

Angioplastie et stenting des artères des membres inférieurs

Problématique médicale

Bénéfices

La maladie artérielle obstructive du membre inférieur engendre une diminution de la perfusion sanguine de la jambe. Ce manque de sang peut se manifester sous la forme de douleurs à la marche, de douleurs au repos et de lésions cutanées. L'angioplastie et le stenting des artères des membres inférieurs servent à améliorer la perfusion sanguine et ainsi à faire diminuer voir disparaître les symptômes.

Risques

Les risques principaux de l'intervention sont le saignement sur le point de ponction, le saignement sur la rupture ou la perforation de l'artère traitée et la non-amélioration voir l'aggravation des symptômes en cas d'échec. La probabilité de telles complications est très variable et dépend de l'étendue et de la topographie des lésions artérielles. Dans les cas extrêmes cela peut aboutir à une amputation du membre.

Il existe un risque de réaction allergique au produit de contraste que nous utilisons pour visualiser les artères.

Il existe un risque d'insuffisance rénale aiguë, voire même de dialyse, chez les patients ayant une mauvaise fonction rénale.

Remboursement

Cette intervention est intégralement remboursée par la caisse maladie.

Illustrations



Ballonnet et stent

Solutions alternatives

Les artères des membres inférieurs peuvent aussi être traitées par chirurgie ouverte. Celle-ci implique des incisions cutanées et donc des risques plus importants et une convalescence plus longue. Par contre la technique ouverte a en général de meilleurs résultats sur le long terme que l'angioplastie et le stenting. Chaque patient est unique et le choix de la bonne technique doit se faire en fonction de l'état de santé du patient, de l'étendue des lésions artérielles et des attentes du patient.

En cas de claudication, un traitement conservateur par entraînement à la marche peut être tenté avant l'intervention. Celui-ci permet parfois d'élargir le périmètre de marche de manière suffisante et d'éviter ainsi une intervention. L'entraînement à la marche se fait sous supervision des angiologues, trois fois par semaine pendant trois mois.

Déroulement

Préparation à l'intervention

Vous devez être à jeun au minimum 6 heures avant l'intervention. Si vous êtes sous traitement anticoagulant (sintrom, macoumar, arixtra, eliquist,...) celui-ci doit être arrêté avant l'intervention. Si vous êtes sous traitement antiagrégant (aspirine cardio, plavix) celui-ci peut habituellement être

continué. Dans le cas contraire le Dr Holzer ou votre anesthésiste vous diront de le stopper. Si vous souffrez d'insuffisance rénale vous serez hospitalisé 24 heures avant l'intervention pour une hydratation intraveineuse. Si vous souffrez d'allergie au produit de contraste une préparation vous sera prescrite 24 heures avant l'intervention.

Le site d'accès de l'artère doit être propre et rasé.

Déroulement de l'intervention

L'intervention se fait sous anesthésie locale ou générale. Le type d'anesthésie est choisi selon les contraintes chirurgicales, les risques anesthésiques et le souhait du patient. L'artère est accédée par une ponction ou une courte incision, généralement au niveau du pli inguinal. Parfois l'accès peut se faire au bras ou sur la jambe. Un guide (fil métallique) est passé au travers de l'artère malade. Celle-ci est alors dilatée à l'aide de ballonnets que l'on glisse sur le guide et que l'on gonfle en regard de la lésion. Si cette dilatation est insuffisante, un stent (tube métallique) est déployé dans l'artère malade afin de la maintenir ouverte. En fin d'intervention, le guide est retiré et le point de ponction est fermé par un dispositif spécial ou par compression manuelle prolongée (20 minutes). En cas d'incision celle-ci est refermée par des sutures.

Complications

La principale complication de cette procédure est le saignement sur le point de ponction. Ceci peut habituellement être traité par une compression prolongée. Plus rarement une incision chirurgicale est nécessaire. L'artère peut aussi s'occlure au niveau du dispositif de fermeture du point de ponction, une incision chirurgicale est alors nécessaire. Parfois le guide ne peut pas traverser l'artère malade car l'occlusion est trop indurée ou longue. L'intervention doit alors être abandonnée et un autre traitement doit être envisagé, le plus souvent par chirurgie ouverte.

Phase post-procédure

Suites opératoires

Vous devrez rester alité durant 6 heures après l'intervention. Vous pourrez normalement rentrer à domicile le soir même ou le lendemain. Parfois, en fonction de votre état de santé, une hospitalisation plus longue peut être nécessaire.

Si une fois à domicile vous constatez l'apparition d'une bosse au niveau du point de ponction vous devez immédiatement contacter le Dr Holzer. Si vous éprouvez des douleurs nouvelles, une sensation de perte de sensibilité ou d'engourdissement au niveau de la jambe vous devez immédiatement contacter le Dr Holzer.

Invitation du patient à poser ses éventuelles questions

Le Dr Holzer est à votre disposition pour répondre à toute question concernant l'intervention et ses suites.

Consultation anesthésique

Nos confrères anesthésistes se réservent le droit de vous convoquer à leur consultation avant l'intervention s'ils le jugent nécessaire à la lecture de votre dossier.