

STENOSE CAROTIDIENNE

Qu'est-ce qu'une sténose carotidienne?

La carotide interne est une artère située dans le cou (Figure 1). Elle monte vers le cerveau pour apporter l'oxygène nécessaire à son bon fonctionnement. Elle mesure en moyenne 4 mm de diamètre. Cette artère peut s'obstruer par des dépôts athéromateux (dépôts de graisse) dans la paroi de l'artère ce qui entraîne une sténose (réduction de calibre) (Figure 2).

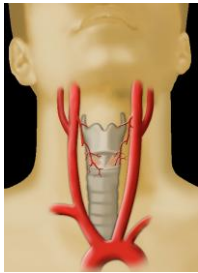


Figure 1

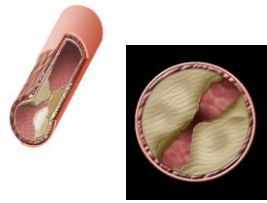


Figure 2

Qu'est-ce qu'un accident vasculaire ischémique?

Un accident vasculaire cérébral ischémique (AVC) est la conséquence du manque d'apport d'oxygène dans une partie du cerveau. Il peut être, parmi de nombreuses causes, la conséquence d'une thrombose (occlusion) de la carotide interne ou d'une embolie (migration d'un caillot ou d'un débris de dépôt graisseux) cérébrale à partir d'une sténose carotidienne. Dans les deux cas une partie du cerveau est moins irriguée. Il y aura alors un déficit neurologique (paralysie) plus ou moins important correspondant au territoire cérébral atteint. Le déficit peut concerner tout l'hémicorps (hémiplégie) ou une partie du corps (membre supérieur ou membre inférieur) et parfois s'associer à une paralysie faciale et/ou à des troubles du langage. Le déficit neurologique est du côté opposé à la lésion artérielle (déficit de l'hémicorps droit pour une sténose carotidienne gauche et inversement).

L'AVC peut être transitoire (accident ischémique transitoire) si la récupération se fait en moins de quelques heures. Dans le cas contraire on dit que l'AVC est constitué. La récupération se fait alors de façon plus ou moins complète sur plusieurs semaines. Parfois les séquelles sont importantes et définitives.

Dans certains cas, l'atteinte concerne la vision par occlusion de l'artère centrale de la rétine, entraînant une perte de la vision transitoire ou définitive. Dans ce cas l'œil atteint est du même côté que la lésion carotidienne.

En France, l'incidence annuelle des AVC (nombre de nouveaux cas par an) est de 2/1000 habitants (tous âges confondus) avec 15 à 20% de décès dans le premier mois et 75% de patients survivants avec des séquelles. La prévalence (fréquence de la maladie dans la population) est de 5/1000 habitants (tous âges confondus). L'âge moyen de survenue d'un AVC est de 71 ans chez l'homme et 76 ans chez la femme et 25% des victimes d'AVC ont moins de 65 ans. Parmi ces AVC, 25% sont en rapport avec des lésions athéromateuses carotidienne.

D'où vient cette maladie et quelle population atteint-elle?

La sténose carotidienne est favorisée par les facteurs de risque cardio-vasculaires : tabac, alcool, excès de cholestérol, hypertension artérielle et diabète. Ces facteurs de risque favorisent les dépôts athéromateux dans la paroi des artères et particulièrement dans la carotide interne au niveau du cou. Ces dépôts athéromateux constituent la plaque d'athérome.

Quels sont les risques liés à une sténose carotidienne?

Le risque évolutif de la sténose carotidienne est constitué d'une part par la thrombose (occlusion) de la carotide et d'autre part par la formation de caillot sur la sténose qui peut se décoller et partir dans le cerveau, ce que l'on appelle une embolie. La conséquence est

l'occlusion d'une artère dans le cerveau qui entraînera des troubles neurologiques ou oculaires.

Quels sont les symptômes liés à une sténose carotidienne?

Le plus souvent la sténose carotidienne lorsqu'elle est peu importante ne donne aucun symptôme. La sténose carotidienne est alors dite asymptomatique. Si l'accident ischémique transitoire ou l'accident vasculaire cérébral est en rapport avec la sténose carotidienne, on dit que celle-ci est symptomatique. Les symptômes varient en fonction de la région atteinte dans le cerveau.

Quels sont les principaux examens pour explorer une sténose carotidienne?

L'échographie-doppler est un examen simple et non douloureux qui permet d'évaluer la sévérité d'une sténose carotidienne. Cet examen va permettre de mesurer la sévérité de la sténose en évaluant le pourcentage du rétrécissement de l'artère. Cet élément est très important car il va définir la conduite à tenir vis-à-vis de cette sténose. Si la sténose est supérieure à 60 %, un angio-scanner le plus souvent, ou une angio-IRM, sera demandé pour avoir une analyse plus précise de la sténose carotidienne. L'angio-scanner ou l'angio-IRM vont préciser le degré de la sténose carotidienne, analyser les autres artères à destination cérébrale et le parenchyme cérébral pour évaluer les conséquences de cette sténose sur la vascularisation cérébrale.

Quels sont les principaux traitements? Quels sont les risques de ces traitements?

Le choix du traitement dépend de deux critères principaux : l'évaluation du degré de sténose en pourcentage, et le caractère symptomatique ou non de la sténose. L'indication du traitement peut aussi dépendre de la morphologie de la plaque d'athérome ainsi que de critères généraux communs à toute intervention chirurgicale (âge, état cardiaque, respiratoire etc...). Le choix du traitement se fera avec le chirurgien vasculaire au cours d'une information éclairée sur les différentes possibilités thérapeutiques.

Traitement médical :

Pour toutes les sténoses carotidiennes, le traitement médical associe le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires et un traitement par antiagrégant plaquettaire (qui

fluidifie le sang) et statine (diminue le taux de cholestérol dans le sang). La surveillance est faite par écho-doppler semestriel ou annuel en fonction de la sévérité de la sténose. Si la sténose est modérée, le traitement médical est suffisant associé à une surveillance régulière.

Traitement chirurgical :

Si la sténose carotidienne est sévère, le traitement de référence est chirurgical avec réalisation d'une endartériectomie carotidienne (ablation de la plaque d'athérome). Cette intervention peut se faire sous anesthésie générale ou locorégionale (anesthésie du cou). Le chirurgien, après avoir fait une incision verticale dans le cou, va ouvrir la carotide pour enlever la plaque d'athérome (Figure 3-4) puis soit suturer un patch (pièce de prothèse spécifique) (Figure 5) pour élargir l'artère, soit refermer directement l'artère (suture directe, éversion) (Figure 6). Dans certains cas, il peut être nécessaire de remplacer l'artère par un pontage. La durée de l'intervention est en moyenne de 1h à 2h. Pour protéger le cerveau, différentes techniques sont utilisées pendant l'intervention. La surveillance post opératoire peut se faire dans un service de surveillance continue pendant 24h. La durée de l'hospitalisation varie en fonction des centres, de l'état pré opératoire et des suites post opératoires.

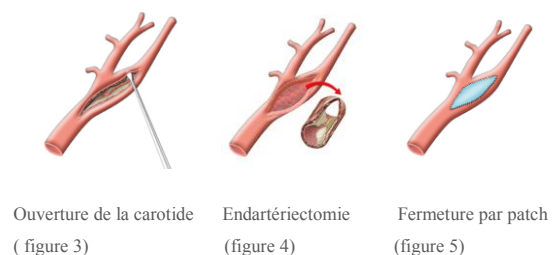
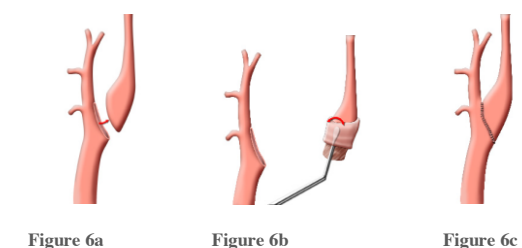


Figure 6 a,b et c : endartériectomie par éversion (la carotide est retournée comme une chaussette afin de retirer la plaque)



Les complications sont rares et ont beaucoup diminué grâce aux précautions avant et pendant l'opération. Les plus importantes sont les complications cardiologiques et neurologiques incluant le risque d'accident vasculaire cérébral transitoire ou définitif. Ce taux de complication est évalué à 2% pour les sténoses carotidiennes qui n'ont jamais donné de symptôme (sténoses asymptomatiques) et à 4% pour celles qui en ont déjà donné (sténoses symptomatiques).

Il existe un risque de thrombose aigue de l'artère carotide par coagulation du sang dans les suites immédiates de l'intervention nécessitant une reprise chirurgicale, ce risque est extrêmement rare.

Par ailleurs, il existe un risque d'hématome du cou compressif qui nécessite aussi une reprise chirurgicale.

En outre, après l'intervention, vous pouvez avoir des difficultés à déglutir durant les premiers jours post-opératoires en général résolutif, une dysphonie (anomalie de la voix) qui se normalise normalement au fur et à

mesure du temps, une diminution de la sensibilité mentonnière, une asymétrie labiale, des fourmis au niveau de la face et de la langue du côté opéré. Ces derniers symptômes diminuent et disparaissent le plus souvent avec le temps.

Comment doit-on être surveillé après avoir été traité?

Après une intervention carotidienne il est nécessaire d'avoir un suivi régulier par le chirurgien vasculaire avec un écho-doppler de contrôle. Le traitement médical est poursuivi après l'intervention. Le risque de resténose est très faible mais justifie cette surveillance.

| | |
|---|---|
| Patient(e) Nom : Prénom : Nature de l'intervention : | Date de remise du document au patient : Date et signature du patient : |
|---|---|