

Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française

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 notamment des **principales complications** comparativement à l'évolution spontanée de votre pathologie.

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 **précisions supplémentaires**.

A QUOI SERT L'AXE AORTO-ILIAQUE

L'aorte abdominale dans son segment V (portion aortique située en dessous des artères rénales) se divise en artère iliaque commune droite et gauche. L'**axe aorto-iliaque** assure donc l'**irrigation pelvienne** (petit bassin) et celle des **deux membres inférieurs**. Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se sténose (rétrécissement) progressivement, le réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation du membre inférieur correspondant.

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.

L'**évolution** d'un **rétrécissement** artériel se fait vers l'**occlusion** (l'artère finit par se boucher complètement).

QUELLE LESION EST A L'ORIGINE DU RETRECISSEMENT DE L'AORTE ET/OU DES ARTERES ILIAQUES ?

La **maladie athéromateuse** est à l'origine de la majorité des lésions artérielles. La plaque athéromateuse se développe par une accumulation de lipides (graisses), de glucides (sucres), de tissus fibreux et de dépôts calcaires, dans la paroi de l'artère. La maladie athéromateuse est favorisée par les facteurs de risque cardio-vasculaire : tabac, hypertension artérielle, anomalie lipidiques (cholestérol), diabète, sédentarité (absence d'activité physique).

COMMENT SE TRADUIT UNE STENOSE ILIAQUE ?

La sténose iliaque peut être asymptomatique (aucune plainte) et découverte par hasard, ou au cours d'un examen médical systématique par votre médecin généraliste ou par un médecin spécialiste

Plus souvent, la sténose entraîne des manifestations cliniques d'autant plus sévères que le rétrécissement de l'artère est important ou qu'il en existe plusieurs dans l'artère. Elles 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.

- **Douleurs permanentes appelées douleurs de repos** : elles sont le plus souvent nocturnes (en position couchée), intenses, souvent intolérables, siégeant au niveau des extrémités (orteils, pieds) qui sont froides. Elles obligent progressivement à dormir la jambe pendante ou en position assise, pour améliorer la perfusion du pied.
- **Des ulcères ou nécrose artérielles**, plaies douloureuses ne cicatrisant pas.
- plus rarement, 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, un bilan complet est le plus souvent réalisé, recherchant **d'autres atteintes de la maladie athéromateuse** (coronaires, carotides, autres) 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 cardiovasculaire** (marche régulière, arrêt du tabac, régime alimentaire adapté)
- **La prise de médicaments** pour contrôler la tension artérielle, le cholestérol, le diabète, la prise d'antiagrégants plaquettaires (dérivés de l'Aspirine, Clopidogrel (Plavix®)). Ces médicaments n'améliorent pas forcément la gêne ressentie mais sont très utiles pour contrôler la maladie athéromateuse et ses conséquences souvent très graves sur le cœur (risque d'infarctus du myocarde), le cerveau (risque d'AVC), les reins (risque d'insuffisance rénale, de dialyse) et les autres organes.
- **La rééducation et la marche régulière** peuvent améliorer les symptômes, mais doivent le plus souvent être accompagnées d'une intervention sur les artères.

I – MODALITES

L'intervention est pratiquée au **bloc opératoire ou en salle dédiée aux gestes endo-vasculaires**, sous anesthésie locale ou générale.

Elle consiste à :

- **ponctionner** l'artère fémorale (parfois une artère du bras, ou ailleurs)
- **injecter une dose d'héparine** dans les vaisseaux pour que le matériel et l'artère ne se bouchent pas
- **positionner une sonde** au niveau de la zone malade sous contrôle radiologique et à injecter un produit de contraste à base d'iode.
- **traiter le rétrécissement par un ballon gonflable** avec éventuellement **mise en place d'un stent**, sorte de ressort métallique afin de maintenir l'artère « ouverte ».
- **le matériel de dilatation est retiré** et le trou de l'artère est refermé soit par un pansement compressif soit par un système de fermeture. Les soins post-opératoires sont limités aux pansements et à la prise es médicaments au long cours. Vous serez revus en consultation et surveillés par un examen écho-doppler régulièrement.

II – QUELLES SONT LES INCIDENTS ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

En dépit de tout le soin apporté, des incidents ou accidents peuvent survenir.

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 retenter la même procédure ultérieurement ou de recourir à une autre opération au cours de la même intervention, ou plus tard.

Hémorragie par rupture de l'artère, exceptionnelle. Elle peut être stoppée grâce à la mise en place d'une endo-prothèse (stent avec une membrane étanche) ou nécessiter une intervention chirurgicale dans la même opération (pontage). Dans ce cas, le recours à une transfusion est parfois nécessaire.

Thrombose :

l'artère dilatée peut se « boucher » (thrombose) à la suite d'un mécanisme de dissection (délaminage) de la paroi artérielle, ou parce que la maladie athéromateuse est étendue aux artères au-dessus ou au-dessous. 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 caillots ou 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 (embolectomie pour retirer les fragments dans les artères de la cuisse ou de la jambe).

Le geste se fait sous rayons X, mais les doses délivrées sont très faibles, calculées, tracées et n'ont pas été source de complications décrites pour ce type de procédure.

Hématome ou faux anévrisme au niveau du point de ponction artérielle, 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 pour évacuer l'hématome et/ou refermer le trou dans l'artère ponctionnée.

Insuffisance rénale et manifestations allergiques (urticaire, œdème, choc cardio-vasculaire) sont exceptionnelles (1 à 3 cas pour 1000 procédures). Ces complications, en rapport avec l'utilisation des produits de contraste iodés, sont le plus souvent bénignes et transitoires. Tout antécédent connu de réaction allergique doit être signalé au cours de la consultation préopératoire, et le chirurgien pourra vous demander de pratiquer un bilan pour connaître le type d'allergie et évaluer le risque encouru par l'injection éventuelle du produit.

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 (hyperplasie). 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 (arrêt du tabac, traitement médicamenteux du diabète, de l'hypercholestérolémie, régulation du poids, exercices physiques réguliers).

Complications rares : fistule artério-veineuse (communication anormale entre l'artère et la veine au point de ponction), infection de matériel (microbe venu se greffer lors de l'intervention ou plus tard par voie sanguine)

III – SURVEILLANCE ET EVOLUTION

A distance, les résultats de l'angioplastie sont bons. L'évolution de la pathologie athéromateuse (re-sténose, faux anévrisme, oblitération, ...), impose une surveillance régulière des artères et la prise des médicaments cités plus hauts (antiagrégant plaquettaires, statines, anti hypertenseurs).

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 :