

# CHIRURGIE VASCULAIRE

CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE

CLINIQUE DU VAL D'OUEST

**Docteur Jean Robert BRUDON**  
*Chirurgien des hôpitaux*  
*Membre de l'Académie de Chirurgie*

69 1 70319 3

**Docteur Caroline HAASE RUBY**  
*Ancienne Assistante des Hôpitaux de*  
*Saint Etienne*  
*Chef de Clinique à la Faculté*  
69 103212

**Docteur David de RAVIGNAN**  
*Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon*  
*Chef de Clinique à la Faculté*

69 1 70532 1

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE CHIRURGIE CAROTIDIENNE

*Madame, Monsieur,*

*Les examens ont montré un rétrécissement important de votre artère carotide qui nécessite une intervention chirurgicale. Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention. Le Chirurgien et le Médecin Anesthésiste vous rencontreront en consultation préopératoire et vous expliqueront le déroulement de cette intervention. Cette fiche vous aidera à vous préparer à l'intervention.*

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

Le cerveau est irrigué par quatre artères. Il existe deux artères carotides et deux artères vertébrales droites et gauches. Ces artères se réunissent à la base du cerveau, à l'intérieur du crâne, et distribuent le sang à la totalité du cerveau. Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se sténose (rétrécit) progressivement le réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation normale du cerveau.

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

La maladie athéromateuse (artériosclérose) est à l'origine de l'immense majorité des lésions carotidiennes. 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 cérébrale soit une occlusion de l'artère. Ces plaques athéromateuses se développent surtout au niveau des bifurcations en raison des turbulences du flux sanguin. Chez l'homme, la bifurcation carotidienne est située au niveau du cou, de chaque côté environ 2 cm plus haut que la pomme d'Adam. La maladie athéromateuse est favorisée par les facteurs de risque cardiovasculaire : tabac, Hypertension artérielle, anomalies lipidiques (cholestérol), diabète.

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

La sténose carotidienne peut être asymptomatique (ne donner aucun symptôme) et découverte au cours d'un examen médical par votre Médecin Généraliste ou par un Médecin Spécialiste (Angiologue, Cardiologue) ou lors d'un examen (par exemple une échographie faite pour voir la glande thyroïde).

La sténose carotidienne peut être symptomatique avec des manifestations regroupées sous le terme d'Accident Vasculaire Cérébral. Il peut s'agir d'un accident transitoire régressant sans séquelle en moins de 24 h ou d'un accident constitué entraînant des séquelles plus ou moins importantes. Les manifestations cliniques sont en rapport avec la localisation et l'importance du territoire cérébral atteint :

- Atteinte oculaire (perte brutale et indolore de la vision d'un seul oeil).
- Paralysie d'un hémicorps, soit totale, soit limitée au membre supérieur et ou à la face.
- Perte de la parole isolée ou associée à une paralysie.

## 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, Neurologue) pour la réalisation d'un examen écho-doppler qui permet de voir le rétrécissement et de chiffrer le degré de sténose. Seules les sténoses serrées peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical.

Dans tous les cas (sauf contre-indication spécifique) le bilan préopératoire doit être complété par un Scanner Cérébral et/ou par une Angiographie ou une angio-IRM (Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire). Cet examen indolore permet de confirmer les données de l'écho-doppler et de visualiser les artères intracrâniennes et l'état du cerveau.

Pour les sténoses carotidiennes modérées ou moyennement serrées (pour lesquelles aucune intervention chirurgicale n'est nécessaire) et après l'opération (pour les sténoses serrées) la prescription d'un traitement médical anti-agrégant plaquettaire est la règle. Cette thérapeutique a prouvé son efficacité : diminution des Accidents Vasculaires Cérébraux de plus de 20% et des Infarctus du Myocarde de 30%. Les médicaments de référence sont l'Aspirine, la Ticlopidine (Ticlid) et le Clopidogrel (Plavix).

Le bénéfice de la Chirurgie Carotidienne a été clairement affirmé par plusieurs grandes études Européennes et Américaines. La chirurgie n'est envisagée que lorsque le rétrécissement de l'artère est supérieur à 70 %. Elle permet de réduire le risque d'accident vasculaire cérébral de 80% pour les rétrécissements symptomatiques et de 50 % pour les atteintes asymptomatiques.

La lutte contre les facteurs de risque vasculaire par des mesures hygiéno-diététiques et médicamenteuses permet d'espérer la stabilisation des lésions.

## QUELLES SONT LES MODALITES DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale ou sous anesthésie loco-régionale. Le Médecin Anesthésiste vous précisera les modalités, les avantages et les risques de la technique choisie. L'intervention de base est l'endartériectomie : elle consiste à enlever la plaque athéromateuse en clivant la paroi de l'artère. L'incision cutanée, de 10 à 15 cm, est située sur la face latérale du cou. L'artère est ouverte longitudinalement ou transversalement après un test de clampage vérifiant la tolérance du cerveau à l'interruption du flux artériel carotidien. Si la tolérance est mauvaise le Chirurgien met en place une dérivation temporaire (shunt). L'artère « nettoyée » est ensuite refermée par une suture puis contrôlée par une radiographie. L'incision est refermée par du fil résorbable sur un drain aspiratif. La durée de l'hospitalisation varie de 3 à 5 jours. Les soins postopératoires sont limités aux pansements et éventuellement aux injections sous-cutanées d'anticoagulant.

A la sortie, un traitement anti-agrégant plaquettaire est débuté. Vous serez revu en consultation par votre Chirurgien un mois après votre sortie du service, puis au 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois par votre Médecin Spécialiste pour un écho-doppler de contrôle. Cet examen permet de contrôler la qualité du geste chirurgical, de surveiller la cicatrisation de l'artère opérée et de surveiller l'évolution de l'artère carotide de l'autre côté.

## QUELS SONT LES INCIDENTS ET ACCIDENTS POSSIBLES AU COURS DE L'INTERVENTION ?

En dépit de tout le soin apporté, il peut se produire au cours de l'intervention, des incidents ou accidents qui sont pour la plupart aussitôt identifiés et traités. Il peut s'agir de :

- Lésions nerveuses. Dans la majorité des cas, il s'agit de contusion nerveuse responsable de troubles passagers, régressifs en quelques semaines :
  - L'atteinte des nerfs sensitifs cervicaux est fréquente et se traduit par une anesthésie de la mâchoire et du lobe de l'oreille.
  - L'atteinte de la branche mentonnière du nerf facial entraîne une asymétrie du visage avec chute de la commissure labiale.

- Les lésions des nerfs laryngés sont responsables de troubles de la voix et nécessitent un avis spécialisé (ORL). L'atteinte de la douzième paire crânienne entraîne la paralysie de la moitié de la langue et du voile du palais avec gêne à la mastication et à la déglutition.

- L'accident vasculaire cérébral est en rapport soit avec une mauvaise tolérance du cerveau à l'interruption brutale du flux sanguin soit avec une embolie cérébrale au cours de la dissection des artères ou au cours du rétablissement de la circulation. Il peut s'agir d'un accident limité, rapidement régressif ou d'un accident définitif.

- Les accidents d'anesthésie sont exceptionnels. Une information spécifique vous sera délivrée au cours de la consultation d'Anesthésie préopératoire.

2

## QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR APRES L'INTERVENTION ?

Deux complications spécifiques à la chirurgie carotidienne peuvent apparaître dans la période post-opératoire immédiate :

- L'hématome cervical compressif favorisé par l'utilisation des anticoagulants et les fréquentes poussées d'hypertension artérielle. Il se traduit par un gonflement douloureux du cou et une gêne respiratoire. S'il est important, il peut nécessiter une réintervention chirurgicale.

- L'accident vasculaire cérébral, en règle lié à une embolie cérébrale, nécessite des examens complémentaires en urgence (scanner, écho-doppler) pour décider d'une éventuelle reprise chirurgicale. Le risque neurologique est actuellement inférieur à 3 % dans les équipes spécialisées.

- Les douleurs cicatricielles sont rares et parfois en rapport avec la survenue d'un névrome sur les branches du plexus cervical superficiel. Ces douleurs peuvent justifier une consultation spécialisée afin de déterminer la prise en charge la plus adaptée à chaque cas (antalgiques, infiltrations, reprise chirurgicale).

A distance, les résultats de cette intervention sont globalement bons avec un risque de resténose commun à toutes les interventions sur le système artériel. Cette resténose est liée à une mauvaise « cicatrisation » de l'artère qui se rétrécit progressivement. Ce risque est maximum au cours de la première année, son mécanisme et sa prévention ne sont à l'heure actuelle pas établis.

**Au cours d'un entretien avec le chirurgien, je reconnais avoir reçu des informations claires et détaillées sur la nature et le déroulement de l'intervention chirurgicale programmée. J'ai été prévenu des risques particuliers et des complications possibles de cette intervention.**

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

*Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité du médecin.*

*Document établi selon les recommandations de la société de Chirurgie Vasculaire De Langue Française.*

*A rapporter lors de l'hospitalisation et à remettre aux infirmières du service.*

