Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française

INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Sténose carotidienne

Endartériectomie de la bifurcation carotidienne

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nature de l'intervention :

_____

_____

Dr

Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire

Madame, Monsieur,

Cette fiche, rédigée par la **Société Française de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire**, est destinée à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées par votre chirurgien vasculaire à propos de votre maladie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne remplace la **relation** que vous avez avec votre chirurgien. Il est indispensable, en cas d'incompréhension ou de questions supplémentaires, que vous le revoyiez pour avoir des éclaircissements. **Ne vous faites pas opérer si vous avez encore des questions** sur l'indication opératoire, les bénéfices, les risques et les suites opératoires.

Cette fiche vous expose les **raisons** de l'acte qui va être réalisé, son **déroulement** et ses **suites habituelles**, les **bénéfices** et les **risques connus**, même des complications rares. Ces complications sont inhérentes à la technique chirurgicale ; elles existent dans toutes les équipes et relèvent de l'**aléa thérapeutique**.

Prenez le temps de lire ce document, éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant. Pour plus d'informations : **www.vasculaire.com**.

1. Présentation

Les artères carotides (droite et gauche) cheminent dans le cou, et avec les deux artères vertébrales, elles assurent la quasi-totalité de l'apport sanguin du cerveau.

Chaque artère carotide commune se divise au niveau du cou en deux branches : la carotide interne, qui irrigue le cerveau, et la carotide externe, qui irrigue la face et le cuir chevelu. C'est précisément au niveau de cette bifurcation que se forment, le plus souvent, des plaques d'athérome.

La sténose carotidienne est un rétrécissement, le plus souvent au niveau de la bifurcation, lié au dépôt progressif d'une plaque d'athérome dans la paroi de l'artère. Cette plaque est faite de cholestérol, de tissu fibreux et de calcium. Elle peut, à un moment de son évolution, se compliquer et libérer dans la circulation des microfragments qui vont se loger dans les petites artères cérébrales : c'est l'AVC.

La maladie athéromateuse est une maladie générale, favorisée par le tabac, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'hérédité et la sédentarité. Elle expose donc aussi à un risque d'infarctus du myocarde, d'AVC et de maladie des artères des membres inférieurs.

Tout déficit neurologique brutal, même transitoire, est une urgence : il faut appeler le 15 immédiatement.

2. Bilan et options thérapeutiques

Le diagnostic et l'évaluation d'une sténose carotidienne reposent sur :

- l'examen clinique vasculaire
- un écho-Doppler des troncs supra-aortiques (TSA) : examen non invasif de référence en première intention, qui localise et quantifie la sténose, et étudie la nature de la plaque
- un angioscanner des vaisseaux du cou et/ou une angio-IRM : ils confirment le degré de sténose, recherchent une atteinte étagée, étudient les vaisseaux intracrâniens et précisent l'anatomie en vue de l'intervention
- une IRM cérébrale : indispensable en cas de symptôme neurologique, pour confirmer un AVC et le caractériser

Traitement médical optimal :

Il est systématique, qu'une intervention soit ou non envisagée. Il comprend :

- arrêt total du tabac
- contrôle strict de la pression artérielle
- traitement hypolipémiant (statine ou apparenté)
- antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, ou apparenté) à vie
- équilibration d'un éventuel diabète
- régime de type méditerranéen, perte de poids si nécessaire, activité physique régulière

Options de revascularisation :

- endartériectomie carotidienne (chirurgie ouverte) : technique de référence, qui consiste à ouvrir l'artère pour en retirer la plaque
- stenting carotidien: pose d'une endoprothèse par voie fémorale ou par voie cervicale
- abstention chirurgicale : retenue chaque fois que le rapport bénéfice/risque ne favorise pas l'intervention

3. Modalités de l'intervention

Avant l'intervention

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre chirurgien vasculaire et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces consignes, l'intervention pourrait être reportée.

Une consultation d'anesthésie préopératoire est obligatoire. Un bilan cardiologique peut être demandé en complément.

Il est impératif de signaler à votre chirurgien et à l'anesthésiste vos antécédents, vos allergies et vos traitements en cours, en particulier les antiagrégants et les anticoagulants. Le traitement antiagrégant n'est habituellement pas arrêté avant l'intervention ; les anticoagulants au long cours sont adaptés au cas par cas.

L'arrêt total du tabac, l'équilibration de la pression artérielle et du diabète sont des prérequis essentiels.

Principe de l'endartériectomie carotidienne

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (bloc cervical profond et superficiel). Une incision cervicale latérale permet d'aborder la bifurcation carotidienne.

L'artère est ouverte et la plaque d'athérome est retirée. Le rétablissement de la continuité vasculaire est assurée par fermeture directe, par l'intermédiaire d'un patch ou d'un pontage selon les cas. La technique chirurgicale envisagée avant le geste peut être modifiée selon les constatations per-opératoires de votre chirurgien.

Une fermeture cervicale plan par plan est réalisée, parfois avec mise en place d'un drain.

Principe du stenting carotidien

Le stenting consiste à élargir l'artère en plaçant une endoprothèse (stent) au niveau de la sténose. Cette procédure nécessite un accès artériel qui se fait soit au niveau du pli de l'aine (artère fémorale) ou d'un vaisseau du cou. Un dispositif de protection cérébrale (filtre ou ballon) peut être placé avant le deploiement du stent.

Bénéfices attendus

L'objectif est de prévenir le risque d'AVC ou sa récidive.

Chez les patients asymptomatiques, l'indication repose sur une discussion individualisée au cas par cas.

Suites habituelles, retour à domicile

La durée d'hospitalisation est habituellement de 2 à 5 jours après endartériectomie, de 1 à 3 jours après stenting.

À la sortie, le traitement médical optimal est poursuivi à vie. Ses modalités seront adaptées au cas par cas.

Un courrier est adressé à votre médecin traitant. Un double vous sera remis.

Une consultation post-opératoire est programmée avec votre chirurgien, avec contrôle échodoppler des troncs supra-aortiques de façon rapprochée la première année, puis une fois par an à vie.

4. Risques et complications

Dans la très grande majorité des cas, l'intervention se déroule sans complication. Dans sa globalité, le risque post-opératoire est inférieur a 5%.

Complications communes à toute chirurgie :

- infection locale du site opératoire, infection générale
- saignement, hématome cervical pouvant être compressif et imposer une reprise en urgence (favorisé par les anticoagulants et l'hypertension non contrôlée)
- thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire
- réaction allergique, notamment au produit de contraste iodé
- complications anesthésiques
- décès

Complications spécifiques à la chirurgie carotidienne :

- accident vasculaire cérébral péri-opératoire
- infarctus du myocarde péri-opératoire
- lésions des nerfs crâniens et cervicaux (transitoires dans la grande majorité des cas) : trouble du goût ou de la sensibilité de la langue, trouble de la voix ou de la déglutition, asymétrie du sourire, engourdissement de la mâchoire et du lobe de l'oreille
- douleurs cicatricielles, dysesthésies en regard de la cicatrice cervicale, le plus souvent régressives.

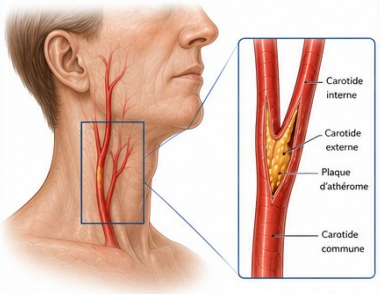
Complications spécifiques au stenting :

- embolie cérébrale per-procédure
- hématome ou faux anévrisme au point de ponction fémorale, hématome cervical
- réaction allergique à l'iode
- bradycardie et chute tensionnelle au moment du déploiement du stent.

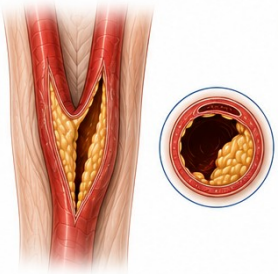
5. Surveillance et évolution

À distance, les résultats sont globalement très satisfaisants, avec un risque de **resténose** qui explique qu'une surveillance écho-doppler régulière est indispensable. Une resténose est un nouveau rétrécissement de la zone opérée, le plus souvent dans les 2 premières années (cicatrisation excessive) ou plus tardivement (récidive d'athérome). Sa fréquence est faible et favorisée par la poursuite du tabac. Elle peut nécessiter une nouvelle intervention.

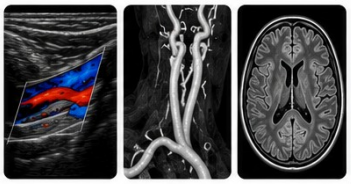
ANATOMIE DE LA BIFURCATION CAROTIDIENNE



STÉNOSE CAROTIDIENNE PAR PLAQUE D'ATHÉROME

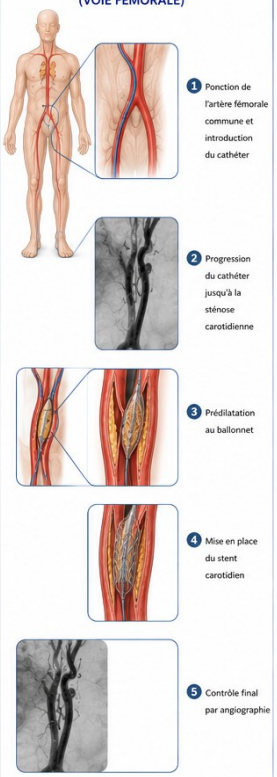


BILAN PRÉOPÉRATOIRE



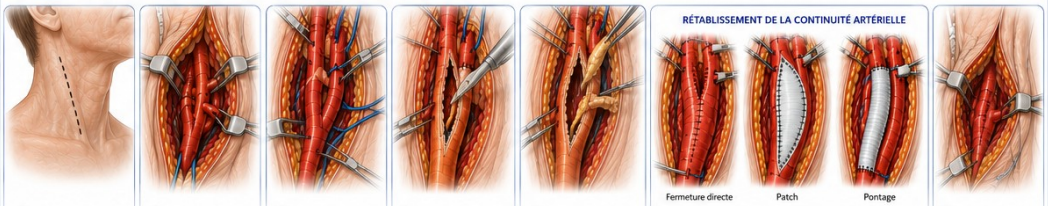
Écho-Doppler des TSA | Angioscanner des vaisseaux du cou | IRM cérébrale

STENTING CAROTIDIEN (VOIE FÉMORALE)



1. Ponction de l'artère fémorale commune et introduction du cathéter
2. Progression du cathéter jusqu'à la sténose carotidienne
3. Prédilatation au ballonnet
4. Mise en place du stent carotidien
5. Contrôle final par angiographie

LES ÉTAPES DE L'ENDARTÉRIECTOMIE CAROTIDIENNE (CHIRURGIE OUVERTE)



1. Incision cervicale latérale
2. Exposition de la bifurcation carotidienne
3. Contrôle des artères et clampages
4. Ouverture de l'artère (artériotomie)
5. Ablation de la plaque d'athérome

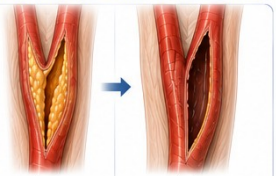
RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ ARTÉRIELLE

Fermeture directe | Patch | Pontage

6. Fermeture directe, patch ou pontage selon les cas

7. Fermeture cervicale par plans

RÉSULTAT : LE DÉFILÉ CAROTIDIEN EST DÉCOMPRIMÉ



Avant | Après

PRINCIPAUX RISQUES ET COMPLICATIONS



AVC | Lésions nerveuses (transitoires ou définitives) | Lésion du nerf phrénique (gêne respiratoire) | Hématome cervical | Lésion vasculaire | Infection (rare)

SURVEILLANCE ET TRAITEMENT À LONG TERME



Surveillance régulière clinique et échodoppler | Arrêt total du tabac | Traitement médical optimal à vie | Activité physique régulière et régime équilibré

En cas d'urgence

🚨 Conduite à tenir

En cas d'urgence, votre chirurgien vasculaire vous donnera la conduite à tenir.

En cas de difficulté à le joindre, faites le 15.

Sevrage tabagique

🚭 Le tabac multiplie les risques

Fumer augmente le risque de complications de toute chirurgie, en particulier le **risque infectieux (×3)** et les **difficultés de cicatrisation (×5)**. **Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention** diminue significativement ces risques. Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la convalescence.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, à votre chirurgien et à votre anesthésiste, ou appelez **Tabac info service** au **39 89** ou sur **tabac-info-service.fr**.

Questions pratiques

Comment puis-je me laver ?
Dès votre retour à domicile, vous pouvez prendre une **douche**.

Puis-je faire du sport ?
La reprise des activités physiques dépend de la technique réalisée et sera précisée par votre chirurgien.

Puis-je conduire après l'intervention ?
Certains médicaments contre la douleur peuvent entraîner une somnolence non compatible avec la conduite. La conduite d'un véhicule personnel est possible **selon l'accord de votre chirurgien**.

Puis-je voyager ?
Les voyages sont possibles selon l'accord de votre chirurgien.

Quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?
La reprise d'une activité sexuelle est possible **dès que votre état général le permet**.

Destination de cette fiche

Cette fiche d'information vous est **destinée**. Elle a pour but de vous fournir les éléments nécessaires à votre **réflexion** et à votre **consentement éclairé**, en complément des explications orales données en consultation. Elle ne se substitue pas au dialogue avec votre chirurgien et votre médecin anesthésiste. Une copie peut être conservée dans votre **dossier médical**.

Dans le cadre du Registre de spécialité, certaines de vos données médicales (informations cliniques, traitements, données démographiques) pourront être recueillies à des fins de recherche médicale et d'amélioration des pratiques de soins. Avant tout partage, vos données sont anonymisées : votre identité est remplacée par un code anonyme, de sorte que les destinataires ne peuvent pas vous identifier. Vous pouvez à tout moment vous opposer à ce partage sans que cela n'ait de conséquence sur votre prise en charge.

Consentement éclairé — Document de consentement aux soins

Dans le respect du code de santé publique (**article R. 4127-36**), je soussigné(e) **Madame / Monsieur**

_____

reconnais avoir été informé(e) par le **Docteur** _____

en date du _____

à propos de l'intervention qui m'est proposée :

_____

(par exemple : endartériectomie carotidienne avec ou sans patch, shunt temporaire)

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Docteur _____ qui a répondu à toutes mes interrogations et m'a rappelé que je pouvais, jusqu'au dernier moment, **annuler l'intervention**.

> ⚠️ **Document important**
>
> Ce document est important. Il est **indispensable de le communiquer avant l'intervention**. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

Fait à _____ Le _____

En deux exemplaires

Signature du patient :

Signature du chirurgien :

Cette fiche a été réalisée par la Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire Française pour vous accompagner. Elle ne doit pas être modifiée.

Personne de confiance

Madame, Monsieur,

En application de la **loi du 4 mars 2002**, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du **consentement éclairé** qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'**associer un proche** aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour.

Elle **participera aux prises de décisions** de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

☐ **Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance**

À _____ Le _____

Signature :

☐ **Je souhaite désigner une personne de confiance**

Cette personne est :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin…) : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse : _____

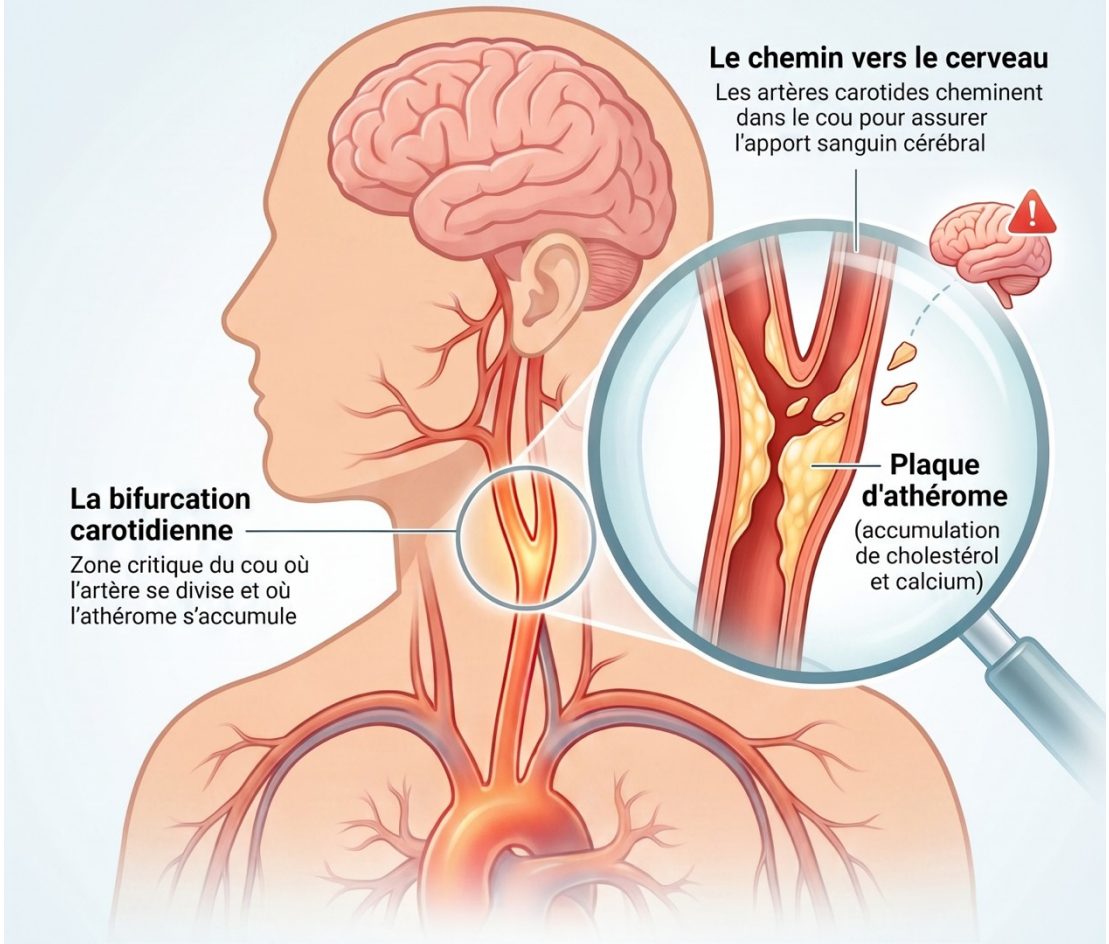
J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour **toute la durée de mon hospitalisation**. Je peux **révoquer cette désignation à tout moment** et, dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

Date de la désignation : _____

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance :

Comprendre la Sténose Carotidienne et son Traitement



L'Intervention : L'Endartériectomie

L'accès par voie cervicale

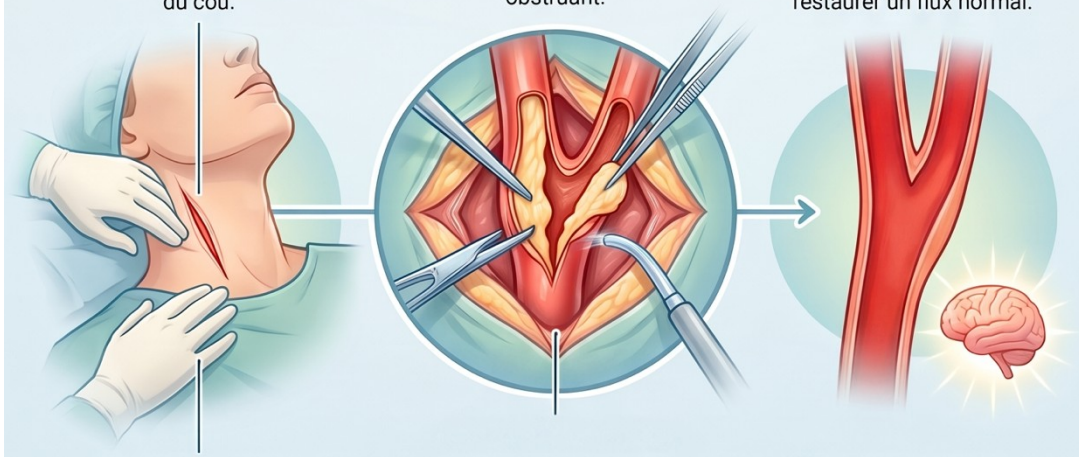
Le chirurgien pratique une incision latérale au niveau du cou.

Retrait de la plaque

L'artère est ouverte à la bifurcation pour extraire directement le dépôt obstruant.

Rétablissement de la circulation

L'artère est refermée, parfois avec un patch, pour restaurer un flux normal.



Le chirurgien pratique une incision latérale au niveau du cou.

L'artère est ouverte à la bifurcation pour extraire directement le dépôt obstruant.

L'artère est refermée, parfois avec un patch, pour restaurer un flux normal.