

8^{ème} Congrès de la SAMEV

Bénéfice de la chirurgie des sténoses carotidiennes athéromateuses asymptomatiques

**Y. Boudia - A.R.Sekkal - M.Bouzidi - L.Bouziane - Y.Bachaoui – N.Moro –
S.Benaroussi – H.Boukeroucha - M.N.Bouayed**

Service de Chirurgie vasculaire – EHU Oran,Algérie.

Introduction

- L'accident vasculaire cérébral (AVC) touche 1 personne toutes les 5 secondes dans le monde.
- 10% à 15% des AVC ischémiques sont imputables à une sténose carotidienne
- 80 % des AVC d'origines carotidiennes surviennent sans symptômes préalables.
- Le but de la chirurgie carotidienne est de prévenir le risque de survenue d'AVC
- La prise en charge des SC asymptomatiques reste sujette à de nombreuses controverses

Notre expérience

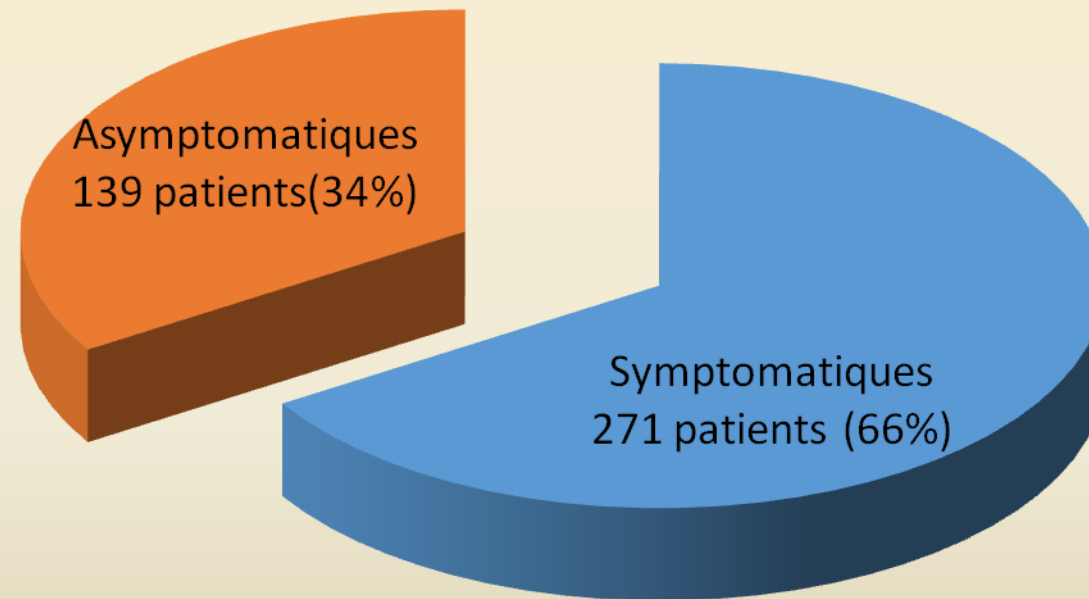
De janvier 2000 à juillet 2017



410 patients ont bénéficié d'une chirurgie pour sténose carotidienne

Notre expérience

Sténoses carotidiennes



TCMM asymptomatique: 0,5%

TCMM symptomatique : < 3%

But de Notre étude

- Est d'identifié les patients asymptomatiques de plus de 75 ans qui vont vraiment tirer des bénéfices d'une intervention carotidienne

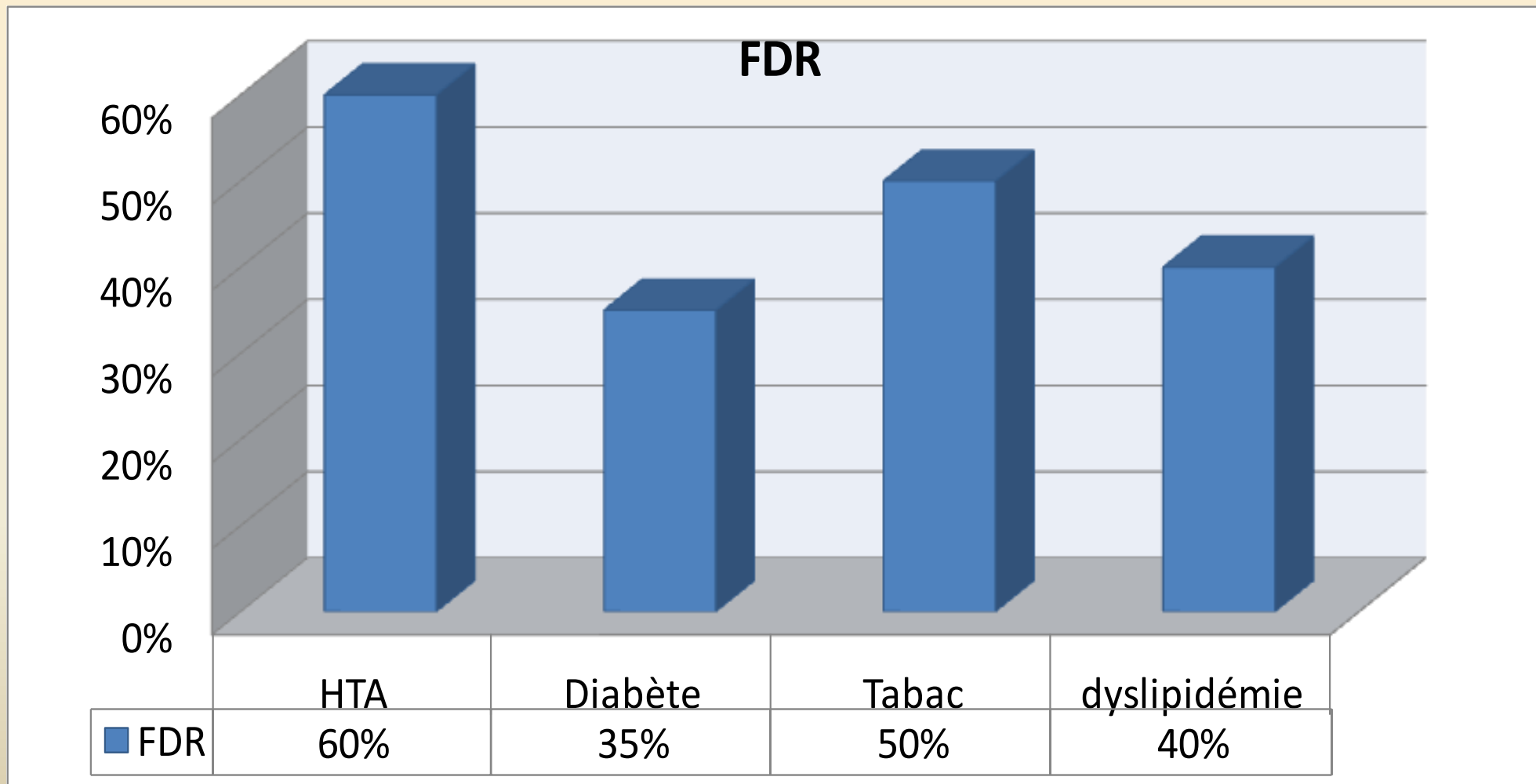
- Nombre de patients : 40
- 12 Femmes / 28 Hommes
- Moyenne d'âge: 78,5 ans
- Extrêmes: [75ans – 82ans]

Notre étude

Critères d'inclusions

- Patients de plus de 75 ans
- Patient sous traitement médical optimal.
- Les caractères de la lésion
- Bonne espérance de vie à 5ans

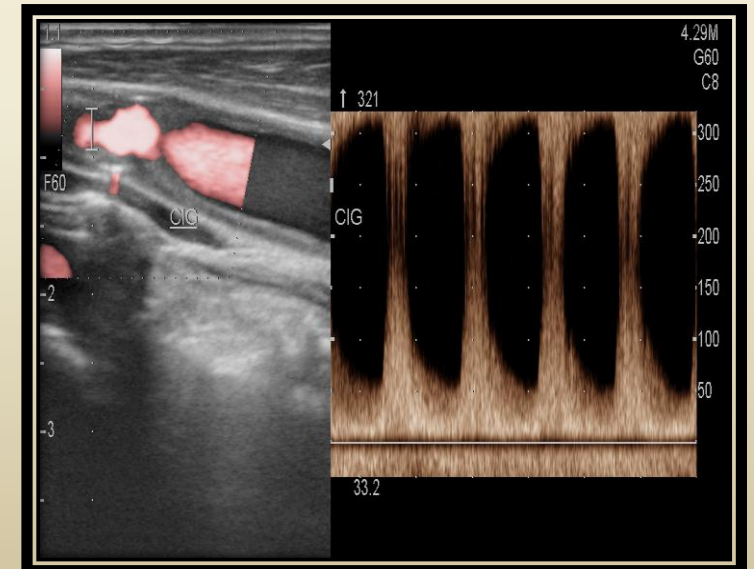
Les facteurs de risque



Examens complémentaires

Echo doppler			
Degrés de sténose %	[70-80] 25%	[80-90] 62,5%	[>90] 12.5%
Vitesse systolique	>250cm/s	>300cm/s	>400cm/s
Caractère de la plaque (instable)	Hypo échogène :67,5%		Irrégulière ulcérée: 32.5%
Carotide controlatérale	Occlusion :03 patients		Sténose :05 patients
Progression de la sténose après 1 an	Chez 02 patients de 70 à 80%		
Thrombus au niveau de la sténose	02 patients		

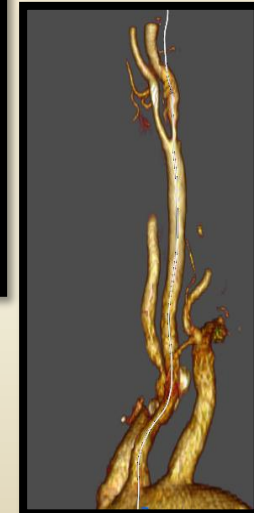
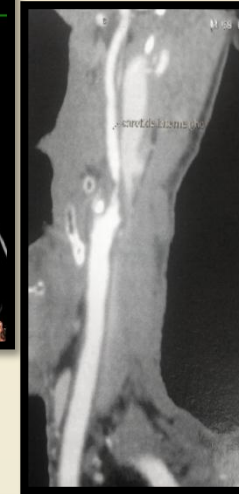
- 80%- 90% de fiabilité.
- Non-invasif, pas de néphrotoxicité
- pas d'irradiation



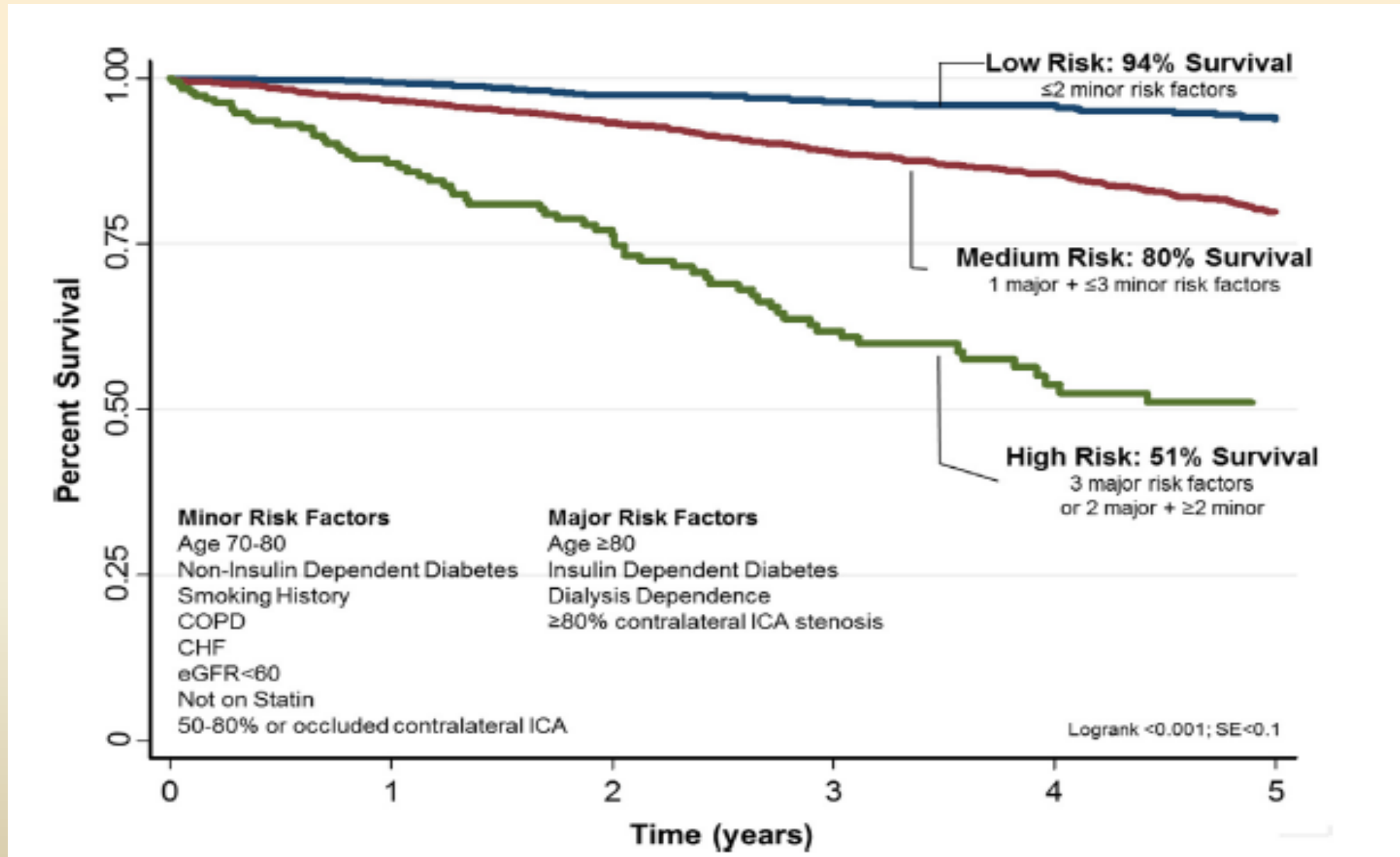
Examens Complémentaires

Angioscanner des TSA et cérébral

- Confirme les résultats que l'échodoppler
- Polygone de Willis incomplet chez 05 patients
- 15 lésions cérébrales pariétales séquellaires
- 02 foyers ischémiques occipitaux
- 04 atrophies corticales

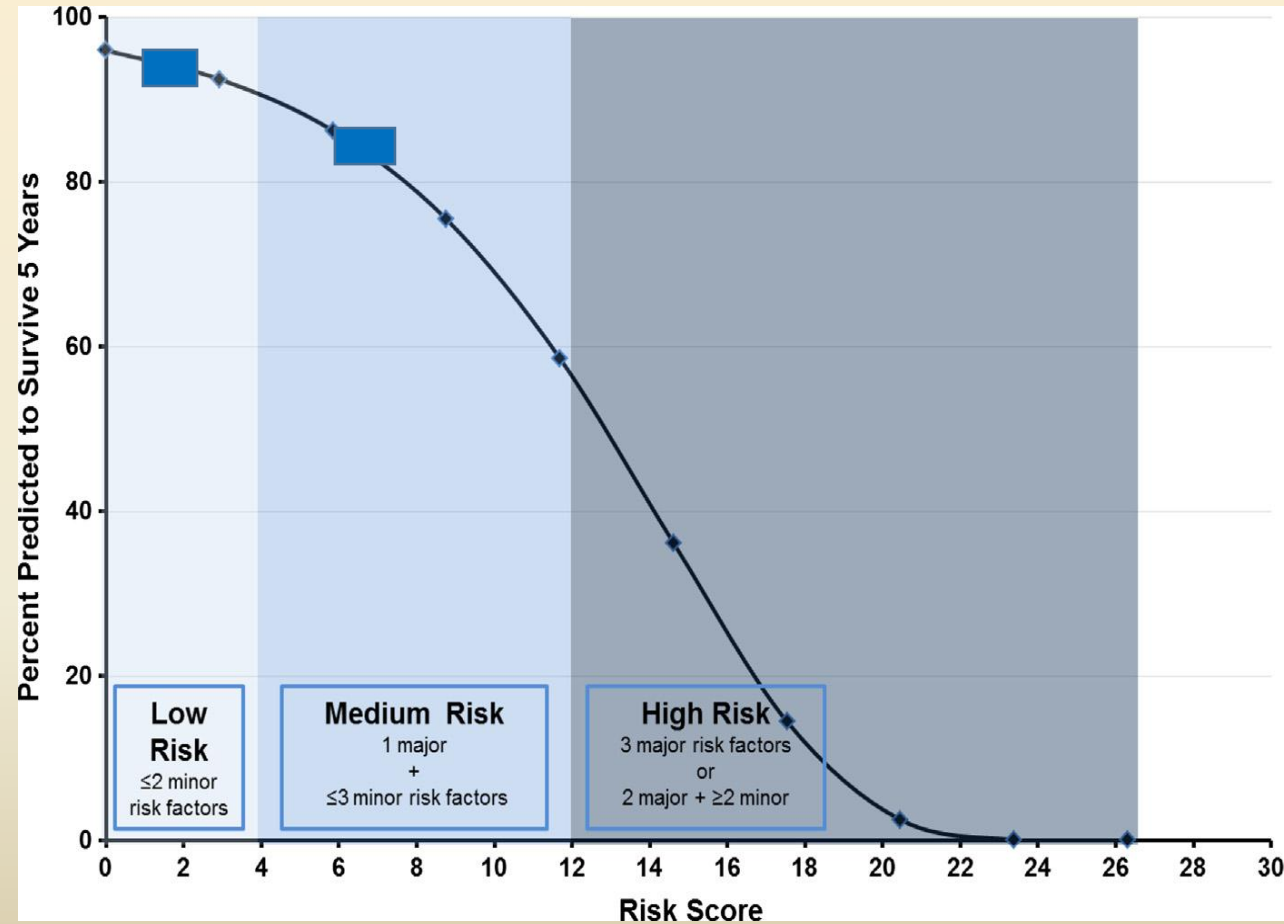


Espérance de vie à 5 ans



Espérance de vie à 5 ans

Cumul des facteurs de risque		
F. de risque	Patients	%
Faible risque	34	85%
Moyen risque	6	15%
Haut risque	0	0



Predicted 5-year survival following (CEA) for asymptomatic stenosis based on calculated risk score.

Traitement chirurgical

Type d'anesthésie	AG		
Technique opératoire	34 TEA à ciel ouvert	05 TEA par éversion	01 pontage CC
Type de fermeture	15 Avec patch 19 Sans patch		
Temps moyen de clampage	22 à 30 mn.		

Nos Résultats

suivi à 30 J

03 patients → pic HTA à J0

03 patients → hématomes cervicaux minimes (abstention thérapeutique)

02 patients → troubles cognitifs à j0 → TDM normale → régression complète à j2

01 patiente → élévation des troponines.

- séjour hospitalier moyen : 4 jours
- contrôle echodoppler à J03 : absence de sténose résiduelle

moyenne de suivi 3 ans [6 mois – 5ans]

- 01 décès par tumeur du colon à 4ans de suivi
- 01 qui a présenté une démence
- 05 perdus de vue

Résultats des Etudes et discussion

Que disent les recommandations ?

En faveur de la chirurgie en cas de sténose d'une carotide interne, de 60 à 99 %, Si l'espérance de vie > 5 ans risque opératoire <3%.⁽¹⁾ (Degré A)

AHA/ASA 2014

En faveur de la chirurgie en cas de sténose d'une carotide interne > 70% avec un risque opératoire <3%
Class IIa; Level of Evidence A).

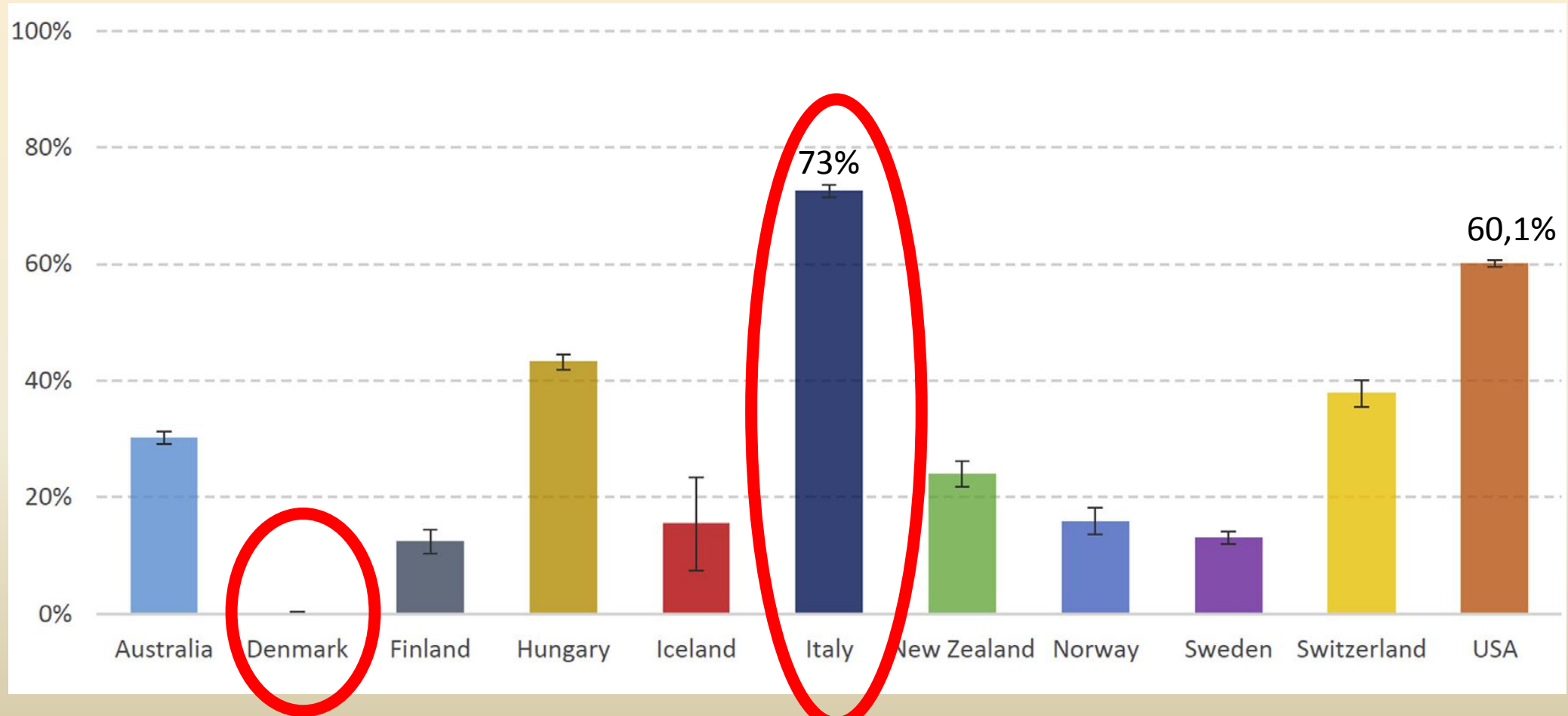
Résultats des Etudes et Discussion

Essais randomisés comparant la chirurgie carotide au traitement médical seul

Essai	n	Risque opératoire (%)	Risque d'AVC à 5 ans (%)		RRR par la chirurgie (%)	RAR par la chirurgie (%)
			Médical	Chirurgie		
ACAS [2]	1662	2,3	11,0 ^a	5,1 ^a	54	5,9
ACST [3]	3120	2,8	11,8	6,4	46	5,4
VACS	444	4.6	20%	08%	38%	12.4

Bénéfice de la chirurgie
à 5 ans

Taux de patients asymptomatiques opérés dans 11 pays



Age	Stenosis	Males	Females
<50 years	>50%	0.2%	0.0%
	>70%	0.1%	0.0%
50—59 years	>50%	0.7%	0.5%
	>70%	0.2%	0.1%
60—69 years	>50%	2.3%	2.0%
	>70%	0.8%	0.2%
70—79 years	>50%	6.0%	3.6%
	>70%	2.1%	1.0%
≥80 years	>50%	7.5%	5.0%
	>70%	3.1%	0.9%

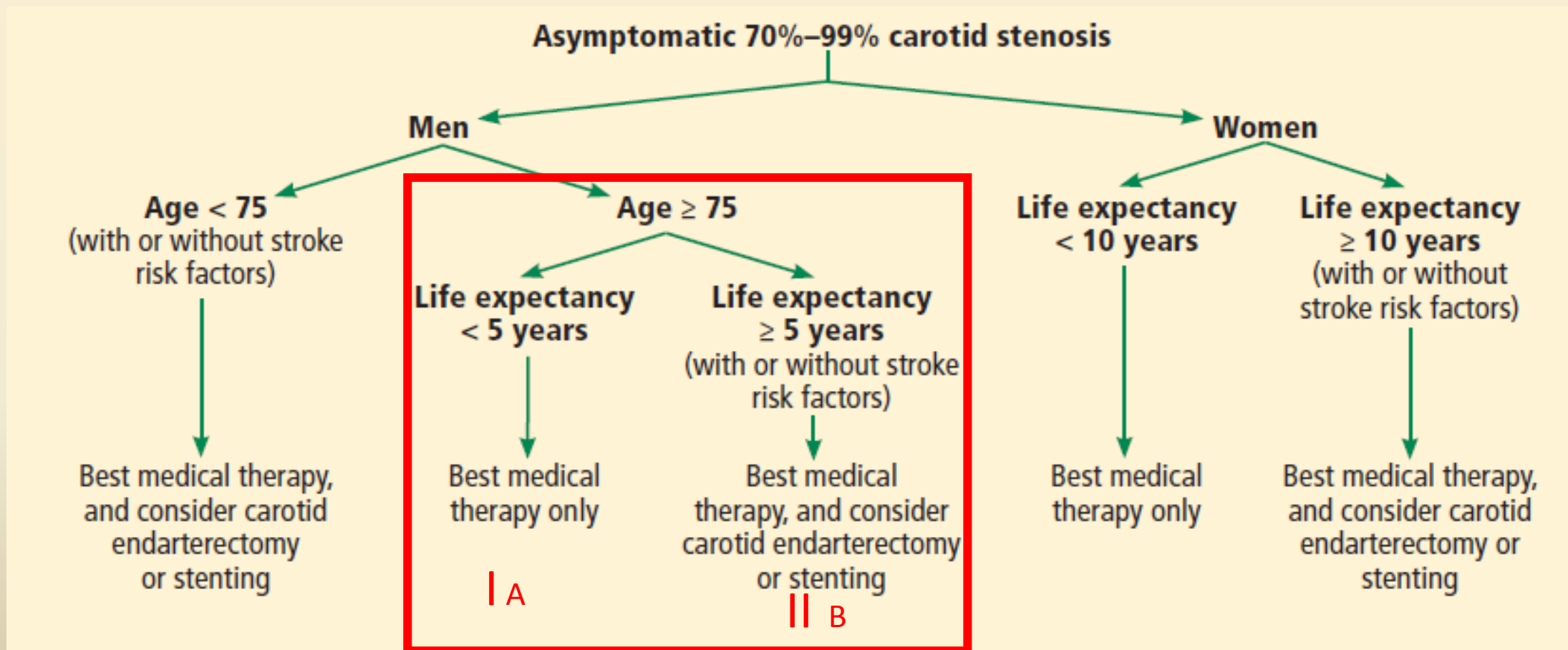
- Le risque per opératoire chez les patients >75 ans est de 3,7% ⁽¹⁾
un sous groupe pouvant bénéficier de la chirurgie ⁽²⁾

- Espérance de vie.
- Facteurs associés à un risque plus élevé d'AVC ipsilatéral:
 - Progression rapide et importante de la sténose,
 - Structure de la plaque : IRM (hémorragie intra-plaque), ultrasons (plaque anéchogène)...
 - Signaux micro-emboliques au DTC,
 - Diminution de la réactivité vasculaire cérébrale,
 - Infarctus cérébral ipsilatéral silencieux (type embolique).
- Risque opératoire.

1)Halliday A, Harrison M, Hayter E, Kong X, Mansfield A, Marro J, et al. 10-year stroke prevention after successful carotid endarterectomy for asymptomatic stenosis (ACST-1): a multicentre randomised trial. Lancet 2010;376:1074e84.

2) Carotid stenosis: Surgery, stenting or medical treatment alone? J.-L. Mas

Algorithme de prise en charge



**De nouveaux essais pour stopper
la controverse**

Essais randomisés comparant la chirurgie carotide au traitement médical

Étude	Dessin	Éligibilité	Critère de jugement principal	n
CREST-2	2 bras Stenting + TMO vs TMO Chirurgie + TMO vs TMO	Sténose carotide asymptomatique 70 %	AVC ou décès jusqu'à j44 après randomisation et AVC ipsilatéral après j44 (jusqu'à 4 ans)	2480
Arrêtée SPACE-2	2 bras Stenting + TMO vs TMO Chirurgie + TMO vs TMO	Sténose carotide asymptomatique 70 %	AVC ou décès jusqu'à j30 après traitement et infarctus ipsilatéral après j30 (jusqu'à 5 ans)	2 x 1636
ECST-2	TMO + chirurgie ou stenting spécifié avant randomisation vs TMO	Sténose carotide asymptomatique ou Sténose carotide symptomatique (à risque faible d'AVC) 50 %	Décès non lié à un AVC jusqu'à j30 après revascularisation et AVC quel que soit son moment de survenue	2000
ACTRIS	CEA vs BMT	Sténose carotide asymptomatique > 60 % Au moins 1 des facteurs suivants : microsignaux emboliques au DTC ; diminution de la réactivité vasculaire cérébrale ; hémorragie intraplaque à l'IRM ; progression rapide de la sténose Espérance de vie à 5 ans élevée	AVC ipsilatéral et tout AVC ou décès liés à l'intervention (jusqu'à j30 après traitement)	700

Conclusion

- Nos résultats de revascularisation semblent concluants
- Il existe un réel bénéfice de la chirurgie chez des patients Préalablement sélectionnés mais tout en tenant compte :
 - du risque opératoire
 - de l'espérance de vie
 - du TCMM de l'équipe
- Le traitement médical optimal.