

## Votre patient est-il à risque?

# L'anévrisme de l'aorte abdominale

Stéphane Elkouri, MD, FRCPC, chirurgien vasculaire

Présenté par l'Université de Montréal dans le cadre de la *Journée du département de chirurgie pour l'omnipraticien*, juin 2004

### L'anévrisme de Pierre

Un homme âgé de 69 ans est dirigé vers un chirurgien vasculaire, car il présente un anévrisme de l'aorte abdominale découvert à l'examen physique par son médecin de famille.



Une échographie abdominale confirme qu'il s'agit d'un anévrisme de l'aorte abdominale de 40 mm de diamètre maximal.

Des échographies abdominales faites chaque 6 mois démontrent une progression de la taille de l'anévrisme qui atteint 56 mm de diamètre maximal 4 ans plus tard. Entre temps, le patient présente un infarctus du myocarde sans angor résiduel.

Un scan abdominal démontre que la morphologie de cet anévrisme ne se prête pas à un traitement endovasculaire, car le collet proximal est trop court et angulé. Une évaluation cardiaque plus poussée démontre que le risque chirurgical est acceptable.

Le patient bénéficie d'un traitement chirurgical avec pontage aorto-aortique et reçoit son congé de l'hôpital une semaine plus tard sans complications.

La maladie anévrismale est fréquente, surtout au niveau de l'aorte infrarénale. Sa prévalence est de plus de 10 % chez les patients âgés de plus de 65 ans, fumeurs et présentant des signes d'athérosclérose aux membres inférieurs.

La plupart des patients sont asymptomatiques jusqu'au moment de la rupture de l'anévrisme. La mortalité à la suite du traitement de l'anévrisme rompu demeure au-dessus de 30 %.

La détection et le traitement électif des anévrismes de l'aorte abdominale (AAA), avant l'apparition des symptômes de rupture, sont encore les meilleures options afin de prévenir les décès reliés aux AAA.



### Comment procéder à l'évaluation?

Plus de 40 % des patients se présentant avec un anévrisme rompu ne savaient pas qu'ils étaient atteints de cette maladie. Comme la plupart des patients porteurs d'un anévrisme sont asymptomatiques, seul le dépistage peut permettre de détecter les AAA avant la rupture.

## L'examen physique de l'abdomen

Il s'agit de la méthode de détection des AAA la plus économique. Peu d'anévrismes seront mis en évidence par l'examen abdominal de routine, mais un examen attentif de l'aorte abdominale afin d'exclure la présence d'un anévrisme permettra de détecter ceux de taille importante.

Il est souvent utile d'examiner un côté de l'aorte à la fois. La présence de souffle ou

*Il est suggéré de suivre les patients rigoureusement avec une échographie abdominale aux six mois.*

l'absence de pouls fémoraux ne permettent pas d'exclure un AAA.

La sensibilité de la palpation abdominale pour détecter les AAA dépend du diamètre des AAA et du gabarit du patient. Plus de trois quart des AAA de plus de 5 cm sont palpables à l'examen, tandis que moins d'un quart des AAA de 3 à 3,9 cm sont palpables.



Le Dr Elkouri est professeur adjoint de clinique, département de chirurgie, Université de Montréal et chirurgien vasculaire, Hôtel-Dieu, CHUM.

## QUESTIONS ET RÉPONSES

### 1. Quand devrais-je adresser un patient avec AAA?

Il est préférable d'orienter vers un chirurgien vasculaire tout patient porteur d'un anévrisme de plus de quatre cm de diamètre.

### 2. Faut-il répéter l'échographie abdominale de dépistage chez un patient âgé de 70 ans qui a eu une échographie abdominale à l'âge de 65 ans sans évidence d'anévrisme?

Non.

### 3. À quelle fréquence doit-on répéter l'échographie abdominale de contrôle chez un patient atteint d'un AAA?

Il est suggéré de suivre les patients rigoureusement avec une échographie abdominale aux six mois.

### 4. Quel pourcentage des patients ont une morphologie aortique permettant un traitement endovasculaire de leur AAA ?

La plupart des patients n'ont pas une morphologie aortique permettant un traitement endovasculaire. Le collet proximal est souvent trop court, trop angulé ou trop dilaté pour permettre d'ancrer l'endoprothèse.

## L'échographie abdominale

Le test permettant de confirmer la présence d'un AAA est l'échographie abdominale. Ce test est peu dispendieux, sécuritaire, non effractif et présente une sensibilité de près de 100 %. La plaque simple de l'abdomen ne permet pas d'exclure la présence d'un AAA, car sa sensibilité est aussi faible que 25 %.



## Quels patients bénéficieraient d'un dépistage?

Pour être rentable, un examen de dépistage doit être appliqué à la population la plus à risque :

- La prévalence des AAA est très faible avant l'âge de 50 ans et augmente par la suite.
- La plupart des programmes de dépistage sont appliqués aux patients âgés de 65 à 80 ans.
- Les AAA sont de trois à six fois plus fréquents chez les hommes.
- Les fumeurs sont cinq fois plus à risque d'être porteurs d'un AAA lors d'un dépistage.
- Les autres facteurs de risque à considérer sont la présence d'antécédents familiaux de maladie anévrismale et d'une maladie athérosclérotique.



## Quelle est l'efficacité du dépistage?

Deux études à répartition non aléatoire provenant d'Angleterre et deux études à répartition aléatoire incluant plus de 10 000 patients suggèrent une réduction des décès liés aux AAA de 40 à 55 % à la suite du dépistage et du traitement électif des AAA.

Plusieurs études démontrent qu'il est inutile de répéter une échographie abdominale en l'absence d'un anévrisme à l'échographie de dépistage faite à l'âge de 65 ans.

## À retenir...

- L'anévrisme de l'aorte abdominale est asymptomatique jusqu'au moment de sa rupture.
- Seul le dépistage permettrait de réduire la mortalité en permettant de traiter de façon élective les anévrismes détectés.
- Les fumeurs sont cinq fois plus à risque d'être porteurs d'un AAA lors d'un dépistage.
- Un examen physique attentif de l'aorte abdominale afin d'exclure la présence d'un anévrisme permettra de détecter la plupart des anévrismes de taille importante.
- Une échographie abdominale de dépistage chez les patients âgés de plus de 65 ans avec 2 des 3 facteurs de risque suivants pourrait permettre de diminuer la mortalité liée aux AAA : homme, tabagisme ou antécédents de tabagisme et antécédents familiaux d'AAA.



## La chirurgie : pour quels patients?

Lorsqu'un anévrisme de l'aorte est mis en évidence, trois facteurs sont pris en considération pour déterminer s'il y a une indication chirurgicale :

- Le risque estimé de rupture
- Le risque de l'intervention chirurgicale
- Le pronostic du patient.

Lorsque le risque de rupture est jugé faible, un suivi échographique sera nécessaire jusqu'à ce que le risque de rupture soit plus élevé que les risques liés au traitement chirurgical.

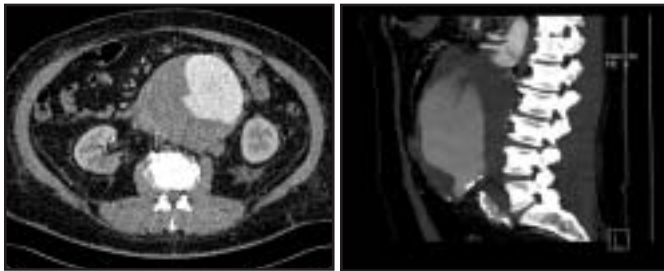


Figure 1. Anévrisme de l'aorte abdominale infrarénale à la tomographie.

Deux études à répartition aléatoire ont démontré que la survie des patients n'était pas améliorée par un traitement chirurgical précoce des AAA asymptomatiques de moins de 5,5 cm, même chez les patients considérés à bon risque chirurgical.

Toutefois, il faut noter qu'un suivi rigoureux du patient atteint d'un AAA est primordial, que des variations de plus de 0,5 cm dans la mesure des AAA ne sont pas rares et que l'échographie abdominale peut sous-estimer la taille des AAA. Il est donc préférable de diriger les patients porteurs d'un AAA de plus de 4 cm vers un chirurgien vasculaire.



## Quels sont les traitements?

### Le traitement chirurgical conventionnel

Le traitement chirurgical conventionnel reste le traitement le plus répandu pour la plupart des patients.

Une laparotomie permettra d'exposer et de clamer l'aorte et les artères iliaques afin d'ouvrir l'anévrisme.

Une prothèse pourra alors être suturée afin de rétablir la circulation.

Le sac anévrisimal sera utilisé afin de couvrir la prothèse en place.

### Le traitement endovasculaire

Ce traitement est moins effractif.

- Il consiste à insérer une prothèse par un accès fémoral.
- Cette prothèse sera déployée dans l'anévrisme afin d'exclure celui-ci de la circulation.

Il nécessite une morphologie aortique favorable avec un collet aortique proximal d'au moins 10 mm de longueur, retrouvé chez moins de 50 % des patients. Un suivi avec des tomographies en série aux six mois est nécessaire après l'intervention.

Nous réservons le traitement endovasculaire aux patients plus âgés qui présentent, soit un risque chirurgical élevé, soit un abdomen hostile (multiples chirurgies, stomies, etc.) rendant un traitement chirurgical conventionnel plus compliqué.

Une comparaison de ces deux types de traitements permet de conclure que les risques de complications cardiaques et pulmonaires sont moindres après une intervention endovasculaire, mais que la durabilité du traitement endovasculaire est inférieure avec un taux de réintervention plus élevé après le traitement. *Clin*

Références disponibles — contactez *Le Clinicien* à : [clinicien@sta.ca](mailto:clinicien@sta.ca)