

Je découvre une sténose carotidienne asymptomatique

JM. CORMIER - F. CORMIER

Clinique de la Défense - 16 et bd Emile Zola - 92000 Nanterre

Découvrir une sténose carotidienne chez un patient indemne de tout symptôme neurologique ou ophtalmologique est devenu une situation fréquente :

- Un souffle carotidien a été noté lors d'un examen systématique et a justifié un doppler,
- Un doppler avec échographie a été demandé de principe : soit dans le bilan initial d'un patient ayant une autre localisation artérielle : coronarienne, artérielle périphérique, ou chez un patient hypertendu ou diabétique ; ou bien encore lors du contrôle systématique qui s'impose tous les six mois chez un tel malade. Le bilan ultrasonographique (doppler-échographie) a pu également être demandé systématiquement par ce qu'une intervention chirurgicale est programmée chez un patient de plus de 60 ans, fumeur, et ayant un bilan lipidique perturbé, ayant des antécédents familiaux d'accidents cérébraux-vasculaires ou cardio-vasculaires.

Que faut-il faire ?

On est confronté à deux éventualités :

- **Une sténose est constatée inférieure à 75%** : il n'y a pas à aller au-delà ; seule une surveillance est indiquée, mais toute évolutivité ou la survenue d'un événement neurologique hémisphérique feront modifier cette attitude ;
- **Une sténose est constatée supérieure à 75%** : elle comporte un risque évolutif d'accident vasculaire cérébral et fait donc discuter un geste préventif, mais celui-ci n'a de sens que si des impératifs sont respectés, c'est-à-dire si le patient est susceptible de tirer un bénéfice d'une intervention chirurgicale.

Ainsi seront récusés, sans qu'il y ait lieu de faire des examens complémentaires :

- Les patients ayant une espérance de vie limitée et il y a lieu de rappeler que la survie actuarielle à 80 ans est de sept ans, mais qu'elle est raccourcie s'il existe des affections sévères tels un cancer avec métastases, une cardiopathie ischémique décompensée, un état polyartériel sévère, une cirrhose avec ascite :
- Les patients exposés à un risque opératoire accru :
 - Insuffisant cardiaque ;

- Coronarien avec atteinte tritonculaire ou angor instable ;
 - Insuffisant respiratoire, avec VEMS inférieur à 800 ;
 - Insuffisant rénal avec créatinémie au-delà de 300 milliosmoles
- Un patient ayant une détérioration des fonctions supérieures sera également refusé.

Mais dans la plupart de ces circonstances un examen doppler-échographie s'avérait également inutile.

En dehors de ces situations, une indication de revascularisation est à discuter lorsque le profil lésionnel fait redouter la survenue proche d'un accident vasculaire cérébral ischémique.

Ainsi en est-il en cas de préocclusion : toute variation de débit systémique (trouble du rythme, de la conduction ou toute baisse de la volémie) peut en effet entraîner une thrombose aiguë carotidienne, ou être responsable d'une insuffisance de perfusion hémisphérique, responsable d'une souffrance ischémique, qui, prolongée, aboutit à une lésion ischémique irréversible.

Une sténose très serrée de 80 à 95 % en surface comporte également un risque important d'accident vasculaire cérébral évolutif. Après revascularisation, le bénéfice de la chirurgie est confirmé également.

Il en est de même pour les sténoses évolutives, qui de six mois en six mois se majorent pour dépasser 75 %, ainsi que pour une sténose anfractueuse inhomogène de 75 % grevée d'un risque emboligène augmenté.

Le bénéfice de la chirurgie est d'autant plus reconnu, qu'il existe des sténoses carotidiennes bilatérales serrées, des lésions polypédiculaires encéphaliques, et qu'au doppler transcrânien la cérébrale moyenne (la sylvienne) en bas débit témoigne d'une insuffisance de suppléance de l'hexagone de Willis.

En cas de risque opératoire non nul et de sténose très serrée, un scanner est un examen simple à demander : il peut montrer un foyer ischémique en zone silencieuse qui témoigne d'une embolie partie de la sténose carotidienne, ce qui fait retenir une indication analogue à celle d'une sténose symptomatique.

L'étude randomisée Nord Américaine ACAS (Asymptomatic Carotid Arter Stenosis) apporte une confirmation statistique à ces indications de principe, prouvant la supériorité du traitement chirurgical lorsque la sténose carotidienne asymptomatique atteint ou dépasse 60 % en diamètre, c'est-à-dire est supérieure à 75 % en surface (appréciée au doppler avec échographie).

Ainsi sont définies les circonstances dans lesquelles une intervention chirurgicale se discute.

Encore faut-il retenir comme base de discussion, que l'intervention ait un taux cumulé de mortalité et de morbidité neurologique périopératoires inférieur à 3 %.

Cela impose avant de poursuivre le bilan vasculaire cérébral, de préciser le risque lié au terrain, et en dehors des cas déjà vus où le patient a d'emblée été récusé, il y a lieu d'estimer le risque opératoire qui est essentiellement coronarien ; la viabilité du muscle cardiaque, l'état du réseau coronaire seront appréciés selon les équipes, par différents examens couplés de manière variée : ECG complété par un ECG d'effort, Holter, échographie cardiaque, échographie de stress, scintigraphie myocardique au thallium d'effort ou sousdipyridamole.

Si l'âge interfère peu dans la décision, la limite d'indication est cependant celle des octogénaires, la chirurgie des nonagénaires étant exceptionnelle, réservée à des cas privilégiés.

Au terme des investigations " préopératoires " pratiquées, si le risque chirurgical apparaît inférieur à 2 %, le bilan est alors poursuivi par une opacification vasculaire, précédée systématiquement d'un scanner ou mieux d'une angio-IRM, qui non seulement précise l'état parenchymateux, mais également l'état de la vascularisation intracrânienne. L'artériographie n'est donc demandée que lorsque le principe d'une revascularisation carotidienne a été retenu.

Notons que si le malade a une occlusion contro-latérale, ceci plaidera encore plus pour cette attitude agressive, car un tel contexte expose à des complications évolutives particulièrement lourdes.