

11.2. Informations pour les patients

Ces informations ont été développées par l'ESVS. Afin de fournir des recommandations aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'un anévrisme de l'aorte abdominale (AAA), l'ESVS élabore des lignes directrices et recommandations. Le comité des lignes directrices de l'ESVS pour l'AAA a produit un ensemble complet de recommandations destinées aux professionnels, qui constituent la partie principale de son travail.

Le document ci-dessous contient les mêmes informations mais présentées dans un format accessible aux non-spécialistes, afin de fournir des informations objectives aux patients, à leurs proches et aidants, pour faciliter la prise de décision partagée.

Les détails du processus de développement de ces informations, ainsi que la solidité des preuves pour chaque information, sont fournis à la fin de cette section. Chaque fois que des preuves solides sur la prise en charge des personnes atteintes d'AAA ont été identifiées, elles ont été incluses dans ce document.

Qu'est-ce qu'un anévrisme de l'aorte abdominale ?

Un anévrisme de l'aorte abdominale est une dilatation ou un gonflement de la principale artère du corps lorsqu'elle transporte le sang à travers l'abdomen pour irriguer les jambes (voir Fig. 14A). Ces anévrismes sont très rares avant 60 ans. Ils sont plus fréquents chez les personnes ayant fumé (actuellement ou dans le passé) que chez celles n'ayant jamais fumé. Ils sont aussi plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Une minorité de patients peut avoir une cause génétique forte à l'origine de l'AAA.

La plupart des anévrismes ne provoquent aucun symptôme et les patients ignorent souvent leur présence jusqu'à ce qu'ils soient découverts lors d'un dépistage, d'examen médicaux pour une autre raison, ou en cas de rupture.

Comment est diagnostiqué un AAA ?

Parfois, un médecin peut détecter un AAA en palpant l'abdomen d'un patient, mais cela n'est pas toujours fiable. Le meilleur moyen de confirmer la présence d'un AAA est une échographie abdominale. Cet examen est rapide, simple et n'utilise pas de rayons.

Dans la majorité des cas, un AAA est découvert fortuitement, soit lors d'un dépistage, soit lors d'un examen pour une autre raison.

Qu'en est-il du dépistage ?

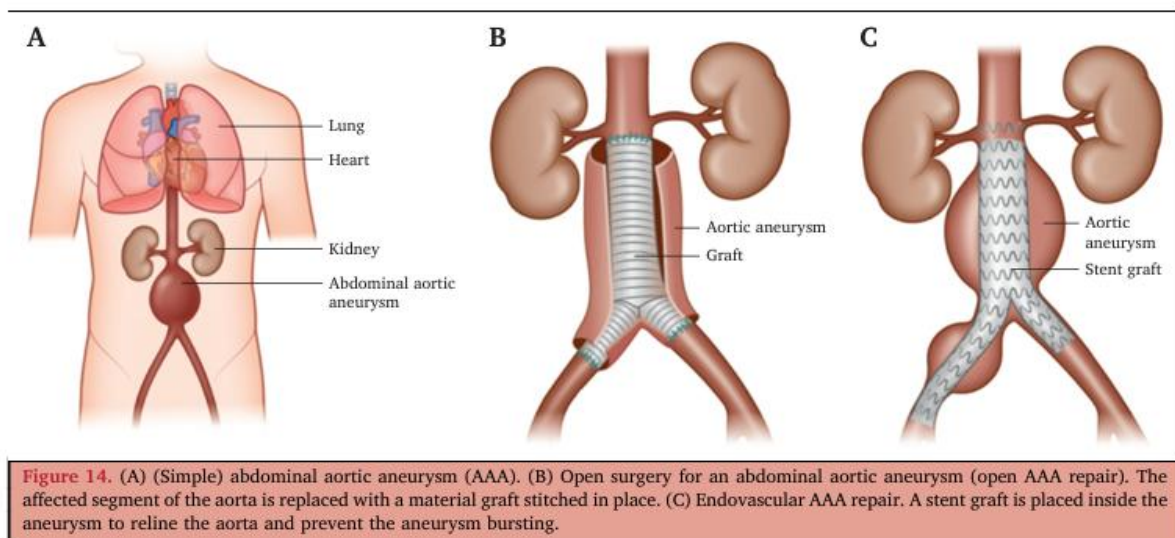
Proposer un dépistage échographique aux groupes à risque réduit le risque de décès par rupture d'AAA. Cela permet une prise en charge avant la rupture grâce à des traitements efficaces et sûrs.

Cela augmente le nombre de réparations d'AAA, mais sauve des vies et coûte moins cher que le traitement en urgence, ce qui en fait une stratégie rentable.

Le dépistage est jugé rentable chez les hommes de 65 ans et plus. Il y a actuellement peu d'informations sur le bénéfice potentiel pour les femmes à haut risque.

Nous recommandons un dépistage échographique unique pour toutes les personnes à haut risque.

Figure 14



- (A) AAA simple.
- (B) Chirurgie ouverte de réparation d'un AAA : remplacement du segment touché par une prothèse synthétique.
- (C) Réparation endovasculaire : pose d'une endoprothèse à l'intérieur de l'anévrysme pour prévenir la rupture.

Qui devrait être dépisté ?

Les groupes à haut risque incluent :

- Les hommes âgés (65 ans ou plus),
- Les hommes et femmes ayant un parent proche atteint d'un anévrisme (aorte abdominale ou autre artère).

Que se passe-t-il quand un AAA est diagnostiqué ?

On vous dira s'il est petit (30 à 54 mm) ou grand (≥ 55 mm). La taille est mesurée par échographie. Les autres examens d'imagerie peuvent donner une taille légèrement différente.

Un petit AAA cause rarement des problèmes. Il doit être surveillé régulièrement par échographie (tous les trois ans pour les plus petits).

Quels sont les risques de rupture ?

- AAA de 30 mm : risque $< 0,005$ % par an chez les hommes ; 0,02 % chez les femmes.
- AAA de 50 mm : risque $\sim 0,66$ % chez les hommes ; $\sim 3,3$ % chez les femmes.

Au-delà de 55 mm, le risque de rupture dépasse souvent celui de la chirurgie, qui est alors proposée. Entre 55 et 70 mm, le risque annuel de rupture est d'environ 10 %, jusqu'à 30 % pour les plus gros.

Comment ralentir la progression ?

Aucun traitement (médicament, régime, sport) n'arrête la croissance d'un AAA. Fumer accélère sa croissance. Arrêter de fumer la ralentit.

Un AAA affecte-t-il la santé générale ?

Un AAA est un signal d'alerte de maladie vasculaire, y compris cardiaque. Les mêmes causes (comme le tabagisme) affectent d'autres vaisseaux.

Il est souvent recommandé :

- d'améliorer sa condition physique,
- de prendre une statine (médicament contre le cholestérol) pour prévenir un accident vasculaire cérébral ou un infarctus.

L'exercice physique est encouragé.

Que se passe-t-il si l'anévrisme devient grand ?

Une chirurgie est alors souvent recommandée. Certains patients n'en auront jamais besoin.

Nous recommandons que les hommes soient orientés vers un chirurgien si l'AAA atteint 55 mm de diamètre. Chez les femmes, les anévrismes peuvent éclater à des tailles plus petites, mais la chirurgie est aussi plus risquée.

Certaines réglementations interdisent la conduite en cas de grand AAA : renseignez-vous.

Que se passe-t-il quand je suis adressé à un chirurgien vasculaire ?

Le chirurgien évaluera si une opération est bénéfique selon votre état général. Si les risques de la chirurgie dépassent ceux de la rupture, elle ne sera pas proposée.

Un scanner avec produit de contraste (CTA) sera effectué pour mieux visualiser l'aorte.

Options chirurgicales

Deux techniques courantes :

- Chirurgie ouverte
- Chirurgie endovasculaire (mini-invasive)

Si les deux options sont possibles, le choix se fait selon vos préférences, en concertation avec le chirurgien.

La forme de l'aorte et votre santé sont prises en compte.

En cas de risques chirurgicaux plus élevés, la chirurgie endovasculaire est recommandée.

Risque de décès :

- Hommes : 3,4 % (chirurgie ouverte), 0,7 % (endovasculaire)
 - Femmes : 5,6 % (chirurgie ouverte), 2,2 % (endovasculaire)
-

Comment se déroule une opération ?

Chirurgie ouverte : grande incision abdominale, remplacement du segment malade par une prothèse synthétique cousue en place (voir Fig. 14B).

Chirurgie endovasculaire : petites incisions à l'aîne, insertion d'une endoprothèse par les artères jusqu'à l'aorte (voir Fig. 14C).

70–80 % des patients sont éligibles à cette technique.

Avantages et inconvénients

European Society for Vascular Surgery
275 boulevard Albert 1er, 33130 Bègles, France

www.esvs.org

Company limited by guarantee incorporated in England, Company No. 04524120, Charity Registration No. 1093753
Registered Office at: 18 Saxon Way, Romsey, SO51 5PT, United Kingdom

Type de chirurgie AAA	Réparation endovasculaire	Chirurgie ouverte
Avantages	- Petites incisions - Peut se faire sous anesthésie locale - Hospitalisation courte - Rétablissement rapide - Moins de risque de décès postopératoire	- Moins de réinterventions - Moins d'irradiation - Moins de surveillance à long terme - Meilleure survie potentielle
Inconvénients	- Surveillance rapprochée - Plus d'irradiation - Plus de réinterventions possibles	- Grande incision - Anesthésie générale - Hospitalisation prolongée - Rétablissement lent - Risque de décès 5 fois plus élevé

- À un an : qualité de vie équivalente.
- À trois ans : survie équivalente.

Et si je ne suis pas assez en forme pour être opéré ?

Chez certains, les risques de la chirurgie sont trop élevés (maladie pulmonaire, rénale...).

La chirurgie peut alors être reportée ou annulée. Chez les patients inaptes, réparer l'AAA empêche la rupture mais ne prolonge pas forcément la vie.

Le risque moyen de décès est de 7 % (1 sur 14), mais peut être bien plus élevé selon les cas.

Et si un AAA se rompt ?

Une rupture est une urgence vitale. En cas de douleur abdominale ou dorsale intense ou d'effondrement, appelez immédiatement les secours et informez-les que vous avez un AAA.

Peu de patients survivent à une rupture. Une chirurgie en urgence est possible mais risquée : 1/3 ne survit pas. Beaucoup gardent des séquelles.

Les mêmes techniques chirurgicales que pour les opérations planifiées peuvent être utilisées.

Nous recommandons, si possible, la réparation endovasculaire en urgence.

Causes rares d'AAA

La plupart sont dues à des facteurs génétiques et environnementaux combinés (ex. : tabac).

Dans de rares cas, des infections ou maladies inflammatoires peuvent en être la cause. Ces formes nécessitent un traitement spécifique.

Les patients avec cause génétique seront suivis par une équipe multidisciplinaire.

Comment ces informations ont-elles été élaborées ?

Ces informations sont un résumé des recommandations officielles produites par le comité ESVS des lignes directrices pour l'AAA. Ce comité analyse toutes les preuves médicales disponibles.

Chaque recommandation est classée selon :

- Preuve :
 - Grade A = preuve de haute qualité
 - Grade C = peu ou pas de preuve
- Classe de recommandation :
 - Classe I = forte recommandation
 - Classe III = recommandation contre

Cette section a été rédigée et revue avec la participation de patients.

Où puis-je trouver plus d'informations ?

Renseignez-vous auprès de votre programme local de dépistage ou d'un chirurgien vasculaire.

Sites d'informations :

- Canada : <https://decisionaid.ohri.ca/AZsumm.php?ID=1428>
- NHS : <https://www.nhs.uk/conditions/abdominal-aortic-aneurysm-screening/>
- Pays-Bas : https://sdm-library.medify.eu/surgery/index_keuzehulp-aneurysma_nl.html
- Suède :
https://assets.ctfassets.net/e8gvzq1fwq00/6ITYvSaZj1Qo5MHvY1XUcU/38860a8cedf42d4c332b89fcd43b9ed0/Aortasjukdomar_2019_WEB_Final.pdf