

DÉPISTAGE DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE

QUE SAIT-ON ?

La mortalité de la rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) atteint 80 à 90 %. La mortalité de la chirurgie de l'AAA en urgence est de 40% alors que celle de la chirurgie électorale n'est que de 5 à 6 %. La tendance à la croissance de l'anévrisme est un facteur prédictif de rupture. L'examen clinique est trop peu sensible et trop peu spécifique pour permettre un diagnostic précoce. Les facteurs de risque de l'AAA sont connus. Il s'agit de l'âge (surtout après 65 ans), du sexe masculin (13 hommes atteints pour 1 femme), du tabagisme et des antécédents familiaux du 1^{er} degré d'AAA. Le facteur de risque le plus important est le tabagisme. L'arrêt du tabac permet de limiter le risque de développer un AAA. En cas d'AAA, l'arrêt du tabac limite le risque de croissance de l'anévrisme ainsi que son risque de rupture.

L'échographie est un excellent outil de dépistage et de suivi des AAA, ce qui n'est pas le cas du scanner ou de l'IRM. Ces deux derniers examens sont réservés aux AAA confirmés qui doivent bénéficier d'une chirurgie.

QUELLES SONT LES BÉNÉFICES D'UN DÉPISTAGE ?

Le bénéfice d'un dépistage unique par échographie est démontré pour certains sous-groupes d'hommes. Ce bénéfice consiste en une réduction de mortalité par rupture et par chirurgie. Les groupes bénéficiaires de ce dépistage sont les hommes de 65 à 74 ans, fumeurs ou anciens fumeurs (moins de 20 ans d'arrêt) et les hommes de 50 à 74 ans avec des antécédents familiaux du premier degré d'AAA. En cas de dépistage négatif, il ne faut pas répéter l'examen.

Chez les femmes, le bénéfice du dépistage n'a pas pu être démontré, possiblement en raison de la plus faible incidence de l'affection.

En cas d'anévrisme de petite taille ou inopérable, la meilleure prévention est le sevrage tabagique et la prévention en fonction du risque cardiovasculaire global du patient.

En fonction de la taille de l'anévrisme, une surveillance est requise à intervalles de 3 (4,5 à 5,4 cm) ou 12 mois ($\leq 4,4$ cm). A partir de 5,5 cm, un avis chirurgical est requis.

EN CONCLUSION

Il est recommandé de réaliser un dépistage unique de l'AAA par échographie chez les hommes de 65 à 74 ans fumeurs ou anciens fumeurs (niveau de preuve 1 A).

Si ce dépistage est négatif, il ne faut pas répéter le dépistage (niveau de preuve 1A).

Il est conseillé de le faire aussi pour les hommes de 50 à 74 ans avec un antécédent familial au 1^{er} degré d'AAA. (Niveau de preuve 1B).

En cas d'AAA, l'arrêt du tabac permet de limiter tous les risques liés à cet anévrisme (croissance, chirurgie, rupture) (niveau 1A).

Sources : Fiche réalisée par le Dr Thierry Van der Schueren en août 2017 avec le soutien du CNPQ (Conseil National de Promotion de la Qualité)

1. Haute Autorité de Santé (F). Pertinence de la mise en place d'un programme de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale en France. HAS Nov 2012. Consulté sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/aaa_rapport_versefinale.pdf
2. Becker F, Baud JM. Dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale et surveillance des petits anévrismes de l'aorte abdominale : argumentaire et recommandations de la société française de médecine vasculaire. Rapport final. Journal des Maladies Vasculaires 2006 ; 31 :260-76. Consulté sur <http://www.em-consulte.com/en/article/125482>
3. Righini M. Faut-il réaliser un dépistage systématique des anévrismes de l'aorte abdominale ? Rev Med Suisse 2004 ; 0 : 23550. Consulté sur <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2466/23550>