

Docteur Fabien HELLER
Chirurgien Vasculaire

LES ANGIOPLASTIES ILIAQUES

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.

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

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. La maladie athéromateuse est favorisée par les facteurs de risque cardio-vasculaire : tabac, hypertension artérielle, anomalies lipidiques (cholestérol), diabète.

COMMENT SE TRADUIT UNE STÉNOSE ILIAQUE ?

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

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

Douleurs d'effort : 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. Il peut également s'agir de sensation de serrement, de torsion, de brûlures ou un simple engourdissement du membre.

Douleurs de repos : Il s'agit de douleurs nocturnes intenses, souvent intolérables, siégeant au niveau des extrémités (orteils, pieds) qui sont froides. 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 échodoppler. La prescription d'un traitement médical antiagrégants plaquettaire et vasodilatateur est la règle. La lutte contre les facteurs de risque vasculaire par des mesures hygiéno-diététiques (marche régulière, arrêt du tabac, régime alimentaire) permet d'espérer la stabilisation des lésions.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

L'intervention est pratiquée 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 antiagrégant 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 une échodoppler de contrôle.

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 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 stoppée 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.

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 traitements anticoagulants. 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.***

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 Docteur HELLER, 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 :

Date :

Prénom :

Signature :

Merci de remettre ce feuillet signé à l'infirmière qui vous accueillera lors de votre entrée dans le service.