
Anévrisme de l'aorte abdominale

Prévalence et associations à travers le dépistage

L'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est fréquent après 65 ans, reste longtemps latent, et le traitement chirurgical lors de la rupture est grevé d'une mortalité de 50%¹. La chirurgie préventive de la rupture peut alors se discuter: elle fait l'objet d'un consensus pour les AAA de plus de 5,5 cm ou symptomatiques; la simple surveillance est conseillée en dessous de 4 cm. Entre les deux il n'y a pas actuellement de consensus, en sachant que la mortalité opératoire se situe autour de 4%; plusieurs études randomisées sont en cours pour déterminer la meilleure stratégie. Faut-il dans ce contexte dépister, en sachant que si le dépistage clinique a une sensibilité médiocre et une spécificité discutée, le dépistage échographique a de bien meilleures performances ? Les études de prévalence, de facteurs de risque et les essais randomisés en cours permettront de donner des arguments pour une attitude précise, qui actuellement est définie par l'US Preventive Services Task Force comme une recommandation de grade C: "preuves insuffisantes pour recommander ou exclure le dépistage".

Une étude sur la prévalence de l'AAA et ses associations vient de paraître², qui nous apporte des données utiles pour la prévention et le dépistage de l'AAA. Il s'agit d'une étude effectuée dans le cadre de la mise en oeuvre d'un essai randomisé sur le dépistage et la stratégie de prise en charge de l'AAA chez les patients de 50 à 79 ans.

320.000 lettres ont été envoyées. Sur les 30% de réponses, 73943 personnes âgées de 50 à 79 ans (hommes pour 97%), sans histoire d'AAA, ont été retenues et soumises à un dépistage échographique systématique. Un AAA de 4 cm ou plus a été découvert chez 1031 patients avec donc une prévalence globale de 1,4%. Parmi ceux-ci 368 avaient un AAA de plus de 5 cm, 224 de plus de 5,5 cm, 137 de plus de 6 cm, 48 de plus de 7 cm.

Le tabagisme était le facteur associé le plus important: prévalence de 1,9% chez les 75% de fumeurs contre 0,4% chez les non fumeurs, le risque relatif (odd ratio) des fu-

meurs étant de 5,57 par rapport aux non fumeurs. Le risque relatif (RR) augmente avec la durée du tabagisme, et diminue avec le nombre d'années de sevrage, mais ne se modifie pas en fonction de la taille de l'anévrisme.

La 2^{ème} association est celle d'une histoire familiale d'AAA avec un RR de 1,95, mais dans une population relativement limitée (5,1% de la population totale). Il y a une association positive entre l'AAA et l'athérosclérose clinique encore plus modeste: RR de 1,62 pour les coronaropathies, de 1,19 pour la pathologie vasculaire cérébrale ainsi que pour l'hypercholestérolémie (1,54), l'hypertension (1,16).

Par contre le sexe féminin, la race noire étaient associés négativement. Et surtout on peut être étonné de l'association négative entre le diabète et l'AAA (RR 0,54). D'autres études confirment que cette association négative n'est pas due à un artefact.

Les auteurs signalent les limites de leur étude: population de vétérans un peu particulière, prévalence réelle de l'AAA sans doute plus importante si l'on inclut les anévrismes cliniquement parlants non pris en compte ici, possibilité de biais de sélection à travers les 70% de non répondants à la lettre initiale, recueil par auto-questionnaire des informations.

Les auteurs insistent sur la relation entre tabagisme et AAA, déjà trouvée dans des études cas-contrôle. Si l'on admet une relation causale, ils en concluent que la plupart des AAA dépistés dans cette étude sont dus au tabac. Le mécanisme reste incertain, mais l'absence de relation entre la durée du tabagisme et la taille de l'AAA font penser que le tabac est plus important dans la genèse de l'AAA que dans sa croissance. Cette relation avec le tabac, la relation beaucoup moins marquée avec les autres facteurs de l'athérosclérose, et même la relation inverse avec le diabète, semblent montrer que les mécanismes qui conduisent à l'AAA sont différents de ceux de l'athérosclérose.

L'étude apporte des informations utiles pour le dépistage éventuel, mais il faut attendre les résultats des essais randomisés pour savoir si ce dépistage réduit la morbidité et la mortalité et en connaître le rapport coût-efficacité. Dès à présent les données concernant les facteurs de risque: tabagisme essentiellement, et à un moindre degré, âge, athérosclérose, hypercholestérolémie, histoire familiale peuvent servir à un dépistage ciblé.

1 - Dumont E. Aneurysmes de l'aorte abdominale. La Rev. Prescrire, 1994, 14, 139, 221-223

2 - Lederle FA et coll. for the Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans affairs cooperative study group. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Ann. Int. Med. 1997, 126, 6, 441-449

Numéro 62 du 22 mai 1997

**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.**

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)