

Surveillance des porteurs de valve et de prothèse vasculaire

2^e partie – Surveillance des porteurs de prothèse vasculaire

D^r Claude Laurian, D^r Mazda Daneshvar

Service de chirurgie vasculaire, Fondation hôpital Saint-Joseph, 75674 Paris Cedex 14

CLaurian@hopital-saint-joseph.org

Objectifs

- Expliquer les risques inhérents aux prothèses vasculaires et les mesures préventives correspondantes.
- Diagnostiquer une complication liée au matériel prothétique ou au traitement associé.

La surveillance des patients porteurs de prothèse vasculaire est un élément très important de la prise en charge en raison de la survenue possible de complications vasculaires, en rapport avec l'évolution de la maladie causale, ou en rapport avec l'utilisation du matériel prothétique.

Les complications les plus fréquentes des prothèses vasculaires sont les sténoses anastomotiques, les thromboses, les dés-union anastomotiques (faux anévrismes). Les infections sont plus exceptionnelles.

PRINCIPAUX TYPES DE PROTHÈSES VASCULAIRES

Matériaux

Le polyester (ou Dacron) et le polymère de Teflon (PTFE) constituent les 2 matériaux les plus utilisés.

1. Prothèse en polyester

Le Dacron est la marque commerciale du polyester utilisé, la trame est une fibre à multifilament, inerte, souple, biocompatible.

Selon le maillage, on distingue les prothèses tissées (meilleure stabilité, faible porosité), aujourd'hui les plus utilisées, les prothèses tricotées (plus fragiles, plus grande porosité).

Ces prothèses sont maintenant imprégnées, c'est-à-dire rendues d'emblée étanches par une imprégnation de collagène bovin qui se résorbe en quelques semaines.

Ce matériau est préférentiellement utilisé pour les artères de gros calibre (chirurgie aortique ou aorto-fémorale).

2. Prothèse en Téflon

Le polytétrafluoroéthylène (P.T.F.E.) est un polymère de Téflon expansé. Il est inerte, poreux et utilisé pour le remplacement des artères de moyen et petit calibre.

3. Prothèse en polyuréthane

Ce produit est peu utilisé comme matériel de remplacement vasculaire.

4. Prothèse biologique ou bioprothèse d'origine animale

Utilisée pour le remplacement des valves cardiaques, elle n'est plus utilisée comme matériel de remplacement vasculaire en raison de sa détérioration rapide.

Points communs aux différents matériaux prothétiques

Il n'existe pas de cicatrisation vraie du matériel prothétique. Sur la face endoluminale se dépose une fine couche de fibrine qui sera remplacée progressivement par du collagène. Cette fibrine est recouverte par un endothélium sur un court segment autour des anastomoses. L'absence de recouvrement par un endothélium explique la possibilité persistante d'une colonisation bactérienne.

Sur la face externe de la prothèse, la couverture par un tissu sain permet une incorporation de la prothèse aux tissus de voisinage. Cette couverture est d'importance au niveau abdominal, l'interposition du tissu entre prothèse et tube digestif est une nécessité.

Les prothèses ont aujourd'hui une durabilité supérieure à la survie des patients.

La diversité des types de prothèse commercialisés nécessite une traçabilité de tout matériel implantable.

Modalités d'utilisation

Deux conceptions d'utilisation des prothèses doivent être distinguées : les prothèses conventionnelles, les endoprothèses.

1. Prothèses conventionnelles

Disponibles dans une grande variété de calibre et de longueur, elles sont tubulaires, droites ou bifurquées. Elles sont utilisées pour remplacer un segment artériel ou pour une dérivation. Elles sont suturées à l'artère native par un monofil non résorbable (prolène) extrêmement résistant.

2. Endoprothèses

Elles sont composées d'une structure métallique ou stent (acier ou nitinol) recouverte d'un matériel prothétique en Dacron ou Teflon.

Elles sont introduites par une artère périphérique et sont larguées en regard du segment artériel pathologique. Le but est de couvrir un segment artériel pathologique en s'appuyant sur des segments artériels sains, en amont et en aval (traitement des anévrysmes ou dissection). Elles nécessitent une surveillance spécifique.

COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES PRÉCOCES

On distingue les complications vasculaires et les complications non vasculaires. Elles ne sont pas spécifiques du matériel prothétique.

Complications vasculaires

Elles sont de 3 ordres : complication hémorragique, thrombose de pontage, complications thromboemboliques.

1. Complications hémorragiques ou périopératoires

Elles peuvent avoir une double origine : 1) coagulopathie préopératoire non identifiée, rare, spontanée ou en rapport avec un traitement médicamenteux ; 2) problèmes de technique chirurgicale sur les anastomoses ou sur les zones d'exposition. Elles ne sont plus en rapport avec la porosité des prothèses qui sont enduites, c'est-à-dire totalement imperméables.

✓ **Complications hémorragiques et traitement médical** : un traitement anticoagulant par AVK est arrêté 8 jours avant la chirurgie et remplacé par des héparines de bas poids moléculaire. En urgence, la neutralisation des AVK par l'administration de plasma frais ou de petites doses de vitamine K peut être nécessaire.

La prescription fréquente d'antiagrégants plaquettaires ou leur association est une préoccupation fréquente (maladies coronariennes associées). La prise d'aspirine n'est pas une contre-indication à la chirurgie, et est maintenue. L'association aspirine et clopidogrel, chez les coronariens porteurs de stent dit « actif », doit conduire à différer la chirurgie (arrêt du clopidogrel 6 mois après la mise en place du stent). La chirurgie d'urgence avec cette bithérapie expose aux complications hémorragiques. En l'absence de recommandations précises, la poursuite de cette bithérapie et l'adaptation de la technique chirurgicale sont les meilleurs compromis.

✓ **Complications hémorragiques et technique chirurgicale** : le plus souvent, il s'agit d'un défaut d'hémostase sur une anastomose en raison d'une fragilité artérielle ou de calcifications de la paroi, rendant la suture difficile. Une réintervention en urgence est alors la règle.

2. Thrombose du pontage

La thrombose signifie l'échec du geste de revascularisation. Elle est de moins de 1 % pour la chirurgie proximale (chirurgie aorto-iliaque ou aorto-fémorale), mais peut atteindre 15 à 20 % pour la chirurgie distale (prothèse de petit calibre, lit d'aval limité).

La thrombose précoce est en rapport avec une erreur technique (sténose sur le site des clamps, anomalie de l'anastomose, twist ou plicature de prothèse) ou une indication inadéquate.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Surveillance des porteurs de prothèse vasculaire ».

Cas clinique

Un homme de 59 ans, agriculteur, a présenté, il y a 3 ans, une claudication assez brutale du membre inférieur gauche. Les facteurs de risque étaient limités à une dyslipidémie familiale traitée. Le bilan de cette claudication avait identifié une sténose de la bifurcation aortique avec thrombus. Il a subi une

thrombo-endartériectomie de l'aorte sous-rénale avec la mise en place d'un patch prothétique. Trois ans après, il présente une hémorragie digestive basse avec des mélénas à répétition.

① Quelles explorations digestives demander chez un patient présentant des mélénas à répétition, sans antécédents digestifs particuliers ?

② Quelles données cliniques doivent orienter les explorations et faire suspecter une complication de la chirurgie artérielle ? Quelle est la complication probable de la chirurgie artérielle ?

③ Quelles explorations demander pour confirmer le diagnostic de complication de la chirurgie artérielle ?

④ Quel traitement proposer pour la complication artérielle et dans quel délai ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

Un diagnostic précoce, un court délai de réintervention sont les meilleurs critères de succès du traitement.

La réintervention souvent requise associe l'ablation du thrombus, une artériographie peropératoire et la correction du défaut technique.

3. Complications thromboemboliques

Elles surviennent précocement, souvent pendant la période opératoire. C'est la migration dans les artères périphériques d'un thrombus ou d'un débris athéromateux apparu durant le clampage artériel ou préexistant sur les segments artériels adjacents.

Elles sont plus fréquentes lors de la chirurgie des anévrismes (clampage artériel prolongé, artères de voisinage pathologiques).

Le diagnostic et la localisation du thrombus doivent permettre de choisir la stratégie adaptée, médicale ou chirurgicale. Les mesures de prévention sont les plus importantes.

Complications non vasculaires

Initialement bénignes, elles peuvent être la cause de complications infectieuses, surtout au niveau de l'aîne.

✓ **Le retard de cicatrisation** ou la nécrose superficielle nécessite une prise en charge active et une antibiothérapie adaptée.

✓ **Les complications lymphatiques** (plaie de vaisseaux lymphatiques à l'aîne) se manifestent par un suintement de liquide clair, par la plaie ou par un drain, ou par un lymphocèle, cavité kystique remplie de lymphes. Cet épanchement au contact de la prothèse peut être source d'infection, et nécessite une prise en charge spécifique.

COMPLICATIONS TARDIVES DES PONTAGES PROTHÉTIQUES

Trois composantes peuvent survenir à des délais variables : la sténose anastomotique ou la thrombose ; le faux anévrisme ; et l'infection prothétique, ces deux dernières étant spécifiques à l'utilisation du matériel prothétique.

Thrombose tardive de prothèse

Elle est le plus souvent le résultat de la progression de la maladie athéroscléreuse au niveau ou en aval de l'anastomose distale d'un pontage.

La thrombose peut être favorisée par un trouble hémodynamique ou une compression positionnelle.

Sa fréquence est inférieure à 10 % à 5 ans pour les pontages proximaux, elle est dominante sur les pontages sous-inguinaux des membres inférieurs, pouvant atteindre 50 % à 5 ans.

La surveillance clinique et surtout par écho-doppler permet de dépister la sténose du pontage. Sa correction précoce doit éviter la survenue d'une thrombose dont le traitement est plus complexe.

Faux anévrisme ou anévrisme anastomotique

C'est la séparation totale ou partielle de l'anastomose entre artère et prothèse (fig. 1).

POINTS FORTS

à retenir

■ Le remplacement d'un vaisseau par un matériel prothétique est une chirurgie courante. Il concerne le remplacement ou la dérivation d'artères pathologiques de gros ou moyen calibre (aorte, artères iliaques, artères viscérales).

Plus exceptionnel est le remplacement des veines de gros calibre (veine cave).

■ Deux conceptions de matériel prothétique vasculaire sont utilisées :

- remplacement d'un segment artériel par une prothèse au décours d'une chirurgie conventionnelle ;
- ou introduction à l'intérieur d'une artère d'une **endoprothèse** constituée d'une structure métallique enrobée d'un matériel prothétique.

■ Deux types de matériau se sont imposés depuis 30 ans :

- les prothèses en **polyester** ou **Dacron** ;
- les prothèses en **Téflon** ou **polytétrafluoroéthylène** (PTFE).

Les prothèses biologiques ou bioprothèses d'origine animale ne sont plus utilisées en chirurgie vasculaire.

■ L'utilisation de matériel prothétique diffère selon la topographie et le calibre des artères pathologiques. Les lésions proximales occlusives ou anévrismales sont plus volontiers remplacées par ce matériel prothétique.

■ L'utilisation de ces prothèses comme substitut vasculaire expose à des complications au premier rang desquelles sont les complications **occlusives** et **infectieuses**.

Bien que la qualité de vie soit améliorée par la chirurgie (amélioration d'un symptôme, suppression d'un risque), les patients doivent être soumis, en contrepartie, à des contraintes de **surveillance** et de traitement.

Les prothèses vasculaires sont un substitut imparfait des artères natives, ce qui justifie d'avoir recours au matériel autogène lorsque l'anatomie et le calibre des artères le permettent.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 223)

Il se distingue de l'anévrisme vrai, qui est une dilatation progressive de toutes les couches de l'artère.

Le tissu fibreux entourant la prothèse et l'artère maintient une continuité artérielle, mais cette capsule fibreuse peut s'affaiblir et devenir anévrismale.

Les causes du faux anévrisme sont multiples, mais le plus souvent elles sont d'ordre mécanique (dégénérescence ou affaiblissement de l'artère au contact de la suture, parfois zones de mobilité). L'origine infectieuse est parfois retenue.

L'apparition d'une tuméfaction pulsatile progressivement évolutive ou la découverte d'un faux anévrisme à l'écho-doppler au décours de la surveillance sont les modalités du diagnostic. La correction chirurgicale est retenue en raison du risque de complications (rupture).

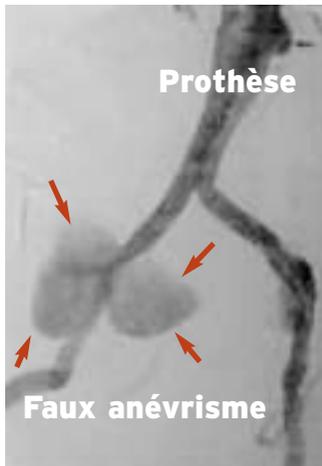


Figure 1 Faux anévrisme.



Figure 2 Collection périprothétique



Figure 3 Exposition de prothèse vasculaire au niveau de l'aîne.

Le traitement consiste en l'exérèse de cette zone pathologique, suivie de l'interposition d'un nouveau segment de prothèse.

Les techniques chirurgicales bien réglées, la qualité du matériel et des sutures ont rendu exceptionnelle cette complication.

Complications infectieuses

L'infection n'est pas fréquente, mais elle constitue une complication majeure de l'utilisation du matériel prothétique. Les conséquences sont graves avec risque de perte d'un membre ou de décès.

Leur fréquence reconnue est de 1 à 2 % pour la chirurgie aortique, et de 5 à 6 % pour la chirurgie fémoro-poplitée.

1. Causes

L'infection est rarement précoce en rapport avec une contamination peropératoire, elle est le plus souvent tardive, on peut en différencier 2 mécanismes :

- l'infection hématogène : c'est la greffe bactérienne sur la pseudo-intima de la prothèse à partir d'une infection située à distance.
- l'infection par contamination de voisinage. Au niveau thoracique : prothèse et parenchyme pulmonaire ; au niveau abdominal : prothèse et structure digestive (duodénum, grêle ou côlon sigmoïde), au niveau de l'aîne (l'infection ou l'exposition de la prothèse peut être la conséquence d'un retard de cicatrisation facilité par un lymphocèle, un hématome ou par des réinterventions itératives).

L'infection initialement localisée d'un segment de prothèse va diffuser à l'ensemble de cette dernière.

✓ **Les germes dominants** sont les staphylocoques et les bacilles à Gram négatif.

✓ **La complication infectieuse** peut prendre une forme aiguë ou chronique avec différents aspects cliniques :

- syndrome infectieux isolé suspect chez un porteur de prothèse ;
- hémorragie digestive chez un sujet porteur d'une prothèse intra-abdominale (fistule prothéto-digestive) ;
- tuméfaction inflammatoire au niveau de l'aîne, ou retard de cicatrisation sur un abord vasculaire.

Les explorations vont se faire avec deux orientations : la confirmation biologique du syndrome infectieux et la recherche d'un germe (prélèvements locaux ou hémoculture) ; la localisation de foyer infectieux (fig. 2), collection périprothétique identifiée par l'écho-doppler et le scanner.

2. Principes du traitement

Ce sont les mêmes quelle que soit la topographie de la prothèse (fig. 3) :

- ablation de tout le matériel prothétique ;
- débridement tissulaire - traitement de la lésion digestive (abdomen) ;
- revascularisation itérative surtout si infection proximale :
 - soit anatomique c'est-à-dire sur l'emplacement de la prothèse, si disponibilité d'une allogreffe humaine cryopréservée ou d'un matériel autogène,
 - soit extra-anatomique à distance du foyer septique ;
- antibiothérapie adaptée dès que possible.

3. Prévention

La prévention de l'infection lors de l'utilisation de prothèse est d'importance dans la période peropératoire et à distance par l'information et la surveillance des patients.

✓ **Avant la chirurgie**, il faut dépister les foyers infectieux, du pied le plus souvent, voire à distance. Le traitement de tout foyer infectieux et une antibiothérapie adaptée peuvent conduire à différer la chirurgie. La préparation cutanée relève de protocoles standardisés.

✓ **Pendant la chirurgie**, hormis l'asepsie rigoureuse et l'antibiothérapie systématique, la prévention repose sur une parfaite hémostasie des tissus, le contrôle de plaie lymphatique, l'interposition au niveau abdominal de tissu sain entre prothèse et structure digestive.

✓ **Après la chirurgie**, outre la surveillance des plaies chirurgicales, il convient d'éviter tout risque infectieux à partir d'une sonde

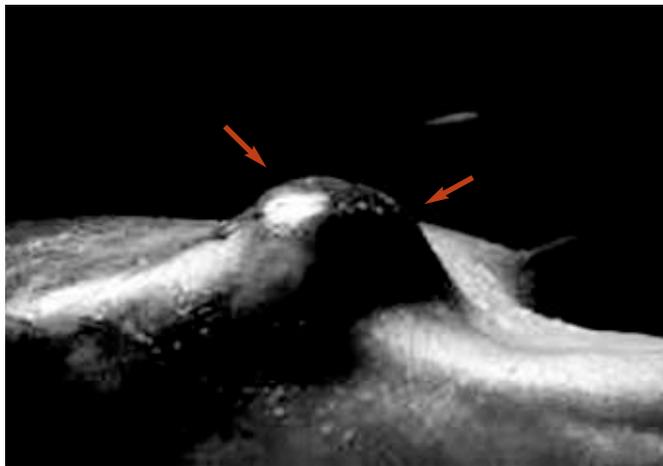


Figure 4 Faux anévrisme : aspect clinique (A) et radiologique (B).

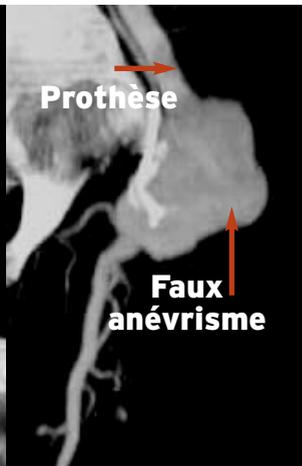


Figure 5 Complication infectieuse d'une prothèse aortique.

urinaire ou de cathéters veineux centraux ou périphériques, qui sont enlevés dès que possible.

✓ **À distance**, une information précise du risque d'infection à partir d'un foyer infectieux quel qu'il soit doit être donnée aux patients.

Complications des endoprothèses

Ces nouvelles techniques endovasculaires, plus particulièrement utilisées pour le traitement des lésions anévrismales aortiques et iliaques, nécessitent une surveillance spécifique en raison de complications propres à la technique.

Le principe de l'endoprothèse couverte (de Dacron ou de Teflon) est d'appliquer les extrémités de ce dispositif sur un segment artériel sain, pour exclure une zone pathologique (anévrismes).

Une insuffisance d'application de ce dispositif sur les segments sains peut conduire à l'existence de fuite, c'est-à-dire de passage de sang à l'extérieur de l'endoprothèse.

Ces fuites peuvent se situer au niveau de l'amarrage distal ou proximal, au niveau de branches collatérales résiduelles dans le segment exclu ou à partir d'un défaut technique ou du matériel.

Ces possibles insuffisances de traitement nécessitent un contrôle précoce et prolongé des dispositifs.

L'écho-doppler et surtout le scanner avec contraste sont régulièrement pratiqués à la recherche de ces complications.

Elles peuvent nécessiter un geste endovasculaire complémentaire ou relever d'une chirurgie conventionnelle secondaire.

SURVEILLANCE PRÉCOCE D'UNE PROTHÈSE VASCULAIRE

La surveillance clinique a deux objectifs : la cicatrisation des plaies opératoires, la revascularisation des membres concernés.

Les plaies opératoires sont particulièrement surveillées au niveau des membres, notamment de l'aîne : hématome et son évolution, lymphocèle, zone inflammatoire, retard de cicatrisation qui peuvent nécessiter des gestes chirurgicaux complémentaires.

La revascularisation artérielle, c'est la palpation des pouls, la recherche de signes ischémiques, chaleur, sensibilité du membre, motricité qui sont les premiers signes d'une insuffisance d'apport artériel ou d'une complication.

Un contrôle écho-doppler est systématique avant la sortie, confirmant la perméabilité du pontage, l'absence d'anomalie anastomotique, appréciant l'existence d'un hématome périprothétique. Il sert d'examen de référence.

Le scanner avec reconstruction est demandé de façon plus ciblée, pour le contrôle d'une chirurgie proximale ou plus complexe, voire de façon systématique pour le suivi d'une endoprothèse (examen de référence).

Le traitement anticoagulant par héparine de bas poids moléculaire préventif associé à un traitement antiagrégant plaquettaire est systématique en postopératoire. Le relais par des anti-vitamine-K n'est pas la règle en dehors de problèmes cardiaques associés ou de pontages distaux dits à risque.

À la sortie, un simple traitement antiagrégant plaquettaire est proposé, le plus souvent à vie compte tenu de la fréquence de lésions associées.

Le retour à domicile à partir du 10^e jour est proposé. Un centre de convalescence spécialisé est recommandé en fonction de l'âge ou de complications cardio-pulmonaires associées.

Une consultation chirurgicale à la 3^e semaine est systématique avec un bilan biologique. Son but en est la surveillance des plaies, la recherche d'une fièvre ou d'un syndrome inflammatoire persistant.

À ce stade, les complications sont rares, mais toute anomalie peut nécessiter une réhospitalisation.

Au décours de la chirurgie, une information est donnée aux patients :

- sur la nécessité de prise en charge des facteurs de risque, dont l'arrêt du tabac ;
- sur la nécessité d'un traitement et de sa surveillance par le médecin traitant ;

– sur l'existence de complications possibles dues au matériel prothétique et aussi sur la nécessité d'une surveillance régulière.

La prévention de l'infection nécessite une information spécifique. Il est essentiel de prévenir les troubles trophiques des membres inférieurs surtout chez le diabétique, de maintenir une hygiène cutanée et de traiter tout foyer infectieux.

Il est indiqué comme dans la chirurgie valvulaire cardiaque d'encadrer toutes les interventions dentaires ou ORL, les endoscopies urinaires ou digestives par une antibioprofylaxie.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS PRÉCOCES

Hématome postopératoire

Il peut se manifester de façon aiguë, associant une chute de l'hémoglobine et un trouble hémodynamique. Une réintervention en urgence est nécessaire sans délai.

Il peut être plus chronique, il s'agit alors d'une chute isolée de l'hémoglobine qui fait rechercher d'autres causes de saignement.

Enfin, un hématome peut être évolutif au niveau d'un abord superficiel. Le risque de souffrance tissulaire et le risque infectieux potentiel orientent vers une réintervention.

Un scanner peut identifier le siège et l'étendue de l'hématome.

Thrombose du pontage prothétique

Elle peut se manifester par la seule disparition des pouls, ou être associée à un syndrome ischémique témoignant de l'étendue de la thrombose ou d'une complication thromboembolique.

Outre la prescription d'héparine, c'est l'écho-doppler en urgence qui permet de faire le bilan et d'orienter le traitement chirurgical.

Complications non vasculaires

C'est un retard de cicatrisation souvent situé au triangle de Scarpa. Il est le fait de sujets diabétiques avec des troubles trophiques distaux ou de sujets obèses.

Un traitement antibiotique et des soins locaux peuvent être insuffisants, une mise à plat chirurgicale précoce avec un recouvrement du matériel prothétique par une plastie, souvent musculaire, peut être la meilleure prévention des complications septiques.

SURVEILLANCE ULTÉRIEURE

Fréquence

La surveillance par le médecin traitant est faite dans les 2 mois, surveillance clinique et thérapeutique (facteurs de risque).

La surveillance par un chirurgien vasculaire ou un médecin vasculaire aura lieu au 6^e mois, puis tous les ans avec un échodoppler de contrôle.

En l'absence de carnet de surveillance, le patient doit posséder son compte rendu opératoire pour permettre un suivi lors de ses déplacements.

Surveillance clinique

L'absence de réapparition des symptômes est le premier élément de surveillance.

L'examen doit concerner la palpation des pouls, l'auscultation des axes artériels dans le territoire opéré, mais aussi dans d'autres territoires (troncs supra-aortiques) en raison de la localisation multiple de la maladie athéroscléreuse.

L'examen des pieds ne sera pas omis chez le diabétique (les troubles trophiques sont fréquents sur lésions hyperkératosiques).

Surveillance biologique

Elle est orientée par la survenue d'une fièvre ou d'un syndrome infectieux, ou par une intervention chirurgicale pour un autre problème.

Surveillance radiologique et échographique

L'écho-doppler réalisé régulièrement permet de dépister une sténose anastomotique ou une évolution de la maladie anévrismale ou occlusive.

Cette surveillance régulière devrait permettre une correction précoce avant la survenue d'une thrombose.

En cas d'anomalie dépistée sur ces données, le scanner avec reconstruction permet un contrôle anatomique d'excellente qualité. Le recours à l'artériographie dans ces conditions est exceptionnel.

Un contrôle scanner tous les 4 ans pour la pathologie anévrismale aortique est retenu pour identifier une évolution proximale ou distale. Ce contrôle est effectué plus fréquemment pour les endoprothèses.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS TARDIVES

Sténoses anastomotiques ou thromboses de branche prothétique

Elles ne relèvent pas d'une prise en charge différente à ce stade. La clinique, les explorations échographique et scanner avec reconstruction permettent de prendre la décision chirurgicale.

Faux anévrisme anastomotique

Une tuméfaction battante et expansive en permet au niveau fémoral l'identification facile.

Ailleurs, le diagnostic n'en sera fait que par l'échographie ou par le scanner (situation aortique ou iliaque) en raison de la situation plus profonde. Mais une complication peut en être révélatrice. La correction chirurgicale conventionnelle ou par une endoprothèse est retenue rapidement. Là encore, le scanner avec reconstruction apporte une imagerie suffisante (fig. 4).

Pour en savoir plus

► **Valvulopathies cardiaques de l'adulte**
Monographie (Rev Prat 2000;50[15]:1639-92)

Infections de prothèse

Elles peuvent survenir des mois ou des années après leur implantation.

Trois tableaux cliniques doivent faire rechercher une infection de prothèse chez un patient se sachant porteur d'un tel matériel :
– une fièvre ou un syndrome infectieux persistants ;
– une hémorragie digestive ;
– un placard cutané inflammatoire ou une tuméfaction, le plus souvent en situation fémorale.

Leur constatation nécessite une hospitalisation en urgence.

Un bilan biologique et des hémocultures sont systématiques mais souvent négatives en raison de la prescription d'antibiotiques.

L'écho-doppler et surtout le scanner avec contraste sont demandés en urgence.

Trois images sont évocatrices du diagnostic : une collection liquidienne périprothétique, une collection avec des images aériques évoque une fistule prothétodigestive (fig. 5), ou une image de cellulite infectieuse au niveau fémoral.

La recherche d'un foyer infectieux à distance, ou d'une autre cause d'hémorragie digestive haute n'ont qu'une importance secondaire dans ce tableau clinique d'urgence. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

DÉJÀ TRAITÉ : • 1^{re} partie : « Surveillance des porteurs de valve ». Rev Prat;2006;56[2]:191-9.

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 La structure du matériel prothétique se dégrade avec le temps.
- 2 Une prothèse ne subit jamais une endothélialisation complète.
- 3 La prothèse a remplacé l'utilisation de matériel autogène.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Un faux anévrisme se situe au niveau de raccordement entre prothèse et artère.
- 2 Les complications infectieuses de prothèse ne mettent pas en jeu le pronostic vital.
- 3 Les thromboses sont spécifiques du matériel prothétique.

C / QCM

Parmi les signes suivants, quels sont ceux faisant penser à une infection de prothèse aorto-fémorale ?

- 1 Une hémorragie digestive.
- 2 Un syndrome infectieux.
- 3 Une occlusion du pontage.
- 4 Une tuméfaction douloureuse inflammatoire au triangle de Scarpa.

Réponses : A : F, V, F / B : V, F, F / C : 1, 2, 4.

NOTRE ENGAGEMENT ÉDITORIAL

LA REVUE DU
PRATICIEN

La qualité du contenu scientifique et pédagogique de La Revue du Praticien dont l'éditeur est le groupe Huveaux France SAS, est garantie par le respect des valeurs éditoriales suivantes :

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE : 1

des experts, membres permanents ou conseillers du comité de rédaction scientifique, proposent des thèmes à traiter (compte tenu des actions prioritaires de santé publique, des recommandations de l'HAS et des sociétés savantes et de l'actualisation nécessaire des connaissances médicales), désignent en fonction de leur

compétence reconnue (selon leurs titres et travaux) les auteurs à solliciter et assurent la lecture critique de tous les articles reçus (articles de formation continue ou travaux originaux).

BIBLIOGRAPHIE : 2

chaque article est accompagné de références bibliographiques appelées dans le texte selon les normes de Vancouver.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : 3

tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux, susceptible de créer un conflit d'intérêts compte tenu du thème traité dans l'article. La déclaration des conflits d'intérêts figure obligatoirement en fin d'article.

ENGAGEMENT FMC : 4

les articles de formation médicale continue ou les travaux originaux constituent l'essentiel du fonds éditorial de la revue.

PROMOTION DU MÉDICAMENT ET DU MATÉRIEL MÉDICAL :

toute publicité rédactionnelle ou visuelle dans la revue est systématiquement identifiée comme telle par une mention explicite.