

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

PONTAGE CROISÉ ILIO OU FÉMORO-FÉMORAL

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

Les examens ont montré une atteinte importante de votre artère iliaque, pour laquelle un geste endovasculaire n'est soit pas possible ou bien s'est soldé par un échec ce qui nécessite une intervention chirurgicale et un pontage croisé ilio ou fémoro-fémoral vous a été proposé.

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 l'anesthésiste lors de la consultation préopératoire vous expliqueront le déroulement de cette intervention. Cette fiche vous aidera à vous préparer à l'intervention.

À QUOI SERT L'ARTÈRE ILIAQUE ?

L'artère iliaque est située profondément dans l'abdomen et le petit bassin. Elle conduit, de chaque côté, le sang oxygéné depuis l'aorte vers l'artère fémorale au pli de l'aîne. Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère iliaque se sténose (rétrécit) progressivement, un réseau de suppléance se crée qui assure une oxygénation normale de la cuisse au repos. Mais au cours d'un effort (marche en terrain plus ou moins accidenté, ou course), les besoins musculaires augmentent et nécessitent un apport sanguin supplémentaire qui ne peut être alors fourni et une douleur apparaît pour une distance plus ou moins réduite. En fonction des comorbidités, plutôt qu'un pontage « direct » qui nécessite une ouverture abdominale, votre chirurgien a opté pour un pontage « extra-anatomique » ou croisé qui ne nécessite qu'un abord inguino-crural.

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. La plaque athéromateuse est constituée d'une accumulation de graisses, de glucides (sucres), de tissus fibreux et de dépôts calcaires. Cette plaque peut se compliquer dans la paroi de l'artère. 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.

Le contrôle de ces facteurs de risque est impératif et repose sur l'acceptation de règles hygiéno-diététiques et la lutte contre la sédentarité.

COMMENT SE TRADUIT UNE ATTEINTE DE L'ARTÈRE ILIAQUE ?

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

- **Douleurs d'effort** : douleur à type de crampe ou de sensation de fatigue de certains groupes musculaires (cuisse, mollet), déclenchée par l'exercice physique et disparaissant au repos. Cette douleur survient à la marche, lors de la montée des escaliers, jamais au repos ni lors de 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 quelques mètres à plus de 500 mètres. Elle constitue un bon indice de la sévérité de l'artérite et permet une surveillance de son évolution.
- **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. Elles traduisent un degré avancé de la maladie et imposent un avis médical urgent avant la survenue d'ulcération, de gangrène ou de nécrose punctiforme sur les orteils, qui peuvent entraîner la perte de votre membre.
- Une **oblitération brutale** est responsable d'un tableau d'**ischémie aiguë**, imposant une **revascularisation urgente**

EXISTE-T-IL UNE ALTERNATIVE AU PONTAGE ?

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 écho-doppler.

Le traitement médical est systématique. Débuté et poursuivi, soit isolément, soit en association avec l'intervention chirurgicale, il comprend :

- La lutte contre les facteurs de risque vasculaire (marche régulière, arrêt du tabac, régime alimentaire, ...).
- Les médicaments : aucun médicament n'a d'effet reconnu ni certifié sur l'amélioration de la circulation artérielle ; les traitements sont essentiellement destinés à la prévention de la maladie athéromateuse et de 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 chirurgical n'est proposé qu'en cas de gêne fonctionnelle marquée, non améliorée par le traitement médical, ou lorsque le patient se plaint de douleurs de repos ou de plaies.

- Un traitement par angioplastie (dilatation +/- stent) est une alternative possible au pontage. Ce dernier est habituellement proposé en cas de difficultés ou de limites à la réalisation d'angioplastie. Une angioplastie est parfois nécessaire en complément du geste de pontage.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

L'intervention est pratiquée, dans la majorité des cas, sous anesthésie générale, mais aussi sous anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie), voire sous anesthésie locale avec sédation chez les patients les plus fragiles. L'anesthésiste vous précisera les modalités, les avantages et les risques liés à chaque type d'anesthésie.

La réalisation d'un pontage croisé consiste à remplacer le segment d'artère iliaque pathologique, en utilisant le plus souvent une prothèse (matériel synthétique), plus rarement un greffon veineux, prélevé sur la cuisse. Une allogreffe (banque d'organe) peut aussi être utilisée. Votre chirurgien vous détaillera cette éventualité. Le pontage court-circuite en quelque sorte l'artère iliaque oblitérée, en réalisant une dérivation entre les deux artères fémorales au pli de l'aîne, avec un trajet sous-cutané du pontage qui chemine au-dessus du pubis.

Cette intervention nécessite ainsi deux incisions, et les suites sont habituellement simples avec un lever précoce et une hospitalisation réduite, mais qui tient compte des co-morbidités.

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. Ils sont comparables à ceux associés à toute intervention chirurgicale, notamment en cas d'anesthésie générale. Ces risques sont plus importants chez les patients souffrant de maladies associées comme le diabète, l'hypertension, l'excès de graisses dans le sang, insuffisance rénale, bronchite chronique obstructive. Ils augmentent également en cas de réintervention. Les **complications** les plus graves sont l'infarctus ou les troubles du rythme du cœur, l'accident vasculaire cérébral, l'embolie ou les infections pulmonaires.

Des **saignements** sont possibles au cours de l'opération ou dans ses suites immédiates. Ils justifient parfois la réalisation de perfusions sanguines. Certains saignements sont dus à des fuites au niveau des sutures du pontage. Ils nécessitent une reprise chirurgicale pour assurer l'étanchéité des raccords entre l'artère et le pontage.

Les **hématomes** qui apparaissent dans les suites opératoires disparaissent sans nécessiter de geste chirurgical supplémentaire et sont favorisés par les traitements anti-coagulants et/ou anti-agrégants plaquettaires

Les incisions nécessaires aux abords fémoraux peuvent léser certains petits nerfs superficiels et entraîner des **troubles de la sensibilité cutanée** qui pourront s'améliorer avec le temps.

Les **complications lymphatiques** (écoulement séreux ou collection sous-cutanée) inhérents à la présence de ganglions au niveau de l'abord fémoral sont le plus souvent transitoires.

L'infection : Elle peut être superficielle ou profonde et avoir des conséquences redoutables pouvant conduire à une ré-intervention avec **ablation du pontage**. Tout écoulement doit faire l'objet d'un prélèvement et de soins locaux infirmiers avec une étroite surveillance. 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 chirurgical, peut entraîner une greffe bactérienne sur la prothèse vasculaire, il sera important de traiter ces foyers infectieux potentiels.

Parfois, à la suite d'une mauvaise circulation sanguine pendant plus de 6 heures, des douleurs très importantes, lors de la mobilisation de la jambe ou du pied, obligent le chirurgien à pratiquer des incisions en regard des muscles en cause pour éviter qu'ils se détruisent. Ce geste chirurgical appelé **aponévrotomie** vous sera détaillé par votre chirurgien.

Comme dans toute chirurgie concernant les vaisseaux, il existe un risque de formation de caillot (thrombose) et d'embolie, à la suite de la migration de ce caillot, responsable d'une **ischémie plus ou moins sévère**. Il s'agit de la complication la plus redoutée car imposant le plus souvent une réintervention car la menace sur la vitalité du membre concerné est bien réelle, faisant courir un risque d'**amputation**.

SURVEILLANCE

L'évolution de la pathologie athéromateuse (sténose sur une anastomose, thrombose du pontage ou apparition de sténoses sur d'autres territoires) nécessite une surveillance attentive de tous les opérés avec la pratique régulière d'un écho-doppler. En cas de rétrécissement sur une anastomose ou sur l'artère « donneuse », une dilation ou une réintervention, peut vous être proposée par votre chirurgien.

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.