

## **Faut-il opérer les sténoses carotidiennes asymptomatiques?**

*Dr Emmanuel Carrera*

Il y a une évidence forte pour l'opération de sténoses symptomatiques, aussi le sujet du jour ne concerne que les cas asymptomatiques.

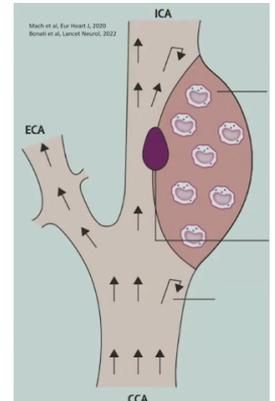
Le risque est lié à la plaque d'athérome qui se développe en général à la bifurcation carotidienne, avec ulcération, formation de thrombus et embolisation.

La question est de savoir si le traitement médicamenteux est suffisant, et s'il faut intervenir, quand?

### Etat de la littérature sur la revascularisation

Quatre études randomisées nous sont présentées:

- Vétérans américains: (1983-1987)
  - Réduction de 1% du risque absolu (RA) sur 4 ans
  - aspirine vs aspirine + chirurgie carotidienne (CEA)
- ACAS: (1987-1995)
  - ↓ de 3% du RA sur 7ans, aspirine vs aspirine + CEA
- ACST-1: (1993-2004)
  - ↓ 3.1 % du RA sur 3,4 ans, CEA immédiat vs retardé
- Space-2: n'a pas assez de puissance pour différencier entre l'intervention et le meilleur traitement médical, à un an.



La méta-analyse de [Bonati et al](#) ajoute une 5ème étude, AMTEC (2010), plus petite en taille.

Elle montre un risque à long terme de faire un AVC ipsilatéral de 6.9% dans le groupe traité par médicament, contre 4.9% dans le groupe intervention (à 5 ans).

A noter que les chiffres sont faibles au standard actuel, avec 230 évènements au total. Il y a également les dates des études, avec des traitements standards à l'époque qui ont à présent changé.

Ce qui nous amène à [l'article du jour](#), qui pose la question du nombre d'évènements à 5 ans avec une médication "moderne", soit antiagrégation + contrôle strict des facteurs de risques cardiovasculaire (FRCV).

C'est une étude de cohorte rétrospective, basée sur un plan de soins californien, qui permet le contrôle des prescriptions.

Inclusion: Sténose carotidienne sévère (70-99%), de 2012-2018

Exclusion: autres causes de sténose, AVC, intervention sur la carotide concernée.

## Résultats

Sur 4230 patients, il y a eu 133 évènements, ce qui donne un risque absolu de 0.9% par année de faire un AVC ipsilatéral sans traitement chirurgical ou interventionnel.

La courbe de Kaplan-Meier cumule les probabilités à 5 ans (sans ajustement), ce qui donne un risque de 4.7% sur 5 ans.

Cela met en perspective le 6.9% précédemment trouvés...

Le suivi moyen à 4.1 ans permet d'évaluer la compliance au traitement ainsi que les niveaux de cholestérol.

## Commentaires

- Le suivi de l'aspirine n'est pas surveillé car disponible sans prescription.
- Etude observationnelle

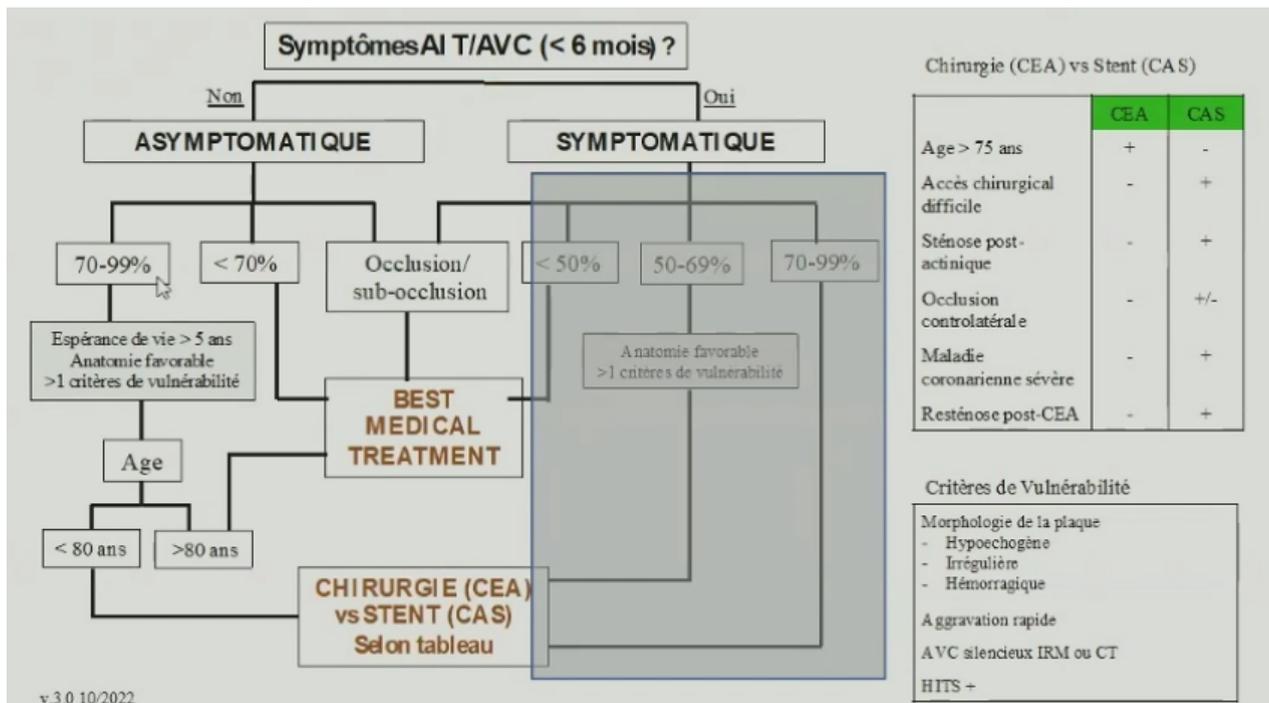
## Points forts

- Surveillance de tous les médicaments à travers le plan de soins (/l'assurance)
- Informe sur le taux de récurrence sous traitement moderne
- Renforce le concept du meilleur traitement médicamenteux (BMT en anglais)

Aux HUG, c'est: Anti-agrégation simple + statines + contrôle strict des FRCV

Le choix de la procédure se fait au cas par cas, pendant le colloque pluridisciplinaire tous les mardis.

L'algorithme suivant assiste les décisions:



Il y a plusieurs critères de vulnérabilité basés sur différentes techniques d'imagerie.

## Dépistage

Il n'y a pas d'indication à un dépistage en absence de symptômes, sans frcv ni de maladie athérosclérotique. Il est néanmoins envisageable en cas de souffle carotidien, de > 2 FRCV, ou une maladie cardiovasculaire.

## Questions

Q: Quels sont les progrès dans les traitements chirurgicaux qui ont eu lieu parallèlement aux progrès médicaux?

R: C'est l'argument chirurgical, avec une amélioration des techniques. Malheureusement il n'y a pas d'études sur le sujet ...

Techniques d'imagerie:

- ECST: mesure de la sténose directement au niveau de celle-ci avec un ultrason.
- NASCET: Si j'ai bien compris, mesure la différence du diamètre de la lumière visible, entre la sténose et la carotide en amont, car au CT la paroi n'est pas visible.

Les deux techniques sont utilisées, avec une préférence en neurologie pour l'ECST.



Compte-rendu de Valentine Borcic

[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)