

Tendances de la mortalité et de la morbidité hospitalière dues à des anévrismes de l'aorte abdominale

W.J. Millar, C.W. Cole et G.B. Hill*

Résumé

Le présent article examine les tendances nationales et régionales de la mortalité et de la morbidité causées par des anévrismes de l'aorte abdominale de 1969 à 1991. On a établi les taux comparatifs annuels de départ de l'hôpital pour les hommes et les femmes de 55 ans et plus dont la cause sous-jacente de décès était un anévrisme de l'aorte abdominale, ou qui étaient hospitalisés avec, pour diagnostic primaire, un anévrisme de l'aorte abdominale.

Au cours des récentes décennies, les taux de mortalité par suite d'anévrismes de l'aorte abdominale sont restés stables, alors qu'il s'est produit un déclin marqué des taux de mortalité associée aux maladies vasculaires cérébrales et cardiovasculaires. La tendance était la même pour les deux sexes, bien que les taux aient été de quatre à cinq fois plus élevés chez les hommes que les femmes. En 1991, les taux comparatifs étaient d'environ 31,0 pour 100 000 chez les hommes de 55 ans et plus et de 8,5 chez les femmes du même groupe d'âge. Pendant la période comprise entre 1969 et 1991 et dans toutes les régions, les taux de mortalité ont eu tendance à converger.

Même si les taux de mortalité sont demeurés stables, les taux de départ de l'hôpital après un anévrisme de l'aorte abdominale ont fortement augmenté, particulièrement dans les cas d'anévrisme non rompu. Des programmes de dépistage ont permis de déceler les anévrismes de l'aorte abdominale asymptomatiques, et les interventions chirurgicales peuvent réduire considérablement la mortalité. Toutefois, il faudrait mesurer les coûts et les avantages des programmes de dépistage. Si les taux de mortalité actuels persistent, le vieillissement de la génération des baby-boomers s'accompagnera d'une hausse absolue du nombre de décès par suite d'un anévrisme de l'aorte abdominale.

Mots clés : anévrisme de l'aorte, anévrisme abdominal, mortalité, morbidité

Introduction

Un anévrisme est une dilatation anormale et localisée d'une artère, causée par une faiblesse de structure. Un anévrisme de l'aorte abdominale (qui désigne une dilatation de l'aorte abdominale de plus de 3 cm de diamètre) se produit la plupart du temps en dessous des artères rénales et peut s'étendre au-delà de la bifurcation¹.

Les anévrismes de l'aorte abdominale ne sont pas une cause importante de mortalité, car ils sont responsables d'environ 1 000 décès par année. Mais, contrairement aux taux de mortalité pour les maladies vasculaires cérébrales et cardiovasculaires, qui ont diminué au cours des dernières décennies, les taux de décès associés aux anévrismes de l'aorte abdominale sont restés relativement stables. Au cours de la même période, les taux de départs des hôpitaux pour cette maladie ont augmenté considérablement.

La probabilité de survie en cas de rupture d'un anévrisme est basse. Toutefois, si cette maladie est détectée et corrigée par voie chirurgicale, la personne peut s'attendre à une espérance de vie normale. Pour cette raison, les tendances des anévrismes de l'aorte abdominale ont des conséquences sur l'état de santé des Canadiens. L'initiative spéciale de Santé Canada sur les maladies reliées au vieillissement a identifié les anévrismes de l'aorte abdominale comme une question de santé publique prioritaire².

* W.J. Millar (613-951-1631) travaille dans la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, à Ottawa, K1A 0T6. C.W. Cole (604-631-5575) travaille à l'hôpital St. Paul's, à Vancouver (Colombie-Britannique) V6Z 1Y6. G.B. Hill (613-951-4113) travaille à la Division des études sociales et économiques de Statistique Canada, à Ottawa, K1A 0T6.

Sources des données, méthodes et limites

On a examiné les données portant sur tous les décès survenus au Canada entre 1969 et 1991 et dont la cause sous-jacente donnée était un anévrisme de l'aorte abdominale. Bien que le présent article traite surtout des anévrismes abdominaux, on a inclus, aux fins de comparaison, des renseignements sur d'autres genres d'anévrismes de l'aorte. Pendant cette période, les détails du classement dans la Classification internationale des maladies (CIM) ont changé (voir ci-dessous). Dans la CIM-8, en usage au Canada entre 1968 et 1978 les anévrismes abdominaux étaient classés à part. La CIM-9, adoptée en 1979, apportait une autre distinction entre les anévrismes rompus et ceux pour lesquels il n'était pas mentionné de rupture. Les anévrismes syphilitiques de l'aorte ont été classés dans les catégories s'appliquant à la syphilis et n'ont donc pas été inclus dans l'étude. L'utilisation de données sur la mortalité pour mesurer les anévrismes de l'aorte abdominale est quelque peu limitée, parce que les décès liés à des anévrismes rompus de l'aorte pourraient être attribués à d'autres causes de mort subite, comme l'infarctus du myocarde.

Les taux de mortalité par âge ont été calculés pour la population de 55 ans et plus, et les taux comparatifs sommaires ont été établis par rapport à la population totale de 1991. Les estimations postcensitaires révisées de la population, pour la période de 1972 à 1991, proviennent de la Division de la démographie de Statistique Canada. Ces chiffres tiennent compte des déficiences dans le dénombrement du recensement ainsi que du nombre de résidents non permanents.

Les données sur les départs de l'hôpital, pour la période allant de 1972 à 1990, sont tirées des fichiers relatifs à la morbidité hospitalière tenus par Statistique Canada. Ces données portent sur des exercices financiers qui vont d'avril à mars. On a utilisé le quatrième chiffre de la classification de la CIM pour choisir les cas pour lesquels le diagnostic primaire à l'admission était lié à un anévrisme de l'aorte abdominale.

Les formulaires d'admission et de départ des hôpitaux servent à enregistrer un séjour continu pour chaque patient. On définit le départ

de l'hôpital comme suit : le congé ou le décès d'un patient. À la fin de chaque séjour à l'hôpital, le patient reçoit son congé ou est dirigé vers un autre établissement. Les taux de départ par âge ont été calculés en divisant le nombre total des départs pour chaque groupe d'âge et de sexe par le chiffre correspondant de population estimée. Les taux comparatifs ont été calculés pour les personnes de 55 ans et plus selon les estimations révisées de la population de 1991.

Pour la plupart des maladies, l'exception principale étant le cancer, le seul chiffre disponible pour en mesurer l'incidence au niveau national est le nombre d'admissions à l'hôpital. Une telle mesure ne vaut que si tous les cas sont admis à l'hôpital et si les patients ne sont admis qu'une fois. Dans le cas des anévrismes de l'aorte abdominale, ces conditions ne sont pas nécessairement respectées.

Les données sur les départs de l'hôpital pourraient bien sous-estimer l'incidence de l'anévrisme de l'aorte abdominale, car les patients qui en souffrent pourraient bien ne jamais être hospitalisés. Par ailleurs, les patients pourraient être admis à l'hôpital plus d'une fois, ce qui aurait tendance à faire surestimer l'incidence.

Les rapports d'anévrismes de l'aorte abdominale ne sont pas uniformes. Dans certaines provinces, le diagnostic à l'admission est la maladie qui a fait appel au plus grand nombre de ressources médicales; dans d'autres, c'est la maladie qui a eu pour résultat l'admission à l'hôpital. Si on admet un patient souffrant de plusieurs maladies, le diagnostic à l'admission pourrait mentionner la plus grave, qui ne sera pas toujours un anévrisme de l'aorte abdominale. Les transferts entre hôpitaux pour la même maladie pourraient avoir pour résultat des surestimations, et parce que les patients eux-mêmes ne sont pas identifiés, il est impossible d'établir des taux d'incidence définis pour les diagnostics. Il est difficile de déterminer l'effet net de la sous-estimation ou de la surestimation sur l'incidence. Toutefois, en l'absence d'autres mesures, les taux d'admission à l'hôpital sont le meilleur moyen disponible d'estimer l'incidence des anévrismes de l'aorte abdominale.

Classification des anévrismes de l'aorte selon la CIM, 1950-1991

Période	Modification de la CIM	Code	Description
1950-1957	CIM-6	451	Anévrisme de l'aorte indiqué comme étant un anévrisme non syphilitique et disséquant
1958-1968	CIM-7	451	Anévrisme de l'aorte, anévrismes non syphilitiques et disséquants
1969-1978	CIM-8	441	Anévrisme de l'aorte
		441.0	Anévrisme disséquant de l'aorte (n'importe quelle section)
		441.1	Anévrisme de l'aorte thoracique
		441.2	Anévrisme de l'aorte abdominale
		441.9	Anévrisme de l'aorte dont le siège n'est pas spécifié
1979-1991	CIM-9	441	Anévrisme de l'aorte
		441.0	Anévrisme disséquant (n'importe quelle section)
		441.1	Anévrisme thoracique rompu
		441.2	Anévrisme thoracique sans mention de rupture
		441.3	Anévrisme abdominal rompu
		441.4	Anévrisme abdominal sans mention de rupture
		441.5	Anévrisme de l'aorte dont le siège n'est pas spécifié, rompu
441.6	Anévrisme de l'aorte dont le siège n'est pas spécifié, sans mention de rupture		

Le présent article examine les tendances nationales et régionales de la mortalité et de la morbidité hospitalière liées aux anévrismes de l'aorte abdominale chez les Canadiens de 55 ans et plus pendant la période comprise entre 1969 et 1991 (voir *Sources des données, méthodes et limites*). Il passe également en revue quelques explications sur la stabilité relative des taux de mortalité et examine l'efficacité des programmes de dépistage.

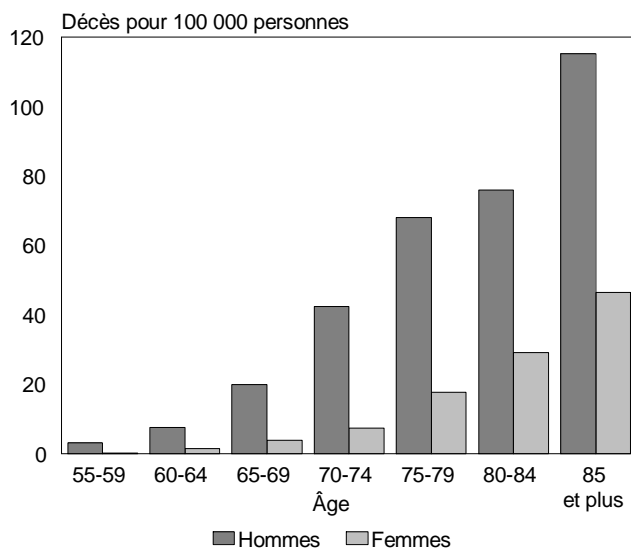
Le taux de mortalité

Les taux augmentent avec l'âge

Les anévrismes de l'aorte abdominale affectent rarement les personnes plus jeunes. Au contraire, on les rencontre surtout chez les adultes plus âgés, en particulier chez les hommes (graphique 1). Chez les hommes aussi bien que chez les femmes, le taux de mortalité augmente avec l'âge. En 1991, le taux de mortalité chez les hommes est passé de 3,2 pour 100 000 hommes de 55 à 59 ans à 115,2 dans le groupe des 85 ans et plus. Les taux de mortalité correspondants chez les femmes variaient de 0,2 à 46,5 pour 100 000. Quel que soit l'âge, le taux de mortalité des hommes dépassait celui des femmes.

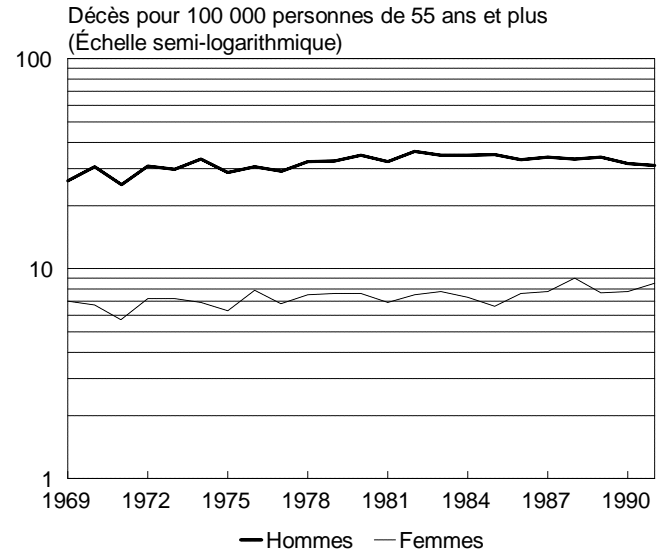
Graphique 1

Taux de mortalité par suite d'un anévrisme de l'aorte abdominale, personnes de 55 ans et plus, selon l'âge et le sexe, Canada, 1991



Graphique 2

Taux comparatif de mortalité par suite d'un anévrisme de l'aorte abdominale, personnes de 55 ans et plus, selon le sexe, Canada, 1969-1991



Stabilité des taux de mortalité

Les taux de mortalité par suite d'anévrismes de l'aorte abdominale ont peu changé au cours des dernières décennies, et le taux des hommes est resté bien supérieur au taux des femmes (graphique 2). En 1991, le taux comparatif de mortalité chez les hommes de 55 ans et plus était de 31,9 pour 100 000, soit presque quatre fois celui des femmes pour la même année (8,6).

Depuis 1969, le taux de mortalité chez les hommes pour cette maladie a fluctué. Le taux le plus bas était de 25,2 pour 100 000 en 1971, et le taux le plus élevé était de 36,3 en 1982. Le taux chez les femmes a varié entre 5,7 pour 100 000 en 1971 et 9,0 en 1988.

Même si les taux de mortalité par suite d'anévrismes de l'aorte abdominale sont restés stables ou ont légèrement diminué, le nombre absolu de décès augmentera à mesure que les baby-boomers nés après guerre entreront dans les catégories d'âge les plus sujettes à l'anévrisme.

Tableau 1

Taux comparatif de mortalité par suite d'un anévrisme de l'aorte abdominale, personnes de 55 ans et plus, selon la région et le sexe, Canada, 1969-1991

	Hommes						Femmes					
	Canada	Atlantique	Québec	Ontario	Prairies	Colombie-Britannique	Canada	Atlantique	Québec	Ontario	Prairies	Colombie-Britannique
Décès pour 100 000 personnes âgées 55 et plus												
1969	26,3	15,9	15,0	35,7	18,0	41,2	7,0	6,3	5,5	8,2	6,2	6,9
1970	30,6	17,4	22,7	41,7	21,2	38,8	6,7	6,8	3,7	7,4	6,9	9,1
1971	25,2	18,1	13,9	35,7	19,3	31,3	5,7	5,6	3,7	6,6	4,8	7,5
1972	30,9	20,4	17,3	45,5	23,7	32,4	7,2	5,1	5,7	8,4	6,8	8,4
1973	29,7	20,8	21,7	39,1	20,9	37,4	7,2	5,1	5,8	8,8	5,3	8,5
1974	33,0	23,5	23,0	42,8	25,9	42,1	6,9	7,2	3,6	7,5	8,6	8,5
1975	28,8	17,4	17,8	35,7	28,6	37,6	6,3	2,7	4,5	8,0	6,7	7,0
1976	30,7	19,0	25,5	39,8	22,1	36,7	7,9	7,3	7,6	7,4	7,3	11,4
1977	29,1	19,2	25,2	33,9	21,5	40,1	6,8	5,6	6,2	7,4	5,0	9,9
1978	32,3	30,2	30,3	37,6	18,8	41,5	7,5	5,8	6,8	8,5	6,1	9,1
1979	32,6	30,6	27,2	34,6	28,6	38,2	7,6	4,6	8,0	6,8	8,6	10,6
1980	34,7	41,1	33,6	38,2	28,7	33,1	7,6	6,4	6,3	8,4	7,6	8,2
1981	32,3	32,4	25,3	36,5	26,6	41,0	6,9	5,7	6,7	6,9	7,4	6,9
1982	36,3	34,0	30,6	35,6	41,1	43,1	7,5	8,6	6,2	7,0	8,8	9,0
1983	34,7	32,6	27,2	43,4	24,9	38,6	7,8	9,8	7,7	7,8	8,2	6,2
1984	34,8	29,0	30,2	40,1	33,8	33,2	7,3	4,9	7,1	8,4	7,6	5,8
1985	34,9	27,9	31,0	40,8	32,2	35,3	6,6	9,6	4,7	7,8	6,5	5,9
1986	33,0	24,8	35,4	35,5	30,1	30,8	7,6	5,0	6,4	9,2	6,2	8,9
1987	34,1	33,3	33,5	36,9	33,2	30,3	7,8	6,3	8,4	9,0	6,8	5,9
1988	33,2	26,8	31,4	37,0	33,9	30,0	9,0	6,8	11,3	8,9	7,3	8,6
1989	34,0	33,2	34,0	36,3	34,4	29,0	7,7	6,1	7,8	8,3	9,9	4,5
1990	31,8	28,9	35,9	31,1	28,7	32,5	7,8	6,0	8,0	8,4	7,6	7,4
1991	31,0	28,6	36,3	29,1	30,7	29,8	8,5	7,1	10,9	8,2	8,5	6,3

Les taux de mortalité sont les plus élevés en Ontario et en Colombie-Britannique

Pendant la période comprise entre 1969 et 1991, les taux de mortalité par suite d'anévrismes de l'aorte abdominale ont été en général plus élevés en Ontario et en Colombie-Britannique (tableau 1). Mais cela n'a pas nécessairement été le cas pour chacune des années étudiées. Par exemple, chez les hommes, le taux de mortalité de 1991 était plus élevé au Québec (36,3 pour 100 000), suivi de celui des Prairies (30,7), de la Colombie-Britannique (29,8), de l'Ontario (29,1) et de la région de l'Atlantique (28,6).

En outre, d'une année à l'autre, les taux de mortalité dans les différentes régions ont varié de façon considérable. Malgré tout, depuis 1969 et dans toutes les régions, les taux de mortalité chez les hommes et les femmes ont eu tendance à se rapprocher des moyennes nationales.

Les types les plus courants d'anévrismes de l'aorte

Les anévrismes abdominaux ont généralement été la principale composante de la mortalité par suite d'un anévrisme de l'aorte chez les hommes aussi bien que chez les femmes (graphique 3). Cela était vrai pour les hommes depuis 1969, bien qu'au cours des premières années de la période étudiée, le taux de mortalité chez les femmes par suite d'un anévrisme de l'aorte au siège non spécifié ait dépassé le taux associé aux anévrismes de l'aorte abdominale. Depuis 1969, on observe chez les deux sexes une baisse des taux de mortalité par suite d'anévrismes de l'aorte au siège non spécifié. En même temps, les taux de mortalité associés à des anévrismes thoraciques ont légèrement augmenté, mais sont restés, en général, beaucoup plus faibles que les taux pour des anévrismes de l'aorte abdominale.

Graphique 3

Taux comparatif de mortalité par suite d'un anévrisme de l'aorte, personnes de 55 ans et plus, selon le sexe et le type d'anévrisme, Canada, 1969-1991

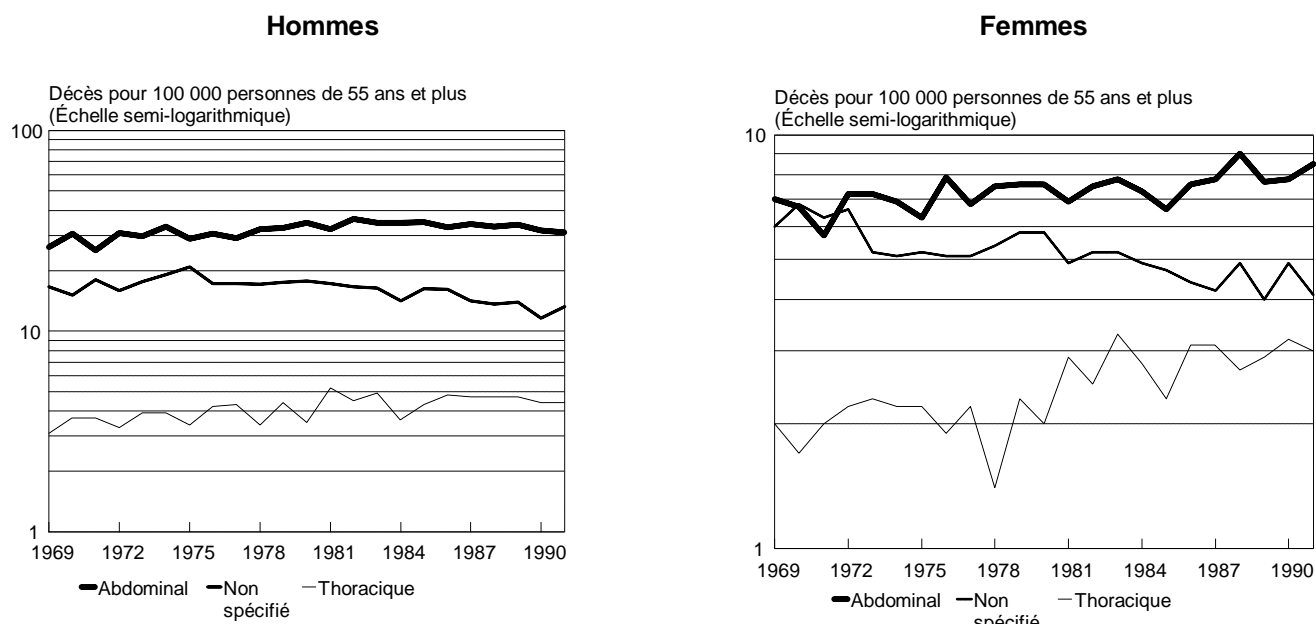


Tableau 2

Taux de mortalité par suite d'un anévrisme de l'aorte abdominale, personnes de 55 ans et plus, selon le sexe et le type d'anévrisme, Canada, 1979-1991

	Abdominal		Thoracique		Non spécifié	
	Rompu	Non rompu	Rompu	Non rompu	Rompu	Non rompu
Décès pour 100 000 personnes de 55 ans et plus						
Hommes						
1979	27,2	5,4	3,6	0,8	12,7	4,9
1980	28,5	6,2	2,7	0,8	13,7	4,1
1981	27,3	4,9	4,2	0,9	14,1	3,1
1982	30,2	6,1	3,5	0,9	13,9	2,6
1983	28,8	5,9	4,3	0,7	13,2	3,3
1984	28,4	6,4	2,9	0,7	11,5	2,7
1985	27,6	7,3	3,4	0,9	13,3	3,0
1986	25,9	7,0	3,6	1,2	12,4	3,6
1987	28,0	6,1	3,7	0,9	11,3	2,9
1988	26,7	6,5	3,9	0,8	10,9	2,7
1989	26,2	7,8	3,9	0,9	11,0	3,0
1990	26,0	5,8	3,2	1,2	9,3	2,4
1991	25,8	5,1	3,1	1,3	10,2	3,0
Femmes						
1979	6,0	1,6	1,9	0,4	3,9	2,0
1980	5,9	1,7	1,5	0,5	3,8	1,9
1981	5,1	1,7	2,1	0,8	3,6	1,3
1982	5,8	1,7	2,0	0,5	4,2	1,1
1983	6,3	1,6	2,4	0,9	4,3	0,9
1984	5,9	1,4	2,0	0,7	3,9	1,0
1985	5,2	1,4	1,7	0,0	3,6	1,1
1986	6,1	1,5	2,2	0,9	3,4	1,0
1987	5,9	1,9	2,5	0,7	3,3	0,9
1988	6,4	2,6	1,9	0,8	3,8	1,1
1989	5,9	1,8	2,1	0,8	3,2	0,8
1990	6,2	1,6	2,3	0,9	3,8	1,1
1991	6,7	1,9	2,1	1,0	3,2	0,9

Les anévrismes rompus sont habituellement mortels

Les anévrismes rompus causent plus souvent la mort que ceux que l'on découvre avant la rupture (tableau 2). Chez les hommes aussi bien que chez les femmes, sur dix anévrismes de l'aorte abdominale qui mènent à la mort, huit s'étaient manifestés après la rupture. Les taux de mortalité par suite d'anévrismes de l'aorte abdominale rompus varient de 80 % à 90 %. En fait, jusqu'à 62 % des patients présentant un anévrisme rompu meurent avant d'atteindre l'hôpital^{3,4}. Parmi ceux qui arrivent en vie à l'hôpital, on arrive à en sauver entre 50 % et 70 % en pratiquant une chirurgie d'urgence⁵. Si l'anévrisme est décelé avant sa rupture, et s'il y a intervention chirurgicale élective, celle-ci comporte un risque d'environ 5 %^{6,7}.

Tableau 3

Taux comparatif de départs de l'hôpital par suite d'un anévrisme de l'aorte abdominale, personnes de 55 ans et plus, selon la région et le sexe, Canada, 1972-1990

	Canada	Atlantique	Québec	Ontario	Prairies	Colombie-Britannique
Départs de l'hôpital pour 100 000 personnes de 55 ans et plus						
Hommes						
1972	75,6	40,9	57,8	95,4	60,1	102,2
1973	82,2	36,8	67,5	96,0	69,2	120,4
1974	83,9	65,0	62,2	99,1	74,7	107,0
1975	92,4	62,7	68,9	106,2	87,5	122,7
1976	99,3	64,3	77,8	110,3	104,1	126,2
1977	99,1	79,7	74,7	109,5	91,2	136,2
1978	119,1	83,0	82,8	152,5	99,9	144,4
1979	123,6	94,5	98,4	143,9	112,5	151,3
1980	133,9	127,1	115,1	156,3	104,5	149,8
1981	141,6	148,1	109,7	164,5	115,5	162,9
1982	158,6	166,1	123,6	185,4	130,6	179,3
1983	163,4	177,3	132,7	194,2	123,0	174,6
1984	164,1	167,9	134,1	184,2	141,9	187,4
1985	182,0	183,2	167,4	200,0	166,6	177,0
1986	189,2	205,0	185,7	199,3	158,8	196,3
1987	197,0	236,0	181,0	211,1	168,5	193,8
1988	198,7	222,3	192,8	204,3	172,7	210,4
1989	188,7	244,3	176,1	199,7	164,7	172,8
1990	188,2	222,5	180,9	197,6	168,8	178,0
Femmes						
1972	22,5	15,1	18,7	26,3	19,7	26,6
1973	21,7	16,4	13,6	25,4	20,9	30,7
1974	23,2	17,4	16,2	25,1	25,0	31,1
1975	23,4	19,4	21,1	24,4	24,8	24,1
1976	24,7	24,2	20,1	25,7	26,0	28,3
1977	24,1	20,8	20,1	24,6	20,7	36,7
1978	27,0	23,7	21,2	28,2	25,1	39,1
1979	31,3	21,0	21,3	30,8	26,4	39,0
1980	34,6	36,9	23,7	33,9	29,4	36,0
1981	30,6	22,8	20,9	31,2	26,9	32,1
1982	34,2	42,4	24,7	29,6	30,6	36,3
1983	36,6	38,4	28,5	34,6	34,6	30,3
1984	38,7	39,7	26,7	39,6	35,6	32,7
1985	40,3	42,5	32,7	35,7	37,0	37,9
1986	39,1	40,4	33,2	35,6	32,8	35,9
1987	44,2	40,0	39,5	39,9	36,2	40,2
1988	41,5	47,5	37,0	37,8	31,1	34,3
1989	41,0	48,2	34,3	36,1	35,9	33,5
1990	40,3	49,3	33,2	36,7	29,8	37,5

Départs de l'hôpital

Le nombre de départs de l'hôpital augmente

Depuis le début des années 1970, le nombre de départs de l'hôpital par suite d'anévrismes de l'aorte abdominale a connu une forte progression chez les hommes comme chez les femmes. En 1990, 5 638 personnes ayant été radiées de l'hôpital en étaient atteintes, contre 1 542, vingt ans plus tôt. En 1990, le taux comparatif de départs chez les hommes de 55 ans et plus était de 188,2 pour 100 000, soit deux fois et demie celui de 1972 (75,6). Ce taux était toutefois inférieur au pic de 198,7 enregistré en 1988 (tableau 3).

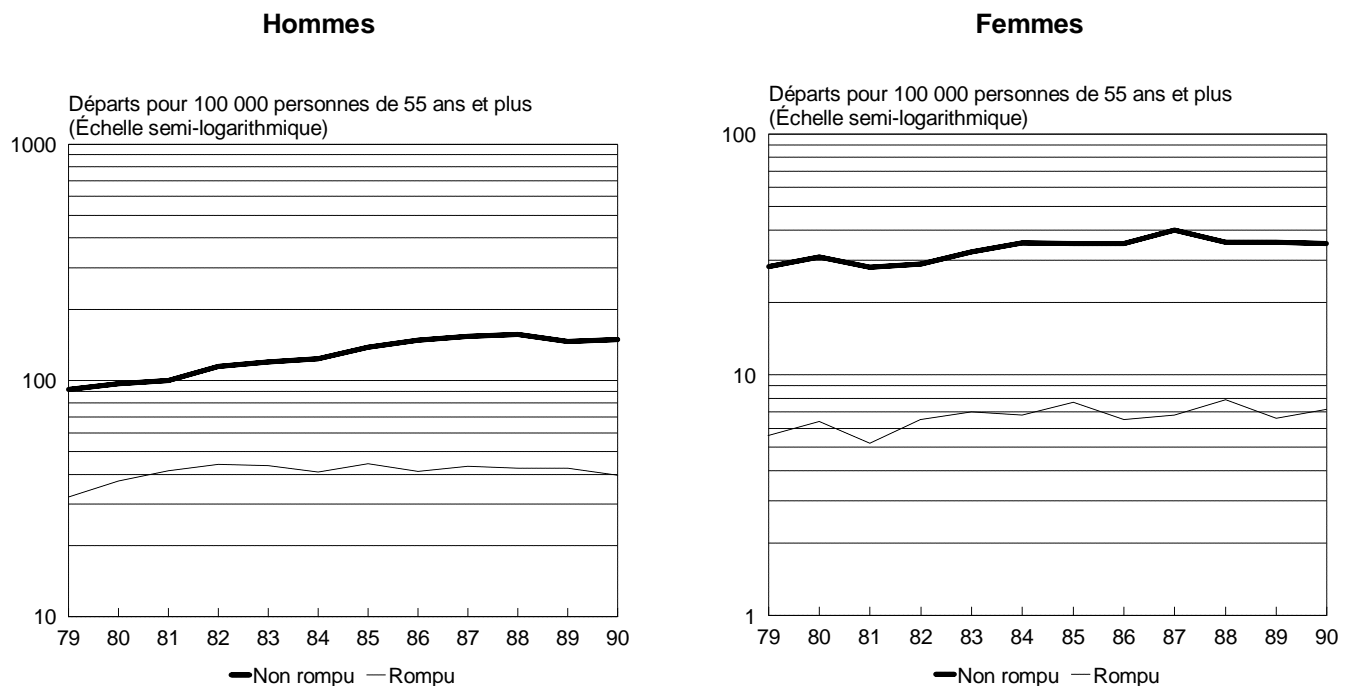
Comme c'était le cas pour les taux de mortalité, les taux de départs de l'hôpital chez les femmes à la suite de cette maladie étaient beaucoup moins élevés que chez les hommes. Mais les vingt dernières années ont quand même vu une forte hausse du taux de départs de l'hôpital chez les femmes de 55 ans et plus; en 1990, le taux comparatif était de 40,3 pour 100 000, soit presque le double de celui pour 1972 (22,5). Le taux le plus élevé chez les femmes était de 44,2 pour 100 000 femmes en 1987.

Les variations régionales

Les taux de départs de l'hôpital chez les hommes et les femmes par suite d'anévrismes de l'aorte abdominale ont progressé dans toutes les régions, mais l'importance de cette augmentation a varié considérablement. Le renversement le plus marqué s'est produit dans la région de l'Atlantique. En 1990, cette région affichait les taux les plus élevés de départs de l'hôpital, tant chez les hommes que chez les femmes, alors qu'en 1972, elle avait enregistré les taux les plus faibles de tout le pays.

Graphique 4

Taux comparatif de départs de l'hôpital par suite d'un anévrisme de l'aorte abdominale, personnes de 55 ans et plus, selon le sexe, Canada, 1979-1991



Des anévrismes non rompus dans la majorité

Chez les hommes aussi bien que chez les femmes de 55 ans et plus, les taux de départ de l'hôpital par suite d'anévrismes non rompus de l'aorte abdominale étaient beaucoup plus élevés que pour des anévrismes rompus. Les taux de départ de l'hôpital chez les hommes présentant un anévrisme non rompu de l'aorte abdominale ont augmenté considérablement, passant de 91,5 pour 100 000 en 1979 à 148,4 en 1990 (graphique 4). Les chiffres correspondants pour les anévrismes rompus de l'aorte abdominale étaient relativement stables : 32,1 et 39,7 pour 100 000.

Au cours de la période étudiée, les taux de départ de l'hôpital chez les femmes ayant eu par suite un anévrisme rompu ou non rompu de l'aorte abdominale ont augmenté dans l'ensemble. Les taux pour les anévrismes non rompus étaient de 28,2 pour 100 000 en 1979 et de 35,1 en 1990; pour les anévrismes rompus, ces taux étaient de 5,6 et de 7,2 pour 100 000.

Discussion

Bien qu'on s'entende en général pour reconnaître que de nombreux facteurs interviennent dans les cas d'anévrisme de l'aorte abdominale, aucun cadre théorique unique ne permet pour l'instant d'expliquer l'étiologie de cette maladie^{3,8}.

L'affection cardiaque artérioscléreuse et les accidents vasculaires cérébraux figuraient parmi les facteurs de risque possibles de l'anévrisme. Toutefois, depuis les années 1960, les taux de mortalité associés aux maladies cardiovasculaires et aux cardiopathies ischémiques sont en régression au Canada, tant chez les hommes que chez les femmes, et, depuis les années 1950, les décès par suite d'accidents vasculaires cérébraux ont diminué d'environ 2 % par année⁹.

Cette constance relative des taux de mortalité associés aux anévrismes de l'aorte abdominale et les taux croissants de congé de l'hôpital ont donc amené les chercheurs à se demander si l'affection artérioscléreuse est réellement une cause primaire d'anévrismes de l'aorte abdominale. L'atténuation des différences régionales dans la mortalité par suite d'un anévrisme de l'aorte abdominale, du moins depuis quelques années, est également pertinente, puisque les variations régionales dans la mortalité due à d'autres maladies artérielles restent profondes.

Les études épidémiologiques appuient les hypothèses voulant que le tabagisme soit un important facteur de risque d'anévrisme de l'aorte abdominale^{10,11}. Et pourtant, proportionnellement moins de gens fument. En 1991, au Canada, 26 % des hommes de 15 ans et plus fumaient tous les jours, contre 54 % en 1966. Les taux de tabagisme des femmes n'ont diminué que légèrement, passant de 29 % en 1966 à 26 % en 1991¹². Si les taux de mortalité par suite d'anévrismes de l'aorte abdominale ne semblent pas se ressentir de la baisse du tabagisme, c'est peut-être parce qu'il y a un délai entre le renoncement au tabagisme et l'amélioration de la santé. Parmi les personnes les plus sujettes à cette maladie, figurent les hommes de 65 ans et plus (en particulier les fumeurs ou ex-fumeurs), les personnes manifestant des symptômes cliniques d'artériopathie oblitérante des artères périphériques, celles qui souffrent d'hypertension et celles qui ont des antécédents familiaux d'anévrismes de l'aorte abdominale.

La plupart des anévrismes de l'aorte abdominale ne produisent aucun symptôme avant leur rupture, et les taux de mortalité par suite d'anévrismes rompus sont beaucoup plus élevés que par suite d'anévrismes non rompus. À l'heure actuelle, le seul traitement de l'anévrisme non rompu de l'aorte abdominale est une chirurgie réparatrice. De plus en plus, les anévrismes sont décelés avant leur rupture, bien qu'on ne possède pas de données quant aux dimensions et au taux de croissance des anévrismes de l'aorte abdominale, c'est-à-dire des facteurs qui agissent sur la probabilité de rupture et qui influencent la décision de procéder à une chirurgie.

Un dépistage sélectif parmi les populations les plus exposées pourrait réduire la mortalité prématurée liée à un anévrisme de l'aorte abdominale. Toutefois, la recherche sur l'efficacité du dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale n'a pas donné de résultats concluants.

Les programmes de dépistage en Grande-Bretagne ont permis de déceler des anévrismes asymptomatiques de l'aorte abdominale. À l'aide de l'échographie, on peut établir avec beaucoup de précision un diagnostic de cette maladie, et les dispositifs portatifs peu coûteux rendent possible un dépistage communautaire^{6,13}. Selon les estimations, un programme de dépistage des anévrismes permet de prévenir plus de décès qu'un programme de dépistage du cancer du sein¹⁴.

Bien que l'échographie permette de déceler la présence d'un anévrisme de l'aorte abdominale, on a mis en doute la précision de cette méthode pour mesurer le diamètre de l'anévrisme. De plus, on a soulevé des questions concernant le type et la fréquence du dépistage, sur les avantages respectifs de l'intervention chirurgicale ou du traitement médical des petits anévrismes¹⁵.

Peu d'évaluations officielles ont été faites aux plans économique, communautaire et individuel quant aux avantages offerts par les programmes de dépistage et par les interventions chirurgicales. Toutefois, une analyse récente des coûts et des avantages du dépistage chez les hommes de 60 à 80 ans a conclu qu'un test de dépistage unique par examen physique pourrait être rentable mais qu'il était peu utile; qu'un test de dépistage unique par échographie pourrait être rentable mais qu'il comportait des avantages modestes; qu'un dépistage répété pourrait ne pas être rentable¹³.

Il faudrait faire des essais randomisés pour obtenir des preuves directes de l'efficacité de l'intervention chirurgicale et du traitement médical^{16,17}. En Grande-Bretagne et aux États-Unis, des essais randomisés de la chirurgie électorale utilisée pour réparer un anévrisme de l'aorte abdominale de 4 à 5,5 cm de diamètre viennent de débiter^{18,19}. Au Canada, on vient de commencer un essai randomisé de traitement de l'anévrisme de moins de 4,5 cm de diamètre au moyen du propranolol.

L'augmentation du nombre de départs de l'hôpital entre 1979 et 1990 après un anévrisme non rompu de l'aorte abdominale laisse croire que, même sans programmes systématiques de dépistage, les examens cliniques permettent de découvrir un plus grand nombre de cas. La plupart des cas, en fait, sont décelés lors d'un examen clinique ou radiologique effectué pour d'autres raisons²⁰. De même, l'augmentation des taux d'admission à l'hôpital pour cause d'anévrisme non rompu peut être un indice du recours accru à l'échographie par les médecins de famille et aux interventions chirurgicales électorales. Un autre facteur qui pourrait expliquer l'augmentation des taux de départs de l'hôpital pourrait s'expliquer par le phénomène des admissions répétées. Et, bien entendu, il se pourrait que l'incidence de la maladie elle-même soit à la hausse.

Les tendances internationales

En général, on retrouve dans les autres pays, les mêmes tendances en matière d'anévrismes de l'aorte abdominale qu'au Canada. Aux États-Unis, le taux comparatif de mortalité par suite d'un anévrisme de l'aorte a atteint un plateau vers 1968, puis a diminué légèrement²¹. En Angleterre et au pays de Galles, les taux bruts d'admission à l'hôpital pour cause d'anévrisme de l'aorte abdominale chez les hommes sont passés de 2,4 pour 100 000 en 1968 à 11,3 en 1983. Chez les femmes, ce taux est resté constant - à environ 1,0 pour 100 000 -, jusqu'en 1977, puis il a commencé à monter pour atteindre 3,0 en 1983²². En Écosse, on a observé une augmentation semblable de l'incidence des anévrismes de l'aorte abdominale. La fréquence du diagnostic est passée, dans cette région, de 25,8 pour 100 000 personnes de 55 ans et plus en 1971 à 63,6 en 1984²³.

Références

1. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. 1991 update : 5. Screening for abdominal aortic aneurysm. *Can Med Assoc J* 1991;145(7):783-9.
2. Hill GB, Koumanakos D, Anderson L. *Compte rendu de l'atelier sur la lutte contre les anéorismes de l'aorte abdominale*, 1^{er}. Ottawa:Ministère de l'approvisionnement et services; 1995.
3. Ernst CB. Abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 1993;328(16):1167-72.
4. Johansen K, Kohler TR, Nicholls SC, Zierler RE, Clowes AW, Kazmers A. Ruptured abdominal aortic aneurysm: The Harbourview experience. *J Vasc Surg* 1991;13:240-7.
5. Harris PL. Reducing the mortality from abdominal aortic aneurysms: need for a national screening program. *Br Med J* 1992;305:697-9.
6. Collin J, Araujo L, Walton J, Lindsell D. Oxford Screening Programme for abdominal aortic aneurysms in men aged 65 to 74 years. *Lancet* 1988;2:613-5.
7. Johnston KW, Scobie TK. Multicenter prospective study of nonruptured abdominal aneurysms. Part I. Population and operative management. *Am J Vasc Surg* 1989;9:437-47.
8. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD, Shah DM, Hollier L, Stanley JC. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. *J Vasc Surg* 1991;13:452-8.
9. Reeder BA, Dagenais GR, Johansen H, et coll. *Cardiovascular disease in Canada 1993*. Ottawa; Fondation des maladies du coeur; 1983.
10. Auerbach O, Garfinkle L. Atherosclerosis and aneurysm of the aorta in relation to smoking habits and age. *Chest* 1980;78:805-9.
11. U.S. Department of Health and Human Services. *Reducing the health consequences of smoking. 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: Rockville, Md; 1989.
12. Millar WJ. *État de santé des Canadiens : Rapport de l'Enquête sociale générale de 1991*. Ottawa : Statistique Canada, catalogue 91-537; 1994.
13. Frame PS, Fryback DG, Patterson C. Screening for abdominal aortic aneurysm in men ages 60 to 80 years. *Ann Intern Med* 1993;119(5):411-6.
14. Cheatte TR, Scurr JH. Abdominal aortic aneurysms: A review of current problems. *Br J Surg* 1989;76:826-9.
15. Ellis M, Powell JT, Mills S, et coll., sous la direction de Greenhalgh RM, Mannick JA, Powell JT. *The cause and management of aneurysms*. Londres: W.B. Saunders; 1990; The limitations of ultrasound in surveillance of small abdominal aortic aneurysms.
16. Ballard DJ, Etchason JA, Hilborne LH, et coll. *Abdominal aortic aneurysm surgery. A literature review and ratings of appropriateness and necessity*. Santa Monica, Ca: Rand; 1992.
17. Laupacis A. Le propranolol et les petits anévrismes de l'aorte abdominale. *Maladies chroniques au Canada* 1994;15(4):s40-1.
18. Lederle F. Management of small abdominal aortic aneurysms (éditorial). *Ann Intern Med* 1990;113:731-2.
19. Greenhalgh RM. Sous la direction de Greenhalgh RM, Mannick JA. *The Causes and Management of Aneurysms*. Londres: W.B. Saunders; 1990; When should the small asymptomatic aneurysm be operated upon?

20. Melton LJ, III., Bickerstaff LK, Hollier L, Van Peenen HJ, Lie JT, Pairolero PC, O'Fallon WM. Changing incidence of abdominal aortic aneurysms: a population based study. *Am J Epidemiol* 1984;120:379-86.
21. Lilienfeld DE, Gunderson PD, Sprafka JM, Vargas C. Epidemiology of aortic aneurysms: I. Mortality trends in the United States, 1951 to 1968. *Arteriosclerosis* 1987;7(6):637-43.
22. Fowkes FG, Macintyre CC, Ruckley CV. Increasing incidence of aortic aneurysms: A population based study. *Br Med J* 1989;298:33-5.
23. Naylor AR, Webb J, Fowkes FG, Ruckley CV. Trends in abdominal aortic aneurysm surgery in Scotland (1971-1984). *Eur J Vasc Surg* 1988;2(4):217-21.