



Les cinq recommandations répertorient les traitements et étapes d'évaluation inutiles ou incomplets auxquels il est possible de renoncer.
© Enterlinedesign / Dreamstime

Éviter les traitements inutiles: liste Top 5 Angiologie

Recommandations

smarter medicine publie une liste Top 5 en collaboration avec la Société Suisse d'Angiologie. Selon la devise «moins, c'est parfois plus», celle-ci énumère cinq traitements et étapes d'évaluation inutiles dans le domaine de l'angiologie.

Organisme responsable «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

La Société Suisse d'Angiologie (SSA) a publié, en collaboration avec l'organisation d'utilité publique smarter medicine, une «liste Top 5» basée sur les connaissances scientifiques les plus récentes compte tenu de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité. Ces cinq recommandations répertorient les traitements et les étapes d'évaluation inutiles ou incomplets auxquels il est possible de renoncer. Le groupe de travail, qui bénéficie d'un large soutien, est d'avis que les recommandations rassemblées sont actuellement exactes et pertinentes. Elles ont pour but de servir de soutien au quotidien, tant aux profanes qu'aux professionnels de la santé.

Pour établir la liste, la SSA s'est appuyée sur les propositions de son comité élargi et sur les suggestions de ses membres. Les directeurs et directrices de services universitaires d'angiologie et des médecins angiologues installés ont participé à cette consultation. Parmi les propositions, ils ont opté pour les cinq interventions énumérées ci-après, qui avaient été soumises à un examen critique préalable par des experts et des médecins praticiens. La liste ainsi élaborée a été approuvée à l'unanimité par la SSA.

Les cinq recommandations sont les suivantes:

1. Ne pas utiliser de médicaments inhibiteurs des plaquettes sanguines tels que l'acide acétylsalicylique dans la prévention primaire des maladies cardiovasculaires [1].

D'après les conclusions des études les plus récentes, l'aspirine ne devrait plus être recommandée à tous les patients dans le cadre de la prévention primaire, car le bénéfice en termes de réduction des futures maladies cardiovasculaires telles que les troubles de la circulation sanguine du cœur, du cerveau et des extrémités est faible. Après les mesures de prévention générale (activité physique, arrêt du tabac, traitement de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, etc.), dont les bénéfices sont évidents et les risques remarquablement faibles, une approche individuelle de la prescription d'aspirine est justifiée. Chez les patients de moins de 70 ans, le risque à dix ans d'un arrêt cardio-respiratoire doit être évalué par un médecin. Si ce risque est très élevé et que le risque de saignement est faible, un traitement par aspirine peut être envisagé, en tenant compte des préférences du patient.

2. Pas de diagnostic par CT-scan ou IRM pour clarifier une maladie artérielle occlusive périphérique (MAOP) [2].

La réalisation d'une tomographie assistée par ordinateur ou d'une IRM avec produit de contraste n'est pas indiquée comme première étape d'examen dans le diagnostic de symp-

tômes pouvant indiquer une AOP, sauf dans des situations exceptionnelles.

Pour l'évaluation de l'aorte abdominale et de ses branches ainsi que des artères du bassin et des jambes, l'échographie duplex codée en couleur est la méthode diagnostique de premier choix, même si sa pertinence dépend de l'expertise de l'examineur, de la qualité de l'appareil à ultrasons et des conditions individuelles du patient. Elle est non invasive, sans radiation ionisante, ne nécessite pas de produit de contraste et permet d'exclure ou de prouver de manière fiable un trouble de la circulation sanguine, et d'évaluer son importance clinique en comparaison avec les symptômes exprimés.

3. Pas de revascularisation percutanée ou chirurgicale en cas de maladie artérielle périphérique chez les patients asymptomatiques [3, 4].

Les interventions vasculaires artérielles en cas de maladie artérielle périphérique servent à traiter les symptômes cliniques tels que la claudication intermittente, l'ischémie critique des extrémités, les troubles de la cicatrisation ainsi que les problèmes techniques après une opération vasculaire.

Ils ne résolvent pas le problème fondamental de l'artériosclérose chronique progressive. Leur étendue doit constituer un compromis raisonnable, adapté au stade, entre les efforts, les risques et les résultats escomptés.

4. Ne pas rechercher de troubles de la coagulation chez les patients qui développent un premier épisode de thrombose veineuse profonde dont la cause est connue (provoquée) [5-8].

Même en présence d'une pathologie de la coagulation, les tests de laboratoire visant à diagnostiquer un trouble de la coagulation ne modifient pas la nature et la durée d'un traitement de la thrombose veineuse, pour autant que celle-ci soit apparue comme un premier épisode dû à un facteur de provocation réversible ou irréversible connu. La thrombose veineuse profonde est une maladie très fréquente et les recherches d'anomalies congénitales ou acquises de la coagulation ont conduit à une multiplication des tests sans qu'aucun bénéfice n'ait été démontré.

5. Pas de drainage lymphatique manuel sans traitement décongestionnant supplémentaire avec mesures de compression conservatrices en cas de lymphœdème primaire et secondaire [9].

L'utilisation du drainage lymphatique manuel seul, sans mesure de compression

concomitante telle que bandage ou bas, ne permet pas d'obtenir un dégonflement suffisant et un résultat durable. L'application combinée est associée à une efficacité nettement plus élevée, de sorte que la SSA recommande toujours l'application combinée en cas de lymphœdème.

À propos de la société de discipline médicale

La Société Suisse d'Angiologie/Médecine Vasculaire (SSA) compte plus de 200 membres et s'occupe du traitement et de la prévention des maladies du système vasculaire, en particulier du diagnostic et des thérapies conservatrices et invasives des maladies artérielles, veineuses et lymphatiques. Vous trouverez de plus amples informations ici: www.angioweb.ch.

À propos de smarter medicine

L'organisation d'utilité publique smarter medicine s'engage depuis 2014 contre les soins inappropriés et la sur-médicalisation dans le domaine médical en Suisse. Pour atteindre ses objectifs, smarter medicine encourage la discussion et la recherche sur les traitements inutiles. Elle publie du matériel d'information et fournit régulièrement des recommandations au personnel médical ainsi qu'aux patientes et patients dans le cadre de «listes Top 5». Pour de plus amples informations: www.smartermedicine.ch.

Correspondance

gs[at]swissvascularmedicine.ch
lars.clarfeld[at]sgaim.ch

Références

- 1 2019 American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Circulation. 2019;140:e621-e622.
- 2 Directives pour le diagnostic et le traitement de l'artériopathie oblitérante périphérique (AOP), AWMF-Register-No. 065/003. Algorithme pour le diagnostic de l'AOP.
- 3 Ligne directrice sur le diagnostic et le traitement de l'artériopathie oblitérante périphérique (AOP), AWMF-Register-No. 065/003
- 4 Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al., TASC II Working Group: Intersociety consensus for the management of peripheral arterial disease. *Int Angiol* 2007; 26: 81–157.
- 5 Dalen JE. Should patients with venous thromboembolism be screened for thrombophilia? *Am J Med* 2008 Jun 121;6:458–463.
- 6 Baglin T, Luddington R, Brown K, Baglin C. Incidence of recurrent venous thromboembolism in relation to clinical and thrombophilic risk factors: prospective cohort study. *Lancet* 2003;362:523–526.
- 7 Ho WK, Hankey GJ, Quinlan DJ, Eikelboom JW. Risk of recurrent venous thromboembolism in patients with common thrombophilia. *Arch Intern Med* 2006;166:729–736.
- 8 Baglin T, Gray E, Greaves M, Hunt BJ, Keelin D, Machin S, Mackie I, Makris M, Nokes T, Perry D, Tait RC, Walker I, Watson H. Clinical guidelines for testing for heritable thrombophilia; *Br J Haematol* 2010;149:209–220
- 9 *Clinical Interventions in Aging* 2018;13 929–934.