



## Faut-il dépister les anévrismes de l'aorte abdominale?

La prévalence de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) varie selon les études de 1 à 9% des hommes après 65 ans, 5 à 10 fois moins chez la femme. En dehors de l'âge, le facteur de risque principal est le tabac. Le risque de rupture dépend de la taille: moins de 3% par an si < 4cm, entre 5 et 10% si > 5 cm. La mortalité opératoire est de 2 à 5% en cas de chirurgie préventive, de 30 à 50% en urgence en cas de rupture<sup>1,2</sup>. En fonction de ces données deux questions se posent. Faut-il opérer préventivement tous les AAA détectés ? Faut-il dépister systématiquement les AAA ? Plusieurs grandes études apportent des réponses.

### Faut-il opérer tous les AAA détectés ?

Deux essais randomisés ont comparé la chirurgie immédiate de tous les AAA > 4cm, ou la chirurgie limitée aux AAA > 5,5 cm, les autres étant surveillés régulièrement.

**Un essai britannique<sup>3</sup>**: 1090 patients de 60 à 76 ans (dont 188 femmes), avec deux groupes: intervention précoce (GIP) et surveillance (GS). Après un suivi moyen de 8 ans, la mortalité totale était similaire dans les deux groupes. Dans les 3 premières années, la mortalité du GIP était supérieure, en raison d'une mortalité opératoire de 5,4%. A 3 ans, la mortalité du GS devient supérieure. Les morts par rupture étaient plus fréquentes dans le GS que dans le GIP (9 vs 4). Le taux annuel de rupture était de 1,6% dans les 6 premières années, de 3,2% les 3 suivantes. La rupture était 4 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. En fin de suivi, 92% des patients du GIP et 62% du GS avaient eu une intervention réglée.

Le tabagisme actuel représentait avec l'âge et la taille de l'AAA le principal facteur de risque de mortalité. Au départ le taux de fumeurs était à 55% dans les deux groupes; un an après il était de 28% dans le GIP et de 48% dans le GS, le geste chirurgical étant le seul facteur décelé de l'arrêt. La mortalité était de 12% par an chez ceux qui continuaient à fumer, et de 3,8% chez ceux qui avaient arrêté.

**Un essai américain<sup>4</sup>** sur 1136 vétérans (99% d'hommes) de 50 à 79 ans, répartis en deux groupes: GIP et un GS. Après un suivi moyen de 4,9 ans, la mortalité totale et

la mortalité liée à l'AAA étaient similaires dans les deux groupes, avec une tendance en défaveur du GIP, malgré une mortalité opératoire faible (2,7%). Par ailleurs, onze ruptures d'AAA sont survenues dans le GS et 2 dans le GIP. Le taux moyen d'augmentation du diamètre de l'AAA était de 0,32 cm par an. En fin de suivi, 92% du GIP et 61% du GS avaient eu une intervention réglée.

### Faut-il dépister systématiquement les AAA ?

**Un essai contrôlé anglais<sup>5</sup>**: 67800 hommes de 65 à 74 ans, randomisés en deux groupes: 33839 invités à un dépistage échographique (GD) et 33961 pour un groupe contrôle (GC). 80% du GD se sont fait examiner, 1333 AAA (4,9%) ont été détectés. Les AAA > 5,5 cm, avec symptômes, ou augmentant de plus de 1 cm par an étaient opérés. Les autres avaient un suivi échographique régulier, de fréquence variable selon la taille de l'AAA.

Après un suivi moyen de 4,1 ans, il y a eu 65 morts liées à l'AAA dans le GD (0,19%) et 113 dans le GC (0,33%), soit une réduction de 42% dans le GD. Une chirurgie réglée a eu lieu pour 322 patients du GD et 92 du GC, avec une mortalité similaire (6%), et une chirurgie en urgence pour 27 du GD et 54 du GC avec une mortalité identique (37%). La mortalité totale n'était pas différente, mais la mortalité par cardiopathie ischémique était moindre dans le GD.

Les scores d'anxiété et de dépression, n'étaient pas modifiés par un dépistage positif, mais les scores de qualité de vie étaient un peu détériorés.

**L'attitude de simple surveillance d'un AAA asymptomatique est validée par ces études.**

**L'intervention doit être pratiquée si l'AAA mesure plus de 5,5 cm, s'il s'accompagne de symptômes, ou s'il s'accroît de plus de 1 cm par an.** Une intervention en dehors de ces critères peut être licite, particulièrement chez la femme en cas de forte demande<sup>3</sup>, mais il faut pouvoir apprécier le risque opératoire qui ne doit pas dépasser 5%, ce qui est rare. Les données sur l'arrêt du tabagisme chez les opérés doivent nous conduire à nous interroger sur les raisons de cette différence entre les deux groupes.

**Le dépistage prouve son utilité.** Il ne semble pas pour l'instant envisagé d'instituer un dépistage systématique, mais un dépistage individuel plus large semble licite chez l'homme de plus de 65 ans, notamment fumeur ou ancien fumeur, dont l'état de santé permettrait une intervention.

1- Prescrire rédaction. Anévrismes de l'aorte abdominale. Pronostic et conduite dépendent de la taille; Rev Prescrire. 1998;18 (184):365-7

2- Thompson RW. Detection and management of small aortic aneurysms. N Engl J Med. 2002; 346 (19): 1484-6

3- The UK small aneurysm trial participants. Long-term outcomes of immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med. 2002; 346 (19): 1445-52

4- Lederle FA et al Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med. 2002; 346 (19):1437-44

5- The multicentre Aneurysm Screening Study Group. The multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. Lancet. 2002;360 (16):1531-39

**Mots-clé:** aorte, anévrisme, chirurgie, dépistage

Numéro 286 du 12 décembre 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)  
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>