

Stenting carotide

Les carotides sont les artères principalement responsables de l'apport du sang au niveau du cerveau.

La sténose (ou rétrécissement) d'une artère carotide est une maladie fréquente liée le plus souvent au développement de plaques d'athéromatose au niveau de la paroi de la carotide. La plaque d'athéromatose est un dépôt par accumulation de différents éléments (graisse, sang, tissus fibreux...) sur la paroi interne d'une artère, diminuant ainsi progressivement le diamètre de l'artère.

Si la sténose est sévère, le patient est à risque de développer un AVC (accident vasculaire cérébral) par embolie (mobilisation d'un fragment de plaque ou caillot formé à la surface de l'artère carotide vers une artère du cerveau) ou par diminution du débit sanguin vers le cerveau.

L'angioplastie ou stenting d'une artère carotide est un traitement endovasculaire mini-invasif alternatif à la chirurgie pouvant être proposé pour certains patients ayant un rétrécissement (appelé sténose) d'une carotide. Son but est de supprimer le rétrécissement et d'améliorer le flux sanguin au sein du vaisseau.

Les causes :

L'athéromatose peut toucher toutes les artères de l'organisme. Elle est favorisée par l'ensemble des facteurs de risque de l'athéromatose incluant le tabac, le diabète, l'excès de cholestérol, l'hypertension artérielle, la sédentarité, le surpoids, l'âge, les antécédents familiaux.

Les symptômes les plus fréquents :

Accident vasculaire cérébral : apparition brutale d'une baisse de force ou d'un trouble de la sensibilité d'un membre ou de la face, d'un trouble de la vision, ou d'une difficulté d'élocution ou de compréhension. Les symptômes peuvent être transitoires ou permanents.

Examens diagnostiques à réaliser et traitements :

L'examen à réaliser en première intention est une échographie-doppler. Une fois le diagnostic de sténose posé, un angio-scanner ou une angio-IRM est réalisé pour confirmer le diagnostic et/ou planifier une éventuelle intervention.

Votre cas sera discuté en réunion pluridisciplinaire (neurologue, neuroradiologue interventionnel, chirurgien vasculaire, angiologue) afin de déterminer le traitement le plus adéquat pour votre cas. Le risque de développer un AVC sera évalué par l'équipe médicale.

Si votre risque de développer un AVC est jugé faible, un traitement conservateur est recommandé.

Si votre risque de développer un AVC est jugé élevé, une intervention sera envisagée si les bénéfices attendus de l'intervention dépassent largement les risques inhérents à l'intervention. Le choix de la technique se posera entre une intervention endovasculaire mini invasive (angioplastie-stent) ou une intervention chirurgicale (endartériectomie).

Indications. Quand traiter ?

Il est recommandé de traiter une sténose de plus de 70% ayant provoqué un AVC dans les 6 mois. Pour les sténoses de 50-69%, une intervention peut être considérée.

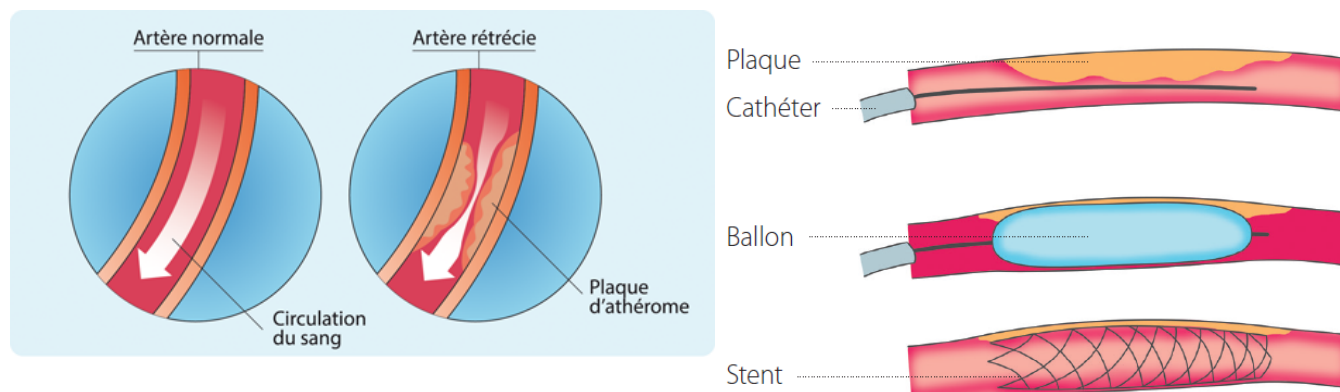
Chez certains patients ayant une sténose de plus de 70% sans AVC récent, une intervention peut être considérée.

Préparation avant l'intervention :

Certains médicaments doivent être diminués ou arrêtés avant l'intervention ; il est important que votre médecin soit informé de tous les médicaments que vous prenez.

Une prise de sang récente est requise (formule sanguine, coagulation, fonction rénale).

Déroulement de l'intervention:



L'« angioplastie » consiste à dilater un vaisseau sanguin rétréci à l'aide d'un ballon, dans le but de supprimer un rétrécissement ou un obstacle, et d'améliorer le flux sanguin au sein du vaisseau.

Le « stenting » est la mise en place dans l'artère d'un tuyau formé d'un réseau de mailles métalliques appelé « stent », et dont le but est de maintenir le vaisseau sanguin ouvert.

Cette intervention très peu douloureuse se déroule sous anesthésie locale et dure de 30 minutes à 1 heure selon les cas. Elle consiste à ponctionner l'artère fémorale au niveau du pli de l'aîne et y introduire différents dispositifs médicaux permettant de dilater l'artère malade grâce un ballon (=angioplastie) et/ou mettre en place un stent (= tuyau en métal) dans l'artère.

Risques de l'angioplastie/stenting:

Les complications de cette intervention sont rares. Toutefois, comme chaque intervention, il existe des risques liés à la procédure qui peuvent survenir:

- Hématome au niveau du point de ponction: c'est la complication la plus fréquente. L'hématome est habituellement spontanément résolutif en une à quelques semaines. Un saignement spontané le plus souvent superficiel peut également survenir en raison de la prise de médicaments antiagrégants après le traitement.
- AVC (accident vasculaire cérébral): dans environ 2 à 4 % des cas selon les études. Durant l'intervention, un fragment de plaque peut se détacher ou un caillot peut se former et occlure une artère du cerveau. Ceci peut n'entraîner aucun symptôme ou au contraire des symptômes handicapants transitoires ou permanents.
- Resténose: dans de rare cas, il peut se produire une récurrence du rétrécissement malgré le stent.

Après l'intervention:

L'intervention nécessite une courte hospitalisation pour surveillance neurologique (le plus souvent une nuit). Vous resterez allongé au minimum 6 heures pour éviter la survenue d'un hématome au point de ponction.

A votre retour à la maison, vous devez vous reposer 24 heures, ne pas conduire durant 24 heures ni effectuer d'exercice physique intense dans les 48 heures suivant l'intervention.

Appelez votre médecin :

- Si vous constatez un saignement, un gonflement, une modification de couleur au niveau de la zone de ponction de l'artère.
- Si vous développez des symptômes neurologiques (perte de force d'un bras, paralysie soudaine d'une partie du visage, problème d'élocution et difficulté de compréhension).

Le suivi du patient :

Un suivi étroit sera prévu après l'intervention incluant un contrôle par échographie-doppler et une consultation spécialisée chez un neurologue.

Bonati LH. et al. European Stroke Organisation guideline on endarterectomy and stenting for carotid artery stenosis, Eur Stroke J 2021.