

DOSSIER
SANTÉ

CETTE SEMAINE

LE PONTAGE CORONAIRE

Le rétrécissement des artères par des plaques graisseuses est un processus qui démarre parfois déjà au cours de l'enfance.

Nouvelle vie au bout du scalpel

PONTAGE CORONAIRE ► Pour redonner du tonus aux artères qui nourrissent le muscle cardiaque, la chirurgie reste souvent un passage obligé, voire l'ultime recours.

BERNARD-OLIVIER SCHNEIDER

Athérosclérose oblige, les artères nourricières du cœur, les fameuses coronaires, peuvent rétrécir, voire complètement s'obstruer. Sous-alimenté, le muscle cardiaque dysfonctionne, voire s'arrête de battre. Une chirurgie de haut vol permet de restaurer ce réseau d'alimentation vital. Comment? En créant des pontages coronaires, à savoir de nouvelles «autoroutes» sanguines, aux fins de revivifier la ou les zones sinistrées. Cette solution interventionnelle demeure d'actualité malgré le bel essor de l'angioplastie, une technique mini-invasive consistant à dilater les vaisseaux rétrécis au moyen d'un cathéter à ballonnet. Tour d'horizon avec le Dr Frank Stumpe, patron de la chirurgie cardiaque à l'Hôpital de Sion.

Quel «chemin de croix» empruntent les patients qui doivent subir un pontage coronaire?

L'indication de base, le facteur déclenchant, c'est l'athérosclérose, autrement dit le processus d'encrassement des parois des vaisseaux sanguins par des plaques de cholestérol. Ce processus peut commencer tôt: on l'observe parfois déjà chez des enfants! Lorsqu'il touche les coronaires, le muscle cardiaque est menacé, à plus ou moins long terme.

Comment le patient s'en aperçoit-il?

La plupart de nos patients ont de l'angine de poitrine, une sensation d'oppression douloureuse, lancinante, survenant à l'effort dans la région thoracique. Cela les amène à consulter leur médecin de famille. Ce dernier leur prescrira un traitement médicamenteux, des bêtabloquants, des vasodilatateurs, des anti-hypertenseurs. Mais plus ou moins rapidement, le traitement trouve ses limites: la douleur revient. Les patients seront alors aiguillés vers un cardiologue. Lequel ordonnera une coronographie, complétée par une ventriculographie.

Sur la base de ces deux examens, réalisés couramment à l'Hôpital de Sion, le cardiologue et moi-même discuterons de la meilleure manière de restaurer l'alimentation sanguine du muscle cardiaque: par dilatation transcutanée ou par pontage.

Dans le cas de figure que vous évoquez, le patient peut se préparer en prenant tout son temps ou presque. Que se passe-t-il pour celles et ceux qui, amenés en ambulance, doivent être traités en urgence?

Il s'agit en moyenne d'un de nos patients sur dix. Revenons à l'athérosclérose... Les coronaires peuvent, lentement mais sûrement, rétrécir. Toutefois, il arrive aussi qu'une plaque athéromateuse se

rompte, ce qui provoque un caillot, qui obstruera l'artère. Privée d'alimentation, une partie du muscle cardiaque commence à se nécroser: et c'est l'infarctus. Nous disposons alors d'une lucarne de quatre ou cinq heures pour «renverser la vapeur», soit par dilatation percutanée, soit par pontage.

Sur quels critères s'appuiera le choix entre dilatation et pontage?

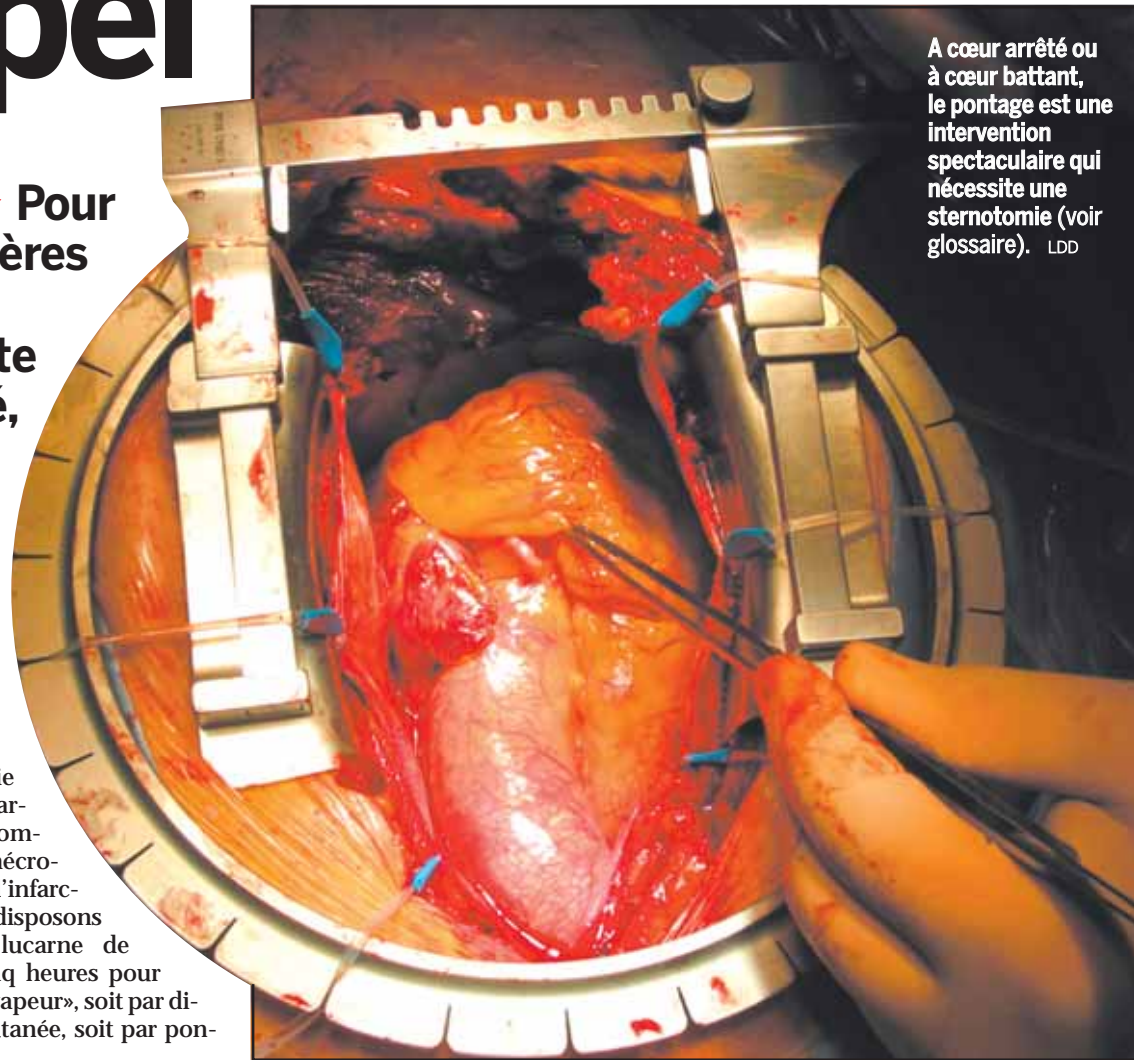
Ce choix dépend de plusieurs critères. Non chirurgicale, l'angioplastie fatigue moins le corps. Chaque fois que faire se peut, on lui donnera la priorité, bien sûr. Le choix s'appuiera aussi sur l'état général du patient, ainsi que sur la localisation précise des atteintes coronariennes. S'agissant de l'angioplastie couplée à la pose d'un stent, très prisée par les cardiologues, je souhaite préciser une chose: il y a 10% de récidives dans les six mois, quoi qu'on fasse et quel que soit le type de stent que l'on implante. C'est loin d'être négligeable. Et cela explique pourquoi je vois arriver sur ma table d'opération des patients «stentés» de partout.

Il existe plusieurs sortes de pontage. Là encore, sur quels critères s'appuiera votre choix?

Effectivement, il y a différentes sortes de pontages. Les plus anciens, du point de vue de l'histoire de la chirurgie, sont les pontages aorto-coronariens. On utilise un greffon veineux prélevé en général dans la jambe pour établir une nouvelle voie sanguine entre l'aorte et le réseau coronaire. Autre solution, plus récente, datant de la moitié des années huitante, on dérive l'artère mammaire gauche et/ou droite vers les coronaires. Là encore, le choix dépend de la localisation de l'atteinte coronarienne. On privilégiera toutefois la solution «artère mammaire». C'est celle qui donne les meilleurs résultats à long terme: 90% des pontages de ce type sont encore fonctionnels dix ans après l'intervention.

Peut-on utiliser des vaisseaux artificiels plutôt que des greffons?

Hélas non. Jusqu'à aujourd'hui, les vaisseaux artificiels ne sont pas une réussite.



Pour un pontage, vous pouvez opérer à cœur arrêté ou à cœur battant. Qu'est-ce qui vous conduit à retenir une solution plutôt qu'une autre?

La localisation de l'atteinte coronaire, de même que l'état du patient. Opérer à cœur arrêté est plus confortable pour le chirurgien. Reste que pour le patient, arrêter le cœur, donc être relié à une machine de circulation extracorporelle (CEC) pendant l'intervention, constitue un stress important. Au surplus, des complications post-opératoires, notamment des infections, liées à la CEC, sont hélas loin d'être rarissimes. Mieux vaut donc

Mais on traitera bien sûr les facteurs de risque – hypertension, diabète, hypercholestérolémie, etc. – pour éviter au maximum les récidives.

Il y a trente ans, un triple pontage était considéré comme exceptionnel. Avec le feuillet Merz, il semble qu'un quintuple pontage soit quasiment une formalité. Existe-t-il une limite?

J'en fait rarement plus de six au cours d'une même intervention. On pourrait aller à huit. Au delà, cela n'est guère possible: au final, nous n'avons que deux coronaires...

Et existe-t-il une limite d'âge pour le pontage?

Il y a quelques décennies, on n'opérait plus les gens après 65 ans. Aujourd'hui, cette limite n'a plus cours. On peut fort bien «ponter» un nonagénaire. Cela dépend bien entendu de son envie de vivre.

Les politiciens évoquent souvent la nécessité de grouper dans deux ou trois centres la médecine de pointe dans notre pays. Qu'en pensez-vous? Est-ce une menace pour la chirurgie cardiaque à Sion?

A mes yeux, un pontage, même à cœur battant, ne ressort pas de la médecine de pointe. C'est une opération de routine, nécessitant certes des investissements en matériel coûteux, mais c'est de la routine quand même.

Lorsque le service a été créé à Sion, il s'agissait d'une part de décharger le CHUV et d'autre part d'offrir aux patients valaisans la possibilité de se faire opérer près de chez eux. Les choses n'ont pas changé depuis, ce qui satisfait tout un chacun.

J'ajoute qu'en comparaison, j'ai de meilleurs résultats ici qu'à Lausanne. Mes patients sont mieux suivis, la taille de l'hôpital de Sion permettant une prise en charge davantage individualisée. Cela étant, je partage les thèses de certains politiciens: un hôpital hyper-équipé tous les dix kilomètres ne fait plus sens à l'heure actuelle.

EN CHIFFRES

Une opération

PAR JOUR

Depuis 1994, le Service de chirurgie cardiovasculaire de l'Hôpital de Sion réalise

► 5 à 8 opérations cardio-vasculaires majeures par semaine.

► 250 opérations cardio-vasculaires majeures par an dont environ 50 en urgence.

► 50 à 70 opérations cardio-vasculaires mineures par an.

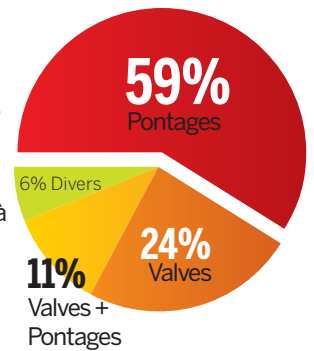
► 300 à 350 opérations cardio-vasculaires par an

Répartition des opérations depuis juin 1994

► 330 pontages à cœur battant depuis 1996, 25 à 30% des revascularisations.

► 5 Assurances ventriculaires (cœurs artificiels temporaires)

► 2 à 3% de morts par an



A noter que les maladies cardiovasculaires figurent en tête des causes de mortalité en Suisse. Elles ont provoqué 22 392 décès en 2006.

GLOSSAIRE

1. PONTAGE CORONAIRE

Quand il existe de longues sections d'artères coronaires rétrécies (ou sténosées), on doit généralement effectuer un pontage afin de normaliser l'irrigation déficiente du muscle cardiaque. Le pontage est le contournement du site obstrué, réalisé à l'aide d'un segment de veine prélevée dans la jambe ou d'une artère mammaire. Le pontage veineux est suturé à l'aorte puis relié à une ou plusieurs ramifications de la coronaire concernée. Lorsqu'on utilise une artère mammaire, on la détache de la paroi interne du thorax, jusqu'à son origine sous la clavicule, pour l'amener dans la région du cœur où le chirurgien la suture à la coronaire.

Les premiers pontages, faits à «cœur battant» (c'est-à-dire sans nécessité d'arrêter ce dernier et sans circulation extra-corporelle), remontent à la fin des années 90.

2. STERNOTOMIE

La sternotomie est la section du sternum. L'os est sectionné de bas en haut, les deux côtés étant ensuite écartés à l'aide d'instruments, ce qui permet au chirurgien d'accéder au cœur.

3. ANGIOPLASTIE CORONAIRE

L'angioplastie coronaire sert à dilater des artères coronaires rétrécies sans recourir à une chirurgie invasive. Cette méthode permet de rétablir une bonne irrigation du muscle cardiaque. Sous anesthésie locale, on introduit dans une artère – dans la région de l'aîne – un cathéter (= tuyau en matière synthétique) muni d'un ballonnet pour le pousser jusque dans la région sténosée des artères. Une fois sur place, on gonfle le ballonnet, jusqu'à ce qu'il atteigne le diamètre de l'artère (de 2 à 5 mm), de sorte à élargir les parois de cette dernière.

Lorsque cette dilatation ne suffit pas à restituer sa parfaite conductivité à l'artère, toujours par cathéter, on pose un stent (une sorte de petit grillage métallique cylindrique) pour conforter les parois de l'artère. Le stent reste dans l'artère, où il sera recouvert de matières tissulaires après quelques semaines.

Sources: RSV/Interpharma/Fondation suisse de cardiologie.

PARTENARIAT
Cette page a été réalisée avec l'appui du



ADRESSE UTILE

Fondation suisse de cardiologie
www.swissheart.ch

