

Faut-il opérer préventivement les anévrismes de l'aorte ou les anévrismes intracrâniens?

Le clinicien est souvent confronté à des décisions à prendre devant des découvertes fortuites d'anomalies lors d'examen d'imagerie. Ces situations peuvent ainsi se présenter devant la découverte d'un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) lors d'une échographie, ou d'un anévrisme intracrânien (AICr) lors d'un scanner ou d'une IRM. Quelle est l'histoire naturelle de ces anomalies? Faut-il intervenir ou se contenter de surveiller? Deux grandes études multicentriques tentent de répondre à la question.

La 1^{ère} étude, britannique¹, concerne les AAA. Les auteurs ont randomisé 1090 patients âgés de 60 à 76 ans porteurs d'un AAA de 4 à 5,5 cm de diamètre, asymptomatiques. 563 ont été proposés pour une chirurgie précoce, 537 pour une surveillance échographique (tous les 6 mois pour des AAA de 4 à 4,9cm, tous les trois mois au-dessus de 5cm). Le suivi moyen a été de 4,6 ans, et le patient était opéré si lors de la surveillance le diamètre dépassait 5,5 cm, si le taux de croissance dépassait 1cm par an, ou si l'AAA devenait sensible. Les deux groupes étaient comparables quant aux facteurs de risque. La mortalité était le critère d'évaluation, l'analyse étant faite en intention de traiter (93% des patients adhèrent au protocole).

La survie moyenne est sensiblement la même dans les deux groupes; en six ans 1/3 des patients de chaque groupe était mort. La survie était moins bonne initialement dans le groupe chirurgie, en raison d'une mortalité opératoire de 5,8%, et par la suite moins bonne dans le groupe surveillance, les courbes se croisant la troisième année. Il y eut 25 ruptures d'anévrismes: 10 pour des patients avec diamètre >5,5 cm, non opérés pour diverses raisons. Pour les 15 autres, entre 4 et 5,5 cm, le risque moyen de rupture était de 1% par an.

Les auteurs concluent que la chirurgie précoce n'a pas d'avantage en terme de survie à long terme pour les petits AAA asymptomatiques.

La 2^{ème} étude est internationale² (USA, Canada, Europe). Elle a concerné 2621 patients porteurs d'AICr non rompus. Elle n'est pas randomisée, mais comporte deux volets: l'un sur le suivi, l'autre sur le risque opératoire.

L'étude de suivi, rétrospective, évaluait sur 1449 patients l'histoire naturelle des AICr non rompus: 727 de ces patients (gr1) avaient un AICr non rompu, découvert devant diverses circonstances (dont 36% de céphalées); 722 (gr2) avaient des AICr restés en place après traitement d'un AICr rompu. Sur un suivi moyen de 8 ans, le taux annuel de rupture était de 0,05% dans le gr1, de 0,5% dans le gr2, taux augmentant dans les deux groupes selon la taille (environ 1% au-dessus de 10mm).

L'étude traitement, prospective, évaluait le risque chirurgical chez 1172 patients opérés pour AICr non rompu. L'âge moyen était de 52 ans. La mortalité liée à la chirurgie était de 1,8% à 30 jours et de 3,2% à un an. La morbidité (état neurologique et altérations cognitives) était de 15% à 30 jours et de 12% à un an. L'âge était le seul facteur supplémentaire de morbi-mortalité.

Les auteurs concluent que le risque de rupture d'un AICr non rompu est très faible chez les patients du gr1, plus élevé dans le gr2. Le risque de morbidité et de mortalité lié à la chirurgie dépasse largement le risque de rupture à 7,5 ans chez les patients du gr1 présentant un AICr non rompu inférieur à 10 mm de diamètre.

Nous avons réuni ces deux études qui abordent une même problématique: le risque d'un traitement préventif n'excède-t-il pas le bénéfice à en attendre, tout particulièrement devant un patient asymptomatique. La seule façon de le savoir, avant de prendre une décision qui reste toujours individuelle, est d'avoir des données objectives. Celles-ci ne peuvent résulter que d'études comparatives. L'essai randomisé donne le meilleur niveau de preuve. C'est ce qui a été fait pour les AAA (deux études similaires sont en cours au Canada et aux USA). Pour les AICr la randomisation posait sans doute des problèmes éthiques. La méthode utilisée est de moindre valeur formelle. Mais les résultats sont suffisamment nets pour pouvoir être retenus.

Retenons pour les AICr le risque important de la chirurgie préventive, augmenté par l'âge; à l'inverse le risque de rupture majoré par la taille de l'AICr et les antécédents de rupture d'un autre AICr. Et rappelons nous que les études autopsiques situent la prévalence des AICr non rompus autour de 5% de la population.

Retenons pour les AAA la sécurité de la surveillance régulière, faisant courir un risque moindre que la chirurgie précoce pour les AAA de moins de 5,5cm. Il est ainsi possible de choisir la surveillance. Sa régularité devra être assurée, car l'intervention sera nécessaire pour 80% des patients dans les 5 ans.

Il reste à gérer avec le patient ces situations souvent assimilées à une bombe dans la tête ou dans le ventre.

1 - The UK small aneurysm trial participants. Mortality results for randomised controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. *Lancet* 1998; 352: 1649-55

2 - The International study of unruptured intracranial aneurysms investigators. Unruptured intracranial aneurysms. Risk of rupture and risks of surgical interventions. *N Engl J Med* 1998; 339: 1725-33

Mots-clé: anévrisme, aorte, cerveau, chirurgie, histoire naturelle, dépistage, prévention, complication

Numéro 128 du 14 janvier 1999