

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

# PONTAGE AORTO-ILIAQUE, AORTO-FEMORAL UNI OU BILATERAL

---

### ➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

### ➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

---

Des examens spécialisés ont permis de mettre en évidence des lésions sévères et étendues (rétrécissement et/ou oblitération) de l'aorte et/ou des artères iliaques, nécessitant une intervention chirurgicale.

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. 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.

### À QUOI SERT L'AXE AORTO-ILIAQUE ?

L'aorte est un gros vaisseau, à l'origine de la majorité des artères du corps. La partie de l'aorte abdominale située en dessous des artères rénales (axe aorto-iliaque) se divise en 2 artères iliaques communes, la droite et la gauche. L'axe aorto-iliaque assure donc l'apport en sang oxygéné du petit bassin et des deux membres inférieurs. Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se bouche progressivement (sténose), un réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation du membre inférieur correspondant.

Au cours d'un effort (marche ou course), les besoins musculaires en oxygène augmentent et nécessitent un apport sanguin supplémentaire qui ne peut être fourni lorsque l'artère est rétrécie. L'évolution d'un rétrécissement artériel se fait vers l'oblitération.

### 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 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.

**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 AORTO-ILIAQUE ?

Parfois, la sténose de l'artère iliaque est suffisamment limitée pour ne pas être ressentie, et ce d'autant plus qu'on est sédentaire. Elle est dite asymptomatique. Le diagnostic est posé au cours d'un examen médical systématique réalisé par votre médecin généraliste ou par un médecin spécialiste (angiologue, cardiologue).

Les manifestations cliniques (artérite) liées au rétrécissement de l'aorte et/ou de l'artère iliaque, se traduisent par des signes de gravité croissante :

- **Douleurs d'efforts** : douleurs à type de crampe ou de sensation de fatigue de certains groupes musculaires (fesse, cuisse, mollet), déclenchée par l'exercice physique et disparaissant au repos. Ces douleurs s'accroissent lorsque l'on accélère le pas ou que le terrain est accidenté (côte, escaliers). La distance parcourue avant la survenue des douleurs (périmètre de marche) peuvent varier de quelques mètres à plus de 500 mètres et constitue un bon indice de sévérité de la maladie.
- **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 ou de gangrène.
- **Troubles trophiques punctiformes**, le plus souvent dûs à des embols de cholestérol au niveau des orteils. Beaucoup plus rarement, un authentique syndrome d'**ischémie aigue**.

Dans de rares cas, la lésion aorto-iliaque peut-être diagnostiquée au cours du bilan de **troubles sexuels** (difficultés d'érection).

## EXISTE-T-IL UNE ALTERNATIVE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

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

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, ...).
- **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.

L'extension des lésions athéromateuses et leur sévérité, n'a, le plus souvent, pas permis de réaliser un geste de **revascularisation endovasculaire** (angioplastie, recanalisation, angioplastie, avec ou sans stent).

## QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

L'intervention est pratiquée dans la majorité des cas sous anesthésie générale. Le médecin anesthésiste vous précisera les modalités, les avantages et les risques liés à l'acte anesthésique.

L'intervention de base est la réalisation d'un pontage aorto-iliaque ou aorto-fémoral, uni ou bilatéral et consiste à remplacer le segment d'artère pathologique, le plus souvent à l'aide d'une prothèse (matériel synthétique).

Cette intervention nécessite les plus souvent deux incisions. La première est réalisée au niveau de l'abdomen pour implanter la prothèse sur l'aorte ou l'artère iliaque, la seconde au niveau de l'aîne pour le raccordement au niveau de l'artère fémorale de manière uni ou bilatérale.

La durée d'hospitalisation varie de 8 à 15 jours avec une période post-opératoire de 2 à 5 jours en moyenne, en unité de soins intensifs.

## QUELS SONT LES ACCIDENTS ET INCIDENTS POSSIBLES PEROPÉRATOIRES ?

Certains incidents ou accidents peuvent survenir malgré toutes les précautions mises en œuvre.

Ces incidents sont, pour la plupart, aussitôt identifiés et traités, parfois favorisés par des anomalies ou variations anatomiques. Il peut s'agir de :

- **Plaies des vaisseaux de voisinage** (veine cave inférieure, veine iliaque, veine lombaire...) responsables d'hémorragies importantes, pouvant nécessiter une transfusion de produits sanguins.
- **Plaies des organes de voisinage** (uretère, anses digestives...) relevant d'un traitement spécialisé.
- **Accidents d'anesthésie** : une information spécifique vous est délivrée lors de la consultation pré opératoire.

## QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR APRÈS L'INTERVENTION ?

- **Hémorragie** : elle survient essentiellement dans les 48 premières heures et peut rendre indispensable une transfusion et une réintervention chirurgicale rapide.
- **Ischémie aiguë et embolies artérielles** sont la conséquence de l'obstruction du pontage ou de la migration de caillots situés dans l'artère pathologique. Une réintervention peut alors être nécessaire. Dans les cas extrêmes, cela peut aboutir à une amputation de tout ou d'une partie des membres inférieurs.
- **Insuffisance rénale aiguë**, pouvant nécessiter le recours, le plus souvent provisoire, à l'hémodialyse (rein artificiel). Il s'agit parfois de l'aggravation d'une insuffisance rénale préexistante.
- **Insuffisance respiratoire aiguë**, en rapport avec la décompensation d'une atteinte respiratoire antérieure (bronchite chronique) ou avec la survenue d'une complication infectieuse (pneumopathie, surinfection bronchique). Elle peut prolonger la durée de la ventilation assistée et donc, le séjour en réanimation.
- **Infarctus intestinal**, favorisé par le contexte d'artério-sclérose généralisée. Il est le plus souvent localisé à la partie terminale du colon gauche, dont l'apport sanguin dépend de l'artère mésentérique inférieure qui provient de la portion haute de l'axe aorto-iliaque. Cette complication peut justifier de supprimer chirurgicalement une partie du cadre intestinal (résection intestinale).

- **Complications cardiaques**, dominées par le risque d'infarctus du myocarde. Ces complications justifient la réalisation d'un bilan préopératoire (échographie, scintigraphie, coronarographie) à la recherche d'une atteinte coronarienne sévère, pouvant relever d'un traitement spécifique.
- **Phlébite et embolie pulmonaire** : le risque est faible, prévenu par la prescription d'un traitement anticoagulant et/ou la reprise précoce de la marche.
- **Paraparésie** (diminution de la force musculaire) ou **paraplégie**, de survenue exceptionnelle et imprévisible, secondaire à une diminution du flux sanguin, le plus souvent favorisée par une anomalie anatomique de la vascularisation de la moelle épinière.
- **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.
- **Éventration** résultant d'une fragilité pariétale, exacerbée chez le bronchitique chronique du fait des efforts de toux. Une réparation chirurgicale peut s'avérer nécessaire.
- **La mortalité** au décours d'une chirurgie conventionnelle aorto-iliaque ou aorto-fémorale réglée (c'est à dire en l'absence de toute complication) est comprise entre 3 et 7 % selon les publications internationales.

#### Complications ou évolution secondaire

- **L'infection** est plus fréquente si le pontage est réalisé pour traiter une plaie cutanée ou un début de gangrène. Elle peut être superficielle ou profonde et avoir des conséquences redoutables pouvant conduire à une ré-intervention avec ablation de la prothèse. 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.
- **Fistule aorto-digestive** de survenue exceptionnelle, mais grave car exposant à un sepsis de la prothèse vasculaire qui impose son ablation chirurgicale, car le **pronostic vital** est en jeu.

## SURVEILLANCE

Les résultats, à distance de l'intervention, sont bons. Il faut surveiller l'apparition des problèmes de fragilité de la paroi abdominale (éventration), des troubles sexuels (éjaculation rétrograde, impuissance).

**Lors de l'évolution on peut observer des complications ou une reprise de la pathologie athéromateuse (sténose anastomotique, faux anévrisme, oblitération...). Cela justifie une surveillance attentive de tous les opérés clinique et paraclinique avec la réalisation régulière de contrôle écho-doppler.**

---

## 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.***