

---

## **Chirurgie des sténoses carotidiennes asymptomatiques**

La chirurgie des sténoses carotidiennes a longtemps été pratiquée sans savoir si ses avantages l'emportaient sur ses inconvénients. Depuis quelques années divers essais randomisés, comparant le traitement médical et le traitement chirurgical ont été réalisés. Pour les sténoses symptomatiques deux grands essais ont déjà apporté des résultats: la chirurgie est bénéfique pour les sténoses serrées (> 70%) mais présente plus de risques que d'avantages pour les sténoses modérées (<30%). On ne peut pas encore se prononcer pour les sténoses intermédiaires. Pour les sténoses asymptomatiques, deux essais n'avaient pas permis de conclure. Les résultats d'un grand

essai, l'essai ACAS, ont été récemment publiés<sup>1</sup>. 1662 patients, âgés de 40 à 79 ans, porteurs d'une sténose carotidienne asymptomatique supérieure à 60% ont été suivis pendant plusieurs années (médiane 2,7 années). Ils recevaient tous un traitement à l'aspirine, et une moitié randomisée a été opérée. Les événements néfastes liés à la sténose carotidienne durant la période d'observation (AVC homolatéral, AVC et mortalité périopératoire, à l'exclusion des accidents ischémiques transitoires) ont été réduits de 53% dans le groupe chirurgical par rapport au groupe médical (5,1% contre 11,0%).

De cette étude on peut retenir l'intérêt de la chirurgie des sténoses carotidiennes serrées (> 60%) asymptomatiques. Le bénéfice est cependant moindre que pour les formes symptomatiques: 19 interventions nécessaires pour éviter un AVC contre 5 à 6, différence liée au risque moindre d'AVC spontané: 2% par an contre plus de 10%. Surtout, comme l'écrit l'éditorial qui accompagne la présentation de ce travail<sup>2</sup>, il faut retenir les conditions particulières de l'étude: sélection rigoureuse des patients, des chirurgiens (le risque opératoire, AVC ou mort, était particulièrement bas, de 1,5%), des échographistes (l'artériographie garde un risque de morbi-mortalité entre 0,7 et 1,2% selon les études, et tout diagnostic échographique en excès entraîne de ce fait un risque artériographique supplémentaire). Il faut retenir également un bénéfice inférieur chez la femme, et se souvenir qu'il s'agit d'une maladie vasculaire diffuse. Tous ces éléments, associés au coût (évalué à 7 milliards de \$ par an) plaident, pour l'éditorialiste, contre un dépistage échographique systématique. Un souffle carotidien est retrouvé dans 75% des cas de l'étude, mais la valeur prédictive imparfaite de cette découverte doit rendre prudent pour en faire un élément d'identification des patients à inventorier. En tout état de cause, la décision de la poursuite des investigations doit être pesée cas par cas, en fonction du risque individuel d'AVC et de morbi-mortalité périopératoire, qui peut annuler le bénéfice espéré.

<sup>1</sup>Executive Committee for the asymptomatic carotid atherosclerosis study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. JAMA 1995, 273, 18, 1421-1428

<sup>2</sup>Mayberg M.R., Winn H.R. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. Resolving the controversy. JAMA 1995, 273, 18, 1459-1461

*Numéro 22 du 6 juin 1996*

**Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC..**

**Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.**