

Endartériectomie carotidienne : chez qui et quand ?

Mots clés :

AVC AIT
Prévention
Récidive
Chirurgie
Carotide
Sténose

Nous avons vu que les accidents ischémiques transitoires (AIT) devaient être considérés comme des urgences en raison du risque de récurrence précoce¹. Le traitement antiagrégant a un effet préventif et semble devoir être prescrit le plus tôt possible. Qu'en est-il pour l'endartériectomie carotidienne (EC) ? Le bénéfice potentiel est lié avant tout au degré de sténose². Une étude³ a cherché à préciser si d'autres facteurs, des données cliniques, le moment de l'intervention interviennent. Il reste aussi que l'EC est souvent surutilisée, parfois de façon inappropriée, que son bénéfice doit être analysé en rapport bénéfice/risque, le risque périopératoire d'AVC et de mort pouvant annuler le bénéfice, particulièrement en cas d'EC pour sténose asymptomatique³. Aborder l'ensemble des indications nous a paru de ce fait intéressant pour mieux comprendre la problématique.

EC et sténose asymptomatique

L'essai ACAS était en 1999 le seul grand essai : 1662 patients de 40 à 79 ans, porteurs d'une sténose asymptomatique >60%, avaient été suivis en moyenne 2,7 ans². L'essai ACST vient de se terminer : 3120 patients ont été suivis en moyenne 3,4 ans⁵. Dans les deux cas, les patients étaient randomisés entre EC immédiate ou traitement médical avec suivi.

Les résultats sont similaires. On note dans ACST une réduction de moitié du risque relatif d'AVC sur 5 ans, passant de 12% dans le groupe médical à 6% dans le groupe EC, incluant un risque périopératoire de 3%, chez les hommes de moins de 75 ans. L'incertitude persiste chez les hommes plus âgés et les femmes.

Dans ACST, il fallait opérer 83 patients (nombre nécessaire à traiter, NNT) pour prévenir un AVC sur 2 ans. Avec un taux annuel d'AVC de 2% dans le groupe traité médicalement, 1% dans le groupe EC, la réduction absolue du risque était de 1% par an, d'autant plus difficile à imputer à la chirurgie seule que le traitement médical était intensifié⁴. Ce faible bénéfice peut en outre être annulé si le risque périopératoire augmente.

Que retenir pour notre pratique ?

L'EC n'est pas une intervention sans risque. Un risque périopératoire supérieur à 3% chez les patients asymptomatiques, 6% chez les symptomatiques risque d'en annuler le bénéfice. Il est indispensable de connaître les performances de l'équipe qui va intervenir^{3,4,6}...

Chez les patients symptomatiques, le degré de sténose (>70% et même 50%) reste la condition de l'indication d'EC. L'âge n'est pas une contre-indication, puisque le bénéfice persiste, voire augmente après 75 ans ; s'il faut tenir compte des pathologies et conditions associées, il n'y a pas de justification à éviter l'EC chez les gens âgés³. Par contre le bénéfice est **plus incertain chez la femme**³.

L'EC doit être pratiquée le plus tôt possible après un AIT ou un AVC mineur, avant 2 semaines, pour obtenir le bénéfice optimal. Le risque n'est pas augmenté par un geste précoce chez un patient neurologiquement stable. Le bilan doit être réalisé rapidement³.

L'angioplastie est encore au stade expérimental. Dans un essai, elle n'était pas inférieure à l'EC, mais d'autres essais sont nécessaires⁸.

Le traitement antiagrégant et des facteurs de risque devra bien sûr être mis en œuvre.

EC et sténose symptomatique

Les données des 2 grands essais, européen (ECST) et américain (NASCET) regroupant 5 893 patients suivis plus de 5 ans, randomisés entre EC et traitement médical², ont été analysées ensemble récemment³.

Le risque périopératoire était globalement de 6%.

L'EC est dangereuse chez les patients avec une sténose <30%, sans bénéfice entre 30 et 49%.

Elle réduit de 27% le risque d'AVC ou de mort lorsque la sténose est entre 50 à 69% (NNT pour prévenir un AVC invalidant sur 2 ans = 15), de 48% en cas de sténose >70% (NNT = 6)^{4,7}.

Le bénéfice est plus important chez l'homme de plus de 75 ans (NNT 5 vs 18 avant 75 ans) ; à l'inverse il est moindre chez la femme (NNT 36 vs 9 chez l'homme) ; surtout il chute rapidement avec l'allongement du délai entre les symptômes et l'EC : La réduction du risque diminue environ de moitié si l'EC intervient après 2 semaines et presque des ¾ si elle est réalisée après 12 semaines. Le NNT est de 5 pour une EC dans les 2 semaines depuis les symptômes, vs 125 si le délai dépasse 12 semaines³.

Références :

- 1- Collectif. Accident ischémique cérébral transitoire : quel devenir ? *Bibliomed*. 2005; 403
- 2- Collectif. Bénéfice/risque de la chirurgie des sténoses carotidiennes asymptomatiques et symptomatiques. *Bibliomed*. 1999; 131.
- 3- Rothwell PM et al. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. *Lancet*. 2004; 363:915-24.
- 4- Barnett HJM. The inappropriate use of carotid endarterectomy. *Can Med Ass J*. 2004; 171:473-4.
- 5- MRC Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) collaborative group. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms : randomised controlled trial. *Lancet*. 2004; 363:1491-1502
- 6- Barnett HJM. Carotid endarterectomy. *Lancet*. 2004 ; 363 : 1486-7.
- 7- Cina CS et al. Carotid endarterectomy for symptomatic carotid stenosis. *The Cochrane Database of systematic reviews*. 1999, 3.
- 8 - Cambria RP. Stenting for carotid-artery stenosis. *N Eng J Med*. 2004; 351: 1565-7.