

**QUESTIONS /REPONSES PATIENTS,**  
**à propos de l'Angioplastie rénale :**

**- Pourquoi m'a-t-on proposé une dilatation de l'artère rénale ?**

La « sténose » ou diminution du diamètre de l'artère ( d'au moins 50% ) peut être responsable d'une hypertension artérielle ou d'une détérioration du rein. Ce rétrécissement peut être du à l'athérome (« dépôts graisseux ») ou plus rarement à une dysplasie touchant de préférence la femme jeune. Corriger ce rétrécissement vise à faciliter le traitement de l'hypertension et d'éviter ses conséquences cardiovasculaires ( infarctus du myocarde...)

ou cérébrale ( paralysie, hémiplégie.. ).

Le deuxième but est de protéger le rein, surtout si l'autre rein est lui-même détérioré ou n'existe pas ( enlevé pour une tumeur par exemple ). Enfin pour certains problèmes cardiaques, la dilatation rénale permet de faciliter le travail du cœur.

**-Y a t-il d'autres traitements possibles ?**

- Les médicaments contre l'hypertension , peuvent associés à deux ou trois pour une meilleure efficacité. La tension doit ainsi rester en dessous de 140/90.Si cela est impossible, la dilatation doit permettre de diminuer les doses ou le nombre de médicaments.
- Le traitement par la chirurgie est possible. Il s'agit d'une reconstruction avec un pontage utilisant une autre artère, une veine ou du matériel synthétique. Si les résultats sont bons, comparables à la dilatation, la chirurgie présente des risques plus importants, est plus coûteuse et la durée de séjour à l'hôpital est plus longue. Elle nécessite une anesthésie générale. Elle reste utilisée en cas d'échec de la dilatation ou s'il est nécessaire de réparer l'aorte en même temps ( Anévrisme par exemple ).
- Ni dilater, ni opérer ? les médicaments n'agissent pas sur le rétrécissement de l'artère rénale par l'athérome : il va s'aggraver dans un cas sur deux, pouvant aller jusqu'à ce que l'artère se bouche avec « mort » du rein.

**- Quels sont les risques de la dilatation ?**

Elle nécessite l'introduction dans l'aîne ou au pli du coude d'un petit tuyau ou « cathéter » : une ecchymose ou un hématome peut se produire à l'endroit de la ponction. Ils disparaissent en quelques jours ou semaines. La petite taille des

nouveaux cathéters fait que les hématomes sont moins nombreux et moins graves.

L'injection dans l'artère de produits à base d'iode peut entraîner des réactions le plus souvent modérées à type d'éruption cutanée ou de nausées fugaces.

Des réactions plus graves d'allergie ( avec baisse de la tension, difficultés respiratoires ..) peuvent nécessiter des gestes de réanimation en urgence. Ils doivent être prévenus par un traitement médicamenteux adéquat. Le risque de complications graves ne doit pas dépasser 1% des dilatations, dans des centres spécialisés.

### **- Que se passera-t-il avant la dilatation ?**

Une consultation avec le médecin radiologue interventionnel qui vous expliquera le déroulement de la procédure , répondra à vos questions et vous fera signer un « consentement éclairé ».

Une consultation avec un médecin anesthésiste, si nécessaire permettant de contrôler vos examens de sang (fonctionnement rénal ), la radiographie pulmonaire et l'électrocardiogramme.

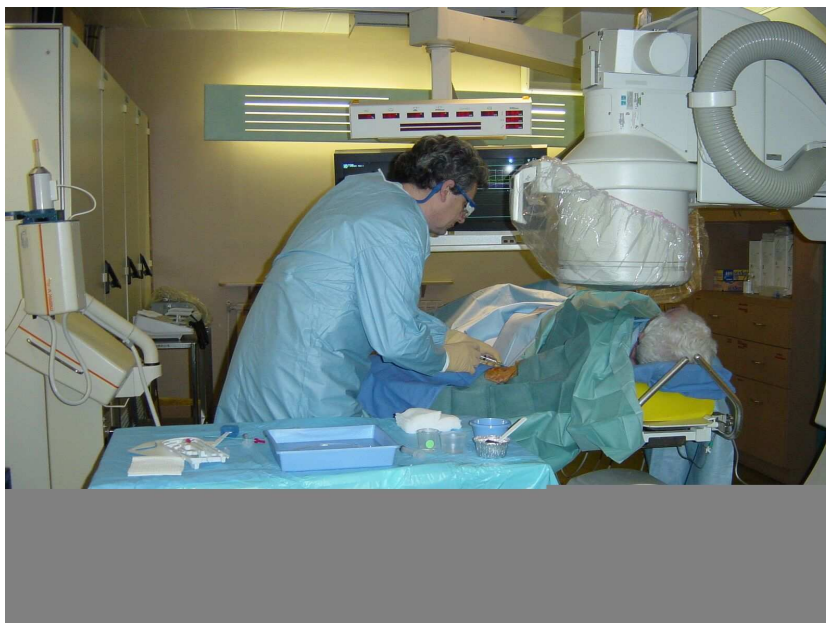
Vous devez lui signaler vos allergies éventuelles ( iode, aspirine ) afin qu'il vous prescrive un éventuel traitement dans les jours précédant l'intervention. Vous devez rassembler tout votre dossier (écho-doppler, scanner , résonance magnétique nucléaire, artériographie antérieure ) pour l'hospitalisation.

### **- Comment se déroule la dilatation ?**

Vous serez hospitalisé la veille de la procédure.

Vous serez à jeun dans les 6 heures précédentes.

L'endroit de la ponction sera rasé et une perfusion sera mise en place, pour administrer des médicaments rapidement et efficacement.



### Salle de « cathétérisme »

La dilatation est réalisée dans un service de *Radiologie Interventionnelle*.

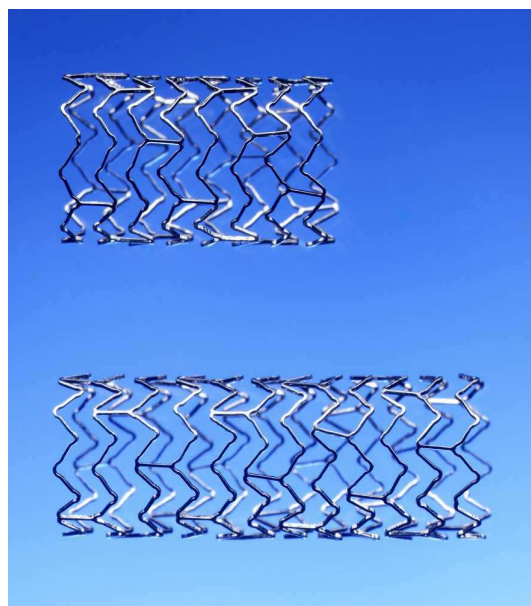
Vous serez installé en position couchée sur le dos, l'endroit de la ponction ( aine ou pli du coude ) est désinfectée et vous serez recouvert de champs stériles. Le médecin « opérateur » est lui aussi habillé stérilement.

Il pratiquera une anesthésie locale. Une dose d'anticoagulants est injectée .

1. Le cathéter sera introduit dans l'artère. Sa progression dans le système artériel est indolore et suivie sur un écran de télévision ( utilisation de rayons X.)
2. Le ballon fixé à son extrémité est facilement repéré par deux marqueurs. Il est ainsi placé au niveau du rétrécissement et gonflé pendant environ une minute avec un contrôle de la pression. Une douleur modérée dans le dos peut survenir à la dilatation et disparaît dès que le ballon est dégonflé.



3. Si le résultat obtenu n'est pas satisfaisant ou parfois d'emblée , on sera amené à mettre en place un « *stent* » ou *endoprothèse* , petit grillage métallique ressemblant à un ressort de moins de 2cm de long et d'un diamètre de 5 à 6 mm.



## Stents utilisés dans les artères rénales

Le *stent* est positionné sur un ballon et restera accolé à la paroi de l'artère puis définitivement intégré dans celle-ci .

Le ballon est lui retiré avec le cathéter.

La mise en place d'un stent nécessite de prendre un traitement médicamenteux à base d'autre antiagrégant (Aspirine,...) pour éviter la formation de caillots à son contact, par l'agrégation des cellules plaquettaires du sang circulant. D'autres médicaments peuvent être également prescrits (statine, ...)



4. Une compression manuelle de l'endroit ponctionné est ensuite effectuée pendant un quart d'heure ; certaines équipes « ferment » l'artère avec un dispositif particulier qui permet d'éviter un saignement ultérieur.  
Vous resterez cependant allongé pendant une période de 6 à 12 heures.
5. Vous resterez hospitalisé 24 à 48 heures après la dilatation.  
Un doppler voire un scanner de contrôle pourra être réalisé avant la sortie.

### **-Quel est le taux de succès immédiat ?**

Il se situe entre 95% et 100%.

### **- Et après , comment vais je être suivi (e) ?**

**y a-t-il des médicaments à prendre ?**

**y a-t-il des examens à passer ?**

1. Vous serez suivi (e) dans les semaines qui suivent, à 1 mois, puis périodiquement en fonction des résultats obtenus .

2. Les résultats de la dilatation seront contrôlés par la prise de la tension artérielle . Dans deux tiers des cas d'athérome il y aura guérison ou amélioration, nécessitant la diminution des médicaments anti-hypertenseurs. En cas de dysplasie les résultats sont encore meilleurs avec 90% de succès. Les médicaments antiagrégants seront souvent associés pendant 1 mois puis un seul sera poursuivi à long terme.

3 . L'artère dilatée pourra être contrôlée à distance par écho-doppler le plus souvent, surtout si l'on suspecte une récurrence (élévation de la tension artérielle). L'artère pourra alors être dilatée à nouveau et un stent mis en place si il n'y en a pas déjà .

Cette récurrence survient surtout dans les 3 à 6 premiers mois dans une proportion variable de 10 à 20% suivant les cas.

Cette récurrence doit être prévenue par des mesures *d'arrêt du tabac, un régime. et la prise de médicaments pour le cholestérol.*

Dr Patrice de CASSIN