

LE DOSSIER

Anévrismes de l'aorte abdominale

Editorial

Silent killer

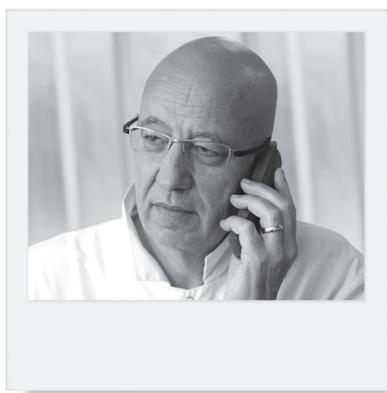
Silent killer, le tueur silencieux, c'est l'appellation consacrée par les auteurs anglo-saxons pour définir les anévrismes de l'aorte abdominale (AAA). Ce terme est particulièrement approprié, car les anévrismes évoluent de façon asymptomatique et sont souvent ignorés jusqu'à la survenue brutale de la rupture.

Les ruptures d'anévrismes constituent la troisième cause de mortalité cardiovasculaire, après les infarctus de myocarde et les accidents vasculaires cérébraux. L'analyse des certificats de décès à domicile par l'Inserm fait état de 6 358 décès par rupture d'anévrisme en 2008, soit plus que le nombre de décès par accident de la voie publique. La prise en charge en urgence, facilitée en France par les Samu, permet de transférer rapidement les malades qui ne décèdent pas d'emblée dans les services de chirurgie vasculaire. Cependant, les interventions chirurgicales urgentes restent grevées d'une mortalité considérable. L'étude du PMSI national en 2009 rapporte 594 décès sur 990 admissions, soit 60 %. On estime ainsi à 90 % la mortalité globale des ruptures d'anévrisme, à 50 % la mortalité pour les malades qui arrivent vivants à l'hôpital et à 40 % pour ceux qui sortent vivants de salle d'opération. Il est donc important de prévenir les ruptures d'abord par un dépistage et ensuite par des mesures appropriées.

Dans ce dossier de *Réalités Cardiologiques*, quatre chapitres permettront aux lecteurs de mettre à niveau leur connaissance des principaux aspects de l'anévrisme de l'aorte abdominale. Les auteurs ont été choisis pour leur connaissance approfondie du problème, comme en témoigne leur pratique hospitalière et leurs travaux de recherche clinique.

Le dépistage est un facteur primordial de réduction de la mortalité. Un vaste programme national de dépistage a été mis en place dans plusieurs pays, notamment anglo-saxons. On peut regretter qu'en France le rapport de l'HAS ne soit pas allé dans ce sens malgré les recommandations des sociétés savantes de médecine et de chirurgie vasculaire. L'échographie-Doppler est l'examen clé du dépistage, et le **Pr Anne Long** du CHU Robert Debré à Reims est un leader reconnu en ce domaine.

Les traitements des AAA et leurs indications ont considérablement évolué ces dix dernières années. Peu de maladies ont fait l'objet d'autant d'essais randomisés, peu de technologies ont eu une progression si rapide. Depuis les années 1990, à l'hôpital Henri Mondor à Créteil, nous avons mis en place de nom-



→ J.P. BECQUEMIN

Service de Chirurgie Vasculaire,
Hôpital Henri Mondor,
CRÉTEIL.

breuses études sur les AAA : le registre international Eurostar, l'étude randomisée ACE comparant la chirurgie ouverte et les endoprothèses, publiée en 2011, l'étude ECAR sur les anévrysmes rompus, l'étude ACA4 sur le traitement médical des AAA, et enfin le STIC Windows pour l'évaluation médicoéconomique des endoprothèses branchées et fenêtrées pour les anévrysmes au voisinage des artères rénales et les anévrysmes thoraco-abdominaux. **La mise au point faite avec les membres de mon équipe** est volontairement didactique pour que le lecteur puisse retenir l'essentiel des connaissances et des évolutions du traitement des AAA.

Enfin, tout nouveau procédé induit de nouvelles contraintes. Si, après chirurgie, le besoin d'une surveillance vasculaire à long terme n'a jamais été revendiqué, il n'en est pas de même après endoprothèse. Il y a plusieurs raisons à cette exigence de suivi. Dès le début, l'incertitude de l'efficacité des endoprothèses a conduit, pour la sécurité des malades, à proposer une surveillance rapprochée. A la suite de l'autorisation de l'élargissement des indications des endoprothèses aux malades à risque opératoire modéré et pour encadrer la mise sur le marché de nouvelles endoprothèses, les autorités de santé ont à juste titre obligé les industriels et les médecins à mettre en place des registres prospectifs post-marketing. Ces registres sont lourds et coûteux, mais bénéfiques en termes de sécurité sanitaire. Le **Pr Hassen-Khodja** du CHU de Nice a mis en place une étude comparative, financée par un PHRC, pour mieux codifier les indications de scanners et des écho-Dopplers de surveillance et leur rythme, il était donc l'auteur le plus compétent pour rédiger le chapitre sur le suivi des endoprothèses.

Nous espérons que ces mises au point contribueront à une meilleure compréhension de la problématique de santé que représentent les AAA et que le *silent killer* sera enfin maîtrisé.