

Unité de chirurgie vasculaire
Dr Fabien HELLER

LES PONTAGES ARTÉRIELS AU NIVEAU DES MEMBRES INFÉRIEURS

Fiche d'information proposée par la Société de Chirurgie Vasculaire.

Madame, Monsieur,

Les examens ont montré une atteinte importante des artères de vos membres inférieurs 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.

DE QUELLES ARTÈRES S'AGIT-IL ?

En haut de la cuisse, l'artère fémorale se divise en deux branches, l'une, la Fémorale profonde irrigue la cuisse, l'autre, la Fémorale superficielle, traverse la cuisse, se prolonge en arrière du genou par l'artère poplitée qui se divise en 3 artères de jambe. Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se sténose (rétrécit) progressivement un réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation normale de la jambe. 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 ou bouchée.

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

La maladie athéromateuse est à l'origine de l'immense majorité des lésions fémorales et poplitées. 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 va progressivement diminuer puis obstruer totalement la lumière de l'artère. La maladie athéromateuse est favorisée par les facteurs de risque cardiovasculaire : tabac, Hypertension artérielle, anomalies lipidiques (cholestérol), diabète.

COMMENT SE TRADUIT UNE ATTEINTE DES ARTÈRES FÉMORALE SUPERFICIELLE, POPLITÉE ET JAMBIÈRE ?

Les manifestations cliniques regroupées sous le terme d'artériopathie sont liées au degré de rétrécissement de l'artère et sont classées en trois stades de gravité croissante :

- **Douleurs d'effort** : douleur à type de crampe ou de sensation de fatigue de certains groupes musculaires (mollet, pied), 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 d'un simple engourdissement du membre. La distance parcourue avant la survenue de la douleur (périmètre de marche) peut varier de moins de 50 mètres à plus de 500 mètres et constitue un bon indice de sévérité et de surveillance de l'artériopathie.
- **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 se lever ou à laisser pendre les jambes hors du lit et cèdent alors très progressivement.
- **Des plaies et des zones de nécrose** souvent douloureuses et risquant de se surinfecter.

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) pour la réalisation d'un examen écho-doppler.

Le traitement médical doit être systématiquement débuté et poursuivi, soit isolément, soit en association avec l'intervention chirurgicale. Il comprend :

- **La lutte contre les « facteurs de risque vasculaire »** par des mesures hygiéno-diététiques (marche régulière, arrêt du tabac, régime alimentaire).

- **Les médicaments :**

- **Vasodilatateurs :** des études ont permis d'objectiver une amélioration d'environ 50% du périmètre de marche. Leur efficacité sur l'évolution à long terme de la maladie est contestée.

- **Antiagrégant plaquettaire** (Aspirine, Ticlid ou Plavix) ont prouvé leur efficacité surtout en terme de prévention de la survenue d'accidents cardio-vasculaires secondaires (réduction du risque de 25%).

Le traitement chirurgical n'est proposé qu'en cas de gêne fonctionnelle invalidante ou au stade de douleur de repos ou de plaies.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

L'intervention est pratiquée sous anesthésie *générale* ou sous anesthésie locorégionale. Le Médecin Anesthésiste vous précisera les modalités, les avantages et les risques de la technique choisie.

L'intervention de base est le pontage fémoro-jambier. Il consiste à court-circuiter le segment d'artère pathologique par une veine superficielle (veine saphène). Cette intervention nécessite plusieurs incisions : la première située au niveau de l'aîne permet de raccorder la veine à l'artère fémorale, la deuxième au-dessus ou au-dessous du genou est utilisée pour le raccordement (anastomose) au niveau de l'artère poplitée ou d'une artère jambière. Plusieurs incisions supplémentaires sur la cuisse et la jambe sont en général nécessaires pour ligaturer les branches de la veine.

La durée de l'hospitalisation varie de 5 à 10 jours. Les soins postopératoires sont limités aux pansements et aux injections sous-cutanées d'anticoagulant. À la sortie, un traitement antiagrégant plaquettaire est débuté.

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 Echo-doppler de contrôle.

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

En dépit de tout le soin apporté, il peut se produire au cours de l'intervention, dans de rares cas des incidents ou accidents qui sont pour la plupart aussitôt identifiés et traités. Il peut s'agir :

- **Hémorragie par blessure artérielle ou veineuse.** La transfusion de produits sanguins reste exceptionnelle au cours de ce type d'intervention.

- **Lésions nerveuses,** dans la majorité des cas, il s'agit de contusion nerveuse responsables de troubles passagers. L'atteinte des nerfs sensitifs fémoraux est fréquente et se traduit par une zone d'insensibilité ou des douleurs à type de décharges électriques sur la face antérieure ou interne de la cuisse. Les douleurs régressent en général rapidement, mais les troubles sensitifs peuvent persister plusieurs mois.

- **Accidents d'anesthésie,** exceptionnels. Une information spécifique vous sera délivrée par le médecin au cours de la consultation préopératoire.

QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR APRÈS L'INTERVENTION ?

Des complications spécifiques peuvent apparaître dans la période postopératoire immédiate :

- **L'hématome** favorisé par l'utilisation des anticoagulants et les fréquentes poussées d'hypertension artérielle. Il se traduit par un gonflement douloureux. S'il est important, il peut nécessiter une ré intervention chirurgicale.
- **Les complications lymphatiques** sont constatées au niveau du pli de l'aîne. Il peut s'agir d'épanchement de lymphes (lymphorrhée) ou de tuméfaction (lymphocèle). Si cet écoulement ne se tarit pas spontanément, il peut être préférable de ré intervenir pour ligaturer les vaisseaux lymphatiques responsables.
- **Phlébite et embolie pulmonaire sont exceptionnelles** et font l'objet d'une prévention systématique au cours de l'hospitalisation (anticoagulant, lever précoce).
- **L'infection**, plus fréquente si le pontage est réalisé pour traiter une plaie ou un début de gangrène. Elle peut être superficielle ou profonde. Redoutable en cas de pontage prothétique, elle impose alors une ré intervention avec ablation de la prothèse et réalisation d'un pontage veineux.
- **La thrombose (pontage obstrué)** peut survenir soit immédiatement après l'intervention, soit au cours de l'hospitalisation. Elle traduit le plus souvent un problème technique (veine de mauvaise qualité, artère receveuse trop abîmée...) et oblige à une ré intervention immédiate. Lorsqu'un nouveau pontage n'est techniquement pas réalisable, l'évolution de l'artérite peut être défavorable avec apparition de douleurs insupportables et de gangrène, qui font discuter de la nécessité d'une amputation.

À distance, les résultats de ces interventions sont globalement satisfaisants avec une perméabilité moyenne de 70 % à cinq ans, au prix d'une surveillance régulière afin de dépister une éventuelle dégradation progressive des zones de « raccordement » entre le pontage et les artères.

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

Merci de remettre cette fiche, signée, à l'infirmière qui vous accueillera lors de votre entrée dans le service.

Nom :

Date :

Prénom :

Signature