

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

ANGIOPLASTIE AORTO-ILIAQUE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

Des examens spécialisés ont montré une lésion importante (sténose ou oblitération) de votre artère iliaque qui nécessite une intervention chirurgicale.

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

Le chirurgien et le médecin anesthésiste vous expliqueront tous ces éléments lors de la consultation. L'objectif de cette fiche est de vous préparer à l'intervention et de vous aider à formuler à l'équipe soignante des demandes de précisions supplémentaires.

À QUOI SERT L'AXE AORTO-ILIAQUE ?

L'aorte est un gros vaisseau, à l'origine de la majorité des artères du corps. La partie de l'aorte abdominale située en dessous des artères rénales (axe aorto-iliaque) se divise en 2 artères iliaques communes, la droite et la gauche. L'axe aorto-iliaque assure donc l'apport en sang oxygéné du petit bassin et des deux membres inférieurs. Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se bouche progressivement (sténose), un réseau de vaisseaux de suppléance se développe et assure une oxygénation du membre inférieur correspondant.

Au cours d'un effort (marche ou course), les besoins musculaires en oxygène augmentent et nécessitent un apport sanguin supplémentaire qui ne peut être fourni lorsque l'artère est rétrécie. L'évolution d'un rétrécissement artériel se fait vers l'oblitération.

QUELLE LÉSION EST À L'ORIGINE DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE ILIAQUE ?

La maladie athéromateuse est à l'origine de l'immense majorité des lésions fémorales. La plaque athéromateuse est constituée d'une accumulation de graisses, de glucides (sucres), de tissus fibreux et de dépôts calcaires dans la paroi de l'artère. Cette plaque peut se compliquer. En se fracturant à l'intérieur de l'artère, elle entraîne parfois la formation d'un caillot qui bouche l'artère ou qui, en se détachant, entraîne une embolie. Ces plaques athéromateuses se développent surtout, en raison des turbulences du flux sanguin, au niveau des bifurcations artérielles. La maladie athéromateuse est favorisée par les facteurs de risque cardio-vasculaire : tabac, hypertension artérielle, anomalies lipidiques (excès de cholestérol), diabète et vieillissement.

COMMENT SE TRADUIT UNE STÉNOSE ILIAQUE ?

Parfois, la sténose de l'artère iliaque est suffisamment limitée pour ne pas être ressentie. Elle est dite asymptomatique. Le diagnostic est posé au cours d'un examen médical systématique réalisé 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 quelques mètres à plus de 500 mètres et constitue un bon indicateur de la sévérité de la maladie.
- **Douleurs de repos** : il s'agit de douleurs nocturnes intenses, souvent intolérables, siégeant au niveau des orteils et des pieds. Ces douleurs sont associées à une froideur des extrémités. Elles obligent le patient à se lever ou à laisser pendre les jambes hors du lit, puis cèdent alors très progressivement. Elles traduisent un degré avancé de la maladie et imposent un avis médical urgent avant la survenue d'ulcération ou de gangrène.
- Dans de rares cas, la sténose iliaque peut être diagnostiquée au cours du bilan de troubles sexuels (difficulté d'érection).

EXISTE-T-IL UNE ALTERNATIVE À L'ANGIOPLASTIE ?

Dans tous les cas, avant d'envisager l'angioplastie, 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'angioplastie. 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, lipidiques, glucidiques, si ceux-ci sont élevés.
- **La mise sous traitement antiagrégant plaquettaire** (dérivés de l'aspirine ou autres inhibiteurs de l'activation plaquettaire) pour fluidifier le sang et éviter la formation de caillots.

COMMENT SE DÉROULE UNE ANGIOPLASTIE ?

L'intervention est pratiquée au **bloc opératoire**, sous anesthésie locale ou générale. 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 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, un **pansement compressif** est maintenu jusqu'au lendemain. Il faut rester allongé strictement sur le dos pendant 24 heures pour permettre la « cicatrisation » du point de ponction artérielle. La durée de l'hospitalisation varie de 2 à 3 jours. Les soins postopératoires sont limités aux pansements et à la prise d'antiagrégant plaquettaire au long cours.

A la sortie, le médecin vous prescrit un **repos** de 48h et un traitement antiagrégant plaquettaire. Vous serez revu en consultation par votre chirurgien un mois après votre sortie du service, puis régulièrement pour réaliser un échodoppler de contrôle.

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

Certains incidents ou accidents peuvent survenir malgré toutes les précautions mises en œuvre. Il peut s'agir :

- D'un échec dû à l'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 au cours de la même intervention, ou de manière différée ;
- D'une hémorragie par rupture de l'artère. Elle est exceptionnelle et peut être stoppée grâce à la mise en place d'une endo-prothèse ou nécessiter une intervention chirurgicale (pontage). Cette situation rare peut justifier une transfusion pour compenser les pertes sanguines ;

- D'une thrombose : l'artère dilatée peut se « boucher » (thrombose) à la suite d'un mécanisme d'altération de la paroi artérielle (fissure, rupture du revêtement de l'artère) avec création d'un caillot. Ce phénomène peut, le plus souvent, être évité par la mise en place d'un stent ;
- D'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.

QUELS SONT LES RISQUES ET INCIDENTS AU DÉCOURS DE L'INTERVENTION ?

- **Hématome** au niveau du point de ponction artérielle (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** (urticaire, 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 ;**
- **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 actuellement estimée à 10-15 %. Le succès à long terme (5 ans) de l'angioplastie aorto-iliaque est d'environ 85 % et dépend beaucoup de la suppression des facteurs de risque et en particulier de l'arrêt du tabagisme.
- **L'infection** peut être superficielle ou profonde et avoir des conséquences redoutables pouvant conduire à une ré-intervention avec ablation de la prothèse . Comme pour 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 due à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire, etc.. 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, il sera important de traiter ces foyers infectieux potentiels.

SURVEILLANCE

Les résultats à distance de l'angioplastie sont assez bons. Les risques d'infections associés au matériel déposé et aux points de ponction sont exceptionnels

Les complications sur le point de ponction sont très rares : sténose, fistule avec la veine, faux anévrisme (persistance du trou de ponction alimentant un petit hématome).

L'évolution de la pathologie athéromateuse (re-sténose ou apparition d'autres sténoses) peut survenir. Cela explique l'importance d'une surveillance régulière de tous les opérés.

EN RÉSUMÉ

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 souhaiteriez faire préciser.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION :

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

Si vous utilisez la version numérique :

Date de remise du document au patient (e) :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher