

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

ANGIOPLASTIE DE L'ARTÈRE RÉNALE

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

Des examens spécialisés ont montré une lésion importante (sténose ou oblitération) de votre artère rénale qui nécessite un geste de revascularisation.

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.

Des schémas explicatifs et les clichés radiologiques vous ont montré les grandes lignes de cette région anatomique.

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**.

I – A QUOI SERT L'ARTÈRE RÉNALE ?

L'artère rénale est l'artère nourricière principale du rein. Le rein est un organe dont la fonction est d'assurer la filtration du sang et l'élimination des toxines (déchets) par les urines. Chaque rein est vascularisé par une seule artère rénale, cas le plus fréquent, située profondément à la partie postérieure de l'abdomen, à partir de l'aorte. Plus rarement, on peut rencontrer une ou deux artères rénales d'un côté ou des deux. L'artère la plus grosse est alors appelée artère principale et les autres artères polaires.

Le rétrécissement de calibre de l'artère (sténose) gêne progressivement l'apport sanguin au rein et influe sur sa fonction d'élimination. Lorsque la sténose se complète (oblitération), la perte du rein survient à brève échéance.

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

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. Cette plaque peut se compliquer en se fracturant à l'intérieur de l'artère ce qui peut entraîner soit une embolie, soit une thrombose de l'artère. La maladie athéromateuse est favorisée par les facteurs de risque cardio-vasculaire : tabac, hypertension artérielle, anomalie lipidiques (cholestérol), diabète.

Plus rarement, des lésions sténosantes peuvent être la conséquence d'une radiothérapie ou de maladies beaucoup plus rares, inflammatoires pour la plupart, qui seront détaillées par votre chirurgien si tel était le cas.

III – COMMENT SE TRADUIT UNE STÉNOSE RÉNALE ?

La sténose de l'artère rénale est longtemps **asymptomatique** et découverte au cours d'un **examen échographique** systematique ou motivé dans le cadre du bilan d'une **hypertension artérielle** (HTA) ou encore devant des **perturbations biologiques**, par un médecin spécialiste (angiologue, cardiologue).

IV – EXISTE-T-IL UNE ALTERNATIVE AU TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE ?

Dans tous les cas, avant d'envisager le geste endovasculaire, un bilan complet a été réalisé, recherchant **d'autres atteintes de la maladie athéromateuse** et appréciant l'état des **principales fonctions vitales** (cœur, cerveau, poumons).

Le **traitement médical** est systématique, débuté et poursuivi, soit isolément, soit en association avec l'acte endovasculaire. 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, Plavix...).

V – QUELLES SONT LES MODALITES GENERALES DE L'ANGIOPLASTIE RENALE ?

L'intervention est pratiquée dans une ambiance chirurgicale, sous anesthésie locale ou générale. Elle consiste à **ponctionner** le plus souvent l'artère fémorale (au pli de l'aîne), ou bien l'artère humérale (au pli du coude), ou l'artère radiale (au poignet) 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.

En fonction du contrôle radiologique ou de manière systématique, le chirurgien peut mettre en place un **ressort métallique** (stent) afin de maintenir l'artère « ouverte ». Après avoir retiré le cathéter, un **pansement compressif** est maintenu jusqu'au lendemain, au niveau du point de ponction.

Le décubitus strict doit être respecté pour permettre la « cicatrisation » du point de ponction artérielle, notamment en cas de ponction fémorale. La durée de l'hospitalisation varie de 1 à 3 jours, mais de plus en plus souvent le geste est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire dont les modalités et contraintes vous seront précisées par votre chirurgien. Les soins post-opératoires sont limités aux pansements et à la prise d'antiagrégant plaquettaire au long cours. A la sortie, le médecin vous conseille un **repos** de 48h.

Vous serez revu en consultation par votre chirurgien un mois après votre sortie du service et très régulièrement par votre angiologue et/ou votre cardiologue avec un échodoppler de contrôle, le plus souvent effectué très précocement. De même un contrôle biologique de la fonction rénale et parfois une réhydratation sont associés.

VI – 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 (ou l'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 alors être **nécessaire de recourir à une revascularisation chirurgicale par pontage** soit au cours de la même intervention, soit plus souvent, de manière différée ;

⇒ **Hémorragie par rupture de l'artère**, exceptionnelle. Elle peut être stoppée grâce à la mise en place d'une endo-prothèse (stent couvert) ou nécessiter une intervention chirurgicale, en urgence (pontage). Dans ce cas, le recours à une transfusion peut s'avérer indispensable ;

⇒ **Thrombose** : L'artère dilatée peut se « boucher » (thrombose) à la suite d'un mécanisme de dissection de la paroi artérielle. Ce phénomène qui peut, le plus souvent, être évité par la mise en place d'un stent, peut nécessiter le recours à des techniques spécifiques, en urgence (fibrinolyse, désobstruction chirurgicale, pontage...)

⇒ **Embolies** : La dilatation provoque une « fracture » de la plaque athéromateuse qui peut être responsable de la migration de petits fragments dans le rein et entraîner un infarctus rénal, compromettant la fonction rénale. Les embols peuvent aussi être la conséquence du cathétérisme (navigation) sur un réseau artériel athéromateux et se traduire par une ischémie mésentérique ou périphérique (ischémie d'un membre). 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 (pharmacologique ou chirurgicale), lorsque le pronostic fonctionnel ou vital est en jeu.

VIII – QUELS SONT LES RISQUES ET INCIDENTS SPECIFIQUES AU DECOURS DE L'INTERVENTION ?

⇒ **Hématome** au niveau du point de ponction artérielle (pli de l'aîne, pli du coude, poignet), 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 à 3/1000). Ces complications, en rapport avec l'utilisation des produits de contraste iodés, sont le plus souvent bénignes et transitoires, mais doivent être prévenues chez l'insuffisant rénal par des mesures adaptées comprenant notamment une ré-hydratation et l'utilisation de quantités modérées de produits de contraste. **Tout antécédent de réaction allergique doit être signalé au cours de la consultation pré-opératoire**; Le recours à l'**épuration extra-rénale**, transitoire ou définitive, peut s'avérer nécessaire.

⇒ **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 %, justifiant les contrôles écho-doppler à intervalles réguliers et relève dans la majorité des cas, d'une nouvelle angioplastie lorsque la re-sténose est serrée. Le succès à long terme (5 ans) de l'angioplastie rénale est d'environ 85 % et dépend beaucoup de la suppression des facteurs de risque (tabac), permettant d'éviter la progression de la maladie athéromateuse.

Complications de la maladie athéromateuse, survenant pendant ou dans les suites immédiates de l'intervention (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...), **troubles du rythme cardiaque** ou des **complications respiratoires** (pneumopathie, embolie pulmonaire...), peuvent compromettre le pronostic vital et/ou fonctionnel.

X – SURVEILLANCE

Comme pour toutes les manifestations de la maladie athéromateuse, une surveillance clinique et par écho-doppler doit être effectuée de manière régulière. La fréquence des contrôles est fixée lors de chaque consultation spécialisée.

CONCLUSION

La présence d'une sténose localisée sur l'artère rénale apparaît comme une excellente indication de l'angioplastie par ballonnet, associée le plus souvent à la mise en place d'un stent. La rareté des complications et un taux de perméabilité lointaine très important, conduisent à proposer cette technique en première intention, compte tenu de sa moindre agressivité par rapport aux techniques chirurgicales ouvertes.

NB : 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 dues à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire, ...).

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 (stent, pontage).

Tout acte diagnostique et/ou thérapeutique nécessitant l'utilisation d'appareil de radiologie expose le patient et le personnel soignant aux rayons X, ce qui impose des règles de protection spécifiques.

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 souhaitez faire préciser.

Je reconnais avoir reçu des informations claires et détaillées sur la nature et le déroulement de l'intervention programmée ainsi que sur les autres alternatives, y compris l'abstention thérapeutique. J'ai été prévenu des risques particuliers et complications possibles de cette intervention et j'ai pu poser toute question utile à ma décision.

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.