

Le service
de chirurgie
vasculaire



THROMBOENDARTÉRIECTOMIE (TEA)

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'aine, 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).

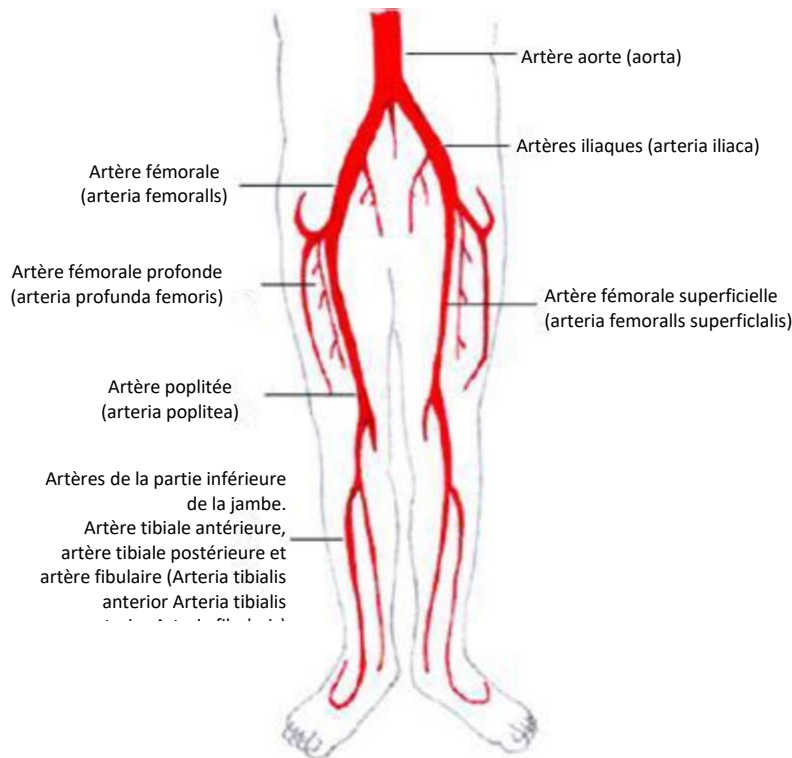


Fig. 1 : L'anatomie des artères des membres inférieurs.

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 chirurgical ouvert (thromboendartériectomie).

TEA : principe

Une thromboendartériectomie (TEA) est également appelée 'plastie de l'aîne'.

Le chirurgien pratique une incision verticale dans l'aîne pour trouver le vaisseau sanguin rétréci ou obstrué. 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. Si ce qui reste du vaisseau sanguin est suffisamment solide, le vaisseau est conservé et refermé, généralement sur un morceau de plastique (patch). S'il ne reste pas suffisamment de tissu solide au niveau du vaisseau sanguin, il doit être remplacé par un fin tuyau en plastique (interposition).

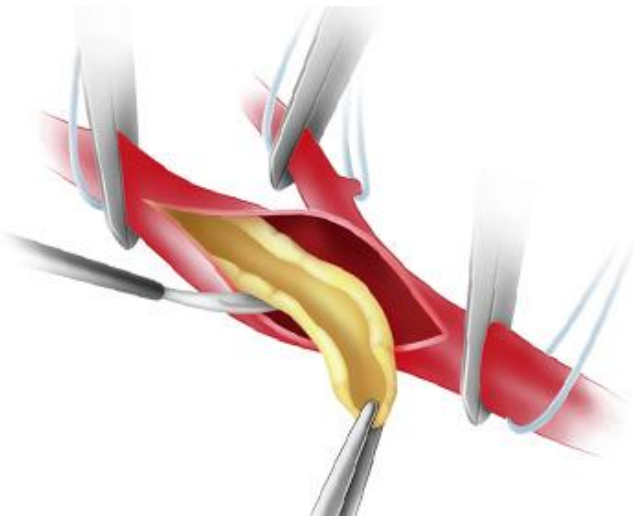


Fig. 2 : Le calcium est extrait après le clampage du vaisseau sanguin.

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



Une thromboendartériectomie peut être réalisée seule ou combinée à une autre opération (bypass, ATP...).

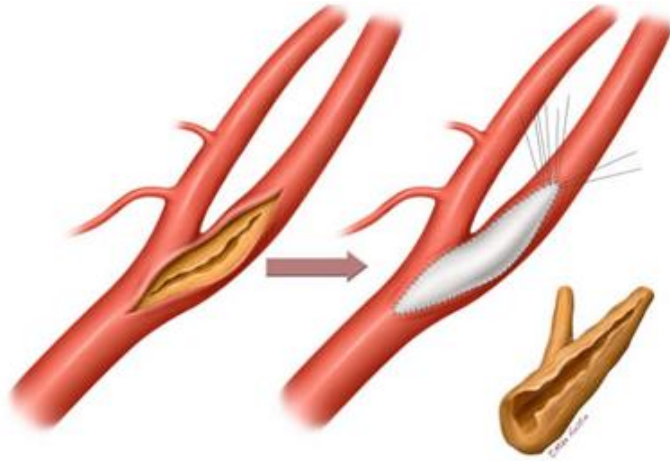


Fig. 3 : Après avoir enlevé le calcium, le vaisseau sanguin peut être fermé sur un morceau de plastique.

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

Suivi postopératoire

- Après l'opération, vous êtes conduit en salle de réveil où vous restez deux heures en observation.



- Ensuite, vous retournez dans la chambre où vous restez alité jusqu'à 24 heures après l'opération.
- Il y a souvent un drain dans la plaie, qui est généralement enlevé le lendemain.
- Le lendemain de l'opération, vous pouvez vous lever pour aller aux toilettes mais de façon limitée.
- Vous pouvez marcher dès le deuxième jour.
- Si tout se passe bien, vous pouvez rentrer chez vous le troisième jour suivant l'opération.

Sortie

- Vous pouvez marcher de manière illimitée.
- Il est conseillé de ne pas faire de vélo au cours des deux premières semaines.
- Le levage de charges lourdes ainsi que les travaux physiques lourds sont à éviter au cours des premières semaines.
- 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.
- La plaie dans l'aîne doit généralement être soignée une fois par jour, des soins à domicile sont prescrits à cette fin.
- Les points de suture ou agrafes peuvent être retirés par le médecin généraliste deux semaines après l'opération.

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 dépourvue de 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 après la guérison dans la zone de la cicatrice chirurgicale, et que la peau qui recouvre cette zone paraisse spongieuse.

Un gonflement de la jambe opérée, que nous appelons un œdème de revascularisation, peut parfois survenir. Cela se produit parce que l'apport de sang a augmenté, mais que le drainage n'a pas encore eu lieu. Ce gonflement peut persister quelques semaines. Nous luttons autant que possible contre celui-ci en surélevant la jambe lorsque le patient se repose. Un léger bas de contention peut éventuellement être porté temporairement.

Des complications spécifiques peuvent également survenir lors d'interventions chirurgicales au niveau d'une artère :

- une occlusion de l'artère (thrombose).
- un 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 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

AZ OUDENAARDE
VZW



Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 - F 055 33 66 95

info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be