

## **Bénéfices/risques de la chirurgie des sténoses carotidiennes asymptomatiques et symptomatiques**

On est resté longtemps incertain sur le rapport bénéfice-risque de la chirurgie des sténoses carotidiennes. Les grands essais randomisés, conduits sur le plan international, comparant le traitement médical (aspirine) et le traitement chirurgical permettent d'y voir plus clair.

**Pour les sténoses symptomatiques** les résultats de deux grands essais internationaux sont publiés.

- L'essai européen, ECST, réunissait entre 1981 et 1994, (suivi moyen de 6,1 ans), 3024 patients: 60% affectés initialement à la chirurgie, 40% au traitement médical.

- L'essai américain, NASCET, réunissait 2926 patients (66 ans d'âge moyen, et suivi moyen de 5 ans), randomisés de façon égale entre traitement médical ou chirurgical.

Les résultats sont concordants. Pour les sténoses serrées (>à 75%-80% selon les études), la chirurgie est bénéfique. Elle présente plus de risques que d'avantages pour les sténoses légères (<à 30%). Pour les sténoses intermédiaires, entre 30 et 70%, l'essai ECST conclut à l'absence de bénéfice de la chirurgie sur l'aspirine, avec même un effet négatif pour une sténose entre 30 et 50%.<sup>1</sup> L'essai NASCET conclut à un effet bénéfique minime entre 50 et 70%, et un bénéfice nul entre 30 et 50%.<sup>2</sup>

**Pour les sténoses asymptomatiques**, deux essais n'avaient pas permis de conclure. En 1995, l'essai ACAS, sur 1662 patients de 40 à 79 ans, porteurs d'une sténose carotidienne asymptomatique >60% avait montré, sur un suivi moyen de 2,7 ans, une réduction de 53% des événements néfastes liés à la sténose carotidienne (AVC homolatéral, AVC et mortalité périopératoire, à l'exclusion des accidents ischémiques transitoires) dans le groupe chirurgical par rapport au groupe médical. Le bénéfice absolu était modeste: 19 interventions nécessaires pour éviter un AVC, contre 5 à 6 pour les sténoses symptomatiques. Cette différence est liée au risque moindre d'AVC spontané: 2% par an contre plus de 10%, et surtout à un risque chirurgical particulièrement bas (2,3%). Une méta-analyse, regroupant 5 essais (2.440 patients), confirme ces données, notamment le faible bénéfice: il faut opérer 50 patients pour éviter un AVC dans les trois ans qui suivent.

De ces données on peut retenir un certain nombre de faits et surtout d'enseignements.

- la chirurgie des sténoses carotidiennes **est bénéfique pour les sténoses carotidiennes serrées**. Le bénéfice est sûr pour les sténoses symptomatiques, discutable pour les asymptomatiques. Le bénéfice est incertain pour les sténoses modérées, absent pour les sténoses légères.

- l'importance du bénéfice **varie avec l'importance du risque opératoire**. Ce risque (mort et AVC) ne varie pas avec le degré de sténose mais avec les performances de l'équipe chirurgicale; il se situe autour de 5%. Dans NASCET, ce risque n'était que de 2,1%, et les auteurs concluent que pour les sténoses modérées symptomatiques, une augmentation du risque opératoire annule le bénéfice. Dans ACAS pour les sténoses asymptomatiques le risque était de 2,3%, réduisant encore la généralisation des données de l'essai. Tout chirurgien vasculaire devrait être à même de donner ses résultats<sup>3</sup>.

- les qualités d'**appréciation du degré de sténose**: l'échographie est un examen dont la reproductibilité n'est pas parfaite<sup>4</sup>; tout diagnostic échographique en excès entraîne un risque artériographique inutile (morbi-mortalité entre 0,7 et 1,2% selon les études).

- la nécessité d'**adapter notre décision pour chaque patient**<sup>5</sup>: choix entre deux risques, celui d'un risque opératoire immédiat, et celui du risque spontané plus éloigné; risques opératoires majorés du fait de l'état du patient; ancienneté des troubles, (dans ECST, le bénéfice de la chirurgie semble disparaître pour des troubles apparus depuis plus de 3 ans). Par contre les études n'ont pas encore dégagé de sous groupes à haut risque, en dehors du degré de sténose.

**En définitive**, les données actuelles qui justifient la chirurgie carotidienne sont le degré de la sténose, les performances de l'équipe chirurgicale, et .... le choix du patient.

1 - Noiry JP. Ne pas opérer les sténoses carotidiennes symptomatiques moyennement serrées. Prescrire, 1997, 17, 176, 591-2

2 - Barnett HJ et al. Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. N Engl J Med. 1998, 339, 20, 1415-25

3 - Chassin MR. Appropriate use of carotid endarterectomy. N Engl J Med. 1998, 339, 20, 1468-71

4 - Est-il utile de répéter l'échographie carotidienne en cas de sténose asymptomatique. Bibliomed, 1997, 83

5 - Carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis. Br Med J. 1998, 317, 1468

**Mots-clé:** carotide, sténose, chirurgie, aspirine, anti-agrégant, stratégie, décision

*Numéro 131 du 4 février 1999*