

## Cardiologie

Hôpital universitaire de Bâle  
Petersgraben 4, CH-4031 Bâle  
Téléphone +41 61 265 44 45, Fax +41 61 265 45 98

### Information et consentement éclairé du patient

## Dénervation rénale pour le traitement de l'hypertension artérielle non contrôlée

Chère patiente,  
Cher patient,

Votre docteur/doctoresse a constaté que

Votre pression artérielle ne pouvait pas être diminuée et être comprise dans la fourchette de valeur souhaitée même après l'administration de médicaments appropriés. Il/elle vous a donc passé à un traitement invasif dont le but est de détruire le nerf sympathique afférent au rein à l'aide d'un courant de radiofréquence à faible énergie diffusé à travers la paroi des vaisseaux sanguins du rein (artères rénales). Ces fibres nerveuses qui entourent les artères rénales comme un filet, semblent jouer un rôle important dans le développement de l'hypertension artérielle chez certains patients. Des études ont pu montrer que l'on peut raisonnablement s'attendre à une réduction de la tension artérielle et atteindre une valeur dans la fourchette cible avec des médicaments, après la destruction des fibres nerveuses (« dénévation rénale ») des deux artères rénales.

### Déroulement de l'opération

L'opération est réalisée dans un sommeil léger après administration de sédatifs et d'analgésiques. Après anesthésie locale de l'aîne droite, un cathéter est inséré dans l'artère de la jambe et poussé jusqu'à atteindre l'artère rénale. Un courant de radiofréquence est ensuite délivré dans chaque artère rénale env. 5x pendant 2 minutes.

Pendant le transfert du courant, une douleur sourde dans l'abdomen et le dos peut être ressentie. Cette douleur est cependant très bien tolérée en général grâce aux médicaments antidouleur pris précédemment.

### Complication possibles

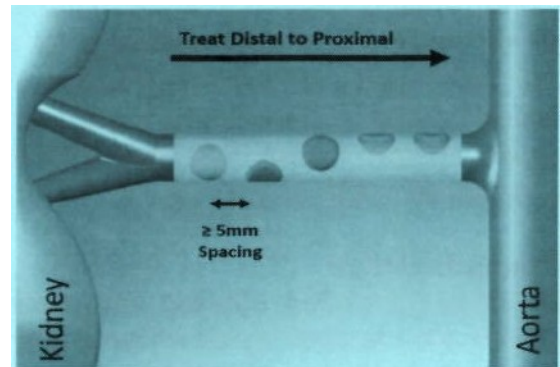
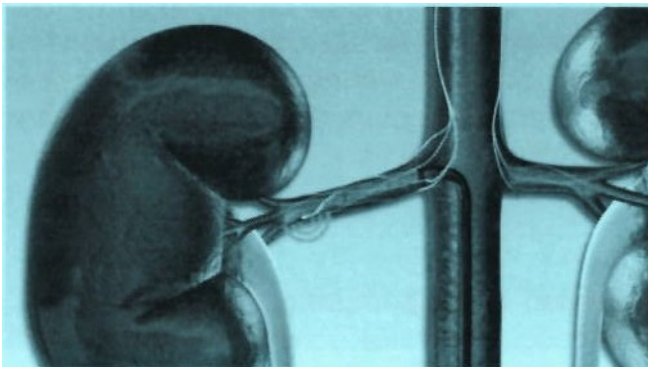
Les complications qui peuvent survenir dans cette intervention, sont extrêmement rares. Dans les études cliniques actuellement disponibles, dans des cas particuliers, le sondage de l'artère rénale a entraîné une lésion de la paroi artérielle, qui peut être traitée avec succès pendant la même intervention. À la suite de cela, aucune séquelle rénale permanente ni perte de la fonction rénale n'ont été observées. Les autres complications graves, comme p. ex. l'allergie sévère ou l'insuffisance rénale induite par les médicaments utilisés, sont également très rares. La complication la plus fréquemment observée mais qui reste néanmoins très rare, est l'hématome ou le saignement au niveau du site de ponction dans l'aîne, qui peut nécessiter un traitement supplémentaire.

L'intervention est réalisée sous contrôle radiographique. Il existe donc une certaine exposition à des radiations, qui est toutefois réduite aux doses strictement nécessaires et aussi basses que possible. Une telle intervention ne devrait, au vu de cette exposition, n'être effectuée pendant la grossesse qu'en cas d'urgence.

## Suivi

Le suivi peut être réalisé par le médecin traitant. Il comporte la mesure de la pression artérielle ainsi que l'ajustement du traitement par les médicaments anti-hypertenseurs.

## Espace pour dessiner un croquis/écrire une note personnelle :



## S'il vous plaît parlez avec nous

Si vous n'avez pas compris quelque chose, ou si une question qui vous semble importante n'a pas été abordée dans ce formulaire ou lors de l'entretien personnel que vous avez eu avec votre médecin.

## Déclaration de consentement

Monsieur/Madame le/la docteur/e ..... a eu avec moi un entretien d'explication se basant sur le présent formulaire d'information ainsi que sur les résultats des examens préliminaires. J'ai compris ces explications et ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je désirais. Après avoir reçu toutes les réponses à mes questions, je me déclare par la présente disposé à subir l'intervention proposée. Je donne mon accord à toutes les procédures d'urgence qui découleraient directement de l'intervention.

Signature de la patiente/du patient: \_\_\_\_\_

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_

**Consentement à la collecte des données et à leur analyse**

J'accepte la collecte et l'analyse des données scientifiques de mon traitement, sous une forme électronique cryptée.

Si nécessaire, la traçabilité des données est assurée pour l'assurance qualité. Nous vous garantissons un droit d'accès illimité pour consulter vos données archivées.

Signature de la patiente/du patient: .....

Lieu et date: .....