

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

# REVASCULARISATION CHIRURGICALE DU REIN

---

### ➤ 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 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.

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 – À 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, si une revascularisation n'est pas réalisée.

## 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 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 et l'oblitération de l'artère rénale sont longtemps **asymptomatiques** et découverte au cours d'un **examen échographique systématique** ou **motivé** dans le cadre du bilan d'une **hypertension artérielle** (HTA) ou encore devant des **perturbations biologiques**, par un médecin spécialiste (angiologue, cardiologue). Parfois, c'est suite à l'échec immédiat ou tardif d'une angioplastie de l'artère rénale, que l'intervention « ouverte » est proposée ou encore lorsqu'une revascularisation plus complète (chirurgie aortique et ou revascularisation digestive) est envisagée.

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

Dans tous les cas, avant d'envisager le geste chirurgical, 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...).

**NB** Les lésions sténosantes font discuter l'indication en première intention d'une angioplastie.

## V – QUELLES SONT LES TECHNIQUES PROPOSÉES ?

L'intervention est pratiquée dans une ambiance chirurgicale, le plus souvent sous anesthésie générale et consiste à **aborder** l'artère rénale, et l'aorte, par une ouverture de l'abdomen ou du flanc. Les techniques proposées, dont les modalités vous seront détaillées par votre chirurgien, comportent :

- ⇒ Le **pontage**, réalisé à l'aide d'une prothèse ou d'un greffon veineux ou artériel,
- ⇒ La **réimplantation**, parfois associée à une **endartériectomie**,
- ⇒ L'**auto-transplantation**, le plus souvent au niveau de l'artère iliaque.

La durée de l'hospitalisation est de quelques jours, 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 3 à 4 semaines et un traitement médical. 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 :

⇒ **Blessure d'un organe de voisinage** (digestif, vasculaire ou nerveux) pouvant nécessiter l'appel d'un chirurgien spécialiste et conduire à des séquelles spécifiques, plus ou moins lourdes, dont le détail vous sera fourni secondairement par votre chirurgien.

⇒ **Embolies** : La migration d'un embol cruorique (caillot) ou athéromateux peut entraîner un infarctus rénal, une ischémie mésentérique ou encore périphérique. S'il s'agit d'une embolie importante, le chirurgien peut être amené à réaliser en urgence une désobstruction chirurgicale.

**Complications de la maladie athéromateuse**, survenant pendant ou dans les suites immédiates de l'intervention (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...) pouvant compromettre le pronostic vital et/ou fonctionnel. De même des **complications respiratoires** (pneumopathie, embolie pulmonaire...), **digestives** (occlusion, pancréatite, décompensation hépatique...) peuvent nécessiter un traitement spécifique et également mettre en jeu le pronostic vital.

## VIII – QUELS SONT LES RISQUES ET INCIDENTS SPÉCIFIQUES AU DÉCOURS DE L'INTERVENTION ?

⇒ **Hémorragie** favorisée par l'utilisation de traitement anticoagulant et antiagrégant. En cas de saignement important et rapide, le chirurgien peut être amené à proposer une reprise chirurgicale, le pronostic vital étant en jeu ;

⇒ **Thrombose** découverte sur un contrôle echo-doppler systématique ou devant des signes cliniques (oligo-anurie) ou biologiques d'**Insuffisance rénale**. Une prise en charge médico-chirurgicale s'impose et le recours à **l'épuration extra-rénale**, transitoire ou définitive, peut s'avérer nécessaire.

⇒ **Sténose anastomotique** dont le délai de survenue peut être assez précoce (première année) traduisant une cause fibreuse cicatricielle, ou beaucoup plus tardive (en moyenne cinq ans) liée à l'évolution de la maladie athéromateuse.

Des **complications non spécifiques**, (occlusion sur bride, éventration,...) peuvent nécessiter un traitement chirurgical adapté

## 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.**