

Le dossier – Sténoses carotides

Éditorial

Sténoses carotides : chirurgie, stenting ou traitement médical seul ?



J.-L. MAS

Université Paris Descartes, Inserm UMR-S 894,
Service de Neurologie et Unité Neurovasculaire
Hôpital Sainte-Anne, PARIS.

Les sténoses carotides athéroscléreuse (> 50 %) sont responsables d'environ 10 % des accidents ischémiques cérébraux (infarctus cérébral et accidents ischémiques transitoires). Si le risque de premier infarctus cérébral lié à une sténose carotide est relativement faible, celui de récurrence est beaucoup plus important, notamment dans les semaines qui suivent le premier infarctus. Plusieurs essais contrôlés randomisés, réalisés il y a plus de 25 ans pour les plus anciens, ont montré que la chirurgie carotide associée au traitement médical de prévention vasculaire diminuait significativement l'incidence des infarctus cérébraux chez les patients ayant une sténose carotide athéroscléreuse serrée. Le bénéfice est particulièrement important chez les patients ayant une sténose carotide symptomatique supérieure à 70 %. Ce statut de traitement de référence des sténoses carotides serrées a été récemment remis en question, aussi bien pour les sténoses symptomatiques que pour les sténoses asymptomatiques, en raison du développement du *stenting* carotide, d'une part, et des avancées du traitement médical, d'autre part.

Les essais thérapeutiques comparant le *stenting* à la chirurgie carotide chez des patients ayant une sténose carotide symptomatique ou asymptomatique ont globalement montré que le *stenting* comportait un risque plus élevé d'accident vasculaire cérébral (AVC) lié à l'intervention que la chirurgie mais que, passé la période de l'intervention, les deux techniques avaient une efficacité similaire pour prévenir la survenue d'un infarctus cérébral ipsilatéral. Ces essais ont aussi montré que, contrairement aux craintes initiales, le *stenting* n'était pas associé à un risque plus élevé de resténose que la chirurgie.

La controverse entre les tenants et les opposants du *stenting* repose sur la définition du critère évaluant la sécurité de la procédure. Les études européennes ont utilisé le critère classique (AVC ou décès dans les 30 jours de la procédure), alors que les études américaines ont aussi pris en compte la survenue d'un infarctus du myocarde, dont la fréquence était plus élevée dans les 30 jours de la chirurgie, "compensant" ainsi l'excès de risque d'AVC lié au *stenting*. Ce choix est critiquable dans la mesure où les infarctus du myocarde étaient asymptomatiques dans 40 % des cas et sans retentissement sur la qualité de vie, contrairement aux AVC liés aux procédures. La prochaine étape à franchir concernant le *stenting* consistera à identifier les facteurs liés au patient ou à la procédure elle-même associés à un plus haut risque d'AVC du *stenting*. À cet égard, il a été montré que le risque d'AVC associé au *stenting* (et non celui associé à la chirurgie) augmentait avec l'âge du patient, si bien que

■ Le dossier – Sténoses carotides

l'excès de risque d'AVC lié au *stenting* ne devenait significatif qu'après 65-70 ans. Avant 65-70 ans, les deux techniques ont un profil bénéfice/risque identique.

La prévention vasculaire a considérablement progressé au cours des 20 dernières années grâce à un meilleur contrôle des facteurs de risque médicaux ou liés au style de vie ainsi qu'au développement de nouveaux médicaments comme les statines. Ces progrès se sont accompagnés d'un déclin des risques vasculaires. Plusieurs études montrent que le risque de premier infarctus cérébral ipsilatéral en l'absence de revascularisation est plus faible actuellement (< 1 % par an) qu'il ne l'était au temps des essais randomisés. Si la revascularisation carotide n'est pas remise en question chez les patients ayant une sténose carotide récemment symptomatique, dont le risque de récurrence est très élevé, en revanche la question est à nouveau posée de savoir si une revascularisation carotide, qu'elle soit chirurgicale ou par *stenting*, peut réduire de façon significative le risque d'infarctus cérébral ipsilatéral par rapport à un traitement médical optimal. De nouveaux essais thérapeutiques sont en cours ou en préparation pour répondre à cette question. En attendant leurs résultats, la décision d'une revascularisation carotide ne semble devoir être envisagée que chez des patients ayant des caractéristiques cliniques et en imagerie associées à un risque plus élevé que la moyenne d'infarctus cérébral ipsilatéral, ayant une espérance de vie permettant d'envisager un réel bénéfice du traitement et ayant été informés des risques d'infarctus cérébral ipsilatéral sous traitement médical seul, ainsi que des risques et des incertitudes sur les bénéfices de la revascularisation par chirurgie ou *stenting* carotide.

Les sténoses carotides constituent aussi un excellent marqueur de la diffusion de la maladie athéroscléreuse. En effet, la présence d'une sténose carotide ou d'un simple souffle carotide augmente le risque de survenue d'un infarctus du myocarde et d'un décès de cause vasculaire. Les patients ayant une sténose carotide ont également un risque plus élevé d'avoir des sténoses coronaires occultes. Cependant, la décision de dépister une maladie coronaire asymptomatique chez les patients porteurs d'une sténose carotide symptomatique ou asymptomatique doit rester individuelle et toujours tenir compte de la faisabilité des différentes stratégies de prévention spécifiques à la coronaropathie asymptomatique.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.