

## **Le suivi après traitement endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale peut être programmé et éventuellement simplifié après la première imagerie postopératoire**

**H. Baderkhan et al. BJS 2018**

### **Contexte**

Une surveillance postopératoire à vie est recommandée après la mise en place d'une endoprothèse aortique (EVAR).

Le but de cette surveillance est de prévenir les complications éventuelles, mais il en résulte une augmentation des coûts et du travail du chirurgien en charge du patient. Cette étude a été conçue pour savoir s'il était possible d'identifier les patients à faible risque de complications sur la base de leur premier CT postopératoire (CTA) afin d'alléger éventuellement les modalités de la surveillance post-EVAR.

### **Méthodes**

Tous les patients ayant bénéficié de la mise en place d'une endoprothèse aortique standard (sans cheminées et sans fenestrations) pour un anévrysme de l'aorte abdominale sous-rénale dans deux centres suédois entre 2001 et 2012 ont été identifiés rétrospectivement et répartis en deux groupes en fonction des résultats du premier CTA postopératoire.

Le groupe 1, dit à faible risque de complications comprenait les patients dont la zone d'étanchéité (proximale et distale) de l'endoprothèse était d'au moins 10 mm et sans endofuite précoce de type I ou de type III.

Le groupe 2, dit à haut risque de complications comprenait les patients dont la zone d'étanchéité était inférieure à 10 mm et/ou qui présentaient une endofuite précoce de type I ou de type III.

### **Résultats**

De 2001 à 2012, 454 patients ont reçu une endoprothèse aortique. Parmi ceux-ci, 128 patients (28 %) n'ayant pas eu de CTA postopératoire, ont été exclus de l'étude.

326 patients (273 hommes) ayant eu un CTA moins d'un an après la pose de l'endoprothèse ont été inclus et répartis en deux groupes ; le groupe 1 à faible risque (n=212, 65 %), le groupe 2 à risque élevé (n=114, 35 %). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes concernant le sexe, l'âge, les comorbidités, le diamètre de l'anévrysme (AAA), l'anatomie du collet anévrysmal, et le type d'endoprothèse mise en place.

La durée du suivi était de  $4,8 \pm 3,2$  ans, comparable dans les deux groupes.

Dans cette étude, les endofuites de type II sans augmentation du diamètre de l'anévrysme n'étaient pas considérées comme des événements défavorables liés à l'AAA.

À 5 ans, l'absence d'événements défavorables liés à l'AAA était respectivement de 97,1 % dans le groupe 1 et de 47,7 % dans le groupe 2 à haut risque ( $p < 0.001$ ). On retrouvait une rupture anévrysmale dans le groupe 1 (0,4 %) et trois ruptures anévrysmales dans le groupe 2 (2,6 %). À 5 ans, le taux des réinterventions liées à l'AAA était de 1,9 % dans le groupe 1 et de 38,6 % dans le groupe 2 ( $p < 0.001$ ).

La méthode utilisée avait une sensibilité de 88,3 %, une spécificité de 77 % et une valeur prédictive de 96,6 % pour détecter les événements indésirables liés à l'AAA.

### **Conclusions**

Dans cette étude rétrospective, deux tiers des patients qui avaient une zone d'étanchéité proximale et distale de l'endoprothèse  $>10$  mm et l'absence d'endofuite de type I ou III sur le premier CTA postopératoire, avaient, sur une durée de 5 ans, un très faible risque de complications liées à l'AAA.

Cette constatation pourrait conduire à envisager, pour ces cas favorables, une surveillance par imagerie plus espacée.

### **Commentaires**

Cette étude intéressante confirme l'impression de la plupart des chirurgiens vasculaires. Quand une endoprothèse est bien posée au ras des artères rénales avec un collet sous-rénal  $>10$  mm et un long collet au niveau des deux artères iliaques, le suivi annuel par CTA est très souvent négatif, mais il a un coût et il irradie le patient inutilement.

Il faut cependant être prudent et lire les détails de cette étude rétrospective. La proposition de simplifier le suivi par imagerie est fondée sur les résultats obtenus dans deux groupes dont tous les patients ont eu un suivi par imagerie classique avec les biais connus des études rétrospectives. D'autre part dans l'un des deux centres une grande partie de la surveillance était réalisée par échographie-doppler avec un premier CTA à 6 mois.

Il s'agit d'une analyse rétrospective des événements survenus. Cette étude est intéressante, mais elle demande à être confirmée par des études randomisées multicentriques. Un beau sujet pour un PHRC national.