

## **INFORMATION SUR L'ANGIOPLASTIE ILIAQUE**

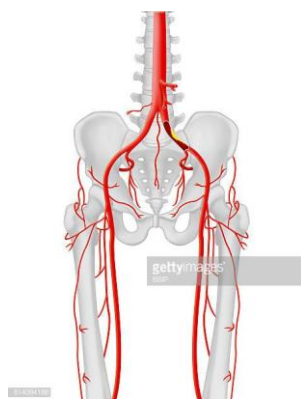
Madame, Monsieur,

Les examens ont montré un rétrécissement important de votre artère iliaque 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. Cette fiche vous aidera à vous préparer à l'intervention.

### **A QUOI SERT L'ARTERE ILIAQUE ?**

L'artère iliaque est l'artère nourricière principale du membre inférieur. Elle se situe profondément, au niveau de l'abdomen, sous l'ombilic, juste devant les os du bassin. Elle se prolonge par l'artère fémorale au niveau du pli de l'aîne.

Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se sténose (rétrécit), progressivement le réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation normale du membre. Au cours d'un effort (marche, course), les besoins musculaires augmentent et nécessitent un apport sanguin supplémentaire qui ne peut être fourni lorsque l'artère est rétrécie.



### **QUELLE LESION EST A L'ORIGINE DU RETRECISSEMENT DE L'ARTERE ILIAQUE ?**

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. Ces plaques athéromateuses se développent préférentiellement au niveau des bifurcations en raison des turbulences du flux sanguin. La maladie athéromateuse est favorisée par les facteurs de risque cardio-vasculaire : tabac, hypertension artérielle, anomalies lipidiques (cholestérol), diabète.

### **COMMENT SE TRADUIT UNE STENOSE ILIAQUE ?**

La sténose iliaque peut être asymptomatique et découverte au cours d'un examen médical systématique par votre médecin généraliste ou par un médecin spécialiste (angiologue, cardiologue).

Les manifestations cliniques (artérite) sont liées au degré de rétrécissement de l'artère et sont classées en deux stades de gravité croissante :

- *Douleurs d'effort* : douleur 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. Cette douleur survient

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 un simple engourdissement du membre. La distance parcourue avant la survenue de la douleur (périmètre de marche) peut varier de moins 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 extrémités (orteils, pieds) qui sont froides. Ces douleurs obligent le patient à laisser pendre la jambe hors du lit et cèdent alors très progressivement. Elles traduisent un degré plus avancé de la maladie et imposent un avis médical urgent avant la survenue d'ulcères ou de gangrène.

Dans de rares cas, la sténose 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 une intervention chirurgicale, il est impératif de consulter votre médecin qui vous guidera vers un médecin spécialiste (angiologue, cardiologue, chirurgien vasculaire) pour la réalisation d'un examen écho-doppler.

La prescription d'un traitement médical antiagrégant plaquettaire est la règle. Cette classe thérapeutique a prouvé son efficacité : les médicaments de référence sont l'aspirine et la ticlopidine (ticlid, plavix).

La lutte contre les facteurs de risque vasculaire par des mesures hygiéno-diététiques (marche régulière, arrêt du tabac, régime alimentaire) et médicamenteuses (vasodilatateurs) permet d'espérer la stabilisation des lésions.

### **EN QUOI CONSISTE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?**

L'intervention se déroule en salle hybride au bloc opératoire avec un guidage radiologique nécessitant l'utilisation des rayons X et une injection de produit de contraste iodé qui permet de mettre en évidence vos artères et la zone dite malade.

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 les 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 ».

Après avoir retiré le cathéter, un pansement compressif est maintenu jusqu'au lendemain.



### **COMMENT S'ORGANISE VOTRE PRISE EN CHARGE ?**

Au cours de la consultation initiale votre chirurgien vous fournira toutes les explications concernant le déroulement de votre opération et ce livret.

L'intervention est pratiquée **sous anesthésie locale associée à une sédation** par voie générale (perfusion). Vous aurez donc au préalable une consultation avec le médecin anesthésiste sauf si l'intervention se fait sous anesthésie locale pure.

Si vous prenez un traitement, merci de bien le préciser car certains médicaments doivent être arrêtés.

**Un consentement éclairé** vous sera remis lors de la consultation. Vous devrez impérativement le rapporter lu, rempli et signé le jour de votre admission.

**La dépilation** de la zone concernée sera réalisée par vos soins la veille de l'intervention à votre domicile.

L'intervention se déroule au cours d'une **hospitalisation ambulatoire ou d'une hospitalisation d'une nuit**.

Vous regagnerez votre domicile des **antalgiques et de soins locaux simples** que vous pourrez réaliser vous-même.

Vous pourrez bénéficier d'un **arrêt de travail** dont la durée sera discutée avec votre chirurgien au cours de la consultation initiale. Vous ne devez fournir aucun effort important pendant quelques jours. Les sportifs doivent attendre une semaine avant de reprendre leurs activités habituelles.

**Votre pansement compressif** doit être gardé pendant 24 heures. Vous pouvez ensuite le retirer vous-même. **Votre cicatrice** mesure environ 1 à 2 cm. Vous pourrez vous doucher normalement.

Vous serez revu en consultation par votre chirurgien **un mois** après l'intervention avec un écho-doppler de contrôle réalisé par votre angiologue au préalable.

Vos papiers de sortie (ordonnances + rendez-vous post-opératoires) vous seront remis au préalable à la consultation initiale afin que vous puissiez anticiper votre sortie.



## 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 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 soit au cours de la même intervention soit de manière différée.

- **Hémorragie par rupture de l'artère**, exceptionnelle. Elle peut être stoppée grâce à la mise en place d'une endoprothèse ou nécessiter une intervention chirurgicale (pontage).
- Dans ces cas, le recours à une transfusion peut s'avérer indispensable avec un risque de transmission virale (hépatites, HIV).
- **Thrombose** : l'artère dilatée peut se « boucher » (thrombose) à la suite d'un mécanisme de dissection (délaminage) de la paroi artérielle. Ce phénomène peut, le plus souvent, être évité par la mise en place d'un stent.
- **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 de l'artère en cause.

### QUELS SONT LES RISQUES ET LES INCIDENTS POST-CHIRURGICAUX ?



- **Hématome au niveau du point de ponction artérielle** (pli de l'aîne), favorisé par l'utilisation de traitements anticoagulants. 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 (1-3 /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 initiale et/ou anesthésique.
- **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 %. Le succès à long terme (5 ans) de l'angioplastie iliaque est d'environ 85 % et dépend beaucoup de la suppression des facteurs de risque (tabac).

Pour toutes questions vous pouvez contacter :

**Le secrétariat de Chirurgie Vasculaire**

**au 04.78.61.89.66**

**En cas d'urgence**, en dehors des horaires du secrétariat, et essentiellement la nuit qui suivra votre retour à domicile, vous pouvez appeler **le service de chirurgie au 04 78 61 85 03**. L'infirmière de nuit se chargera de contacter l'interne de chirurgie de garde.