

Je découvre un anévrisme de l'aorte abdominale sous-rénale de 40 à 50 mm

JM. CORMIER - F. CORMIER

Une échographie, un scanner sont demandés pour un bilan biliaire, urologique, pelvien : un anévrisme de l'aorte sous-rénale de 40 à 50 mm est dépisté, asymptomatique, et qui était totalement méconnu.

Que faire ?

Différentes situations peuvent être schématisées :

1. Il y a lieu de ne pas pousser plus avant les explorations si le patient a une espérance de vie limitée (cancer avec métastases) ou un état pathologique sévère, telles des séquelles hémiparétiques lourdes, une cirrhose décompensée, une insuffisance cardiaque.
2. Chez un patient de 80 ans, seule une surveillance est indiquée :
 - La courbe actuarielle donne une survie statistique de sept ans (pouvant être diminuée en cas d'affections associées) ;
 - Un anévrisme de l'aorte asymptomatique de 40 à 50 mm a un risque de rupture annuel de 4 à 5 % ;
 - Le risque opératoire est de 10 à 15 %.

Une échographie de contrôle est demandée tous les six mois, et si l'anévrisme devient douloureux ou évolutif, en revanche un bilan complet sera justifié comme dans les éventualités suivantes.

1. Le patient n'a pas 80 ans, n'a pas de tares rédhibitoires : *a priori* il y a lieu de poursuivre le bilan pour répondre à trois questions :
 - Cet anévrisme doit-il être opéré, c'est-à-dire comporte-t-il un risque évolutif ?
 - Si l'indication opératoire est retenue sur le plan lésionnel, cet anévrisme peut-il être opéré sans risque ?
 - Et dans quel délai ?

Pour répondre à la première question, c'est-à-dire **apprécier le risque évolutif de cet anévrisme**, il y a lieu de tenir compte de différents paramètres :

Si le risque annuel de complications pour un anévrisme de 40 à 50 mm est faible – 5 % par an – le risque cumulatif devient important chez un sujet jeune et ceci milite pour une intervention qui, en chirurgie électorale chez un patient de moins de 80 ans, a une mortalité inférieure à 2 %.

Ces notions statistiques doivent de plus être nuancées :

Si un anévrisme est évolutif, c'est-à-dire grossit de ½ cm par an, le risque de rupture devient inéluctable. Ainsi, si un anévrisme lors du premier examen mesure 40 mm, seule une surveillance est indiquée d'année en année, mais dès qu'une évolutivité est constatée, l'attitude abstentionniste doit être révisée.

D'autres arguments entrent en ligne de compte, justifiant que le bilan échographique et tomodensitométrique soit complété systématiquement par une opacification vasculaire. Des arguments

morphologiques tirés de l'imagerie peuvent en effet faire redouter une évolution plus ou moins précoce vers une rupture :

- Lyse digitiforme du thrombus ou décollement de celui-ci de la paroi anévrismale ;
- Rupture couverte dont témoigne une interruption du liseré de calcifications avec image d'addition correspondant à l'hématome enclos par les tissus avoisinants ;
- Aspect de bulle (" bubble ") ou d'ectasie mûriforme traduisant pour la première une paroi amincie, faisant soufflure sur l'ectasie, pour la deuxième une perforation d'un ulcère athéromateux qui peut évoluer soit vers une dissection, soit vers une perforation en péritoine libre ou cloisonné ou dans un viscère creux ;
- Un processus de dissection d'un anévrisme n'a de signification d'évolutivité certaine que s'il est circulant (c'est-à-dire non thrombosé) ; il n'en reste pas moins que dans le doute, il plaide, chez un sujet jeune, vers une indication opératoire ;
- Un anévrisme inflammatoire milite dans le même sens mais est habituellement douloureux.

Une indication préventive suppose une intervention sans risque :

- Le bilan coronarien est la base essentielle de la discussion thérapeutique ;
- La fonction ventriculaire est appréciée par l'échographie, la ventriculographie isotopique et si la fraction d'éjection ventriculaire est inférieure à 35 %, il y aura lieu de redouter un risque de défaillance cardiaque au décours d'une mise à plat anévrismale ;
- Par ailleurs, l'ECG d'effort, la scintigraphie au thallium dipyridamole, l'échographie de stress, visent à apprécier le risque d'infarctus dans un territoire hypoxique, risque d'autant plus grand que les lésions sont tritronculaires ou débordent le territoire d'une coronaire droite occluse.

Ce bilan cardiaque a en fait un double intérêt, il renseigne sur le risque cardiaque immédiat d'une cure d'un anévrisme, il rend compte du risque évolutif coronarien qui domine le pronostic de l'anévrisme de l'aorte opérée.

D'autres paramètres entrent en ligne de compte : une fonction rénale détériorée avec une créatinémie supérieure à 250 $\mu\text{mol/l}$, un VEMS inférieur à 1 litre sont des éléments franchement péjoratifs pour une chirurgie préventive.

Au terme de ce bilan, la discussion d'une intervention préventive peut être retenue devant un anévrisme évolutif ou ayant des critères morphologiques faisant redouter évolutivement une rupture, à condition que le risque opératoire apparaisse négligeable.

La troisième question concerne **l'urgence de l'indication** : *a priori*, lorsque la décision opératoire est retenue, une intervention peut être programmée que seule peut faire hâter la constatation de lésions à risque que sont une bulle, ou une ectasie mûriforme, ou une rupture couverte (c'est-à-dire cloisonnée par les organes adjacents).

Des nuances doivent être apportées à cette attitude conventionnelle :

- L'indication opératoire est d'autant plus à retenir que le patient est plus jeune, qu'il a une hérédité anévrismale ou un bilan cardiovasculaire, rénal, pulmonaire strictement normal ;
- L'avènement de la chirurgie endovasculaire des anévrismes avec mise en place d'une endoprothèse couverte, est susceptible d'étendre les indications opératoires dans les petits anévrismes avec morphologie favorable, c'est-à-dire ayant un collet supérieur et inférieur autorisant l'ancrage de

l'endoprothèse dans de bonnes conditions car dans ce contexte l'intervention est aisée ; encore faut-il qu'une reconversion soit possible sans risque, c'est-à-dire la transformation en chirurgie conventionnelle en cas de complications de la procédure. Deux points sont encore à souligner en faveur de l'endoprothèse : l'absence de lésions du splanchnique pelvien, argument non négligeable chez un sujet jeune, et l'agression minimale représentée par un court abord du Scarpa. Même si cette chirurgie endovasculaire manque de recul et est actuellement en évaluation et limitée à des cas précis, elle doit être présente à l'esprit pour être discutée.

Ainsi, même un petit anévrisme de 40 à 50 mm soulève en soi une discussion chirurgicale et demande dans la plupart des cas un bilan complémentaire qui, au minimum, servira de point de départ pour une surveillance évolutive qui est fondamentale ; celle-ci sera répétée dans six mois, puis une fois par an, un scanner thoracique itératif étant prévu tous les cinq ans : toute évolutivité, toutes modifications de la symptomatologie, de la morphologie ainsi dépistées feront rediscuter le principe d'une intervention si l'abstention avait été la première conclusion retenue.