

Pontage Aorto-Bifemoral

Société de Chirurgie Vasculaire et
Endovasculaire de Langue Française

Nom :

Dr Louis-Marie De BEAUFORT

Prénom :

CHU Nantes

Chirurgie vasculaire

Nature de l'intervention :

L'aorte abdominale et les artères iliaques sont situées profondément dans le ventre et le petit bassin. Elles peuvent être rétrécies ou obstruées par des lésions athéromateuses constituant ainsi l'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs ou « artérite ». Cette maladie se traduit par des douleurs de marche des jambes et peut aller jusqu'à la gangrène des orteils, avec menace d'amputation.

De multiples traitements chirurgicaux sont disponibles, dépendant de la sévérité de la maladie et des autres problèmes de santé du patient, qu'on appelle aussi «comorbidités».

En général, les traitements endovasculaires (dilatations, recanalisations, stents) sont réalisés en première intention. Lorsqu'ils ont échoué ou ne sont pas ou plus possibles en raison de l'importance des oblitérations artérielles, un pontage aorto-bifémoral, appelé aussi pontage du carrefour aortique, peut être préconisé.

I – MODALITES

Le pontage aorto-bi-fémoral :

Avant l'opération la consultation avec le médecin-anesthésiste permet de déterminer certaines explorations cardiaques et respiratoires afin de réaliser la chirurgie dans les meilleures conditions de sécurité, car il s'agit d'une chirurgie lourde nécessitant l'absence de comorbidités graves.

Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale. Le principe de base est de court-circuiter les artères oblitérées en réalisant une dérivation entre l'aorte abdominale et les artères fémorales; l'aorte est abordée par une ouverture de l'abdomen longitudinale ou transversale, parfois oblique dans le flanc gauche, selon l'habitude du chirurgien ; chaque artère fémorale est abordée au pli de l'aîne. Le conduit utilisé est une prothèse, le plus souvent en PET (Dacron®), prothèse qui est bifurquée et a donc la forme d'un Y renversé. Pour la période postopératoire, un séjour en Service de Réanimation ou Unité de Soins Continus est le plus souvent nécessaire, la durée habituelle d'hospitalisation est d'au moins 5 jours.

II – QUELLES SONT LES INCIDENTS ET COMPLICATIONS POSSIBLES ?

- **L'hémorragie** est la complication prévisible la plus fréquente. Elle peut survenir pendant l'opération, par plaie involontaire des vaisseaux de voisinage par exemple, et nécessiter une transfusion plus ou moins importante. Elle peut également survenir pendant les 48 premières heures et rendre indispensable une transfusion et/ou une réintervention pour arrêter la cause du saignement.
- **L'ischémie** aiguë d'un membre (privation soudaine de sang) est la conséquence de l'obstruction d'une partie du pontage ou de la mobilisation de caillots intra-artériels. Elle est grave car provoque une menace d'amputation d'un membre et nécessite souvent une nouvelle intervention.
- **L'insuffisance rénale** aiguë a des causes multiples et peut aller jusqu'au recours à l'hémodialyse temporaire ou définitive.
- **L'insuffisance respiratoire** aiguë peut résulter de la décompensation d'une insuffisance respiratoire préalable ou une complication infectieuse aiguë broncho-pulmonaire. Elle peut prolonger le séjour en réanimation.

- **L'ischémie intestinale** est grave, pouvant aller jusqu'à l'infarctus (gangrène) d'une partie de l'intestin avec menace vitale et nécessité de réintervention. Elle est rarement prévisible.
- Les complications cardiaques, dominées par les problèmes coronariens, sont en général prévenues par le bilan cardiaque préopératoire et le traitement préalable des lésions coronaires menaçantes.

La mortalité globale d'un pontage aorto-bifémoral, intervention lourde, n'excède pas 5%.

A distance, les résultats de la chirurgie ouverte du carrefour aortique sont bons et stables. Des éventrations secondaires par fragilité de la paroi abdominale et des troubles sexuels chez l'homme ne sont pas rares.

III – SURVEILLANCE ET EVOLUTION

Tout sujet porteur d'un pontage aorto-bifémoral doit bénéficier d'une **surveillance très régulière** auprès de son cardiologue et de son angiologue afin de détecter tout problème de fonctionnement.

Une surveillance clinique et écho doppler est proposée à un rythme régulier.

CONCLUSION

Ces explications ne peuvent pas être exhaustives et votre médecin-traitant ainsi que votre angiologue ou votre cardiologue sont largement informés des propositions thérapeutiques et du déroulement de l'intervention qui vous est proposée. Le chirurgien et le médecin-anesthésiste restent à votre entière disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire sur tel ou tel point particulier que vous auriez insuffisamment compris et que vous souhaitez faire préciser.

NB : 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 dues à des germes présents dans l'organisme (peau, dents, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire,...), c'est la raison pour laquelle cette préparation est impérative.

D'autre part, vous devez signaler au chirurgien et à l'anesthésiste les médicaments que vous prenez et notamment les traitements anticoagulants et/ou antiagrégants plaquettaires.

Document remis le :

Date et signature :