



Formulaire d'information

Artériographie cérébrale (spinale)

Madame, Monsieur,

Après examen de votre état de santé, votre médecin traitant vous a proposé une artériographie cérébrale (ou spinale : de la moelle épinière). Il s'agit d'un examen radiologique dont le résultat permettra de planifier votre traitement. Cet examen sera pratiqué avec votre consentement. Vous avez la liberté de l'accepter ou de le refuser.

Une information vous est fournie ci-après sur le déroulement de l'artériographie cérébrale (spinale) qui vous est proposée et de ses suites, que nous vous remercions de lire attentivement.

Déroulement de l'examen.

L'examen se pratique lors d'un séjour hospitalier ou de manière ambulatoire (hôpital de jour : séjour de 8 heures). Le jour de l'examen, vous serez maintenu(e) à jeun. Des examens de laboratoire auront été réalisés au préalable pour étudier la coagulation sanguine et le fonctionnement des reins.

L'examen a lieu dans une salle spécialement équipée. Vous serez couché(e) sur le dos. Un cathéter (tube de 1,5 mm de diamètre) sera introduit dans votre artère fémorale (en général droite) au pli de l'aîne, après anesthésie locale. Ce tube sera dirigé sous contrôle radiologique dans les artères qui irriguent le cerveau : vous ne sentirez rien car les artères ne sont pas sensibles. Vous garderez la tête parfaitement immobile et un produit de contraste contenant de l'iode sera injecté par le cathéter dans l'artère à examiner. Cette injection est également indolore. L'appareil réalise des clichés en série de votre crâne.

L'artériographie cérébrale permet d'étudier vos artères et vos veines cérébrales de manière extrêmement détaillée, à la recherche de rétrécissements, d'occlusion, de malformation ou d'inflammation.

L'examen dure environ une heure (selon la qualité des artères). Après retrait du cathéter, le site de ponction sera comprimé pendant 10 minutes par le médecin radiologue pour que le trou de ponction se bouche. On placera ensuite un pansement compressif pendant 4 heures.

Après l'examen

Si vous êtes en ambulatoire, vous ferez l'objet d'une surveillance médicale à l'hôpital de jour et vous rentrerez chez vous vers 17 heures. Vous devrez impérativement être accompagné(e) d'une tierce personne et vous n'aurez pas le droit de conduire votre véhicule. On vous donnera des recommandations pour les heures suivantes. Le lendemain, vous prendrez un jour de repos. Un certificat d'arrêt de travail sera établi à cet effet. Pendant trois jours, il faudra remplacer les bains par des douches.



Cet examen utilise des rayons X et un produit de contraste contenant de l'iode. La dose de rayons est maintenue à un taux inoffensif, mais on choisira une autre méthode chez les femmes enceintes (sauf urgence vitale). Certains patients sont allergiques à l'iode : vous serez questionné(e) à propos de vos éventuelles allergies. Les produits de contraste peuvent également aggraver une insuffisance rénale. Votre médecin prendra les mesures pour éviter ces complications.

Certains médicaments doivent être arrêtés avant une artériographie :

Anticoagulants : Sintrom, Marcoumar

Antiagrégants plaquettaires : Plavix, Ticlid, *Persantine*

Certains antidiabétiques oraux : Glugophage, Metfin, Silubine

Si nécessaire, ils seront remplacés par d'autres médicaments.

Nous devons connaître la liste des médicaments que vous prenez.

Quels sont les risques de l'examen ?

Tout acte médical comporte un risque. L'artériographie est un examen dit « invasif » : cela signifie qu'un instrument est introduit dans votre corps. L'artériographie cérébrale nécessite de placer un cathéter dans les artères qui irriguent votre cerveau. L'étude d'un très grand nombre d'examen indique que le risque global de complication est proche de 1,5%. Il peut s'agir de désagréments mineurs comme un hématome au site de ponction. Les complications cérébrales sont plus rares : leurs effets sont soit temporaires soit permanents (par exemple une paralysie) : ce risque est inférieur à 0,5 %.

Ces complications sont donc rares. Néanmoins, le risque est augmenté si les artères sont en mauvais état ou si elles sont fragilisées par certaines maladies.

L'artériographie peut représenter la première étape d'un **traitement endovasculaire**.

Les progrès de la technologie médicale permettent aujourd'hui de traiter certaines maladies vasculaires cérébrales sans craniotomie (ouverture chirurgicale de la boîte crânienne). Il s'agit du traitement des anévrismes cérébraux rompus ou non, du traitement des malformations vasculaires, du traitement de certaines tumeurs intracrâniennes, ou du traitement des rétrécissements artériels dus à l'artériosclérose. Ces traitements sont regroupés sous le terme général d'**embolisation** ou d'**angioplastie**. Ils sont décrits dans un document séparé qui vous sera remis si vous êtes concerné(e).

Les médecins responsables vous verront en consultation préopératoire et vous fourniront des informations détaillées. Ils sont à disposition pour répondre à toutes vos questions.

Dès votre retour à la maison :

Si besoin, reprenez contact avec nous au n° de téléphone suivant: **021 314 44 44**.

En urgence, en dehors des heures ouvrables, vous pouvez joindre **le radiologue de garde** au **021 314 11 11**.

Vous trouverez en annexe un formulaire de consentement éclairé que nous vous prions de bien vouloir lire et remplir. Vous avez la liberté d'accepter ou de refuser le traitement. Il est important de nous rendre ce formulaire lors de votre venue à l'hôpital pour cet examen.

Aspects financiers

Cette procédure est prise en charge par l'assurance de base.



Formulaire de consentement éclairé du patient

Artériographie cérébrale (spinale)

ETIQUETTE PATIENT

Suite à l'entretien d'information que j'ai eu et aux réponses qui ont été apportées à mes questions, j'accepte, après réflexion, l'intervention mentionnée ci-dessus.

J'ai été informé(e) de la nature et le but de l'intervention proposée. Le médecin m'a aussi informé(e) des bénéfices, risques et possible complications, de même que des possibles alternatives au traitement proposé.

Date : _____ Patient* (signature) : _____

* La signature du patient ou de son représentant légal doit être obtenue.

Représentant légal ou thérapeutique* _____

Nom, prénom (majuscule)

Médecin

Je, soussigné, Dr _____ (Nom prénom, majuscule), certifie que j'ai expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'intervention ci-dessus. Je certifie également avoir offert au patient et à son représentant légal la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaite et que j'ai pleinement répondu à ces dernières. Je crois que le patient/représentant légal ou thérapeutique a bien compris ce que j'ai expliqué. Dans le cas où je ne serais pas présent lors de la signature de ce formulaire par le patient, je comprends qu'il n'a qu'une valeur de documentation, bien que le processus du consentement éclairé a eu lieu. Je demeure responsable de l'information au patient ainsi que de l'obtention de son consentement éclairé.

Date : _____ Médecin (signature) : _____

Matériel d'information reçu :

Entretien d'information

Brochure / feuille (titre)
d'information

NB : CE DOCUMENT DOIT FAIRE PARTIE DU DOSSIER DU PATIENT. UNE COPIE EST A REMETTRE AU PATIENT

