

Le service
de chirurgie
vasculaire



ENDARTÉRIECTOMIE CAROTIDIENNE

TRAITEMENT D'ARTERES CAROTIDES RETRECIES

Informations destinées au patient

AZ OUDENAARDE
VZW



www.azoudenaarde.be

Introduction

Bienvenue dans le service de Chirurgie vasculaire. On vous a diagnostiqué un rétrécissement de l'une ou des deux artères carotides. Il est possible d'y remédier grâce à une intervention chirurgicale.

Une hospitalisation et une opération peuvent engendrer de nombreuses questions et incertitudes. Cette brochure vous donne des explications sur le rétrécissement de l'artère carotide et leur traitement chirurgical, ainsi que sur les aspects à la fois médicaux et pratiques, avant et après l'intervention. Le but n'est pas de remplacer les informations orales données en consultation mais bien de pouvoir à nouveau tout repasser en revue. Les informations suivantes sont donc d'application, à moins d'en avoir convenu autrement lors d'un entretien.

Que sont les artères carotides ?

Nous possédons deux types de vaisseaux sanguins dans notre corps, à savoir les artères et les veines. Le cœur pompe le sang via les artères pour l'acheminer jusqu'aux tissus (organes et muscles). Là, le sang libère de l'oxygène ainsi que des nutriments et absorbe les déchets. Le sang est ensuite renvoyé vers le cœur par les veines.

Les artères sont donc responsables de la circulation sanguine. L'artère principale de l'organisme, l'aorte, part du cœur. Les premières ramifications sont les artères carotides : une artère carotide droite et une artère carotide gauche. Vers le milieu du cou, chaque artère carotide se scinde en une artère carotide externe et en une artère carotide interne. La première forme de plus petites ramifications afin d'approvisionner les tissus et organes du cou ainsi que le visage en sang. La deuxième ne possède pas de ramifications et continue jusqu'au crâne pour irriguer le cerveau.



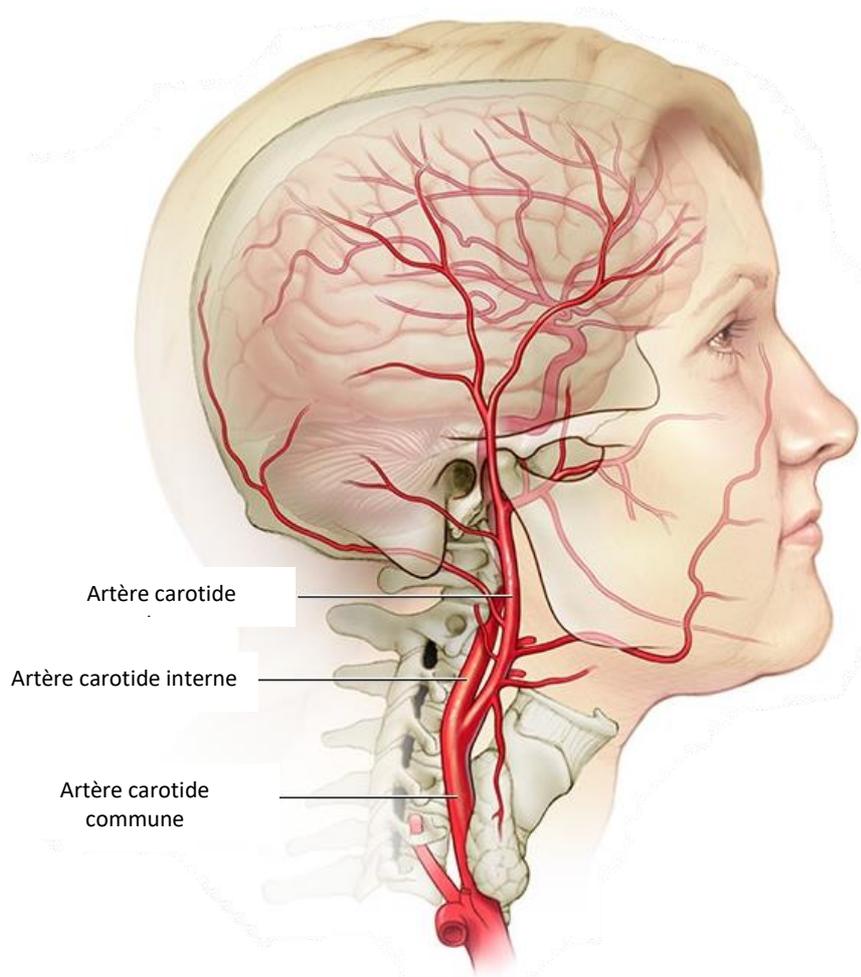


Fig. 1 : L'anatomie des artères carotides à droite.

Quelles sont les causes d'un rétrécissement ?

Un rétrécissement (sténose) des artères carotides est la conséquence d'une calcification artérielle (athérosclérose). Lorsqu'un rétrécissement s'aggrave, cela peut entraîner une obstruction complète (occlusion). Les principales causes de l'athérosclérose sont les suivantes :

- Le tabagisme
- Le diabète
- L'hypertension artérielle
- Un taux de cholestérol élevé
- Le surpoids, souvent associé à un manque d'exercice physique
- Une disposition héréditaire



Quels sont les symptômes ?

La plupart des patients avec un **rétrécissement léger à modéré** d'une artère carotide ne présentent aucun symptôme. Le cerveau s'adapte à cette irrigation sanguine réduite. C'est ce qu'on appelle les sténoses asymptomatiques.

Tous les patients atteints d'un **rétrécissement sévère** ne présentent pas de symptômes non plus. Ici, le danger est qu'un caillot de sang se forme et obstrue complètement le vaisseau sanguin. De plus petits caillots sont également susceptibles de se former, puis d'être transportés par le flux sanguin jusqu'au cerveau et y provoquer une occlusion. Dans les deux cas, l'apport de sang dans le cerveau est insuffisant et nous constatons une « perte » de certaines fonctions. Selon l'emplacement de l'occlusion, on peut par exemple observer une perte de force (parésie) ou la paralysie d'un bras (plégie) et/ou d'une jambe, des troubles du langage (aphasie) ou une cécité transitoire à un œil (amaurose fugace). Il s'agit alors de sténoses symptomatiques.

Lorsque ces symptômes sont de courte durée, nous parlons d'accident ischémique transitoire (AIT). Les troubles de nature permanente, nous les appelons un accident vasculaire cérébral (AVC) ou attaque.



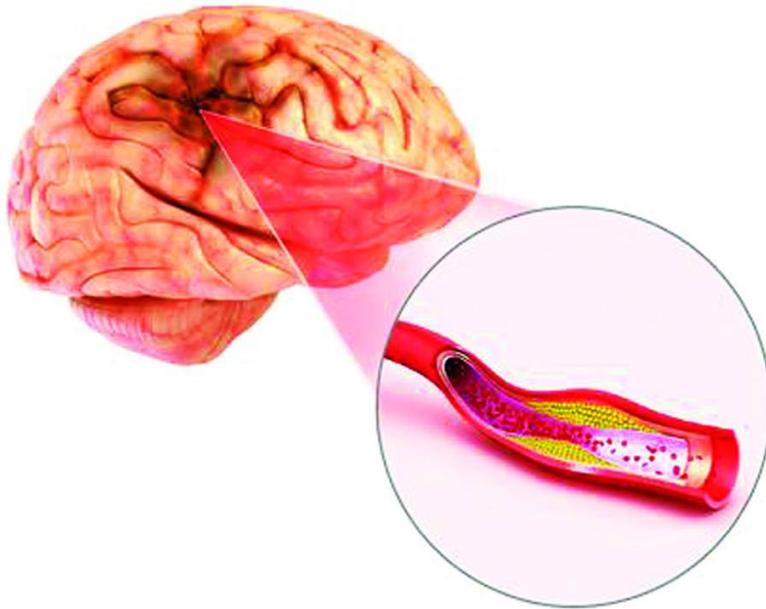


Fig. 2 : Lors d'un accident vasculaire cérébral, les tissus cérébraux meurent à cause du manque de sang.

Quand traiter ?

Un rétrécissement sévère d'une artère carotide entraîne une augmentation significative du risque d'AIT ou d'AVC. Cela vaut aussi pour les personnes qui présentent un rétrécissement n'ayant pas encore provoqué de symptômes. Les personnes atteintes d'un rétrécissement qui ont déjà fait un AIT ou un AVC courent un risque bien plus élevé de nouveaux problèmes graves.

Des études comparatives menées chez des patients présentant un rétrécissement sévère de l'artère carotide, symptomatique ou non, ont montré que le traitement chirurgical réduit le risque d'accident vasculaire cérébral, contrairement à un traitement uniquement composé de médicaments.

En revanche, si l'artère carotide est entièrement obstruée (occlusion totale), il n'y a plus d'intérêt à opérer au niveau du rétrécissement. Le vaisseau sanguin qui va jusqu'au cerveau ne peut alors plus être complètement ouvert. Une intervention chirurgicale n'apporte plus de bénéfice.



Une opération des artères carotides n'a pas pour but de remédier aux symptômes. Les troubles existants ne disparaîtront pas (plus vite) grâce à cette intervention. Vous ne vous sentirez donc pas mieux après celle-ci. Le traitement chirurgical vise à éviter d'autres dommages ou problèmes à l'avenir.

Quel traitement ?

Avant toute chose et quelle que soit la gravité des symptômes, les facteurs de risques actuels d'artériosclérose doivent être réduits : arrêt du tabac, alimentation saine et exercice physique en suffisance. L'AZ Oudenaarde collabore avec la clinique spécialisée dans l'arrêt du tabac d'Oudenaarde, la 'rookstopkliniek Oudenaarde' (rookstopkliniek@azoudenaarde.be). Le diabète, une hypertension artérielle et un taux de cholestérol élevé peuvent souvent être traités à l'aide de médicaments. Il a été démontré que la prise d'un léger anticoagulant (par ex. Asaflo[®] ou Cardioaspirine[®]) et d'un hypocholestérolémiant était bénéfique pour chaque patient atteint d'artériosclérose, même si le taux de cholestérol dans le sang était normal. Ces deux médicaments aident à prévenir la propagation de l'artériosclérose, non seulement dans les artères carotides, mais aussi dans d'autres endroits comme le cœur.

Il existe plusieurs possibilités de traitement selon les caractéristiques du patient et le rétrécissement :

- Traitement conservateur
- Traitement endovasculaire (pose d'un stent)
- Traitement chirurgical ouvert (endartériectomie carotidienne)

Pour vous, on a opté pour un traitement chirurgical ouvert (endartériectomie carotidienne).



Endartériectomie carotidienne : principe

Lors d'une endartériectomie carotidienne (EAC), on enlève le morceau de calcium de l'artère carotide.

Le chirurgien examine l'artère rétrécie en pratiquant une incision sur le côté du cou. On administre un anticoagulant et l'artère est clampée au-dessus et au-dessous du rétrécissement. Le vaisseau sanguin est ouvert et le rétrécissement, qui consiste en un fragment de calcium, est éliminé. Le vaisseau sanguin est ensuite fermé : il peut être simplement suturé mais on peut également utiliser un morceau de plastique (patch). Ensuite, on pose un drain dans le champ opératoire et la plaie est refermée.

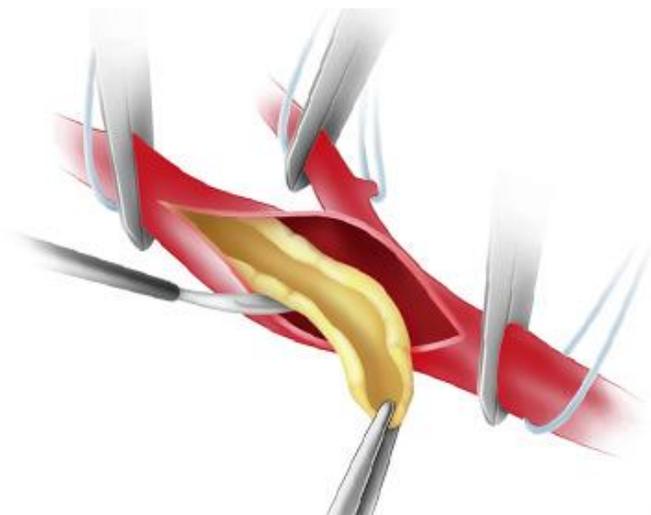


Fig. 3 : Le calcium est extrait après le clampage de l'artère carotide.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Vu que la tension artérielle doit être surveillée de très près après l'opération, le patient est généralement conduit au service des Soins Intensifs en observation.



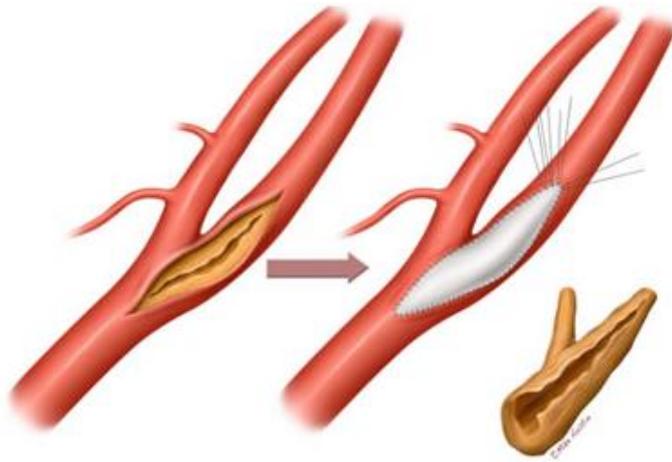


Fig. 4 : Après avoir enlevé le calcium, le vaisseau sanguin peut être fermé sur un morceau de plastique.

Déroulement pratique

Nous décrivons ci-dessous le déroulement de l'admission pour la plupart des patients. Des exceptions peuvent être prévues dans certains cas spécifiques.

Préparation

- L'opération nécessite une hospitalisation qui dure généralement quelques nuits.
- Vous devez être à jeun le jour de l'opération : vous n'avez donc plus le droit de manger ni de boire à partir de minuit.
- Le matin, vous pouvez prendre vos médicaments à domicile avec une petite gorgée d'eau, à l'exception des médicaments que votre médecin a arrêtés.
- Chez les hommes, les poils du cou doivent être rasés le soir avant l'opération.

Suivi postopératoire

- Après l'opération, vous êtes transportés dans le service des Soins Intensifs où vous restez une nuit pour observer votre cou, mesurer votre tension artérielle et surveiller votre état neurologique.
- Le lendemain, en chambre classique, il n'y a pas de restrictions particulières. L'infirmière y surveillera également votre tension artérielle.
- Généralement, le drain de la plaie est également retiré le lendemain de l'opération.
- Si tout se passe bien, vous pouvez rentrer chez vous le deuxième jour suivant l'opération.



Sortie

- Vous pouvez marcher de manière illimitée, les activités quotidiennes ne posent pas de problème.
- Vous pouvez continuer à prendre vos médicaments à domicile, sauf indication contraire du chirurgien.
- En cas de douleurs, le paracétamol est recommandé. Prenez de préférence 1 gramme (par ex. Dafalgan Forte) jusqu'à trois fois par jour.
- Un pansement étanche est appliqué sur la plaie dans le cou. Il peut rester en place pendant une semaine.
- Il n'y a pas de sutures à enlever. Cependant, un examen de la plaie par votre médecin généraliste environ dix jours après l'opération est recommandé.

Consultation de contrôle

Lors de votre sortie, un rendez-vous de contrôle sera fixé avec votre chirurgien, généralement environ trois semaines après l'opération.

Complications éventuelles

Toute intervention chirurgicale comporte des risques de complications. Lors de cette opération, les risques normaux de complications, comme une infection de la plaie, une hémorragie, une thrombose, une embolie pulmonaire, une pneumonie ou un infarctus, sont également présents. Le risque est réduit au maximum notamment grâce à un contrôle préopératoire approfondi.

Il n'est pas anormal que la sensation normale disparaisse temporairement dans la zone de la cicatrice chirurgicale, et que la peau qui recouvre cette zone paraisse spongieuse. Une lésion du nerf des cordes vocales ou de la langue peut survenir. Cela peut se manifester, par exemple, par un enrouement ou un affaiblissement des muscles de la langue. Les lésions de ces nerfs sont rarement permanentes. Dans la grande majorité des cas, le nerf se rétablit spontanément.



Cette opération peut également causer des lésions cérébrales, susceptibles d'entraîner une paralysie ou des troubles de la parole par exemple. Les conséquences peuvent être temporaires, mais parfois également permanentes. Heureusement, cela n'arrive pas souvent. En tous cas, le risque est bien plus faible que lorsque le rétrécissement n'est pas opéré.

Des complications spécifiques peuvent également survenir lors de toute intervention chirurgicale au niveau d'une artère :

- occlusion de l'artère (thrombose).
- saignement consécutif à l'administration d'anticoagulants.

Dans les deux cas, une nouvelle opération est nécessaire : afin de rouvrir le vaisseau sanguin ou pour stopper l'hémorragie.

Conclusion

Nous espérons que cette brochure vous a permis d'en savoir plus sur le rétrécissement de l'artère carotide, les possibilités de traitement, le déroulement de l'opération et les recommandations ultérieures. Si vous avez d'autres remarques ou questions, vous pouvez toujours vous adresser aux infirmiers et à votre chirurgien vasculaire.

Nous vous souhaitons un court et agréable séjour dans notre hôpital, ainsi qu'un prompt rétablissement.





Pour de plus amples informations, consultez :

le Docteur Bart De Nijs
le Docteur Jan Bontinck

SERVICE DE CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE

- Numéro général de l'hôpital : 055 33 61 11
- Service des courts séjours (département A1) : 055 33 61 00

✉ bart.denijs@azoudenaarde.be

✉ jan.bontinck@azoudenaarde.be

AZ Oudenaarde vzw

AZ OUDENAARDE
VZW



Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 - F 055 33 66 95

info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be