Société de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire de Langue Française

INFORMATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Ischémie mésentérique chronique — Stenting des artères digestives

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. Définition — À quoi servent les artères digestives ?

Trois grosses artères naissent de l'**aorte abdominale** pour irriguer l'ensemble du tube digestif : le **tronc cœliaque** (foie, estomac, rate, voies biliaires, partie du pancréas), l'**artère mésentérique supérieure** (intestin grêle et côlon droit) et l'**artère mésentérique inférieure** (côlon gauche). Ces trois axes communiquent entre eux par un réseau de vaisseaux de suppléance, ce qui explique qu'une atteinte isolée d'une seule artère reste souvent silencieuse.

L'**ischémie mésentérique chronique** est due, dans la grande majorité des cas, à la **maladie athéromateuse** : des plaques composées de cholestérol, de tissu fibreux et de calcium s'accumulent à l'origine de ces artères et finissent par les rétrécir (sténose), voire les obstruer complètement (occlusion). Les symptômes apparaissent typiquement lorsqu'**au moins deux des trois artères digestives sont atteintes,** l'artère mésentérique supérieure étant presque toujours impliquée et constituant la **cible privilégiée** de la revascularisation.

Les principaux **facteurs de risque** sont :

- le **tabac** (facteur principal et modifiable),
- l'**hypertension artérielle**,
- le **diabète**,
- l'**excès de cholestérol** (dyslipidémie),
- la **sédentarité** et le **surpoids**,
- les antécédents **familiaux** de maladie cardiovasculaire, une atteinte artérielle déjà connue ailleurs (cœur, cou, jambes).

2. Symptômes — Comment se traduit la maladie ?

L'ischémie mésentérique chronique se manifeste classiquement par un « **angor mésentérique** », c'est-à-dire une douleur d'effort digestive, comparable à l'angor cardiaque à l'effort physique. La présentation typique associe trois éléments :

Signe	Description
Douleurs abdominales post-prandiales	Apparaissant 15 à 30 minutes après le repas, mal systématisées, souvent péri-ombilicales, durant d'une à plusieurs heures.
Sitiophobie (« food fear »)	Peur de s'alimenter par crainte de déclencher la douleur, conduisant à une réduction spontanée des prises alimentaires.
Amaigrissement	Conséquence de la réduction alimentaire, parfois sévère, avec dénutrition au stade évolué.

De nombreuses présentations sont **atypiques** (ballonnements, diarrhée, nausées) et peuvent mimer une maladie digestive fonctionnelle ou inflammatoire, ce qui retarde parfois le diagnostic. Lorsque le seuil alimentaire déclenchant la douleur diminue progressivement, on parle d'**angor instable**. Sa forme la plus sévère, le **syndrome de menace**, expose à un risque élevé de bascule vers une **ischémie mésentérique aiguë**, urgence vasculaire et digestive engageant le pronostic vital.

3. Diagnostic — Comment est faite la mise au point ?

Le diagnostic repose sur l'association d'une **symptomatologie évocatrice**, de **lésions occlusives** des artères digestives visualisées à l'imagerie, et de l'**absence de diagnostic différentiel** digestif expliquant les symptômes.

Examens d'imagerie

- **Écho-doppler des artères digestives** : réalisé par un opérateur entraîné, à jeun puis après un repas test, il objective l'accélération des vitesses circulatoires au niveau des sténoses.
- **Angio-scanner abdominal** (angio-TDM), non injecté puis aux temps artériel et portal : cartographie précise des lésions des trois axes digestifs, indispensable avant intervention.
- **Angio-IRM** : alternative éventuelle
- **Artériographie** : réalisée le plus souvent au moment même du geste de revascularisation.

Explorations complémentaires

- **Bilan nutritionnel** : poids, albuminémie, évaluation de la dénutrition.
- **Bilan étiologique cardiovasculaire** : recherche d'une atteinte athéromateuse associée (coronaires, carotides, membres inférieurs), bilan de thrombophilie si besoin.

4. Options thérapeutiques

Le traitement comporte **toujours** une prise en charge médicale, associée dans la grande majorité des cas à un geste de **revascularisation** (endovasculaire ou chirurgical), seul traitement susceptible de faire disparaître durablement les symptômes.

A. Traitement médical et hygiéno-diététique

- **Sevrage tabagique** complet et définitif (cf. encadré dédié).
- **Prise en charge nutritionnelle**, fractionnement des repas, avis diététique voire nutritionniste en cas de dénutrition.
- **Inhibiteur de la pompe à protons** au long cours.
- **Antiagrégant plaquettaire** (Aspirine ou Clopidogrel) au long cours.
- **Contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire** : équilibre tensionnel, glycémique, statine à dose efficace.

B. Traitement endovasculaire (angioplastie ± stent des artères digestives)

C'est le traitement **de première intention** pour la majorité des lésions, chaque fois que la morphologie des lésions le permet.

C. Chirurgie ouverte

Indiquée en cas de lésions étendues, complexes, ou en cas d'échec ou d'impossibilité technique de la voie endovasculaire : **pontage aorto-mésentérique ou ilio-mésentérique**, ou **stenting rétrograde de l'AMS** (technique hybride réalisée par laparotomie, dite « ROMS »). Le choix de la technique est discuté de façon pluridisciplinaire et en accord avec vous.

5. L'intervention — Principes du stenting des artères digestives

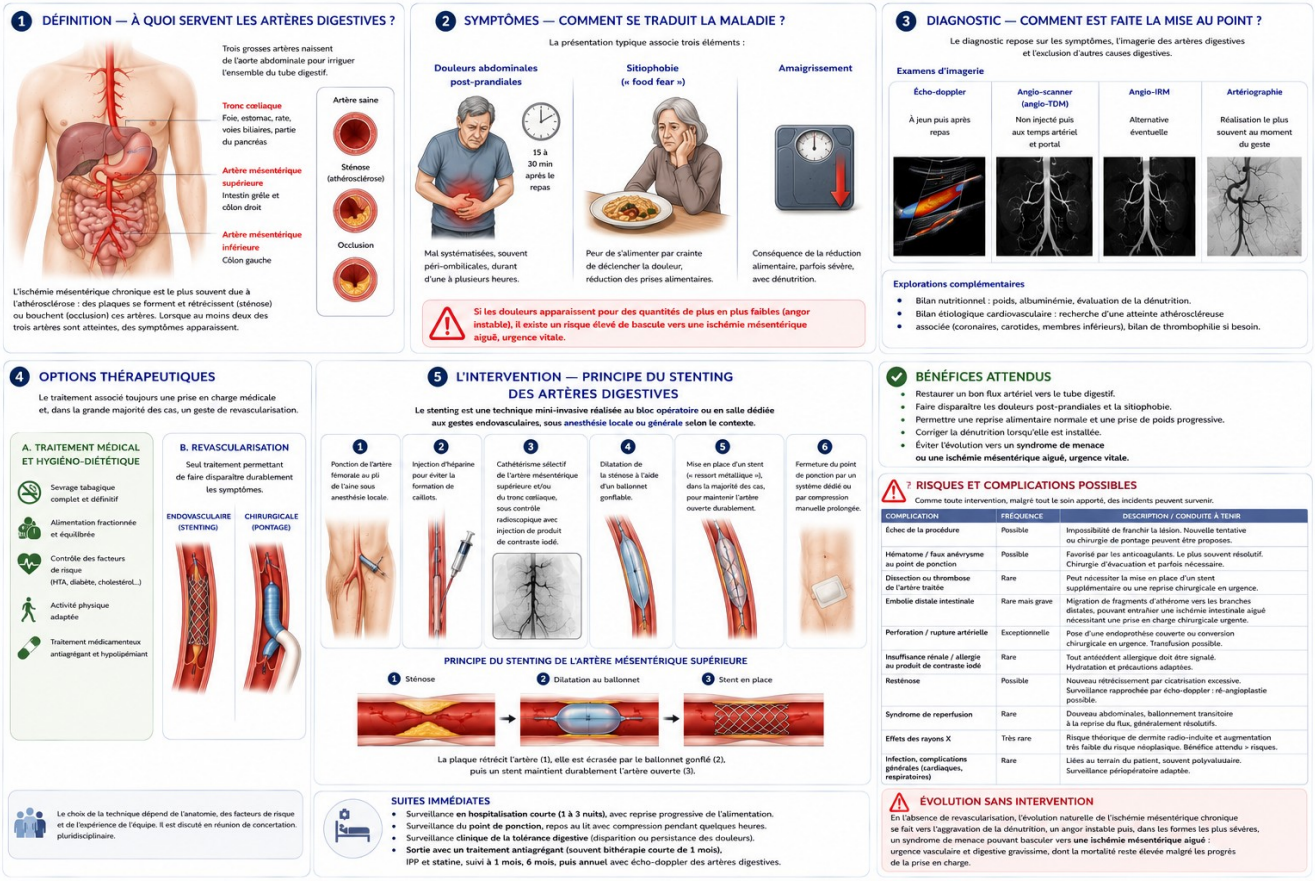
Le stenting est une **technique mini-invasive** réalisée au bloc opératoire ou en salle dédiée aux gestes endovasculaires, sous **anesthésie locale** ou **générale** selon le contexte.

Déroulement

1. **Ponction** de l'artère fémorale (au pli de l'aine) ou de l'artère humérale/radiale (au bras), selon l'anatomie et l'angle de naissance des artères digestives.
2. **Injection d'héparine** pour éviter la formation de caillots.
3. **Cathétérisme sélectif** de l'artère mésentérique supérieure et/ou du tronc cœliaque, sous contrôle radiologique avec injection d'un produit de contraste iodé.
4. **Dilatation** de la sténose à l'aide d'un **ballonnet gonflable**.
5. **Mise en place d'un stent** (« ressort métallique »), dans la majorité des cas, pour maintenir l'artère ouverte durablement.
6. **Fermeture du point de ponction** par un système dédié ou par compression manuelle prolongée.

Suites immédiates

- Surveillance en **hospitalisation courte** (1 à 3 nuits), avec reprise progressive de l'alimentation.
- Surveillance du point de ponction, repos au lit avec compression pendant quelques heures.
- Surveillance clinique de la **tolérance digestive** (disparition ou persistance des douleurs).
- Sortie avec un traitement **antiagrégant** (souvent bithérapie courte de 1 mois), **IPP** et statine, suivi à **1 mois**, **6 mois**, puis **annuel** avec écho-doppler des artères digestives.



6. Bénéfices attendus

Ce que l'intervention vise à apporter

- **Restaurer un bon flux artériel** vers le tube digestif.
- **Faire disparaître les douleurs post-prandiales** et la sitiophobie.
- **Permettre une reprise alimentaire normale** et une prise de poids progressive.
- **Corriger la dénutrition** lorsqu'elle est installée.
- **Éviter l'évolution** vers un syndrome de menace ou une ischémie mésentérique aiguë, urgence vitale.

7. Risques et complications possibles

Comme toute intervention, malgré tout le soin apporté, des incidents peuvent survenir. Les complications spécifiques du stenting des artères digestives sont :

Complication	Fréquence	Description / conduite à tenir
Échec de la procédure	Possible	Impossibilité de franchir la lésion. Une nouvelle tentative ou une chirurgie de pontage peuvent alors être proposées.
Hématome / faux anévrysme au point de ponction	Possible	Favorisé par les anticoagulants. Le plus souvent résolutif. Une chirurgie d'évacuation est parfois nécessaire.
Dissection ou thrombose de l'artère traitée	Rare	Peut nécessiter la mise en place d'un stent supplémentaire ou une reprise chirurgicale en urgence.
Embolie distale intestinale	Rare mais grave	Migration de fragments d'athérome vers les branches distales, pouvant entraîner une ischémie intestinale aiguë nécessitant une prise en charge chirurgicale urgente.
Perforation / rupture artérielle	Exceptionnelle	Pose d'une endoprothèse couverte ou conversion chirurgicale en urgence. Transfusion possible.
Insuffisance rénale / allergie au produit de contraste iodé	Rare	Tout antécédent allergique doit être signalé. Hydratation et précautions adaptées.
Resténose	Possible	Nouveau rétrécissement par cicatrisation excessive. Surveillance rapprochée par écho-doppler ; ré-angioplastie possible.
Syndrome de reperfusion	Rare	Douleurs abdominales, ballonnement transitoire à la reprise du flux, généralement résolutifs sous surveillance.
Effets des rayons X	Très rare	Risque théorique de dermite radio-induite et augmentation très faible du risque néoplasique. Bénéfice attendu > risques théoriques.
Infection, complications générales (cardiaques, respiratoires)	Rare	Liées au terrain du patient, souvent polyvasculaire. Surveillance périopératoire adaptée.

⚠️ Évolution sans intervention

En l'absence de revascularisation, l'évolution naturelle de l'ischémie mésentérique chronique se fait vers l'**aggravation de la dénutrition**, un **angor instable** puis, dans les formes les plus sévères, un **syndrome de menace** pouvant basculer vers une **ischémie mésentérique aiguë** : urgence vasculaire et digestive gravissime, dont la mortalité reste élevée malgré les progrès de la prise en charge.

8. Sevrage tabagique — un point essentiel

🚭 Le tabac est le principal facteur d'aggravation

L'arrêt complet et définitif du tabac est **indispensable** avant et après l'intervention. Il améliore les résultats à long terme du stenting, réduit le risque de resténose, de thrombose et d'événements cardiovasculaires (infarctus, AVC).

Une **aide au sevrage** peut vous être proposée : consultation de tabacologie, substituts nicotiniques, applications, ligne d'aide nationale **Tabac info service : 39 89** (du lundi au samedi, 8 h — 20 h, appel non surtaxé).

9. Préparation à l'intervention

Hygiène cutanée et préparation

La majorité des infections post-opératoires sont dues à des germes naturellement présents sur la peau ou dans l'organisme (bouche, dents, sphère ORL, appareil digestif et urinaire). Une **hygiène rigoureuse** est donc indispensable :

- douche avec un savon antiseptique la veille et le matin de l'intervention selon les consignes du service,
- retirer bijoux, vernis, maquillage avant l'intervention,
- signaler toute lésion cutanée, plaie, infection dentaire, urinaire ou ORL en cours.

Nutrition avant l'intervention

En cas de dénutrition, une prise en charge nutritionnelle (compléments oraux, avis diététique) peut être débutée avant l'intervention afin d'optimiser les conditions opératoires et la cicatrisation.

Médicaments à signaler

Vous devez signaler à votre chirurgien et à votre anesthésiste **tous les médicaments que vous prenez**, et en particulier :

- **Anticoagulants** (AVK, anticoagulants oraux directs : Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®, Lixiana®),
- **Antiagrégants plaquettaires** (Aspirine, Kardégic®, Plavix®, Brilique®, Efient®),
- **Antidiabétiques**, et notamment la **metformine** (à arrêter avant l'examen avec produit de contraste iodé),
- tout traitement par **corticoïdes**, **immunosuppresseurs**, ou **biothérapie**.

Allergies

Tout antécédent connu ou suspecté de **réaction allergique**, en particulier au **produit de contraste iodé**, au **latex** ou à un médicament, doit être signalé en consultation. Un bilan allergologique peut être nécessaire.

10. Quand contacter en urgence ?

🚨 **Signes nécessitant une consultation immédiate**

- **Douleur abdominale intense**, brutale et persistante, différente de la douleur habituelle.
- **Vomissements, diarrhée importante** ou **rectorragies** (sang dans les selles).
- **Fièvre**, altération de l'état général, malaise.
- **Saignement** ou **hématome volumineux** et expansif au point de ponction.
- **Rougeur, chaleur, écoulement** au point de ponction.

Conduite à tenir : contactez immédiatement le secrétariat du Dr Lauranne MATRAY à la Clinique de l'Union, ou en cas d'impossibilité, appelez le **15 (SAMU)** ou rendez-vous aux **urgences** les plus proches. Une douleur abdominale intense après stenting mésentérique doit toujours être considérée comme un **signal d'alarme** à ne pas négliger.

Cette information ne peut être exhaustive. Votre **médecin traitant**, votre **gastro-entérologue** ou votre **cardiologue** sont informés de la proposition thérapeutique et du déroulement de l'intervention.

Le **chirurgien** et le **médecin anesthésiste** restent à votre entière disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire. **N'hésitez pas à poser toutes vos questions** avant l'intervention.

> **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.

Personne de confiance

Conformément à la **loi du 4 mars 2002** (article L.1111-6 du Code de la santé publique), vous avez la possibilité de désigner une **personne de confiance** (parent, proche, médecin traitant) qui peut :

- vous **accompagner** dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux pour vous aider dans vos décisions ;
- être **consultée** par l'équipe médicale au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté ; son témoignage prévaudra alors sur tout autre, à l'exception de vos directives anticipées.

Cette désignation est faite par **écrit**, **cosignée par la personne désignée**, et est **révocable à tout moment**. Elle est valable pour la durée de l'hospitalisation, sauf indication contraire.

Désignation de ma personne de confiance :

Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec le patient : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Signature du patient :

_____

Signature de la personne de confiance :

_____

Document remis le :

_____

Signature du patient (précédée de « lu et approuvé ») :

_____

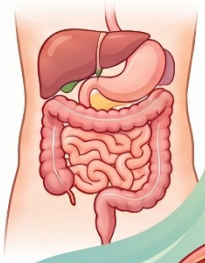
Comprendre l'Ischémie Mésentérique Chronique & le Stenting

La Maladie : Symptômes et Risques


Douleurs après le repas


Peur de s'alimenter


Perte de poids importante


Athérosclérose



Le tabac : facteur de risque n°1

L'arrêt définitif est indispensable pour la réussite du traitement et éviter les récidives.



Un diagnostic souvent tardif

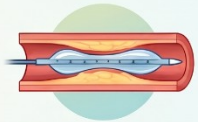
Les symptômes miment souvent d'autres maladies digestives, retardant la prise en charge spécialisée.

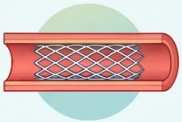
Signes Cliniques d'Alerte

1	**Angor mésentérique**	Douleur abdominale survenant 15 à 30 min après le repas.
2	**Sitiophobie**	Peur de s'alimenter pour éviter le déclenchement de la douleur.
3	**Syndrome de menace**	Douleur devenue permanente, risque d'urgence vitale immédiate.

L'Intervention et les Bénéfices

Le stenting : une procedure mini-invasive


Utilisation d'un ballonnet pour écraser la plaque


Puis pose d'un ressort (stent)

Restauration de la qualité de vie


Disparition des douleurs


Reprise d'une alimentation normale


Gain de poids progressif



Vigilance post-opératoire (Signes d'alerte)

Contacter les urgences en cas de douleur abdominale brutale ou saignement au point de ponction.

NotebookLM