pour permettre la « cicatrisation » du point de ponction artérielle. La durée de l'hospitalisation varie de 1 (ambulatoire) à 3 jours. Les soins post-opératoires sont limités aux pansements et à la prise d'anti-plaquettaires et autres médicaments, au long cours. A la sortie, le médecin vous conseille un **repos** de 48h et le plus souvent un traitement comportant 2 antiagrégants plaquettaires pour plusieurs semaines. Vous serez revu en consultation par votre chirurgien un à trois mois après votre sortie du service et très régulièrement par votre angiologue et/ou votre cardiologue avec un écho-doppler de contrôle.

VI – QUELS SONT LES ACCIDENTS ET COMPLICATIONS POSSIBLES AU COURS DE CETTE INTERVENTION ?

En dépit de tout le soin apporté, des incidents ou accidents peuvent survenir. Il peut s'agir :

- **Echec** par impossibilité de franchir la sténose (ou oblitération) avec le cathéter. Ce cas, de plus en plus rare, avec l'amélioration du matériel, doit être envisagé avec votre chirurgien avant l'intervention. Il est alors nécessaire de recourir à un pontage soit au cours de la même intervention, soit de manière différée, éventuellement après une nouvelle tentative ;
- **Hémorragie par rupture de l'artère**, exceptionnelle. Elle peut-être stoppée grâce à la mise en place d'une endo-prothèse (stent couvert) ou nécessiter une intervention chirurgicale (pontage). Dans ce cas, le recours à une transfusion peut s'avérer indispensable ;
- **Thrombose** : L'artère dilatée peut se « boucher » (thrombose) à la suite d'un mécanisme de dissection (délaminage) de la paroi artérielle. Ce phénomène peut, le plus souvent, être évité par la mise en place d'un stent ;

- **Embolies** : La dilatation provoque une « fracture » de la plaque athéromateuse qui peut-être responsable de la migration de petits fragments dans les artères du membre inférieur. Habituellement, ces embolies sont minimales et ne demandent pas de traitement spécifique. S'il s'agit d'une embolie importante, le chirurgien peut-être amené à réaliser en urgence une désobstruction de l'artère en cause.

VII – QUELS SONT LES RISQUES ET INCIDENTS AU DECOURS DE L'INTERVENTION ?

- **Hématome** au niveau du point de ponction artérielle (pli du coude ou pli de l'aîne), favorisé par l'utilisation de traitement anticoagulant et antiagrégant. En cas d'hématome important et évolutif, le chirurgien peut-être amené à proposer une intervention chirurgicale ;
- **Insuffisance rénale et manifestations allergiques** (urticairre, œdème, choc cardio-vasculaire) sont exceptionnelles (1 à 3/1000). Ces complications, en rapport avec l'utilisation des produits de contraste iodés, sont le plus souvent bénignes et transitoires. **Tout antécédent de réaction allergique doit être signalé au cours de la consultation pré-opératoire ;**
- **Re-sténose** : L'artère se rétrécit à nouveau sur le site de la dilatation. Cette re-sténose survient en règle générale au cours de la première année et correspond à une exagération du processus de cicatrisation de l'artère. Sa fréquence est variable selon la localisation artérielle, mais elle dépend beaucoup de la suppression des facteurs de risque (tabac).

Ce geste est effectué sous contrôle radiologique, mais les doses délivrées de rayons sont très faibles, sont calculées et tracées, et n'ont pas été source de complications décrites pour ce type de procédure.

VIII – SURVEILLANCE

Comme pour toutes les manifestations de la maladie athéromateuse, une surveillance clinique et par écho-doppler doit être effectuée de manière régulière. La fréquence des contrôles est fixée lors de chaque consultation spécialisée.

CONCLUSION

Ces explications ne peuvent être exhaustives et votre médecin traitant a également été informé des propositions thérapeutiques qui vous ont été faites. 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, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire, ...).

Toute infection bactérienne survenant en n'importe quel point de l'organisme même distant du geste chirurgical, peut entraîner une greffe bactérienne sur la prothèse vasculaire (stent, pontage).

Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique nécessitant l'utilisation d'appareil de radiologie expose le patient et le personnel soignant aux rayons X, ce qui impose des règles de protection spécifiques.

Document remis le :

Date et signature :