

CHIRURGIE VASCULAIRE

Traitement de l'artériopathie des carotides par endartériectomie

Le
Mess

ISBN 978-2-35305-423-7
Dépôt légal 1^{er} trimestre 2007
Dernière mise à jour : 05/2016



PERSOMED

4d, avenue du Général de Gaulle
68000 Colmar
+33 (0)3 89 41 39 94
contact@persomed.fr
www.persomed.fr

Code de la santé publique – article L1111-2

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner les réponses aux questions que vous vous posez. Il ne présente cependant que des généralités. Il ne remplace pas les informations que vous donne votre médecin sur votre propre état de santé et ne prévaut pas sur celles-ci.

Le
Mess

Pôle Santé Colmar

Consultations :

4D, avenue du Général de Gaulle
F-68000 COLMAR

tel: +(33) 3 89 23 09 90

D. Gosset, P. Simler, G. Amoros, A. Alau, illustrations : J. Dasic

Tous droits réservés – 0516

Le sang qui circule dans notre corps apporte à nos organes ce dont ils ont besoin pour fonctionner : différents éléments tirés de notre nourriture et de l'oxygène issu de l'air que nous respirons. Le **cœur** sert de moteur à la circulation sanguine.

Le sang circule dans des tuyaux de taille très variable : les **vaisseaux sanguins**. Il en existe de deux types : les **artères** et les **veines**.

Les **artères** (en rouge) transportent le sang destiné à nourrir les différentes parties de notre corps. Une fois usé, ce sang revient vers le cœur par l'intermédiaire des **veines** (en bleu). Le cœur renvoie le sang usé dans le poumon, où il est rechargé en oxygène. Ce sang neuf retourne au cœur qui le pousse dans les artères et ainsi de suite...

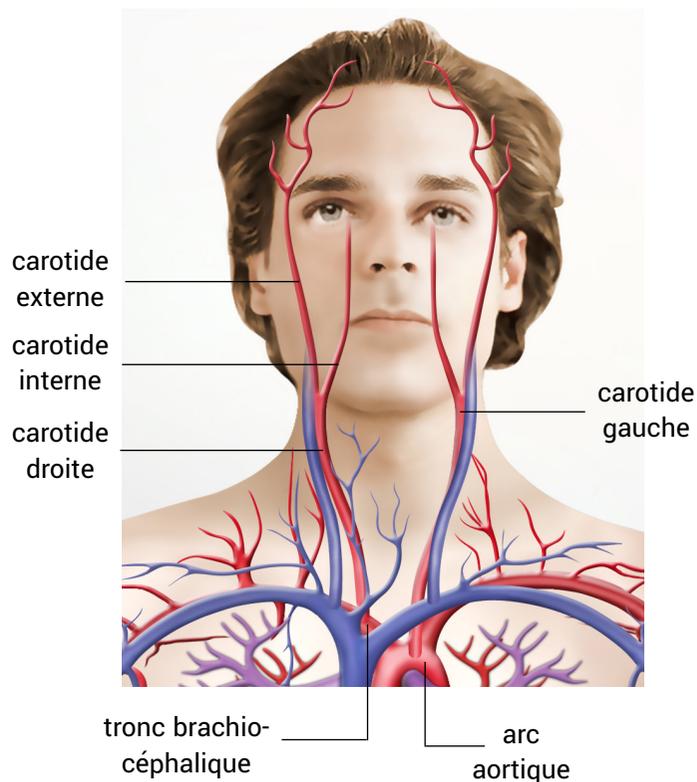
Utilité de cette partie du corps ?

La tête est approvisionnée en sang grâce à plusieurs artères, dont les deux **artères carotides**. Situées en avant du cou, elles transportent notamment le sang du cœur vers le cerveau, mais également vers l'oreille, l'oeil...

Sur le côté gauche du corps, la carotide naît directement d'un gros vaisseau sanguin (**arc aortique**) qui quitte le cœur. A droite, elle prend naissance au niveau du **tronc brachio-céphalique**.

De chaque côté et environ à mi-chemin dans le cou, la **carotide commune** se divise en deux : la **carotide interne** et la **carotide externe**. Ensuite, chaque carotide se divise en petits vaisseaux sanguins qui vont irriguer environ les deux tiers du cerveau.

La partie arrière et la partie basse du cerveau sont quant à elles approvisionnées en sang par les **artères vertébrales**, que l'on retrouve à l'arrière du cou.

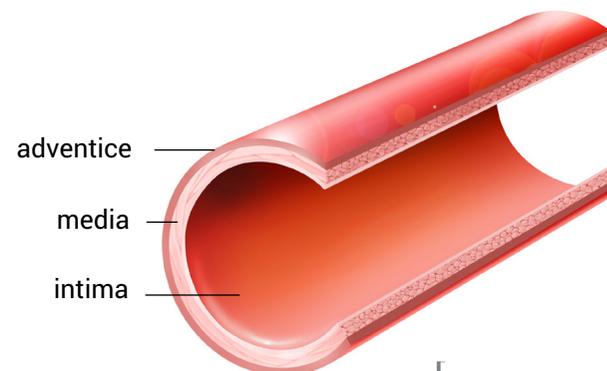


De quoi est-elle constituée ?

Une **artère** est une sorte de tuyau très musclé, constitué de trois couches : une paroi extérieure appelée **adventice**, une couche de muscle nommée **média** et une couche interne, en contact avec le sang, l'**intima**.

Le diamètre des artères varie en fonction de leur localisation. La **carotide interne** mesure cinq à sept millimètres de large tandis que les **artères vertébrales** ont un diamètre d'environ quatre millimètres.

Certaines artères communiquent entre elles au niveau de ce que l'on appelle des **anastomoses**. Un enchevêtrement de petits vaisseaux sanguins permet des échanges de sang de l'une à l'autre. Lorsqu'une artère est bouchée, les autres artères peuvent alors prendre le relai. Il existe des anastomoses entre les carotides internes et les carotides externes, entre les carotides gauches et les droites, mais aussi entre les artères carotides et les artères vertébrales.



Quel est le problème ?

Une de vos carotides (ou les deux) est encrassée. Un dépôt (la **plaque d'athérome**) s'est formé à l'intérieur. Rigide la plupart du temps, il se développe et s'incruste à l'intérieur de la paroi artérielle jusqu'à former de véritables bouchons. Parmi les nombreux éléments qui constituent ce dépôt se trouvent des fibres, du calcaire (**calcium**), des graisses (**cholestérol**)...

Le plus souvent, la plaque d'athérome est située au niveau de la bifurcation entre les carotides interne et externe (la **bifurcation carotidienne**) ou sur la première partie de la carotide interne. La plaque s'incruste au niveau des deux couches intérieures de l'artère (**média et intima**) mais ne touche pas la paroi externe (**adventice**).

Cette maladie, appelée **artériopathie** ou **athérosclérose** (ou anciennement **artérite**) fait partie des maladies dites **cardio-vasculaires**. Plusieurs facteurs favorisent son apparition :

- la consommation de tabac,
- l'excès de certaines graisses (**cholestérol**) dans le sang (**hypercholestérolémie**),
- une pression trop élevée du sang dans les artères (**hypertension artérielle**),
- le **diabète**, qui est un défaut de la régulation du taux de sucre dans le sang.

Plus vous cumulez certains de ces facteurs, plus vous avez de chances d'avoir de l'**artériopathie**. L'excès de poids joue aussi mais dans une moindre mesure.

Quelles sont les conséquences ?

La présence de la plaque d'athérome diminue le diamètre des artères. En langage médical, on appelle ce rétrécissement une **sténose**.

Un débris peut se décrocher de la plaque d'athérome et partir dans la circulation jusqu'à se coincer dans un vaisseau sanguin du cerveau. La sténose peut également empêcher totalement le passage du sang (**occlusion artérielle**) jusqu'au cerveau.

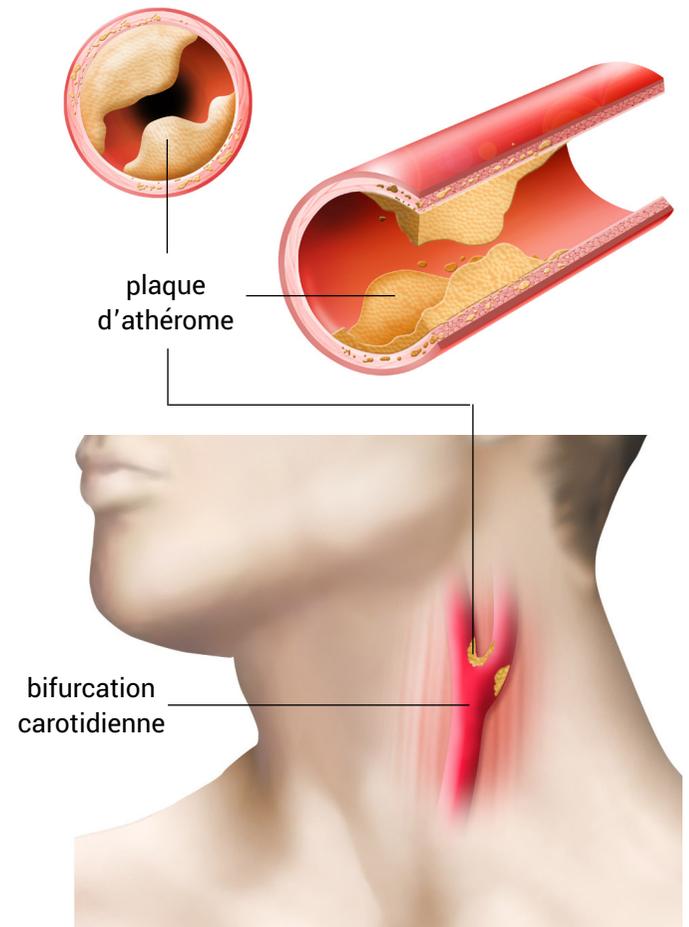
Si une zone du cerveau est mal alimentée en sang, cela peut entraîner des paralysies ou une perte de sensibilité. Les conséquences sont différentes selon les zones du cerveau concernées. Elles peuvent être plus ou moins graves, temporaires ou définitives.

Vous pouvez par exemple ressentir des difficultés pour bien articuler ou pour tenir un stylo. Si l'artère de l'oeil (**artère optique**) est touchée, vous voyez un voile noir devant les yeux (**amaurose transitoire**).

Ces exemples sont des signaux d'alerte ! Lorsqu'ils ne sont pas graves et passagers (**accidents ischémiques transitoires**), ils annoncent souvent un événement qui peut être plus grave : l'**accident vasculaire cérébral** (ou **AVC**). Les paralysies et les pertes de sensibilité peuvent alors se prolonger et conduisent parfois à une paralysie complète, voire à la mort.

Parfois, aucun signe d'alerte ne précède l'accident vasculaire grave !

Il est impossible de prévoir l'évolution d'une sténose, ni dans le temps ni dans la gravité. C'est une des raisons pour lesquelles il faut être très vigilant, faire des examens réguliers et se soigner.



Pourquoi faut-il traiter ?

L'artériopathie est une maladie globale : on peut retrouver des **plaques d'athérome** sur n'importe quelle artère, mais elles se déposent préférentiellement à certains endroits.

Souvent, les carotides gauche et droite sont touchées, mais pas forcément de façon symétrique.

Quels examens faut-il passer ?

Si on a trouvé de l'artériopathie dans vos jambes ou autour de votre cœur, votre médecin vous propose de vérifier l'état de vos carotides.

Votre médecin vous propose également de passer des examens lorsque vous avez ressenti un ou plusieurs signes de paralysie ou de perte de sensibilité.

Parfois cependant, une sténose des artères carotides passe inaperçue et ne provoque aucun signe particulier. Cette situation est dangereuse car vous n'êtes pas alerté du risque d'avoir un accident vasculaire cérébral. On parle de **cas asymptomatiques**.

Le cardiologue palpe votre cou et d'autres endroits du corps pour vérifier qu'il y sent bien le **pouls**. Il est aisé de sentir le pouls au niveau des carotides car elles sont proches de la peau.

Un médecin spécialiste du système vasculaire (**médecin vasculaire** ou **angiologue**) vous fait alors passer un **échodoppler**. Cet examen permet de visualiser à la fois les vaisseaux et le déplacement du sang à l'intérieur. On peut alors repérer un rétrécissement et évaluer sa gravité.

L'**échographie** est une technique qui permet de voir l'intérieur du corps à l'aide de sons très aigus (**ultrasons**), que nous ne pouvons pas entendre. Elle permet de déterminer si le dépôt est principalement constitué de calcaire ou d'autres éléments.

Si l'échodoppler confirme le problème d'**artériopathie**, on peut vous demander de passer des examens complémentaires : **artériographie**, **angio-scanner** ou **angio-IRM**.

L'**artériographie** consiste à faire une **radiographie** après avoir injecté dans une artère un produit pour la rendre plus visible (**produit de contraste**). Ce produit peut provoquer une sensation passagère de chaleur et de picotement. L'examen nécessite 20 à 36 heures d'hospitalisation, en restant allongé et avec un pansement serré pour comprimer l'artère qui a été percée.

L'**angio-scanner** et l'**angio-IRM** fonctionnent sur le même principe, mais avant de prendre les clichés (avec la technique du scanner ou de l'IRM, plus précises que la radiographie) le produit de contraste est diffusé dans une veine (par **perfusion**). On attend ensuite que, par le biais de la circulation sanguine, il arrive dans les artères. La structure des veines étant très différente de celle des artères, ces examens nécessitent moins de surveillance et ne durent qu'une demi-heure environ.

Lorsque vous avez déjà eu un signal d'alerte (accident ischémique transitoire ou accident vasculaire cérébral), il est important de vérifier l'état de votre cerveau.

Grâce au **scanner** et à l'**IRM**, le médecin peut visualiser les zones qui ont été atteintes, évaluer l'ancienneté de l'accident et le degré de cicatrisation. Ces données sont essentielles avant une intervention chirurgicale : il faut toujours attendre que la zone détruite ait cicatrisé avant d'opérer.

Lorsqu'une carotide est bouchée, il est possible grâce aux enchevêtrements des différentes artères entre elles (**anastomoses**), qu'une ou plusieurs autres artères prennent le relais et transportent le sang au cerveau. On parle de **suppléance**. C'est pour cette raison qu'une sténose passe parfois inaperçue.

Les traitements médicaux

Le traitement médical consiste à agir sur tous les facteurs favorisant la maladie (**diabète**, excès de **cholestérol**, **hypertension artérielle**...) par des médicaments et un changement de mode de vie. Il faut arrêter de fumer, maigrir éventuellement, marcher régulièrement, idéalement en continu et sur terrain plat.

Pour éviter qu'un bout de la plaque d'athérome ne se détache, parte dans la circulation sanguine et se bloque dans un vaisseau sanguin du cerveau, on donne souvent un traitement à base d'**anticoagulants** et d'**antiagrégants plaquettaires**.

Limites des traitements médicaux

Il n'existe pas de médicament pour faire disparaître le dépôt dans les artères. Le traitement médical ne modifie pas l'état des artères, mais peut empêcher que la situation ne s'aggrave.

Chez certains patients, l'artériopathie continue tout de même à progresser malgré une très bonne correction de l'hypertension artérielle, du diabète, du cholestérol, un arrêt du tabac...

L'opération des carotides est risquée. Sachez qu'il est possible qu'elle déclenche un accident vasculaire cérébral grave. Cependant, ce risque est inférieur à celui que vous courez sans opération.

Les traitements chirurgicaux

Il existe plusieurs types d'opérations. Le choix de la technique dépend de votre cas et du savoir-faire de votre chirurgien.

Les **endartériectomies** consistent à enlever l'intérieur de l'artère (c'est-à-dire les couches appelées **média** et **intima**), à l'endroit où le dépôt est incrusté. C'est la méthode que nous présentons dans ce fascicule.

Le **pontage** est une intervention pratiquée plus rarement. Le chirurgien crée une dérivation en plaçant un tuyau de part et d'autre de l'artère bouchée pour que le sang puisse circuler.

Exceptionnellement, si votre chirurgien juge l'intervention conventionnelle trop risquée, il peut proposer de traiter la sténose de la carotide en passant par l'intérieur des vaisseaux pour poser une sorte de ressort (un **stent**) qui maintient l'artère ouverte. Cette technique présente un peu plus de risques et n'est donc pas proposée d'emblée à tout le monde.

Limites des traitements chirurgicaux

Parfois l'état de santé des patients rend l'intervention chirurgicale compliquée voire impossible. Pour certains, il est trop dangereux d'être endormi (**anesthésié**) par exemple. L'artériopathie touche souvent les carotides droite et gauche, mais on n'opère très rarement les deux au cours de la même opération.

Quand faut-il opérer ?

Il est impératif d'opérer si vous avez déjà eu des signaux d'alerte comme des petites paralysies ou une perte de la sensibilité. Le risque que vous fassiez un accident vasculaire cérébral grave est important.

Lorsqu'il n'y a pas eu de manifestations de la maladie (**cas asymptomatiques**), on envisage généralement une opération lorsque le rétrécissement de l'artère dépasse 60%.

Il n'est pas nécessaire d'opérer lorsque la carotide est complètement bouchée et que le sang n'y circule plus (**thrombose**). Si vous n'avez pas fait d'accident cérébral alors qu'elle est bouchée, c'est que d'autres artères ont pris le relai (**suppléance**). De plus, il est presque impossible qu'un débris de la plaque parte dans la circulation sanguine jusqu'à se coincer dans un vaisseau du cerveau. Le risque lié à une opération devient alors supérieur au risque que vous courez tous les jours.

Les risques si on ne traite pas

Sans traitement, vous risquez un accident vasculaire cérébral grave, pouvant entraîner de sévères paralysies, voire la mort. Informez-vous auprès de votre médecin. Il est la personne la mieux placée pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement.

L'opération qui vous est proposée

L'opération qui vous est proposée consiste à ouvrir l'artère pour enlever les deux couches internes dans lesquelles la plaque d'athérome est incrustée. En langage médical on parle d'**endartériectomie**.

C'est une opération qui a pour but de vous éviter de faire ou de refaire un accident vasculaire cérébral plus grave : c'est une **chirurgie préventive**.

Si vous avez des séquelles (paralysie...) d'un accident qui a eu lieu avant l'opération, l'intervention ne va pas guérir la zone du cerveau détruite.

Avant l'opération

Il faut corriger tout les facteurs qui favorisent l'artériopathie (traitement du diabète, régime anti-cholestérol, arrêt du tabac), car votre état de santé peut représenter certains risques pour l'opération.

L'anesthésie

Avant l'opération, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste** qui vous examine. Avec le chirurgien, il choisit une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

Pendant l'opération, on peut endormir seulement une partie de votre corps au niveau du cou (**anesthésie loco-régionale**). On vous donne souvent un médicament (**calmant**) pour que vous restiez détendu et tranquille. Dans d'autres cas, vous dormez complètement (**anesthésie générale**).

L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces appelée **bloc opératoire** conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité.

Vous êtes généralement installé en position semi-assise, ou allongé sur le dos. Votre tête est légèrement penchée en arrière. Il est important que vous soyez confortablement installé si vous ne dormez pas complètement.

Une sorte d'aiguille souple (**cathéter**) est placée dans l'artère de votre poignet pour mesurer précisément votre tension artérielle.

Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de son savoir-faire et de votre cas. Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

L'ouverture

Le chirurgien fait une ouverture verticale dans le cou, le long d'un muscle que l'on appelle le **sterno-cléido-mastoïdien**. On le voit et on le sent lorsque l'on tourne la tête : il part derrière l'oreille et rejoint le haut du sternum.

L'ouverture est plus ou moins longue selon la localisation de la plaque d'athérome. Elle fait au moins cinq à sept centimètres.

Pour accéder à votre carotide, votre chirurgien doit couper des petits vaisseaux sanguins, et parfois un nerf.

Il agrafe ou fait un nœud autour des vaisseaux sanguins, puis il les coupe.



Le clampage

Avant d'opérer la carotide, le chirurgien arrête la circulation du sang à l'intérieur, au-dessus et au-dessous de la zone sur laquelle il doit travailler. Pour cela il utilise des petites pinces (**clampage**).

Il faut cependant que le cerveau reste alimenté en sang pendant l'opération. Cela est possible grâce aux enchevêtrements des différentes artères entre elles (**anastomoses**). Les artères vertébrales prennent le relai pendant un temps. On appelle ce phénomène la **suppléance**.

Le clampage est une étape importante de l'opération : il faut être sûr que le cerveau continue à être irrigué en sang pour ne pas l'abîmer. Après trois minutes de clampage, le chirurgien vous teste : si vous ne dormez pas, il vous demande par exemple de serrer la main, de répondre à des questions... Si vous ne répondez pas bien, c'est probablement que vous ne supportez pas le clampage. Dans ce cas, le chirurgien retire les pinces et fixe une sorte de petit tuyau à côté de l'artère : le sang circule alors dans cette dérivation (**shunt** ou **by-pass**).

En cas d'anesthésie générale, il existe d'autres moyens de contrôler les effets du clampage et de savoir s'il faut ou non installer une dérivation.

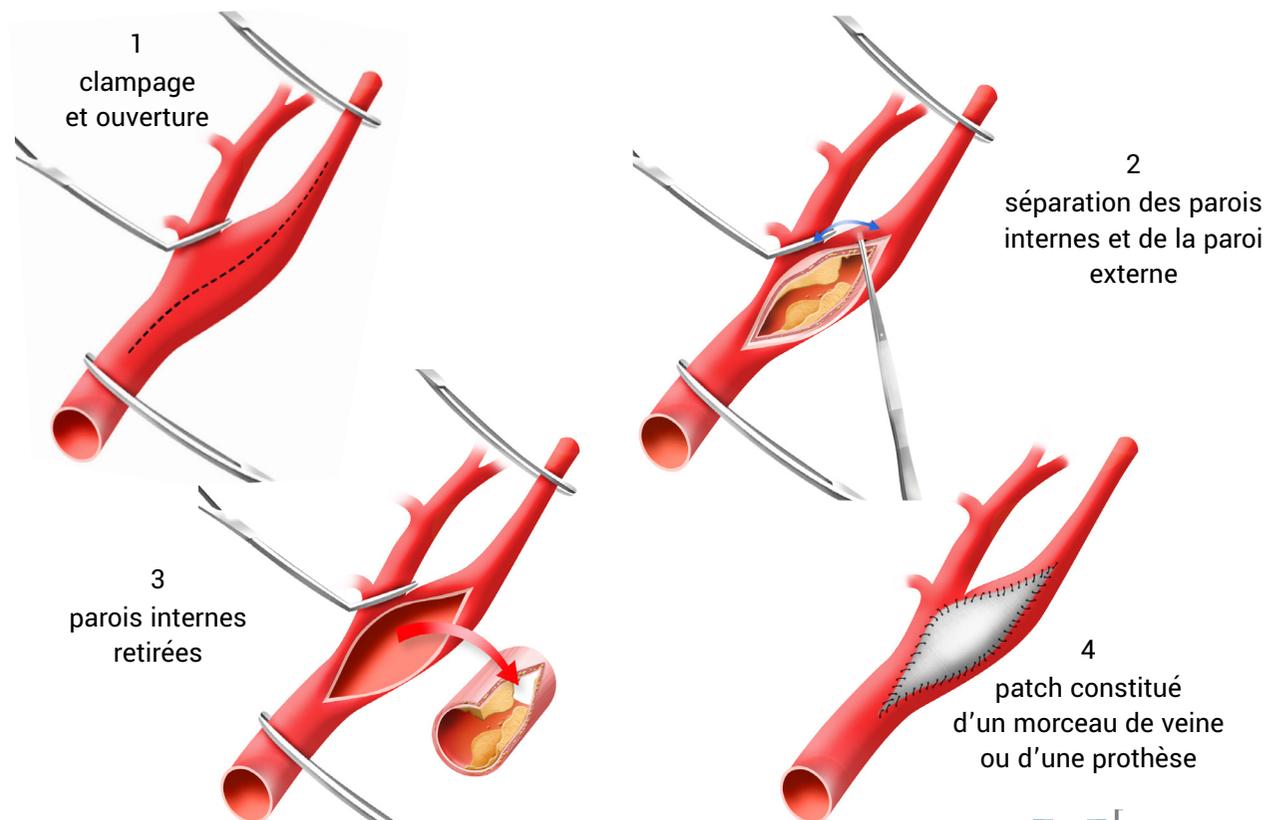
Le geste principal

Il existe deux techniques pour retirer les deux couches intérieures de l'artère au niveau de la plaque d'athérome (**endartériectomie**).

La première technique est appelée **artériotomie longitudinale**. Le chirurgien ouvre l'artère dans le sens de la longueur. A l'aide d'un petit outil qui ressemble à une spatule, il détache la paroi externe (**adventice**) des deux parois internes (**intima** et **média**). Il peut ensuite retirer l'intérieur de l'artère avec la plaque d'athérome qui y est incrustée. La couche externe reste en place.

Une fois nettoyée, l'artère est refermée avec du fil de suture, ou avec une sorte de rustine (**patch**) constituée soit d'un matériau artificiel (**prothèse**), soit d'un morceau de veine prélevé ailleurs sur le corps.

Quand on recoud l'artère, une petite surface est prise dans la suture (comme le tissu pris dans la couture d'un vêtement) et cela réduit un peu le diamètre de l'artère. Ce rétrécissement peut être évité en utilisant le patch.



Le geste principal (suite)

La deuxième technique s'appelle **endartériectomie par éversion**. Elle consiste à couper l'artère dans sa largeur, puis à retrousser progressivement la couche externe (**adventice**) autour de la plaque d'athérome.

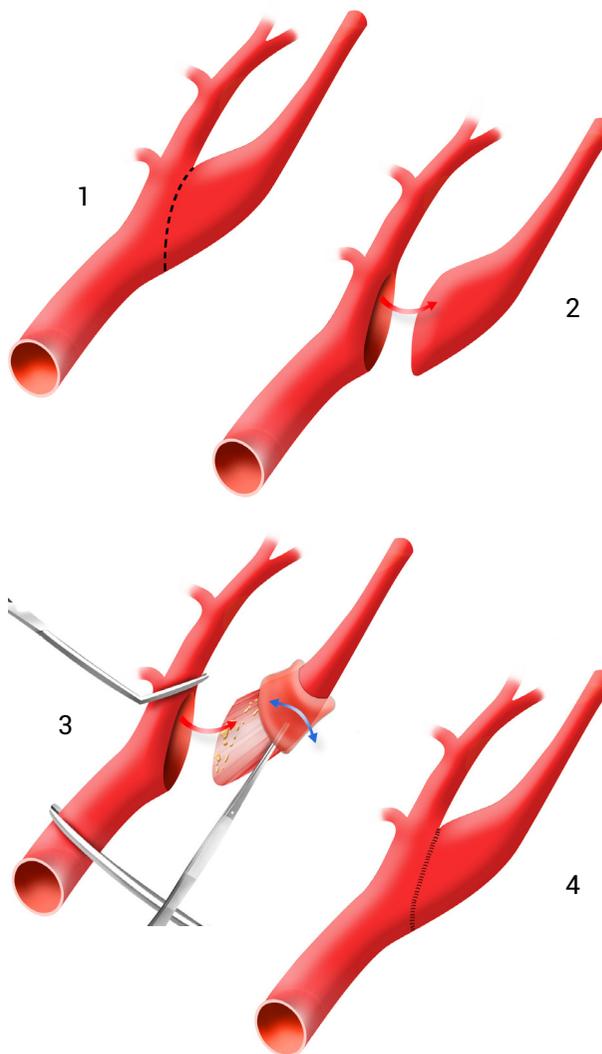
Il continue à retourner l'artère sur elle-même jusqu'à atteindre une zone saine, puis il découpe la partie intérieure. Enfin, il recoud les deux parties de l'artère ensemble (**suture**).

Enfin, dans des cas plus rares, le chirurgien peut être amené à réaliser une dérivation (**pontage**) au moyen d'une veine ou d'une prothèse synthétique, afin de contourner la zone malade.

Enfin quelle que soit la technique opératoire choisie par votre chirurgien, il rétablit la circulation sanguine dans l'artère et vérifie la tenue des sutures.

Il peut réaliser une **artériographie** sur la table d'opération. Cet examen consiste à faire une **radiographie** après avoir injecté dans une artère un produit pour la rendre plus visible (**produit de contraste**). Cela permet de vérifier que :

- la fermeture (**suture**) n'entraîne pas de rétrécissement de l'artère,
- la plaque d'athérome ne se prolonge pas au-delà de la zone de l'artère opérée,
- les carotides sont bien nettoyées.



Faut-il une transfusion ?

C'est une intervention pendant laquelle le patient saigne très peu. Il n'est habituellement pas nécessaire de redonner du sang (**transfuser**).

Les gestes secondaires

Si une artère vertébrale est rétrécie, votre chirurgien peut la couper et la « rebrancher » sur l'artère carotide. Cela est relativement rare.

La fermeture

Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang...). Avant de refermer, votre chirurgien met en place un système, par exemple de petits tuyaux, pour évacuer ces fluides après l'intervention (**drainage**).

Pour refermer la peau, votre médecin utilise du fil, des agrafes ou un autre système de fixation. Il peut s'agir de matériel qui reste en place ou au contraire qui se dégrade naturellement au fil du temps (**matériel résorbable**).

L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'intervention...

La durée de l'opération

La durée de l'opération peut varier beaucoup sans que son déroulement ne pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (méthode utilisée, nombre de gestes associés...). Habituellement, elle dure entre 45 minutes et 2 heures. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Dans ce fascicule sont présentés les risques spécifiques à l'endartériectomie des carotides. Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « **les risques d'une intervention chirurgicale** ».

Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « **anesthésie** ».

Toutes ces complications peuvent nécessiter une nouvelle opération. Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter.

Pendant l'intervention

Lorsque le chirurgien ouvre le cou, il est possible qu'il coupe un nerf en avant de la cicatrice et que cela entraîne une insensibilité de votre menton. Plus rarement, c'est un autre nerf (**nerf récurrent**) qui est abîmé, avec pour conséquences des troubles de la parole.

Le risque que l'un de ces nerfs soit atteint est supérieur chez les personnes qui ont déjà été opérées au niveau du cou ou qui ont subi des irradiations pour soigner un cancer.

D'autres nerfs situés à proximité (**nerfs crâniens**) peuvent être accidentellement blessés au cours de l'intervention. Cela peut provoquer des paralysies, temporaires ou non.

Pendant l'opération, il est possible qu'un bout de la plaque d'athérome se détache et parte dans la circulation sanguine, jusqu'au cerveau. Cela peut être mortel. Tout est mis en œuvre par l'équipe chirurgicale et anesthésique pour éviter la survenue d'un accident vasculaire cérébral (**AVC**).

Certains cous sont plus difficiles à opérer que d'autres. Si le cou est court et gros, la chirurgie est plus profonde : il faut alors souvent endormir le patient complètement (**anesthésie générale**).

Le contrôle par radiographie implique l'injection d'un produit de contraste pour améliorer la visibilité de vos artères. Ce produit iodé est toxique pour les reins. Il peut créer des complications chez les personnes aux reins fragiles ou allergiques à l'iode. Si c'est votre cas, il faut le signaler à votre chirurgien avant l'opération. Autrement, il suffit de boire beaucoup d'eau après l'opération.

Lors de l'injection, vous pouvez avoir une sensation d'échauffement ou être nauséux. Ces effets sont connus et vous êtes généralement opéré à jeun.

Après l'intervention

Il arrive parfois qu'un bout de la paroi interne de l'artère opérée ne tienne plus contre la paroi externe et flotte dans le vaisseau sanguin. La carotide peut alors se boucher. Cela peut gêner le passage du sang et entraîner des paralysies ou un véritable AVC. Dans ce cas, après avoir vérifié l'origine du problème grâce à un échodoppler ou une artériographie, il faut parfois réopérer pour fixer la paroi.

Si une paralysie survient, des séances de rééducation permettent souvent d'en améliorer les conséquences.

L'**artériopathie** entraîne souvent des poussées d'**hypertension artérielle** après l'opération : la pression du sang dans les artères est alors anormalement élevée. Cela entraîne parfois des saignements. Dans quelques cas, une poche de sang (**hématome**) se forme, ce qui peut nécessiter une nouvelle intervention.

Après l'intervention (suite)

Il est rare que la zone opérée soit envahie par des microbes (**infection**). Des médicaments (les **antibiotiques**) suffisent généralement à les éliminer. Des analyses permettent d'identifier le microbe et ainsi d'adapter le traitement pour une efficacité maximale.

Les microbes ont tendance à se fixer sur les corps étrangers présents dans l'organisme, comme les patchs utilisés pour refermer l'artère quand ils sont constitués d'un matériau artificiel.

Pour éviter cela, il faut signaler toute infection à votre médecin, même si celle-ci se situe ailleurs (peau, dents...) sur votre corps. Il peut alors être utile de vous donner un traitement antibiotique pour éviter une infection du patch. Si celui-ci s'infecte, il faut opérer à nouveau pour l'enlever et le remplacer par un morceau de veine, ou réaliser un pontage.

L'influence de votre état de santé

En fonction de votre état de santé vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques, ou même à des risques qui ne sont pas cités ici.

Les personnes qui ont des problèmes respiratoires ou cardiaques (**insuffisance respiratoire** ou **cardiaque**), les personnes très âgées, diabétiques ou celles qui prennent certains traitements (**corticoïdes**, **immunosuppresseurs**) sont plus exposées à certaines complications.

Les maladies cardiovasculaires sont une cause de fragilité. Il peut y avoir par exemple des complications au niveau du cœur (**infarctus**) si celui-ci ne supporte pas que l'on ait arrêté momentanément la circulation dans une artère (**clampage**) pendant l'opération.

Chez d'autres personnes, ce sont les poumons qui risquent de souffrir...

Chaque cas est particulier et votre médecin peut vous expliquer précisément les risques que l'opération représente pour vous, mais aussi ce que vous risquez si vous ne vous faites pas opérer.

En cas de problème

Si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien même si cela vous paraît anodin.

Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

L'**artériopathie** est une maladie évolutive, qui peut toucher plusieurs autres artères de votre corps. Les différents traitements qui vous sont proposés permettent de traiter un problème ponctuel, mais n'évitent pas l'apparition d'autres symptômes dans les années qui suivent.

L'endartériectomie des carotides est une opération courante mais délicate qui permet de faire disparaître des risques graves, voire mortels. Mais elle présente certains risques et surtout, elle ne guérit pas définitivement l'artériopathie.

Pour ralentir l'évolution et l'extension de la maladie, il vous faut impérativement arrêter de fumer, traiter l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le surpoids, adopter une alimentation appropriée et vous faire suivre régulièrement par votre médecin.

Douleur

Habituellement la douleur est légère et on la contrôle avec un traitement adapté.

Si malgré tout vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

Fonction et autonomie dans les jours qui suivent

Généralement dès le lendemain de l'opération, vous pouvez marcher normalement.

Le fait d'avoir retiré les deux couches internes de la paroi de l'artère n'a aucune conséquence négative sur le fonctionnement de vos artères.

Retour à domicile

En général l'hospitalisation dure deux à sept jours. Mais tout dépend de votre cas et de l'organisation de l'établissement où vous êtes soigné.

Principaux soins

Le drain est retiré dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Si le chirurgien a refermé la plaie avec du fil ou des agrafes, ils sont retirés au bout de deux à dix jours.

On vous donne un traitement pour rendre le sang plus fluide (**antiagrégants plaquettaires**). Cela évite la formation de bouchons dans les vaisseaux sanguins. La plupart du temps, vous devez prendre ce traitement tout au long de votre vie.

Fonction et autonomie après l'opération

Généralement l'amélioration est immédiate. Le sang circule bien dans l'artère qui a été traitée. Vous pouvez mener une vie normale environ un mois après l'intervention. Il n'y a habituellement aucune limite dans vos activités. L'arrêt de travail est généralement de trente jours. N'hésitez pas à interroger votre médecin si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

Pour entretenir efficacement votre circulation sanguine, prenez l'habitude de marcher beaucoup et régulièrement.

Si vous avez une paralysie, vous pouvez suivre des séances de **rééducation** pour récupérer une partie des fonctions perdues.

Suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin. Allez aux rendez-vous qu'il vous programme et passez les examens de contrôle s'il vous en propose. C'est important.

Vous le revoyez habituellement trois mois après l'intervention et passez des examens de contrôle pour vérifier les résultats de l'opération.

Ensuite, vous êtes suivi régulièrement par votre **médecin vasculaire** ou **angiologue**. Il faut absolument continuer à faire surveiller l'évolution de votre artériopathie et vérifier qu'elle ne touche pas d'autres régions du corps.

On vous conseille fortement de ne pas fumer pendant au moins un à deux mois (**sevrage tabagique**) pour vous éviter de tousser et de fragiliser la zone opérée.

Arrêter le tabac définitivement est primordial pour supprimer un facteur de risque de l'artériopathie. Il existe des solutions qui pourront vous aider à arrêter.

Ce livret présente toutes les informations utiles pour comprendre le problème dont vous souffrez, et détaille la procédure qui vous a été proposée pour y remédier.

Il aborde aussi les risques, et présente le résultat que vous pouvez attendre de l'intervention. Comme cela, vous décidez de vous faire soigner en parfaite connaissance de cause.

Conçu par des médecins, ce livret suit le déroulement d'une « consultation idéale » : il répond, dans l'ordre, à toutes les questions qu'un patient peut poser à son médecin ou à son chirurgien.

Bien sûr, vous pouvez aussi chercher sans attendre les réponses qui vous intéressent ; elles sont présentées de la manière la plus simple et la plus claire possible.

Une fois la lecture terminée, si vous avez besoin de précisions sur votre propre état de santé ou sur les solutions proposées, n'oubliez pas que votre médecin ou votre chirurgien sont les mieux placés pour vous répondre, car ce sont eux qui connaissent au mieux votre cas.

Le
Mess

www.lemess-colmar.com – © 2016/2017



L'information est un soin

Persomed est une société d'édition spécialisée dans l'information médicale et chirurgicale.

Les livrets d'information de la gamme CID accompagnent les patients, les futurs opérés, et ceux qui les soignent depuis 2001.

 **PERSOMED**
4d, avenue du Général de Gaulle
68000 Colmar
+33 (0)3 89 41 39 94
contact@persomed.fr
www.persomed.fr