

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

STÉNOSE CAROTIDIENNE

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

Endartériectomie Carotide Interne

Des examens spécialisés ont permis de mettre en évidence une **lésion sévère** (rétrécissement appelé sténose et/ou ulcération) **de la bifurcation carotidienne** nécessitant une intervention chirurgicale. Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé du **déroulement** et des **suites normalement prévisibles** de l'intervention, mais aussi des **risques encourus** et notamment des **principales complications** comparativement à l'évolution spontanée de votre pathologie. Le chirurgien et le médecin anesthésiste vous expliqueront lors de la consultation tous ces éléments, cette fiche étant destinée à vous préparer à l'intervention et à susciter éventuellement des **précisions supplémentaires**.

À QUOI SERT L'ARTÈRE 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 (rétrécie) de manière progressive, le réseau de suppléance se développe et assure une oxygénation normale du cerveau.

QUELLE LÉSION EST À L'ORIGINE DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE ?

La **maladie athéromateuse** est à l'origine de l'immense majorité des lésions de l'axe carotidien. La plaque athéromateuse consiste en une accumulation de lipides (graisses), de glucides (sucres), de tissus fibreux et de dépôts calcaires dans la paroi artérielle. Cette plaque peut se compliquer en se fracturant à l'intérieur de l'artère, ce qui peut entraîner soit une **embolie**, soit une **thrombose** de l'artère (caillot).

La maladie athéromateuse est favorisée par les **facteurs de risque cardio-vasculaires** : **tabac, hypertension artérielle, anomalies lipidiques, diabète**.

Le **contrôle de ces facteurs** de risque est impératif et repose sur l'acceptation de **règles hygiéno-diététiques** et la **lutte contre la sédentarité**.

COMMENT SE TRADUIT UNE STÉNOSE CAROTIDIENNE ?

La sténose carotidienne peut être **asymptomatique** et découverte au cours d'un **examen médical systématique** par votre médecin traitant ou par un médecin spécialiste (angiologue, cardiologue, neurologue, ...) ou lors d'un examen écho-doppler.

La sténose carotidienne peut-être **symptomatique** sous forme de manifestations cliniques regroupées sous le terme d'accident vasculaire cérébral. Il peut s'agir d'un accident **transitoire** régressant sans séquelle en moins de

24h 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 œil) ;
- **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 ;
- **D'autres troubles** moins significatifs.

EXISTE-T-IL UNE ALTERNATIVE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

Dans tous les cas, avant d'envisager l'intervention chirurgicale, un bilan complet a été réalisé, recherchant **d'autres atteintes de la maladie athéromateuse**, et appréciant l'état des **principales fonctions vitales** (cœur, reins, poumons, ...).

Un bilan préopératoire complet (comprenant un examen écho-doppler, un scanner cérébral) va préciser le degré de sténose et le retentissement intra crânien de cette lésion. Seules les sténoses serrées et/ou ulcérées peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical et dans tous les cas, le bilan préopératoire va être complété par un angio-scanner, une artériographie ou une angio-IRM (imagerie par résonnance magnétique nucléaire). Cet examen dont il vous sera précisé les modalités, permet de confirmer les données de l'étude hémodynamique doppler et de visualiser les artères intra crâniennes ainsi que l'état du cerveau.

Pour les sténoses carotidiennes modérées ou moyennement serrées (pour lesquelles aucune intervention chirurgicale n'est nécessaire) et après l'intervention pour les sténoses serrées, la prescription d'un traitement médical antiagrégant plaquettaire est la règle. Cette thérapeutique a prouvé son efficacité par la diminution des accidents vasculaires cérébraux de plus de 20 % et des infarctus du myocarde de près de 30 %.

Le **bénéfice de la chirurgie carotidienne** a été clairement affirmé par plusieurs grandes études européennes et américaines lorsque le rétrécissement est égal ou supérieur à 70 %. Cela permet de réduire le risque d'accident vasculaire cérébral de **80 % pour les sténoses symptomatiques**, et de **50 % pour les lésions asymptomatiques**.

La lutte contre les facteurs de risque vasculaire par des mesures hygiéno-diététiques et médicamenteuses permet de ralentir la progression de la maladie athéromateuse.

N.B : Actuellement, l'angioplastie carotidienne n'a pas fait la preuve de son efficacité par rapport au geste chirurgical en raison d'un risque trop élevé de complications graves et ne peut être réalisée que dans le cadre d'un protocole rigoureux (Loi Huriet) soumis à l'approbation des Sociétés Savantes.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE ?

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

L'intervention de base est l'**endartériectomie** qui consiste à enlever la plaque athéromateuse en clivant la paroi de l'artère. Une incision cutanée de 10 à 15 cm située sur la face latérale du cou, permet d'aborder l'artère dans sa portion cervicale. Après un test de clampage vérifiant la tolérance du cerveau à l'interruption du flux artériel, l'artère est ainsi « nettoyée » puis refermée soit par une suture simple, soit en utilisant un patch. Si la tolérance au clampage carotidien est mauvaise, le chirurgien peut mettre en place une dérivation temporaire (shunt).

L'incision est refermée sur un drain aspiratif et la durée d'hospitalisation est de l'ordre de 5 à 7 jours. Les soins postopératoires sont limités aux pansements, à la prise d'antiagrégant plaquettaire et éventuellement aux injections d'anticoagulant.

Une surveillance régulière doit être maintenue avec un contrôle écho-doppler pour vérifier le geste chirurgical mais également surveiller l'évolution de l'artère carotide contro-latérale dans le long terme.

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

En dépit de tous les soins apportés, il peut se produire au cours de l'intervention dans de rares cas toutefois, 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 contusions nerveuses responsables de troubles passagers, le plus souvent, régressifs en quelques semaines. En premier lieu concernant les nerfs sensitifs cervicaux se traduisant par une anesthésie de la mâchoire et du lobe de l'oreille, et plus rarement, d'une atteinte de la branche mentonnière du nerf facial entraînant une chute de la commissure labiale, une atteinte des nerfs laryngés responsables de troubles de la voix, de la déglutition (pouvant nécessiter une rééducation orthophonique), une atteinte de la douzième paire crânienne entraînant une gêne dans la motricité de la moitié de la langue et du voile du palais gênant pour la mastication et la déglutition. Un avis ORL spécialisé peut-être nécessaire.
- **L'accident vasculaire cérébral** 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, peut constituer un accident limité ou complet avec déficit de l'hémicorps, soit rapidement régressif, soit définitif, sans récupération possible. Un contrôle par scanner et un avis neurologique spécialisé sont parfois nécessaires pour préciser le pronostic.
- **Les accidents d'anesthésie** sont exceptionnels. Une information spécifique vous sera délivrée au cours de la consultation d'anesthésie préopératoire.
- Les complications des autres localisations de la maladie athéromateuse (cœur, reins, membres inférieur) ne sont pas spécifiques de la chirurgie carotidienne.

QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR APRÈS L'INTERVENTION ?

Des complications spécifiques à la chirurgie carotidienne peuvent apparaître dans la période postopératoire immédiate :

- **L'hématome cervical** compressif, favorisé par l'utilisation des anticoagulants et des traitements antiagrégants plaquettaires et de 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 ré-intervention chirurgicale avec ses risques propres.
- **L'accident vasculaire cérébral**, confirmé par des examens complémentaires réalisés en urgence (scanner, écho-doppler, ...) peut décider d'une éventuelle reprise chirurgicale. Le risque neurologique est actuellement de 3 à 5 % dans les équipes spécialisées.
- **Les douleurs cicatricielles** sont rares et parfois en rapport avec la survenue de l'irritation d'un nerf du plexus cervical superficiel, ce qui peut nécessiter une consultation spécialisée afin de déterminer la prise en charge adaptée à chaque cas.
- L'infection du site opératoire : comme pour tout acte chirurgical comportant un abord cutané, une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique sont impératives, la majorité des infections post opératoires étant due à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire, etc..)

A distance, les résultats de l'endartériectomie carotidienne sont globalement très satisfaisants avec cependant un risque de **re-sténose** commun à toutes les interventions sur le système artériel lié à une mauvaise « **cicatrisation** » de l'artère qui se rétrécit progressivement. Ce phénomène peut survenir au cours de la première année, son mécanisme et sa prévention n'étant à l'heure actuelle pas encore établi. Il peut également se produire une re-

sténose (au-delà de la 3ème année) qui traduit une évolutivité de la maladie athéromateuse, notamment lorsque les facteurs de risque sont pas ou mal contrôlés.

Cette information n'a pas pour but de vous inquiéter mais de vous informer et de vous faire prendre conscience qu'il n'est pas de petite intervention chirurgicale. Par ailleurs, soyez sûr que l'intervention chirurgicale qui vous est proposée est une décision réfléchie et motivée qui tient compte du rapport bénéfice/risque pour vous-même.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION :

- Pourquoi me recommandez-vous particulièrement cette chirurgie?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?
- Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?
- Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer ?
- Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

Si vous utilisez la version numérique :

Date de remise du document au patient (e) :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

Date de remise du document au patient (e) :

Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher