

Étude comparative des résultats du traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale sous rénale en fonction du diamètre du collet aortique au-delà de 31 mm

AF AbuRahma et al. J Vasc Surg 2018

RÉSUMÉ

Étude comparative de l'évolution des anévrismes aortiques traités par endoprothèse en fonction du diamètre du collet anévrysmal inférieur ou supérieur à 31 millimètres (mm).

Contexte

Cette étude compare les résultats cliniques à court terme (30 jours) et à moyen terme (3 ans) du traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale chez les patients ayant un collet anévrysmal >31 mm) par rapport à ceux ayant un collet aortique ≤31 mm.

Méthodes

Cette étude prospective a été menée auprès de 741 patients ayant bénéficié de la mise en place d'une endoprothèse aortique. La méthode de Kaplan-Meier et la régression logistique ont été utilisées pour comparer les résultats au cours du suivi.

Résultats

Le diamètre du collet aortique (DCA) était défini chez 688 patients (93%).

655 patients avaient un DCA ≤ 31 mm et 33 patients un DCA > 31 mm.

Le suivi moyen était de 25,2 mois pour les patients dont le DCA était ≤ 31 mm et de 31,8 mois pour ceux dont le DCA était > 31 mm.

Analyse univariée

Les caractéristiques cliniques étaient comparables dans les deux groupes, mais il y avait plus de patients dont l'endoprothèse avait été posée en dehors des instructions du constructeur (IFU) pour des DCA > 31 mm que chez les patients dont le DCA était ≤ 31 mm, (94 % vs 44 %, $p < .0001$).

- Il y avait une augmentation significative du nombre des endofuites précoces de type I chez les patients dont le DCA était > 31mm, par rapport aux patients dont le DCA était ≤ 31 mm (9 [27 %] vs 74 [11 %] ; $p = .01$). L'indemnité des endofuites de type I à 1, 2 et 3 ans était de 96 %, 88 % et 88 % chez les patients dont le DCA était > 31 mm contre 97 %, 97 % et 97 % chez ceux dont le DCA était ≤ 31 mm ($p = .19$).
- Il y avait une augmentation significative du nombre des endofuites tardives de type I chez les patients ayant un DCA > 31mm (4 [14 %] contre 18 [3 %] ; $p = 0,01$).
- Il y avait une augmentation significative de l'expansion du sac anévrysmal > 10 mm chez les patients ayant un DCA > 31mm par rapport à ceux dont le DCA était < 31 mm (5 [17 %] vs 28 [5 %] ; $p = 0,01$). L'indemnité d'expansion du sac anévrysmal à 1, 2 et 3 ans chez les patients dont le DCA était > 31 mm était respectivement de 88 %, 81 % et 81 % contre 99 %, 97 % et 92 % chez les patients dont le DCA était inférieur ou égal à 31 mm ($p = .02$).

- Il y avait une augmentation significative du nombre des réinterventions tardives chez les patients ayant un DCA > 31 mm par rapport à ceux dont le DCA était < 31 mm (5 [17 %] vs 23 [4 %] ; p = 0,01). L'indemnité de réintervention tardive à 1, 2 et 3 ans chez les patients dont le DCA était > 31 mm étaient de 91 %, 91 % et 91 % contre 99 %, 97 % et 96 % pour ceux dont le DCA était ≤ 31 mm.
- Il y avait aussi une augmentation significative du nombre des décès chez les patients ayant un DCA > 31 mm par rapport à ceux dont le DCA était < 31 mm (9 [31 %] vs 48 [8 %] ; p < 0,0001). Les taux de survie à 1, 2 et 3 ans pour un DCA > 31 mm étaient de 83 %, 74 % et 68 % contre 96 %, 92 % et 90 % pour un DCA ≤ 31 mm (p < 0,001).

Analyse multivariée

L'analyse par régression logistique montrait que par rapport aux patients ayant un DCA < 31 mm, les patients ayant un DCA > 31 mm avait un risque de survenue d'une endofuite de type I multiplié par 6 (odds ratio : 6,1 [IC, 2,2-16,8]), un risque de décès multiplié par 4,7 (odds ratio [4,7, ICI, 1,4-15,5]) et un risque d'expansion du sac anévrysmal multiplié par 4,9 (odds ratio : 4,9 [IC 95 %, 1,4-17,4]).

Conclusions

Les patients ayant un DCA > 31 mm présentaient un risque plus élevé d'endofuite de type 1, une augmentation de l'expansion du sac anévrysmal, plus de réinterventions et une augmentation du taux de mortalité tardive par rapport à ceux dont le DCA était ≤ 31 mm.

Discussion

La dilatation du collet anévrysmal après mise en place d'une endoprothèse aortique est bien documentée quand on utilise des endoprothèses auto-expansibles surdimensionnées. Cao et al avaient trouvé une dilatation du collet aortique proximal significative chez 30% des patients, et Gargiulo chez 41% des patients traités par une endoprothèse. Dans ce contexte, la dilatation peut être liée à la force exercée par l'endoprothèse sur le collet infrarénal.

Une seconde explication de la dilatation du collet aortique est en rapport avec la paroi du collet aortique dont on a montré les anomalies histologiques avec un risque de dilatation progressive accru pour les collets de grand diamètre et l'apparition d'endofuites de type I plus liés à la nature de la paroi qu'au type de l'endoprothèse. À signaler qu'il n'y avait dans cette étude, aucune différence de survenue d'une endofuite de type I entre les différents types d'endoprothèses actuellement commercialisées.

Il est certain que les résultats de cette étude doivent être pris en compte par le chirurgien quand il traite un anévrysme aortique dont le collet est > 31 mm.