

INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

ANGIOPLASTIE JAMBIÈRE

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

Vos examens ont montré une atteinte importante d'une artère jambière 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.

À QUOI SERVENT LES ARTÈRES DE LA JAMBE ?

Le sang oxygéné est apporté jusqu'à la jambe par l'axe fémoro-poplitée qui se ramifie, au niveau du genou, en trois branches (artères tibiale antérieure, tibiale postérieure et péronière) qui irriguent et permettent l'oxygénation de la jambe et du pied. Dans la majorité des cas, lorsqu'un caillot ou une plaque d'athérome bouche une seule de ces 3 artères (thrombose) la suppléance est assurée par les deux autres, permettant une oxygénation normale de la jambe et du pied. En revanche, lorsque deux voire les trois artères sont atteintes, la vitalité du pied peut être menacée.

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

La maladie athéromateuse est à l'origine de l'immense majorité des lésions artérielles jambières et plus particulièrement la maladie diabétique. 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 ATTEINTE DES ARTÈRES DE LA JAMBE ?

Les manifestations cliniques, qui sont regroupées sous le terme d'artérite, sont liées au degré de l'atteinte :

- **Douleurs d'effort** : en matière d'atteinte « isolée » des artères de jambe, cette symptomatologie est assez rare. Les douleurs à l'effort traduisant plus souvent une lésion proximale iliaque et/ou fémoro-poplitée. L'association de lésions proximales et jambières constitue un facteur de gravité.
- **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, et cèdent alors très progressivement, traduisant un degré avancé de la maladie (ischémie critique) et imposant un avis médical urgent ;

La survenue de plaies, de gangrène ou d'infection peuvent entraîner la perte de votre pied.

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

Dans tous les cas, avant d'envisager une intervention chirurgicale, il est impératif de consulter votre médecin qui vous guidera vers un spécialiste (angiologue, cardiologue) qui réalisera un examen écho-doppler.

Il s'agit souvent de situation de semi-urgence, voire d'urgence. Un traitement médical est nécessaire, mais le plus souvent insuffisant. Il ne peut, à lui seul, permettre la guérison en cas d'ischémie critique (douleurs de repos et/ou trouble trophique).

Le traitement médical doit être systématiquement débuté et poursuivi, en association avec l'angioplastie. Il comprend :

- **La lutte contre les « facteurs de risque vasculaire »** par des mesures hygiéno-diététiques (arrêt du tabac, régime alimentaire) ;
- **La rééducation par la marche** ;
- **Les médicaments** : il n'y a aucun médicament qui a un effet reconnu et certifié sur l'amélioration de la circulation artérielle. Ils sont essentiellement destinés à la prévention de la maladie athéromateuse et à la thrombose.
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.
- Des médicaments à destination cardiaque éventuellement.

Le traitement par pontage (remplacement de l'artère par une prothèse en tissu ou dérivation d'une artère) est une alternative, mais il s'agit d'un geste chirurgical habituellement plus lourd. Il peut être associé au geste d'angioplastie

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'ANGIOPLASTIE ?

L'intervention est pratiquée au **bloc opératoire ou en salle dédiée aux gestes endovasculaires**. Elle est réalisée sous anesthésie locale ou générale, et en fonction de pathologie associées, peut-être réalisée dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire.

Après ponction au niveau du pli de l'aîne, de l'artère fémorale, le chirurgien introduit un cathéter muni à son extrémité d'un ballon gonflable. Il est parfois possible de réaliser l'abord au niveau d'une artère du membre

supérieur ou de l'artère poplitée abordé derrière le geno., Une sonde est descendue dans l'artère fémorale en suivant un fin guide métallique, sous contrôle radioscopique. La zone rétrécie de l'artère est soit simplement dilatée grâce au ballon gonflable à l'extrémité de la sonde, soit dilatée et consolidée grâce à la mise en place d'un ressort métallique (stent) ou d'une petite prothèse fixée à un stent (stent couvert).

Après retrait du matériel d'angioplastie, la « fermeture » de la ponction de l'artère est obtenue soit :

- Par un **pansement compressif** qui est maintenu jusqu'au lendemain. Le patient doit rester strictement allongé sur le dos pour permettre la « cicatrisation » du point de ponction artérielle ;
- Plus souvent par un système de fermeture qui permet un lever et une sortie plus rapides.

La durée habituelle de l'hospitalisation varie quelques heures à 2 à 3 jours, en fonction du résultat immédiat et de pathologies associées. Les soins post-opératoires sont limités à la prise d'antiagrégant plaquettaire au long cours. A la sortie, le chirurgien vous prescrit un repos de 48h, ainsi qu'un rendez-vous de consultation systématique, en moyenne quatre à six semaines après l'angioplastie, ainsi qu'une surveillance régulière par écho- doppler.

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 peut être 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 endoprothèse (stent nu ou couvert) 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, ou faire appel à une thrombolyse ;
- 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 minimales 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 DECOURS DE L'INTERVENTION ?

- **Hématome** au niveau du point de ponction artérielle (pli de l'aîne). Il favorisé par l'utilisation de traitements 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** (urticairre, 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 à l'endroit où elle a été dilatée. Cette re-sténose survient en règle générale au cours de la première année et correspond à un processus de cicatrisation excessive de l'artère. Sa fréquence est actuellement de l'ordre de 20 à 25%. Le succès à long terme (5 ans) de

l'angioplastie jambière dépend beaucoup de la suppression des facteurs de risque et en particulier de l'arrêt du tabagisme, et surtout de l'évolution de la maladie diabétique lorsque ce facteur de risque aggravant est la cause de l'artérite

- **L'angioplastie** est réalisée sous radioscopie, mais les doses de rayons X délivrées sont très faibles. Aucune complication décrite de ce type de procédure n'a pu leur être attribuée.
- **L'infection du site opératoire** : 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.)

SURVEILLANCE

Les résultats à distance de l'angioplastie jambière sont assez bons, expliquant le choix en première intention de ce type de traitement lorsqu'il s'avère possible (lésions « limitées »). 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 artérioveineuse, faux anévrisme (persistance du trou de ponction alimentant un petit hématome).

L'évolution de la pathologie athéromateuse (resténose ou apparition d'autres sténoses) explique l'importance d'une surveillance régulière par échodoppler 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 ?

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.