



CHIRURGIE

Information Médicale

Pontage fémoro-poplité

Etiquette patient

Madame, Monsieur,

Les examens ont montré un rétrécissement important de votre artère fémorale qui nécessite une intervention chirurgicale.

Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention. Le chirurgien et le médecin anesthésistes vous rencontreront en consultation pré-opératoire et vous expliqueront le déroulement de cette intervention. Cette fiche vous aidera à vous préparer à l'intervention.

A QUOI SERT L'ARTERE FEMORALE SUPERFICIELLE ?

L'artère fémorale superficielle est l'artère nourricière principale de la jambe. Elle prend naissance au niveau du pli de l'aîne, à partir de l'artère fémorale et se prolonge au niveau du genou de l'artère poplitée.

Dans la majorité des cas, lorsqu'une artère se sténose (rétrécit), progressivement le réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation normale de la jambe.

Au cours d'un effort (marche, course...), les besoins musculaires augmentent et nécessitent un apport sanguin supplémentaire qui ne peut être fourni que lorsque l'artère est rétrécie ou bouchée.

QUELLE LESION EST A L'ORIGINE DU RETRECISSEMENT DE L'ARTERE FEMORALE SUPERFICIELLE ?

La maladie athéromateuse est à l'origine de l'immense majorité des lésions artérielles. 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 soit une occlusion de l'artère.

Ces plaques athéromateuses se développent surtout au niveau des bifurcations en raison des turbulences du flux sanguin.

La maladie athéromateuse est favorisée par des facteurs de risques cardio-vasculaires : tabac, hypertension artérielle, anomalies lipidiques (cholestérol), diabète...

COMMENT SE TRADUIT UNE ATTEINTE DE L'ARTERE FEMORALE SUPERFICIELLE ?

Les manifestations cliniques regroupées sous le terme d'artérite sont liées au degré de rétrécissement de l'artère et sont classées en deux stades de gravité croissante :

- **Douleurs d'effort** : Douleur à type de crampe ou de sensation de fatigue de certains groupes musculaires (pied, mollet) déclenchée par l'exercice physique et disparaissent au repos. Cette douleur survient à la marche, jamais au repos ou à la station debout. Il peut également s'agir de sensation de serrement, de torsion, de brûlures ou un simple engourdissement du membre. La distance parcourue avant la survenue de la douleur (périmètre de marche) peut varier de moins de 50 mètres à plus de 500 mètres et constitue un bon indice de sévérité et de surveillance de l'artérite.

- **Douleurs de repos** : Il s'agit de douleurs nocturnes intenses, souvent intolérables, siègent au niveau des extrémités (orteils, pied) qui sont froides. Ces douleurs obligent le patient à se lever ou à laisser pendre les jambes hors du lit et cèdent alors très progressivement. Elles traduisent un degré avancé de la maladie et imposent un avis médical urgent avant la survenue de plaies ou de gangrène.

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, chirurgien vasculaire) pour la réalisation d'un examen écho-doppler.

Le traitement médical doit être, systématiquement débuté et poursuivi, soit isolément, soit en association avec l'intervention chirurgicale. Il comprend :

- La lutte contre « les facteurs de risques vasculaires » par des mesures hygiéno-diététiques (marche régulière, arrêt du tabac, régime alimentaire)
- Les médicaments
- Vasodilatateurs : des études ont permis d'objectiver une amélioration d'environ 50% du périmètre de marche. Leur efficacité sur l'évolution à long terme de la maladie est contestée.
 - o anti-agrégant plaquettaire (aspirine, Ticlid et dérivés) ont prouvé leur efficacité surtout en terme de prévention de la survenue d'accidents cardio-vasculaires secondaires (réduction du risque de 25%)

Le traitement chirurgical n'est proposé qu'en cas de gêne fonctionnelle marquée ou au stade de douleurs de repos ou de plaies.

QUELS SONT LES MODALITES DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

L'intervention est pratiquée, au Bloc opératoire, sous anesthésie générale ou sous anesthésie locorégionale. Le médecin anesthésistes, vous précisera les modalités, les avantages et les risques de la technique choisie.

L'intervention de base est le pontage fémoro-poplitée veineux ou prothétique. Il consiste à court-circuiter le segment de l'artère pathologique soit par un tube prothétique (Dacron, Goretx) soit par une veine superficielle (veine saphène). Cette intervention nécessite au minimum deux incisions : la première située au niveau de l'aîne permet de raccorder la prothèse ou la veine à l'artère fémorale, la deuxième au-dessus ou au-dessous du genou, est utilisée pour le raccordement (anastomose) au niveau de l'artère poplitée. Dans le cas des pontages veineux, plusieurs incisions supplémentaires sur la cuisse, sont en général nécessaires pour ligaturer les branches de la veine.

La durée de l'hospitalisation varie de 5 à 10 jours.

Les soins post-opératoires sont limités aux pansements et aux injections sous-cutanées d'anticoagulants.

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^{ème} et 6^{ème} mois par votre écho-doppler de contrôle.

QUELS SONT LES ACCIDENTS ET COMPLICATIONS POSSIBLES AU COURS DE CETTE INTERVENTION ?

En dépit de tous les soins apportés, il peut se produire au cours de l'intervention dans les rares cas des incidents ou des accidents qui sont pour la plupart aussitôt identifiés et traités. Il peut s'agir :

- **D'Hémorragie par blessure artérielle ou veineuse** : La transfusion de produits sanguins reste exceptionnelle au cours de ce type d'intervention.
- **De Lésions nerveuses** : Dans la majorité des cas, il s'agit de contusion nerveuse responsables de troubles passagers. L'atteinte des nerfs sensitifs fémoraux est fréquente et se traduit par une zone d'insensibilité ou des douleurs à type de décharges électriques sur la face antérieure ou interne de la cuisse. Les douleurs régressent en général rapidement, mais des troubles sensitifs peuvent persister plusieurs mois.
- **D'Accidents d'anesthésie**, exceptionnels. Une information spécifique vous sera délivrée par le médecin au cours de la consultation pré-opératoire.

QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR APRES L'INTERVENTION ?

Des complications spécifiques peuvent apparaître dans la période post-opératoire immédiate.

- **L'Hématome** favorisé par l'utilisation de traitements anti-coagulants et les fréquentes poussées d'hypertension artérielle. Il se traduit par un gonflement douloureux. S'il est important, il peut nécessiter une réintervention chirurgicale.

- **Les complications lymphatiques** : sont constatées au niveau du pli de l'aîne. Il peut s'agir d'épanchement de lymphes (lymphorée) ou de tuméfaction (lymphocèle). Si cet écoulement ne se tarit pas spontanément, il peut être préférable de réintervenir pour ligaturer les vaisseaux lymphatiques responsables.

- **Phlébite et embolie pulmonaires** : sont exceptionnelles et font l'objet d'une prévention systématique au cours de l'hospitalisation (anti-coagulant, lever précoce).

⇒ L'infection est plus fréquente si le pontage est réalisé pour traiter une plaie ou un début de gangrène. Elle peut être superficielle ou profonde. Redoutable en cas de pontage prothétique, elle impose alors une réintervention avec ablation de prothèse et réalisation d'un pontage veineux.

- **La thrombose (pontage obstrué)** : peut survenir soit immédiatement après l'intervention soit au cours de l'hospitalisation. Elle traduit le plus souvent un problème technique (veine de mauvaise qualité, artère receveuse trop abîmée...) et oblige à une réintervention immédiate. Lorsqu'un nouveau pontage n'est techniquement pas réalisable, l'évolution de l'artérite peut être défavorable avec l'apparition de douleurs insupportables et de gangrène, qui font discuter de la nécessité d'une amputation.

A distance, les résultats de ces interventions sont globalement satisfaisants avec une perméabilité moyenne de 70% à 5 ans, au prix d'une surveillance régulière afin de dépister une éventuelle dégradation progressive des zones de « raccordement » entre le pontage et les artères.

Au cours d'un entretien avec le docteur **PIERONNE**, 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 :

Date :

Prénom :

Signature :