

CHIRURGIE VASCULAIRE

CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE

CLINIQUE DU VAL D'OUEST

Docteur Jean Robert BRUDON

Chirurgien des hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

69 1 70319 3

Docteur Caroline HAASE RUBY

*Ancienne Assistante des Hôpitaux de
Saint Etienne*

Chef de Clinique à la Faculté

69 103212

Docteur David de RAVIGNAN

Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon

Chef de Clinique à la Faculté

69 1 70532 1

INFORMATION PREOPÉRATOIRE ANGIOPLASTIE ILIAQUE

Madame, Monsieur,

Les examens ont montré un rétrécissement important de votre artère iliaque qui nécessite une intervention chirurgicale. Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention. Le chirurgien et le médecin anesthésiste vous rencontreront en consultation préopératoire et vous expliqueront le déroulement de cette intervention. Cette fiche vous aidera à vous préparer à l'intervention.

A QUOI SERT L'ARTERE ILIAQUE ?

L'artère iliaque est l'artère nourricière principale du membre inférieur. Elle se situe profondément, au niveau de l'abdomen, sous l'ombilic, juste devant les os du bassin. Elle se prolonge par l'artère fémorale au niveau du pli de l'aîne.

Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se sténose (rétrécit), progressivement le réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation normale du membre. Au cours d'un effort (marche, course), les besoins musculaires augmentent et nécessitent un apport sanguin supplémentaire qui ne peut être fourni lorsque l'artère est rétrécie.

QUELLE LESION EST A L'ORIGINE DU RETRECISSEMENT DE L'ARTERE ILIAQUE ?

La maladie athéromateuse est à l'origine de l'immense 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, anomalies lipidiques (cholestérol), diabète.

COMMENT SE TRADUIT UNE STENOSE ILIAQUE ?

La sténose iliaque peut être asymptomatique et découverte au cours d'un examen médical par votre médecin généraliste ou par un médecin spécialiste (angiologue, cardiologue).

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

- **Douleurs d'efforts** : douleur à type de crampe ou de sensation de fatigue de certains groupes musculaires (fesse, cuisse, mollet), déclenchée par l'exercice physique et disparaissant au repos. Cette douleur survient à la marche, jamais au repos ou à la station debout. Il peut également s'agir de sensation de serrement, de torsion, de brûlures ou un simple engourdissement du membre. La distance parcourue avant la survenue de la douleur (périmètre de marche) peut varier de moins de quelques mètres à plus de 500 mètres et constitue un bon indice de sévérité de la maladie.

- **Douleurs de repos** : Il s'agit de douleurs nocturnes intenses, souvent intolérables, siégeant au niveau des extrémités (orteils, pieds) qui sont froides. Ces douleurs obligent le patient à laisser pendre la jambe hors du lit et cèdent alors très progressivement. Elles traduisent un degré plus avancé de la maladie et imposent un avis médical urgent avant la survenue d'ulcères ou de gangrène.

Dans de rares cas, la sténose iliaque peut être diagnostiquée au cours du bilan de troubles sexuels (difficultés d'érection).

EXISTE –T-IL UNE ALTERNATIVE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

Dans tous les cas avant d'envisager une intervention chirurgicale, il est impératif de consulter votre médecin qui vous guidera vers un médecin spécialiste (angiologue, cardiologue, chirurgien vasculaire) pour la réalisation d'un examen écho-doppler. La prescription d'un traitement médical anti-agrégant plaquettaire est la règle. Cette classe thérapeutique a prouvé son efficacité : les médicaments de référence sont l'aspirine et la ticlopidine (ticlid, plavix). La lutte contre les facteurs de risque vasculaire par des mesures hygiéno-diététiques (marche régulière, arrêt du tabac, régime alimentaire) et médicamenteuses (vasodilatateurs) permet d'espérer la stabilisation des lésions.

QUELLES SONT LES MODALITES DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

L'intervention est pratiquée, au bloc opératoire, sous anesthésie locale associée à une sédation par voie générale (perfusion).

Elle consiste à ponctionner l'artère fémorale (au pli de l'aîne) pour introduire un cathéter muni à son extrémité d'un ballon gonflable. Le ballon est positionné sous contrôle radiologique au niveau de la sténose, puis gonflé grâce à une seringue équipée d'un manomètre. Dans les 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, un pansement compressif est maintenu jusqu'au lendemain. La durée de l'hospitalisation varie de 2 à 3 jours. Les soins postopératoires sont limités aux pansements et aux injections sous-cutanées d'anticoagulant. A la sortie, le médecin vous prescrira un repos de 48 h et un traitement anti-agrégant plaquettaire. Vous serez revu en consultation par votre chirurgien un mois après votre sortie du service, puis au 3^{ème} et 6^{ème} mois par votre médecin spécialiste pour un écho-doppler de contrôle.

QUELS SONT LES INCIDENTS ET ACCIDENTS POSSIBLES AU COURS DE L'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 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.

Hémorragie par rupture de l'artère, exceptionnelle. Elle peut être stoppé grâce à la mise en place d'une endoprothèse ou nécessiter une intervention chirurgicale (pontage).

Dans ces cas, le recours à une transfusion peut s'avérer indispensable avec un risque de transmission virale (hépatites, HIV).

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 minimes 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.

QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR APRES L'INTERVENTION ?

Hématome au niveau du point de ponction artérielle (pli de l'aîne), favorisé par l'utilisation de traitements anti-coagulants. En cas d'hématome important et évolutif, le chirurgien peut-être amené à proposer une intervention chirurgicale.

Insuffisance rénale et manifestations allergiques (urticair, œdème, choc cardio-vasculaire) sont exceptionnelles (1-3 / 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 préopératoire.**

Resténose : l'artère se rétrécit à nouveau sur le site de la dilatation. Cette resténose 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 actuellement estimée à 10-15 %. Le succès à long terme (5 ans) de l'angioplastie iliaque est d'environ 85 % et dépend beaucoup de la suppression des facteurs de risque (tabac)

Au cours d'un entretien avec le chirurgien, je reconnais avoir reçu des informations claires et détaillées sur la nature et le déroulement de l'intervention chirurgicale programmée. J'ai été prévenu des risques particuliers et des complications possibles de cette intervention.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin.

Document établi selon les recommandations de la société de Chirurgie Vasculaire De Langue Française.

A rapporter lors de l'hospitalisation et à remettre aux infirmières du service.