

INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

ANGIOPLASTIE FÉMORO-POPLITÉE

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

Vos examens ont montré une atteinte importante de l'axe fémoro-poplitée (artère fémorale superficielle et artère poplitée) 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 FÉMORALES SUPERFICIELLES ET POPLITÉES ?

L'artère fémorale superficielle est l'artère nourricière principale de la jambe. Elle prend naissance au niveau du pli de l'aîne à partir de l'artère fémorale commune et se prolonge au niveau du genou par l'artère poplitée, qui se divise pour donner les artères spécifiques de la jambe. Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se sténose (rétrécit) progressivement, le réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation normale de la jambe. Au cours d'un effort (marche ou 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 de l'axe fémoro-poplitée. 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 FÉMORALES SUPERFICIELLES ET POPLITÉES ?

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

- **Douleurs d'effort** : douleurs à type de crampe ou de sensation de fatigue de certains groupes musculaires (mollet, pied), déclenchée par l'exercice physique et disparaissant au repos. Ces douleurs surviennent 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 des douleurs (périmètre de marche) peut varier de quelques mètres à plus de 500 mètres, constituant un bon indicateur de la sévérité de l'artérite et permettant une surveillance de l'évolution de la maladie. Les difficultés pour gravir une côte ou une cage d'escaliers constituent également un signe révélateur.
- **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. Ces douleurs obligent le patient à se lever ou à laisser pendre les jambes hors du lit et cèdent alors très progressivement. Elles traduisent un degré avancé de la maladie et imposent un avis médical urgent car ces symptômes traduisent une ischémie critique mettant en jeu le pronostic fonctionnel du membre.

La survenue de plaies ou de gangrène 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) pour la réalisation d'un examen échodoppler.

Le traitement médical doit être systématiquement débuté et poursuivi, soit isolément, soit 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 destinée cardiaque éventuellement.

L'angioplastie de l'axe fémoro-poplité est proposée en cas de gêne fonctionnelle marquée, non améliorée par le traitement médical et/ou la rééducation, ou au stade de douleurs de repos ou de plaies. Un traitement par pontage est une alternative, mais il s'agit d'un geste habituellement plus lourd.

COMMENT SE DÉROULE UNE ANGIOPLASTIE ?

L'intervention est pratiquée dans un bloc opératoire avec un appareillage radiologique adapté, sous anesthésie locale ou générale, le plus souvent dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire. 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 le 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 ». Une petite prothèse peut être fixée au stent. La dilatation d'une artère jambière peut être nécessaire pour compléter le geste.

Après avoir retiré le cathéter, une compression manuelle et un dispositif d'hémostase percutané précèdent la mise en place d'un pansement compressif. Avant le retour au domicile, un premier contrôle échodoppler est souvent réalisé pour confirmer le résultat.

La durée de l'hospitalisation varie de 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 échodoppler.

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 est 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. Elle peut être stoppée grâce à la mise en place d'une endoprothèse (stent 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.
- 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 mécanique (thrombectomie) ou pharmacologique (thrombolyse) 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 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** (urticatoire, 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 fémoro-poplitée est d'environ 85 % et dépend beaucoup de la suppression des facteurs de risque et en particulier de l'arrêt du tabagisme ;

- **L'infection** : Elle peut être superficielle ou profonde et avoir des conséquences redoutables pouvant conduire à une réintervention avec ablation de la prothèse (stent). 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...). Toute infection bactérienne survenant en n'importe quel point de l'organisme même distant du geste d'angioplastie de l'axe fémoro-poplité, peut entraîner une greffe bactérienne sur la prothèse vasculaire, il sera important de traiter ces foyers infectieux potentiels.
- 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.

SURVEILLANCE

A distance, les résultats de l'angioplastie sont bons justifiant le choix en première intention de ce type de traitement. Les risques d'infections sur le matériel implanté (stent couvert ou nu) et sur les 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) peut survenir. Cela explique l'importance d'une surveillance régulière 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.