

Fiche médecin traitant

Dépistage et prévention des anévrismes de l'aorte abdominale

Novembre 2012

Préambule

Objectifs de la fiche d'information médecins 

Contexte 

Description des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale 

Recommandations de la HAS 

Prévention et dépistage des AAA

Facteurs de risque d'AAA 

Étapes clés du dépistage 

Examen de dépistage et de diagnostique des AAA 

Parcours de soins coordonnés de votre patient 

Prise en charge thérapeutique des sujets ayant un AAA

Stratégie de prise en charge thérapeutique 

Prise en charge globale des sujets ayant un AAA 

Traitement curatif des AAA 

Choix du moment de l'intervention chirurgicale ou endovasculaire 



Améliorer le dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale.

Cette fiche d'information médecin a pour objet de diffuser, auprès des médecins traitants, une information sur l'identification des sujets à risque d'AAA, le parcours de soins des patients ayant un AAA et la prise en charge thérapeutique globale de ces patients.

Le rapport complet et la fiche de synthèse sont disponibles sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Description des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale

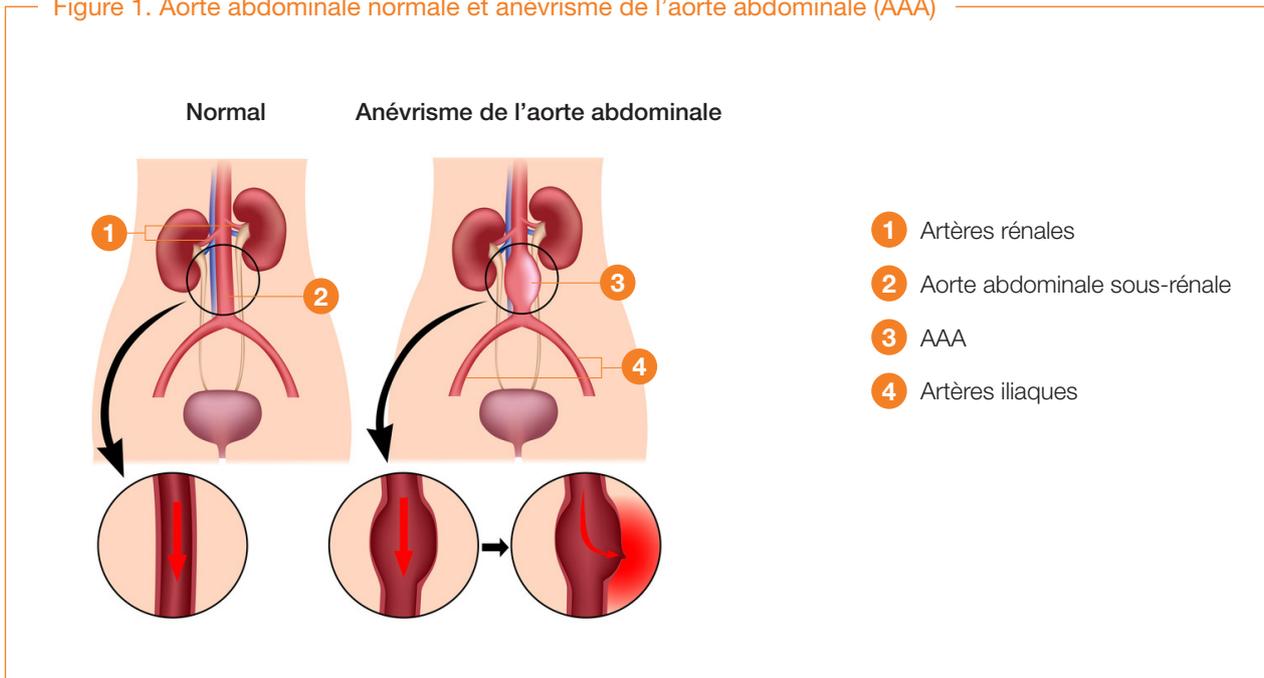


L'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) correspond à une dilatation localisée d'un segment plus ou moins long de l'aorte dans sa portion abdominale, avec perte du parallélisme de ses bords.

Les AAA sont en majorité localisés au niveau de l'aorte sous-rénale (l'aorte abdominale sous-rénale est le segment distal de l'aorte abdominale). Ils peuvent se prolonger sur les artères iliaques, d'où la dénomination d'anévrismes aorto-iliaques.

Les AAA ont le plus fréquemment (80% des cas) la forme d'un fuseau (AAA fusiforme), parfois la forme d'un sac (AAA sacciforme).

Figure 1. Aorte abdominale normale et anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)



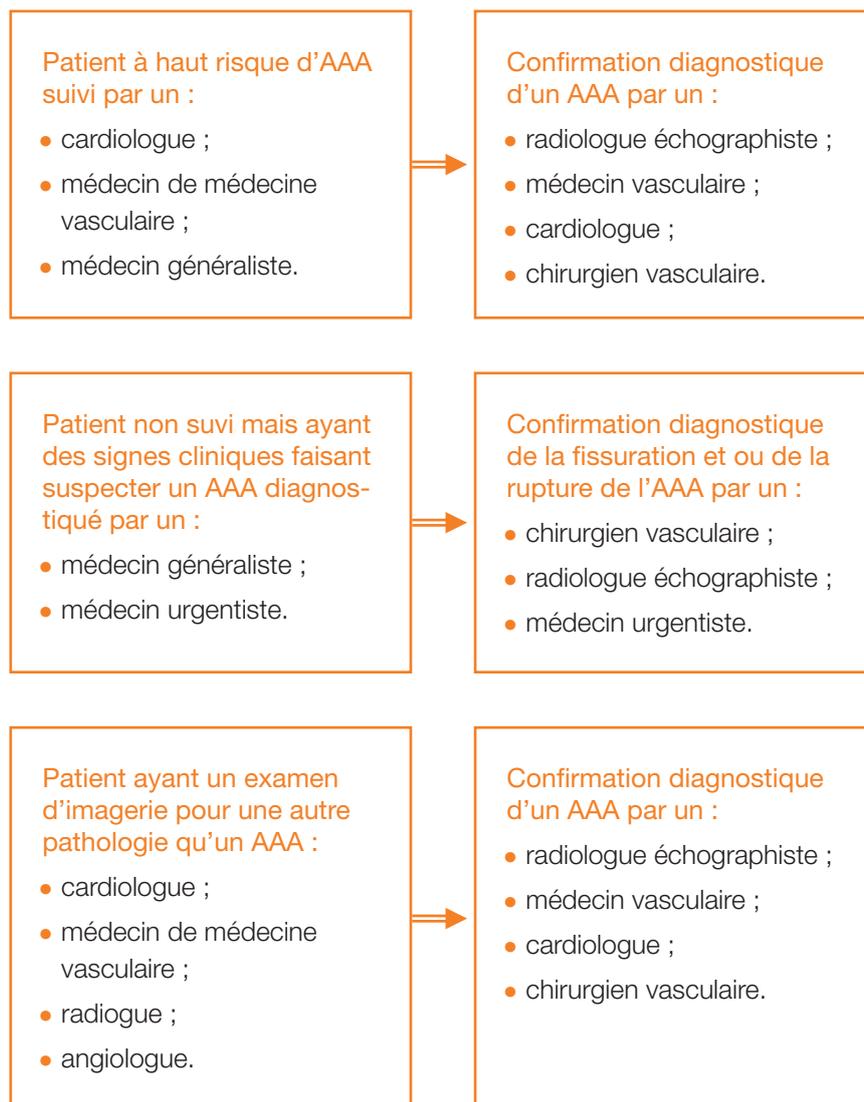


L'identification des anévrismes de l'aorte abdominale (AAA), dans la pratique courante, découle d'une multiplicité de situations.

Le parcours de soins des patients n'est pas univoque et fait intervenir différentes catégories de spécialistes (figure 2).

Il en résulte que les AAA pourraient être sous-diagnostiqués en France.

Figure 2. Circonstances de diagnostics d'un AAA



Après évaluation de la pertinence de la mise en place d'un programme de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale (AAA) en France, **la HAS recommande le dépistage ciblé opportuniste unique** (c'est-à-dire « qui ne sera proposé qu'une seule fois ») **des AAA chez les hommes répondant aux caractéristiques suivantes** :

- âge compris entre 65 et 75 ans et tabagisme chronique actuel ou passé (voir [tableau synoptique](#)) ;
- âge compris entre 50 et 75 ans et antécédents familiaux d'AAA (voir [tableau synoptique](#)).

Cette mesure doit être accompagnée d'une prise en charge thérapeutique globale des personnes ayant été identifiées comme ayant un AAA (voir « [Stratégie de prise en charge thérapeutique](#) »).

Pour appuyer sa décision, la HAS a pris en compte les éléments suivants :

- les facteurs de risque des AAA sont connus (âge \geq 65 ans, sexe masculin, tabagisme chronique) ;
- la prévalence des AAA augmente avec l'âge, et est plus élevée dans la population à haut risque (2,8 à 9 %) qu'en population générale (1,7 % chez les hommes âgés de 65 ans : programme national de dépistage du Royaume-Uni) ;
- la mortalité liée aux AAA rompus est élevée (80 % des patients décèdent avant hospitalisation ou en périopératoire), alors que la mortalité des interventions programmées (AAA non rompus) est inférieure à 5 % ;
- les méta-analyses des essais randomisés de dépistage concordent vers une réduction significative de la mortalité spécifique à moyen et long terme, et mettent en évidence, de manière inconstante, une diminution modérée de la mortalité toutes causes à long terme ;
- enfin, des études suggèrent la possibilité d'une diminution de la prévalence des AAA à la suite de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire (notamment l'arrêt du tabagisme).



Les facteurs de risque d'AAA sont connus :

- l'âge > 65 ans (un patient opéré d'un AAA sur deux est âgé de plus de 75 ans) ;
- le sexe masculin (sex-ratio homme/femme : 13/1) ;
- le tabagisme chronique (le tabagisme est un facteur de risque de survenue et d'expansion anévrismale, indépendant de l'âge) ;
- les antécédents familiaux d'AAA (fraction attribuable estimée à 1,9%).

Sur l'ensemble de ces facteurs de risque, seul le tabagisme chronique est amendable.



Pour information

- La corrélation entre le tabagisme (actuel ou ancien) et la découverte d'un AAA est d'autant plus élevée que la durée du tabagisme ou la consommation (en nombre de cigarettes/jour) sont élevées.
- Le risque d'AAA diminue avec le nombre d'années après l'arrêt du tabagisme.
- Le tabagisme actuel est défini par le fait de fumer au minimum une cigarette par jour ; le tabagisme ancien est défini par le fait d'avoir arrêté de fumer depuis moins de 20 ans quel que soit le nombre de cigarettes consommées.



L'examen de dépistage et de confirmation diagnostique est l'échographie-Doppler.

- Il s'agit d'un examen rapide, non invasif (facilement accepté par les patients), reproductible, avec une bonne performance (sensibilité et spécificité élevées).
- Il permet la mesure du diamètre maximal de l'aorte, mais également une recherche d'anévrismes iliaques, fémoraux ou poplités pouvant être associés à l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA).

Des examens diagnostiques complémentaires sont disponibles : scanner et IRM. Ils permettent, si nécessaire, de préciser en préopératoire les caractéristiques anatomiques de l'AAA et son environnement.



1. Les caractéristiques de la population cible	<ul style="list-style-type: none">• Homme âgé de 65 à 75 ans fumeur (défini par une consommation minimum d'une cigarette/jour) ou ancien fumeur (défini par le fait d'avoir arrêté de fumer depuis moins de 20 ans quel que soit le nombre de cigarettes consommées).• Homme âgé de 50 à 75 ans ayant un antécédent familial au premier degré d'AAA (père, mère, frère ou sœur).
2. Le test de dépistage	<ul style="list-style-type: none">• Échographie-Doppler réalisée par un médecin spécialiste.
3. Le suivi des sujets ayant un test de dépistage positif	<p>Assuré par un médecin spécialiste</p> <p><u>Diamètre anévrismal compris entre 30 et 50 mm</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Surveillance par échographie-Doppler de la croissance du diamètre anévrismal (rythme des examens en fonction du diamètre).• Prise en charge thérapeutique globale : amendement des facteurs de risque et réduction des comorbidités. <p><u>Diamètre anévrismal > 50 mm</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Avis spécialisé pour le traitement curatif (chirurgical ou endovasculaire) de l'AAA.
4. La prise en charge thérapeutique globale des sujets ayant un AAA	<p>Assuré par le médecin traitant</p> <ul style="list-style-type: none">• Proposer une aide au sevrage tabagique.• Normaliser la tension artérielle.• Inciter à la pratique d'une activité physique régulière.• Contrôler un diabète préexistant.• Réduction de l'hypercholestérolémie.• Diminution du surpoids.
5. Le parcours de soins du patient	<p>Médecin traitant</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifie les sujets de la population cible.• Participe à la prise en charge thérapeutique globale des sujets ayant un AAA. <p>Médecin spécialiste</p> <ul style="list-style-type: none">• Réalise une échographie-Doppler abdominale.• Confirme l'existence ou l'absence d'AAA.• Met en place la surveillance et/ou le traitement de l'AAA en fonction de son diamètre.

**Vous avez identifié un patient à risque d'AAA, vous devez :**

- l'inciter à consulter un spécialiste (cardiologue, médecin de médecine vasculaire) ;
- lui prescrire/proposer une échographie-doppler abdominale ;
- l'inciter à arrêter de fumer ;
- proposer une prise en charge thérapeutique de son risque cardiovasculaire global (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, surpoids, sédentarité).

Vous avez un patient chez qui un AAA a été identifié, vous devez :

- l'inciter à consulter régulièrement le spécialiste (cardiologue, médecin de médecine vasculaire, chirurgien vasculaire) ;
- lui prescrire/proposer une échographie-doppler abdominale de surveillance à intervalle régulier ;
- l'inciter à arrêter de fumer ;
- l'inciter à adhérer à la prise en charge thérapeutique de son risque cardiovasculaire global (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, surpoids, sédentarité).

**La prise en charge thérapeutique des patients ayant un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est double :**

- une approche globale, qui a pour finalité de réduire les facteurs de risque d'AAA et les comorbidités du patient, afin de diminuer leur impact sur l'espérance de vie du patient et réduire son risque opératoire ;
- une approche curative, qui a pour finalité de traiter l'AAA, quand celui-ci a atteint le seuil d'intervention (voir « **Traitement curatif des AAA** »).

**La réduction des facteurs de risque et comorbidités consiste principalement en :**

- l'arrêt du tabagisme, facteur de risque majeur sur lequel il est possible d'intervenir ;
- la réduction des autres facteurs de risque cardiovasculaire qui est l'action complémentaire à mettre en place (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, surpoids et/ou obésité, sédentarité).





Le traitement curatif des anévrismes de l'aorte abdominale (AAA) est soit chirurgical (traitement de référence), soit endovasculaire.

Le traitement chirurgical

Il consiste en la mise à plat chirurgicale de l'AAA (après ouverture du sac anévrisimal) et en la mise en place d'une prothèse tubulaire synthétique aortique.

Il nécessite une laparotomie, et est réalisé soit au cours d'une chirurgie programmée, soit en urgence en cas de rupture anévrismale.

Le traitement chirurgical a montré son efficacité et sa fiabilité pour exclure l'anévrisme ; le sac anévrisimal étant réséqué, le risque de rupture anévrisimal est supprimé.

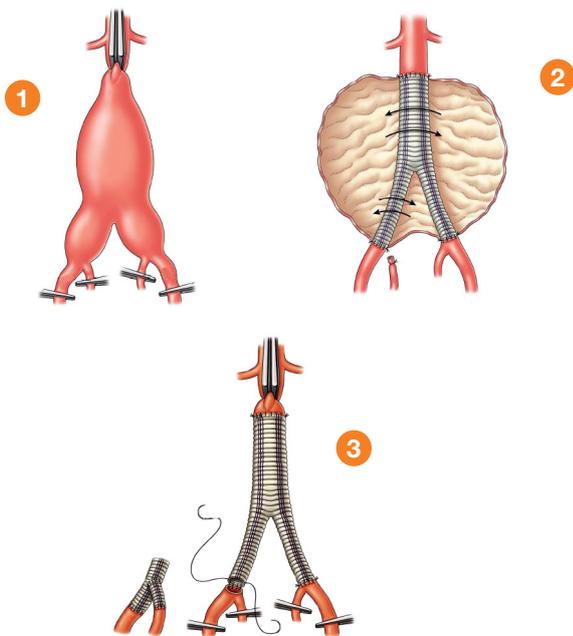
Le traitement endovasculaire

C'est une procédure de traitement moins invasive que la réparation chirurgicale ouverte, car elle ne nécessite pas de laparotomie.

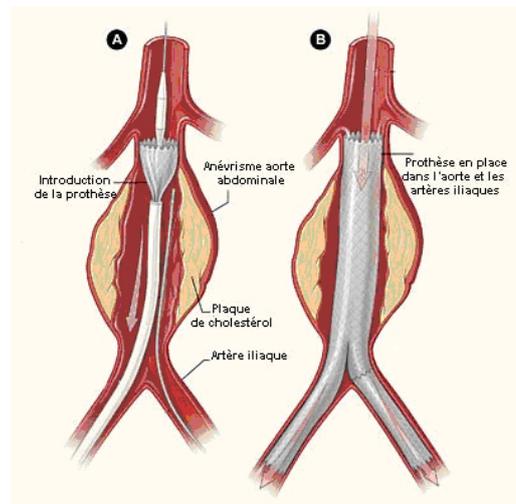
Elle consiste à exclure l'anévrisme de la circulation sanguine par l'implantation par voie endovasculaire d'une prothèse dans l'AAA, créant ainsi une nouvelle voie de passage pour le sang et renforçant la paroi artérielle.

Les complications à type d'endofuites et de migration de la prothèse endovasculaire nécessitent une surveillance à long terme et une réintervention chirurgicale si besoin.

Figure 3. Traitement curatif d'un anévrisme aorto-iliaque



Traitement chirurgical



Traitement endovasculaire

adapté de www.chirurgievasculaire-rouen.com/anevrisme





Le traitement curatif de l'AAA, avant sa rupture, est un facteur important de réduction de la mortalité liée aux AAA, notamment en dehors de l'urgence. La décision d'opérer un AAA non rompu se fonde sur les critères suivants :

- diamètre du sac anévrisimal > 50 mm ;
- vitesse de croissance de l'AAA > 10 mm/an ;
- symptomatologie faisant craindre une fissuration ;
- contre-indications à l'un ou l'autre des traitements en fonction de l'état clinique du patient et de ses comorbidités.

Le traitement curatif des AAA de diamètre \leq 50 mm n'a montré aucun bénéfice sur la mortalité spécifique ou toutes causes, par comparaison à l'abstention thérapeutique.



Pour information

Le diagnostic de fissuration anévrismale peut être évoqué devant une douleur irradiante sévère d'apparition soudaine (dos-abdomen, dos-aîne, dos-jambe) ou des vomissements, la symptomatologie persistant malgré un traitement antalgique à des doses appropriées.



Ce document de synthèse
est consultable sur www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

