

**Le service
de chirurgie
vasculaire**



**ATP
ANGIOPLASTIE TRANSLUMINALE
PERCUTANÉE
(DILATATION PAR BALLONNET)**

**TRAITEMENT D'ARTERES ILIAQUES ET FEMORALES RETRECIES
OU OBSTRUEES**

Informations destinées au patient

AZ OUDENAARDE
VZW



www.azoudenaarde.be

Introduction

Bienvenue dans le service de Chirurgie vasculaire. On vous a diagnostiqué un rétrécissement ou une obstruction complète de l'artère iliaque ou fémorale. 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 ou l'obstruction des artères 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 iliaques et fémorales ?

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. Elle passe par le thorax (aorte thoracique) et la cavité abdominale (aorte abdominale). Au niveau du nombril, l'aorte se divise en deux artères iliaques (artères pelviennes), une pour chaque jambe, qui forment également des ramifications pour les intestins, la vessie et les organes génitaux.



Dans l'aîne, l'artère iliaque change de nom et devient l'artère fémorale (arteria femoralis communis). Elle aussi se scinde en deux : une ramification superficielle (arteria femoralis superficialis) et une profonde (arteria profunda femoris).

Plus bas, nous parlons de l'artère du genou (artère poplitée) et des artères de la partie inférieure de la jambe (artère tibiale antérieure, artère tibiale postérieure et artère fibulaire).

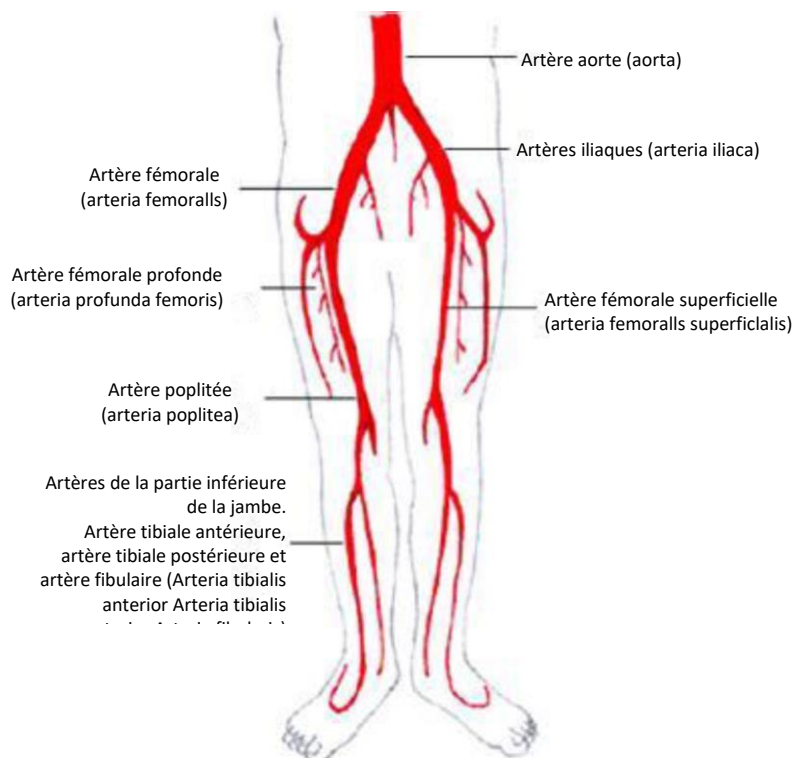


Fig. 1 : L'anatomie des artères des membres inférieurs.

Quelles sont les causes d'un rétrécissement ?

Un rétrécissement (sténose) des artères iliaques ou fémorales 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 ?

Claudication intermittente

Aussi appelée 'mal des vitrines' ou 'maladie du fumeur'. Au repos, les muscles des jambes de ces patients reçoivent encore un apport de sang suffisant. Cependant, lors de la marche, les muscles ont besoin de plus d'oxygène et donc de plus de sang. Des artères rétrécies ne sont pas en mesure d'en fournir assez, et les muscles protestent. Une douleur spasmodique peut se faire sentir dans la cuisse ou le mollet. En faisant une pause (par ex. en regardant une vitrine), la douleur disparaît et on peut à nouveau parcourir une certaine distance.

Douleur au repos ou douleur nocturne

Lorsque l'artériosclérose augmente encore, l'irrigation sanguine des jambes, même au repos, ne sera pas suffisante pour être indolore. Les patients souffrent également lorsqu'ils sont assis, ou typiquement la nuit lorsqu'ils sont au lit. On a alors souvent tendance à sortir le pied du lit, ce qui permet d'augmenter quelque peu l'irrigation sanguine - sous l'effet de la gravité - et d'atténuer les symptômes.

Plaies

À un stade encore plus avancé de la maladie, des plaies qui ne guérissent pas font leur apparition. On parle d'ulcères (artériels) susceptibles d'évoluer en gangrène (mort des tissus). Si l'irrigation



sanguine n'est pas rétablie, le patient risque de perdre des orteils, le pied ou même une jambe.

Autres symptômes

- Pieds froids et pâles
- Diminution de la repousse des poils sur les jambes
- Croissance ralentie des ongles
- Épaississement des ongles des pieds
- Cicatrisation lente des plaies
- Rougeur dépendante (pâleur de la jambe en élévation et rougeur en déclivité)

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'Audenaarde, 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. Asaflow® 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 jambes, mais aussi dans d'autres endroits comme le cœur ou le cerveau.



Il existe plusieurs possibilités de traitement selon la gravité des symptômes et l'emplacement du rétrécissement ou de l'obstruction :

- Traitement conservateur
- Traitement endovasculaire (dilatation par ballonnet)
- Traitement chirurgical ouvert (thromboendartériectomie ou bypass)

Pour vous, on a opté pour un traitement endovasculaire (ATP).

ATP : principe

Dans le cadre d'une angioplastie transluminale percutanée, on utilise un ballonnet que l'on gonfle pour supprimer le rétrécissement de l'artère. On appelle donc aussi cela la 'dilatation par ballonnet'. S'il s'avère que le rétrécissement reste trop important après dilatation du ballonnet, un stent supplémentaire peut être placé pour garder le vaisseau sanguin ouvert en permanence.

Le chirurgien réalise une ponction dans l'artère dans l'aîne. Il arrive parfois qu'on ponctionne une aîne pour traiter l'autre jambe. On ponctionne aussi parfois l'artère du bras au niveau du coude. On place ensuite une voie d'accès (introducer sheath) pour y injecter un produit de contraste. À l'aide d'une radiographie, on prend des photos spéciales des vaisseaux sanguins permettant de détecter les rétrécissements de manière très précises. Ensuite, nous glissons un fil-guide (guidewire) au-delà du rétrécissement. Un ballonnet est introduit sur ce fil-guide. Le fait de souffler dans ce ballonnet permet de dilater le rétrécissement. Ensuite, le ballonnet est enlevé et une radio de contrôle est réalisée. Si l'on observe toujours un rétrécissement, le médecin place un stent. Il s'agit d'un petit ressort métallique qui, contrairement au ballonnet, reste dans l'organisme pour maintenir le vaisseau sanguin correctement ouvert sur le long terme.



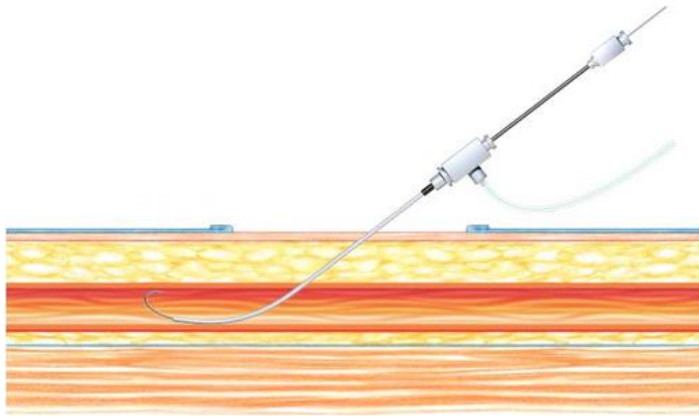


Fig. 2 : Un petit tube en plastique est passé au travers de la peau pour accéder au système sanguin.

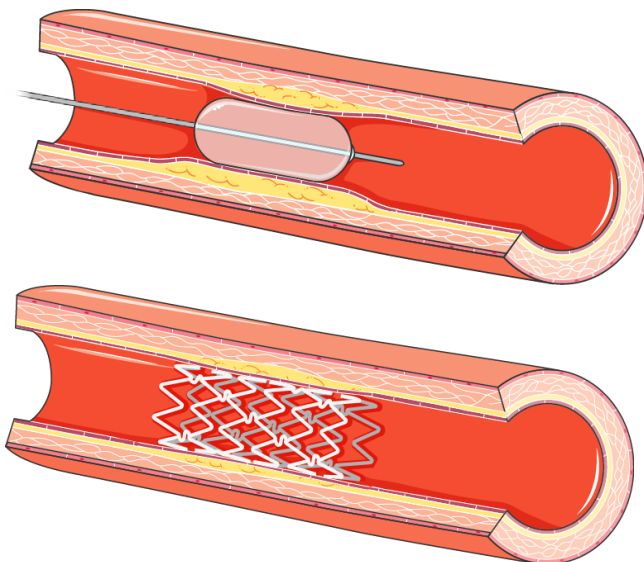


Fig. 3 : En haut : un ballonnet est gonflé dans le vaisseau sanguin. En bas : stent placé dans l'artère.

La voie d'accès ('introducer sheath') est enlevée à la fin de la procédure. Il ne reste qu'un petit trou dans l'artère qui peut être fermé de deux manières. Soit à l'aide d'un dispositif spécialement conçu à cette fin qui scelle le site de ponction à l'aide d'un fil ou d'une agrafe. Soit le chirurgien comprime le site de ponction avec la main jusqu'à ce que l'organisme lui-même arrête le saignement. Ensuite, un pansement compressif est placé sur l'aîne, pour rester en place



jusqu'au lendemain matin. D'ici-là, le patient doit rester tranquillement allongé dans son lit pour éviter toute hémorragie secondaire.

Selon l'ampleur de l'intervention et les préférences du patient, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale, locorégionale (péridurale) ou locale.

L'ATP est actuellement le traitement privilégié pour de nombreux rétrécissements. Cette intervention est moins 'invasive' que les opérations classiques car il n'y a pas d'incision et donc pas de cicatrice, avec tous les avantages que cela comporte. L'ATP est devenue un traitement de routine, notamment grâce aux énormes évolutions techniques au niveau du matériel disponible.

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 une nuit.
- 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.
- Les aines doivent être épilées le soir avant l'opération.

Suivi postopératoire

- Un pansement compressif est appliqué après l'opération.
- Vous êtes ensuite conduit en salle de réveil où vous restez deux heures en observation.
- Ensuite, vous retournez dans la chambre où vous restez alité jusqu'au lendemain.
- La perfusion reste également en place jusqu'au lendemain pour bien hydrater les reins.



Sortie

- Avant la sortie, on vérifie l'aïne quant à un éventuel gonflement ou saignement.
- Vous pouvez reprendre vos activités habituelles dès le lendemain de l'intervention, marcher ne pose pas de problème.
- Conduire est autorisé 24 heures après la sortie.
- Le levage de charges lourdes ainsi que les travaux physiques lourds sont à éviter au cours des premières semaines.
- Pour le cyclisme et les sports intensifs, il faut attendre encore deux semaines.
- Vous pouvez prendre une douche avec le pansement appliqué sur l'aïne, vous pouvez l'enlever vous-même au bout de deux jours.
- 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.

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

Aucune intervention n'est totalement dépourvue de risques de complications. Cependant, avec ce traitement peu invasif, le risque de complications peropératoires classiques (hémorragie, thrombose, embolie pulmonaire, pneumonie ou infarctus) est extrêmement faible.

Il est possible qu'une ATP ne permette pas de dilater le rétrécissement ou que l'on ne puisse pas traverser l'occlusion avec le fil-guide. Dans ce cas, nous examinerons ensemble si un traitement chirurgical ouvert est recommandé.

Pendant l'intervention, lors de la dilatation d'un vaisseau sanguin, il est possible que le vaisseau présente une déchirure. Cela survient rarement et peut généralement être résolu par voie endovasculaire.



Un produit de contraste est utilisé pendant l'intervention. Une réaction allergique à celui-ci est possible. Si vous le savez à l'avance, signalez-le à votre médecin afin qu'un traitement préventif puisse vous être administré.

Un autre inconvénient lié au produit de contraste est qu'il peut être nocif pour les reins. Les personnes dont les reins sont en bonne santé n'auront aucun problème. Pour les personnes dont les reins ne fonctionnent déjà pas bien, nous prenons les précautions nécessaires. Ils doivent arrêter de prendre certains médicaments au préalable et boire suffisamment la veille et le lendemain de l'intervention. Il est parfois nécessaire de placer une perfusion chez des patients ayant une mauvaise fonction rénale la veille de l'intervention.

Après l'intervention, il est possible que le site de ponction saigne. Le fait de comprimer un peu plus longtemps le site de ponction permet souvent de résoudre ce problème. Cela ne suffit pas toujours et dans ce cas, une petite opération est nécessaire pour arrêter le saignement.

Conclusion

Nous espérons que cette brochure vous a permis d'en savoir plus sur le rétrécissement ou l'obstruction des artères, 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 au personnel infirmier 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



Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 - F 055 33 66 95

info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be