



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Anévrisme de l'Aorte Abdominale: intérêt d'une participation des
médecins généralistes au dépistage échographique
Etude quantitative menée dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2023 à 16 h 00
au Pôle Formation

par Claudia GHISALBERTI

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Claire MOUNIER-VEHIER

Assesseur :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

ABREVIATIONS

ABREVIATION	DEFINITION
AAA	Anévrisme de l'aorte abdominale
DES	Diplôme d'études spécialisées
ETT	Echocardiographie transthoracique
FDRCV	Facteur de risque cardiovasculaire
HAS	Haute autorité de santé
HTA	Hypertension artérielle
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	Paquet-année
SFMV	Société française de médecine vasculaire

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	3
TABLE DES MATIERES	4
RESUME	6
I. INTRODUCTION	7
1. Naissance de l'échographie et utilisation en médecine.....	7
2. Définition du dépistage	8
3. Définition et caractéristiques de l'AAA.....	8
4. Recommandations actuelles de dépistage de l'AAA en France.....	10
a. Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV).....	10
b. Haute Autorité de Santé (HAS).....	11
5. Réalité du dépistage en France.....	12
Objectifs de l'étude	13
II. MATERIEL ET METHODES	14
1. Type d'étude.....	14
2. Recrutement des patients.....	14
3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
4. Méthode d'évaluation.....	16
5. Analyse statistique.....	16
6. Cadre légal.....	17
III. RESULTATS	18
1. Description de la population interrogée.....	18
2. Suivi cardiologique.....	22
3. Suivi des recommandations de dépistage Françaises.....	24
4. Profils des patients dépistés.....	24
5. Modalités de réalisation du dépistage.....	26
6. Acceptabilité d'un dépistage réalisé par le médecin traitant.....	27
7. Connaissances de l'AAA dans la population.....	28

IV. DISCUSSION.....	30
1. Résultats principaux.....	30
2. Comparaison à la littérature.....	30
3. Forces et limites.....	31
4. Perspectives.....	33
V. CONCLUSION.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES.....	39

RESUME

Objectif :

En France, le dépistage de l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale n'a pas fait l'objet de réactualisation depuis sa publication en 2012 et pourrait être optimisé par la sensibilisation des patients et des médecins généralistes à cette pratique.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'acceptabilité d'un dépistage échographique réalisé par le médecin traitant et l'impact que cela pourrait avoir sur le suivi des recommandations de dépistage actuelles.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale multicentrique menée dans la métropole Lilloise du 25/07/2022 au 03/11/2022. Les patients étaient recrutés au sein de pharmacies tirées au sort. Pour participer à l'étude ils devaient avoir entre 60 et 75 ans et ne pas présenter d'antécédent personnel de maladie du tissu conjonctif. Les réponses aux questions ont été répertoriées dans un tableau de base de données Excel®. L'étude a été menée de manière à répondre aux critères de qualité STROBE.

Résultats :

Au total 95 patients ont été recrutés. Dans notre étude les taux de dépistage de l'AAA retrouvés sont faibles, de l'ordre de 8.7% (selon les recommandations de la HAS) et de 9.9% (selon celles de la SFMV). 28.4% des patients interrogés rapportent « avoir déjà entendu parler » de l'AAA et parmi eux, 74% ont des connaissances sur la pathologie. Notre étude retrouve qu'après avoir reçu des explications sur l'AAA et son dépistage, 95% des patients seraient favorables à sa réalisation par leur médecin traitant.

Conclusion :

Le dépistage des pathologies cardiovasculaires dont fait partie l'AAA est un enjeu de santé publique. Une participation active des médecins généralistes au dépistage échographique pourrait être une solution afin de faciliter son accès aux patients concernés.

I. INTRODUCTION

1. Naissance de l'échographie et utilisation en médecine

L'échographie ultrasonore est de nos jours un outil largement répandu dans la pratique médicale.

L'absence de rayonnement ionisant, la facilité d'utilisation ainsi que le faible coût font le succès de cette technique qui a connu une évolution remarquable en moins d'un siècle.

Pendant la première guerre mondiale, le physicien français Paul Langevin (1872-1946) s'est inspiré des travaux de Pierre Curie sur la piézo-électricité pour mettre au point « le Sonar » , appareil de détection utilisant la réflexion d'ondes ultrasonores sur les objets. Leur utilisation première était « le dépistage » des sous-marins à des fins militaires.

Leur usage a rapidement été appliqué dans le domaine médical, notamment à travers l'échographie cardiaque et obstétricale. Des diagnostics rapides et précis de l'ordre du millimètre seront alors réalisés à l'aide de l'échographie doppler offrant aux médecins des images dynamiques en temps réel.

L'échographie, de par ses nombreux avantages est également utilisée lors de dépistages de pathologies et notamment celui de l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale (AAA) (1).

2. Définition du dépistage

Selon l’OMS, « le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l’aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d’une maladie ou d’une anomalie passée jusque-là inaperçue »

Son objectif est l’amélioration du pronostic avec une réduction de la morbi-mortalité liée à cette pathologie en posant un diagnostic de la maladie dès son apparition afin de la prendre en charge rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression.

La réalisation d’un dépistage nécessite deux conditions :

- disposer d’un test simple à réaliser, fiable et reproductible, capable de détecter tôt l’affection ou l’anomalie ciblée
- disposer d’un traitement capable d’améliorer le pronostic de l’affection dépistée (2).

3. Définition et caractéristiques de l’AAA

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS) , l’anévrisme de l’aorte abdominale est une dilatation localisée, segmentaire et permanente des parois de l’aorte abdominale dans sa portion sous-rénale responsable d’une perte de parallélisme de ses bords (3).

En pratique la mesure échographique du diamètre de l’aorte abdominale retenue comme la plus fiable est celle du diamètre maximal antéro-postérieur externe (adventice-adventice) réalisée en coupe transversale perpendiculairement à l’axe de

l'aorte et générant une section circulaire (4) (**Figure n°1**).

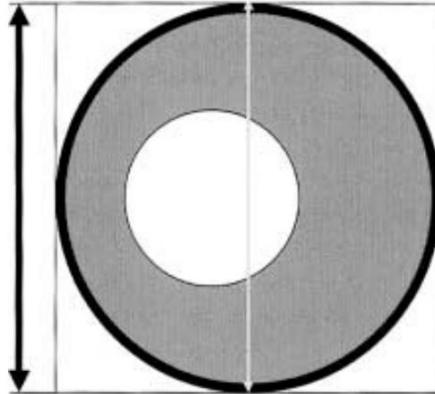


Figure n°1 : Mesure du diamètre de l'AAA en section circulaire transversale correspondant au diamètre antéro-postérieur maximal externe (adventice-adventice).

Dans la plupart des études, l'AAA est défini comme une dilatation localisée de l'aorte abdominale d'un diamètre antéro-postérieur **> 30mm** (5).

Une variabilité individuelle de la mesure peut être retrouvée (liée au sexe, à l'âge ainsi qu'au site de mesure) ; de ce fait nous pouvons également définir l'AAA par un **diamètre augmenté d'au moins 50% par rapport au diamètre du segment aortique sus-jacent normal.**

Généralement asymptomatique et de croissance progressive, l'AAA est une pathologie grave. Son risque principal est sa rupture, survenant essentiellement lorsque son diamètre antéro-postérieur atteint 55mm (5).

Les décès liés à la pathologie représenteraient 0,4 % à 6,5 % des décès de toutes causes observées dans la population générale avec une morbi-mortalité élevée de l'ordre de 80% lors de la survenue d'une rupture (6,7).

Après 60 ans, la prévalence de l'AAA est de 3 à 9% chez les hommes et de 0.2 à 2% chez les femmes (8).

Plusieurs autres facteurs de risque sont associés à cette pathologie tels que le sexe masculin, la consommation de tabac, l'hypertension artérielle (HTA), l'hérédité au premier degré, la sédentarité et l'hypercholestérolémie (9,10).

La prise en charge chirurgicale de l'AAA sous-rénale asymptomatique par une chirurgie ouverte ou endovasculaire avant la survenue de toute complication réduit considérablement sa morbi-mortalité, inférieure à 5% à J30 (11). La décision d'opérer repose sur un diamètre du sac anévrysmal >55mm chez l'homme et >50mm chez la femme, une vitesse de croissance de l'AAA > 10mm/an ou une symptomatologie faisant craindre une fissuration (12).

4. Recommandations actuelles de dépistage de l'AAA en France

En France différents programmes de dépistage ont émergé à la suite de la publication d'une étude multicentrique publiée en 2002 démontrant le bénéfice d'un dépistage de l'AAA sur la réduction de la mortalité (13).

a. Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV)

En 2006 la SFMV est la première à publier des recommandations concernant ce dépistage (8) :

Elle recommande un dépistage **opportuniste, ciblé et unique** pour:

- Hommes de 60 à 75 ans fumeurs ou anciens fumeurs.
- Femmes et hommes \geq 50 ans, ayant une histoire familiale d'AAA au premier degré ;

La SFMV conseille également ce dépistage pour :

- Tous les hommes de 60 à 75 ans, non-fumeurs ;
- Femmes de 60 à 75 ans fumeuses ou hypertendues ;
- Hommes ou femmes $>$ 75 ans, sans comorbidité lourde et ayant une espérance de vie sensiblement normale pour l'âge.

b. Haute Autorité de Santé (HAS)

En 2012, la HAS publie à son tour des recommandations concernant l'AAA « Dépistage et prévention de l'anévrisme de l'aorte abdominale » (3).

Ces recommandations ne concernent que les hommes répondant aux caractéristiques suivantes :

- Hommes de 65 à 75 ans et fumeurs actuels (défini par une consommation minimale d'une cigarette/jour) ou anciens (défini par le fait d'avoir arrêté de fumer depuis moins de 20 ans quel que soit le nombre de cigarettes consommées).
- Hommes de 50 à 75 ans ayant un antécédent familial au premier degré d'AAA (parent/fratrie).

5. Réalité du dépistage en France

Actuellement en France nous disposons de peu de données épidémiologiques concernant la prévalence de l'AAA, les modalités de réalisation de son dépistage ainsi que de son taux de participation.

Si nous reprenons les recommandations de la HAS de 2012, nous pouvons constater qu'elles définissent les rôles du médecin généraliste et du médecin spécialiste (cardiologue, médecin vasculaire, chirurgien vasculaire).

Le rôle du médecin généraliste est « d'identifier les patients correspondant aux critères de dépistage, proposer une prise en charge thérapeutique du risque cardiovasculaire global par l'évaluation des facteurs de risque, inciter à consulter un spécialiste, prescrire/proposer une échographie-doppler abdominale. »

Celui du médecin spécialiste est de « procéder au dépistage de l'AAA par la réalisation d'une échographie-Doppler abdominale afin d'en confirmer l'existence ou l'absence puis de procéder à la mise en place de la surveillance ou du traitement de l'AAA en fonction de son diamètre ».

En France, ce programme n'a pas fait l'objet de réactualisation depuis sa publication et pourrait être optimisé par la sensibilisation des patients et des médecins généralistes au dépistage de l'AAA.

Le manque de formation initiale des médecins généralistes et le peu de disponibilité des médecins vasculaires sont évoqués comme étant des freins à la réalisation de ce dépistage (14). De plus, la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de 2017 supprimant l'accès des médecins généralistes au DU de médecine vasculaire nous laisse supposer une pénurie de médecins vasculaires dans les années à venir.

Dans la région des Hauts-De-France un travail de thèse mené en 2022 retrouve que 73% des internes interrogés seraient favorables à une formation d'échographie durant le DES de médecine générale (15).

Ces dernières années plusieurs études se sont intéressées à la performance des actes échographiques effectués par des opérateurs novices (16).

Bonnafy et Al ont montré que le diamètre de l'aorte abdominale peut être mesuré de manière valide par des médecins inexpérimentés, après une courte formation, à l'aide d'un échographe de poche (17).

Objectifs de l'étude

Nous avons supposé qu'une contribution des médecins généralistes au dépistage échographique de l'AAA faciliterait son accès aux patients concernés, permettant ainsi d'augmenter le taux de participation.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer d'une part l'acceptabilité d'un dépistage échographique réalisé par le médecin traitant et d'autre part l'impact que celui-ci pourrait avoir sur le suivi des recommandations de dépistage actuelles.

L'objectif secondaire de notre étude était de promouvoir la formation échographique au cours du DES de Médecine générale afin de rendre la formation plus accessible aux étudiants.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale multicentrique menée dans la métropole Lilloise du 25/07/2022 au 03/11/2022 (59-Nord). Elle s'intéressait aux patients qui ont été interrogés par l'intermédiaire d'un questionnaire.

2. Recrutement des patients

Afin d'assurer à la fois l'anonymat des patients et de leur médecin, il a été décidé de mener l'étude au sein de pharmacies . Ainsi, un tirage au sort a été réalisé sur l'ensemble des 62 pharmacies d'officine libérale de la métropole Lilloise répertoriées dans la rubrique « Annuaire santé » du site web de la sécurité sociale.

Le tirage au sort s'est déroulé en plusieurs parties. Le responsable de chaque pharmacie tirée au sort a d'abord été contacté par téléphone pour une première présentation de l'étude.

Après accord du pharmacien, l'investigateur se rendait sur place afin de procéder au recrutement de patients sur le temps d'une demi-journée à une journée.

Lors de son arrivée dans les pharmacies et avant de débiter le recrutement, un rappel aux équipes des objectifs de l'étude et des critères d'inclusions était réalisé.

Chaque patient acceptant de participer à l'étude bénéficiait au préalable d'une information faite par l'investigateur concernant la pathologie. Cette information était orale et imagée, basée sur la fiche d'information qui leur était ensuite remise à la fin de l'entretien (**Annexe n°1**).

Les patients pouvaient ensuite répondre au questionnaire dans un espace dédié de la pharmacie, supervisés par l'investigateur qui s'assurait de la bonne compréhension des questions.

Au total six pharmacies ont participé à l'étude avec 95 questionnaires recueillis. Deux pharmacies ont refusé et une avait cessé son activité.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

L'étude portait sur le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par le médecin généraliste, il était donc primordial de s'assurer que chaque patient avait bien un suivi médical.

Afin de s'en assurer, les patients abordés étaient ceux se présentant à la pharmacie munis d'une ordonnance de leur médecin traitant.

Ensuite, pour être inclus les patients hommes ou femmes devaient avoir entre 60 et 75 ans.

Les pathologies du tissu conjonctif du type syndrome d' Ehlers-Danlos ou de Marfan peuvent conduire à un suivi vasculaire rapproché avec un dépistage anévrisimal précoce. Pour cette raison il était demandé à chaque patient avant de remplir le questionnaire s'il avait dans ses antécédents personnels l'une de ces pathologies.

Aucun patient interrogé n'était dans ce cas, ce pourquoi aucun patient n'a été exclu à ce stade du recrutement.

4. Méthode d'évaluation

Il s'agissait d'un questionnaire patient anonyme comprenant un total de 13 questions **(Annexe n°1)**.

12 questions comportaient des réponses fermées binaires ou multiples avec pour 6 d'entre elles des sous-catégories de questions nous permettant d'obtenir des précisions à certaines réponses.

1 question possédait une possibilité de réponse libre afin de calculer le nombre de paquet-année estimant la consommation tabagique et le nombre d'années depuis le sevrage.

Le questionnaire a été établi à partir de données de la littérature recueillies via le moteur de recherche PubMed®. Les mots sélectionnés étaient « aneurysm », « screening », « ultrasound » et « general practitioner ».

5. Analyse statistique

Les réponses aux questions ont été répertoriées dans un tableau de base de données Excel®.

Dans un premier temps, une analyse des critères univariés a été réalisée avec des variables quantitatives et qualitatives exprimées en « effectifs » et en « pourcentages ». Un indice de confiance alpha à 5% a été choisi. Une valeur de p inférieure à 0.05 était choisie comme seuil de significativité statistique.

6. Cadre légal

L'accord oral de chaque patient a été recueilli avant de débiter le recueil des données.

Le questionnaire a été validé conformément à la réglementation applicable à la protection des données personnelles par la direction des données personnelles de l'université de Lille. Une procédure de validation des questionnaires a été mise en place auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Un dossier a été transmis au délégué à la protection des données (DPO) avec une référence registre DPO de l'université de Lille : 2022-213 (**Annexe n°2**)

Cette étude a nécessité au préalable un avis favorable du CPP car elle entrainait à minima dans les recherches mentionnées au 2° de l'article L1121-1 du code de santé publique: recherches interventionnelles qui ne comportent que des risques et des contraintes minimales.

Elle a été menée de manière à répondre aux critères de qualité des études transversales STROBE. Sur les 22 critères 18 ont été remplis) (**Annexe n°3**).

III. RESULTATS

1. Description de la population interrogée

La **Figure n°2** montre que sur 95 patients interrogés 61 (64.2%) étaient des hommes et 34 (35.8%) des femmes. Concernant les tranches d'âges, 40 (42,1%) se trouvaient dans la tranche d'âge 60-64 ans, 23 (24,2%) dans celle des 65-70 ans et 32 (33,7%) dans celle des 71-75 ans.

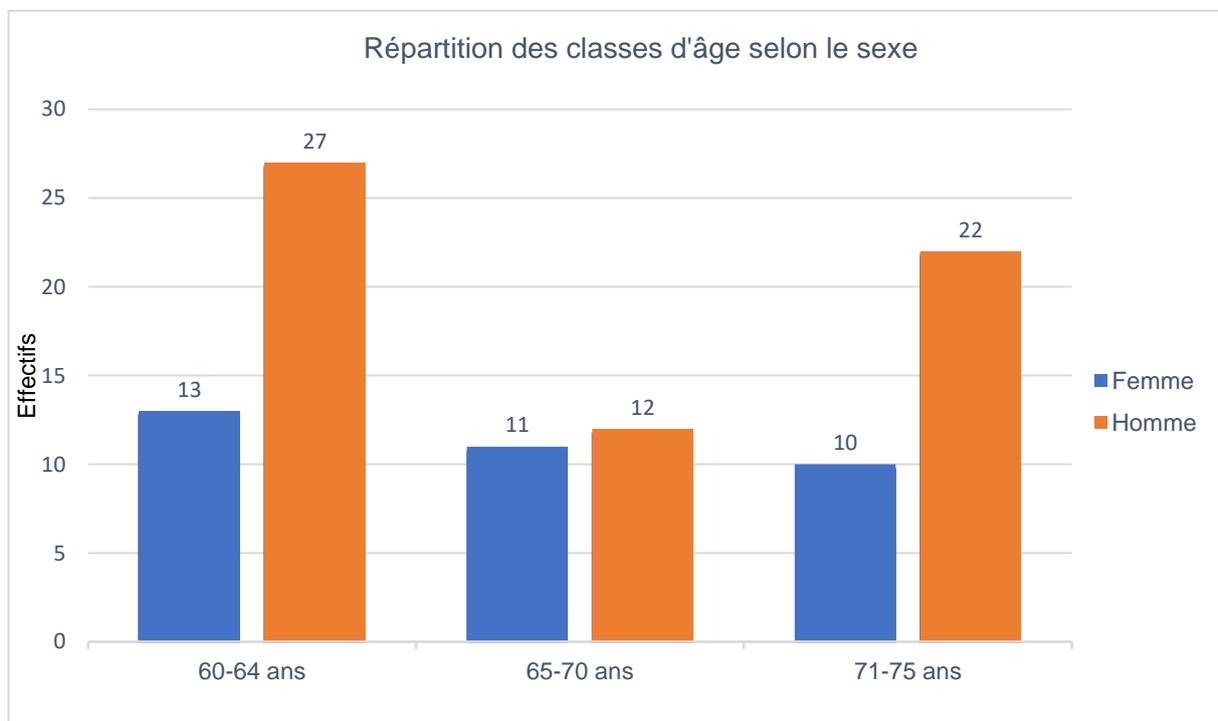


Figure n°2 : Répartition des classes d'âge selon le sexe

Au total **66%** des patients interrogés rapportent avoir consommé du tabac à un moment de leur vie. Le tabac actif concerne 15 patients (15.7%) et le tabac sevré 48 (50.5%) (**Figures n°3 et n°4**). Le nombre de paquet-année (PA) calculé est le double pour le tabac sevré avec une moyenne de 23 PA contre 11 PA pour le tabac actif.

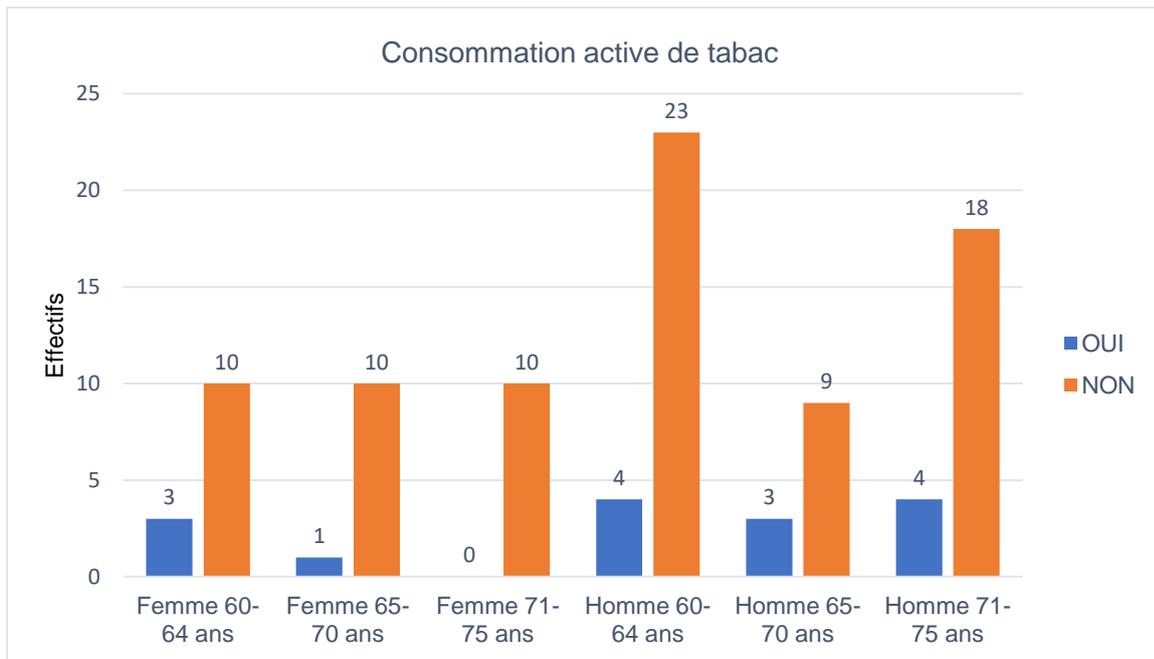


Figure n°3 : Consommation active de tabac selon le sexe et l'âge

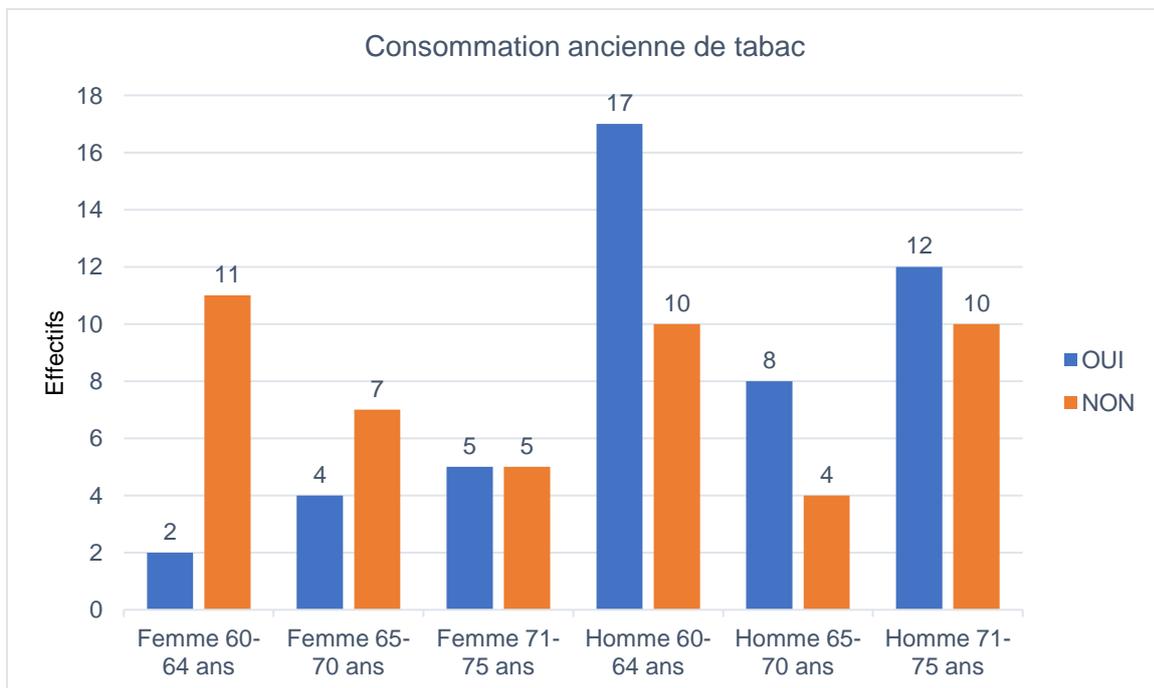


Figure n°4 : Consommation ancienne de tabac selon le sexe et l'âge

Concernant les facteurs de risque cardiovasculaires, on constate que 49 (51.6%) patients sont suivis pour de l'hypertension artérielle, 25 (26.3%) pour du diabète, 34 (35.8%) pour une hypercholestérolémie et 37 (38.9%) déclarent être sédentaires (Figures n°5, n°6, n°7 et n°8).

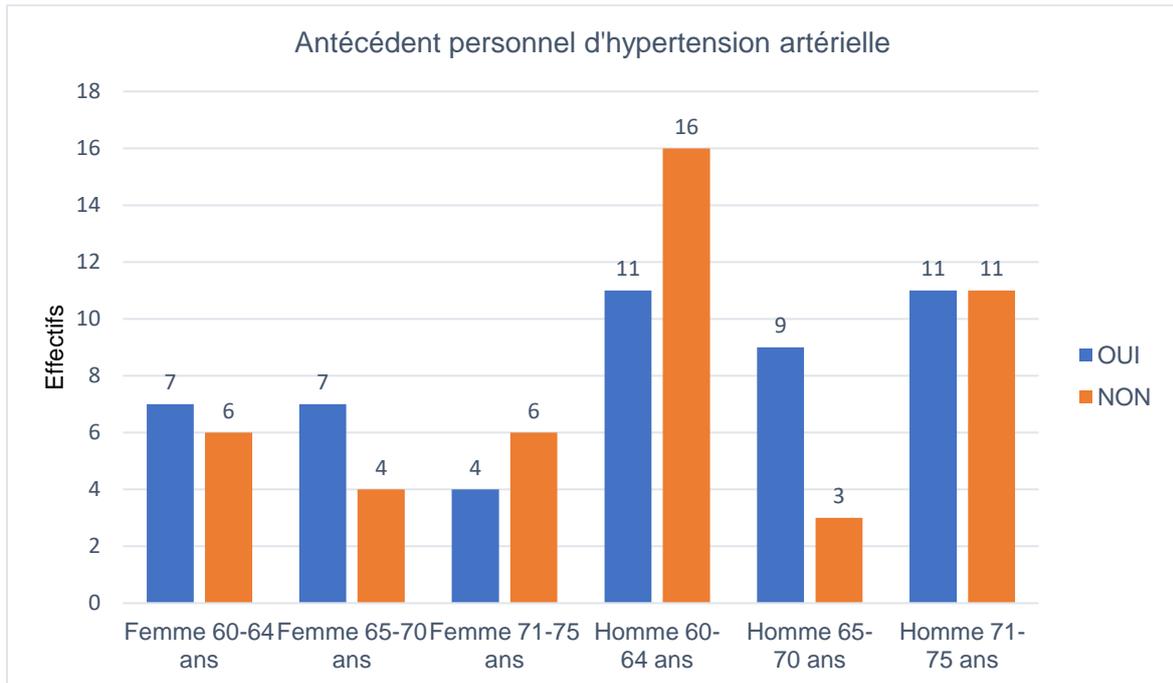


Figure n°5 : Antécédent personnel d'hypertension artérielle selon le sexe et l'âge

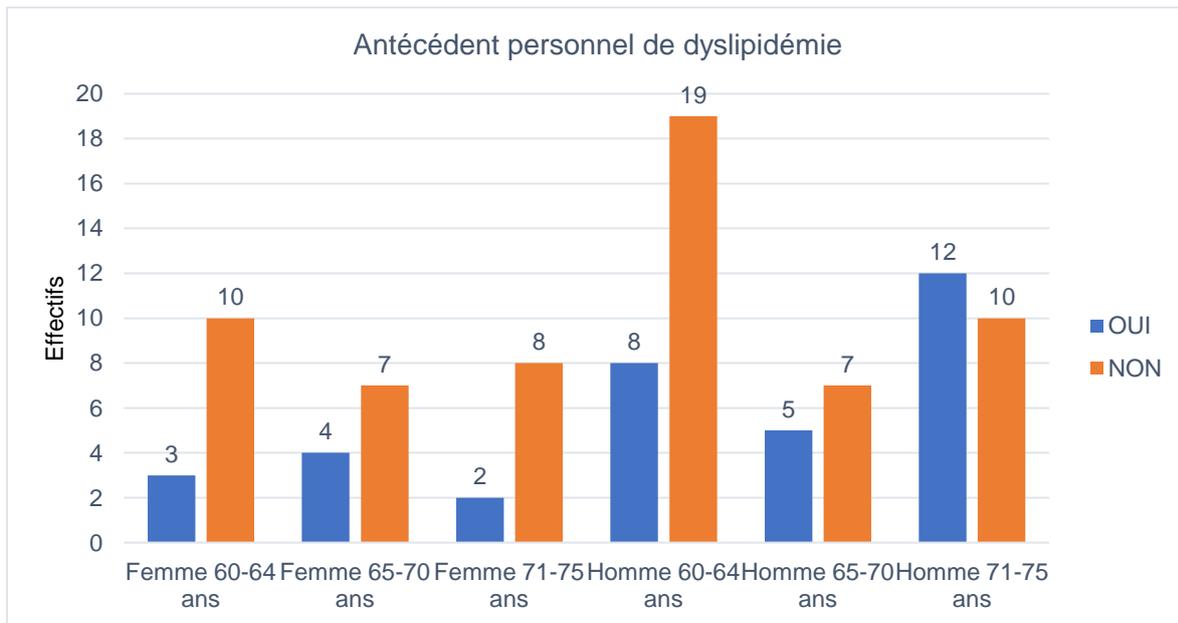


Figure n°6 : Antécédent personnel de dyslipidémie selon le sexe et l'âge

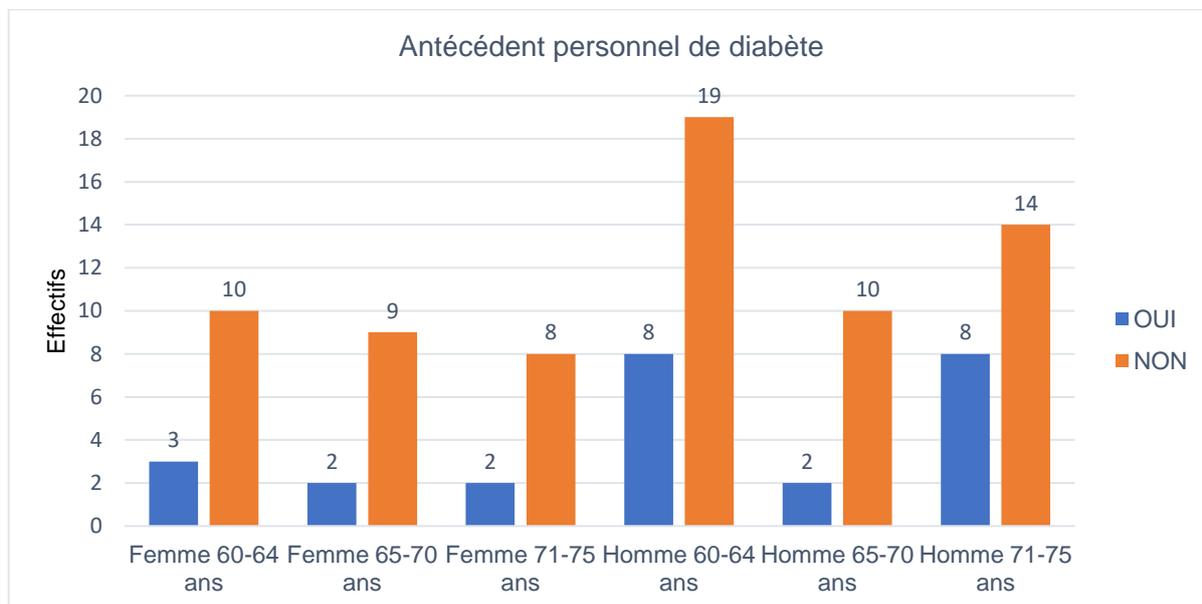


Figure n°7 : Antécédent personnel de diabète selon le sexe et l'âge

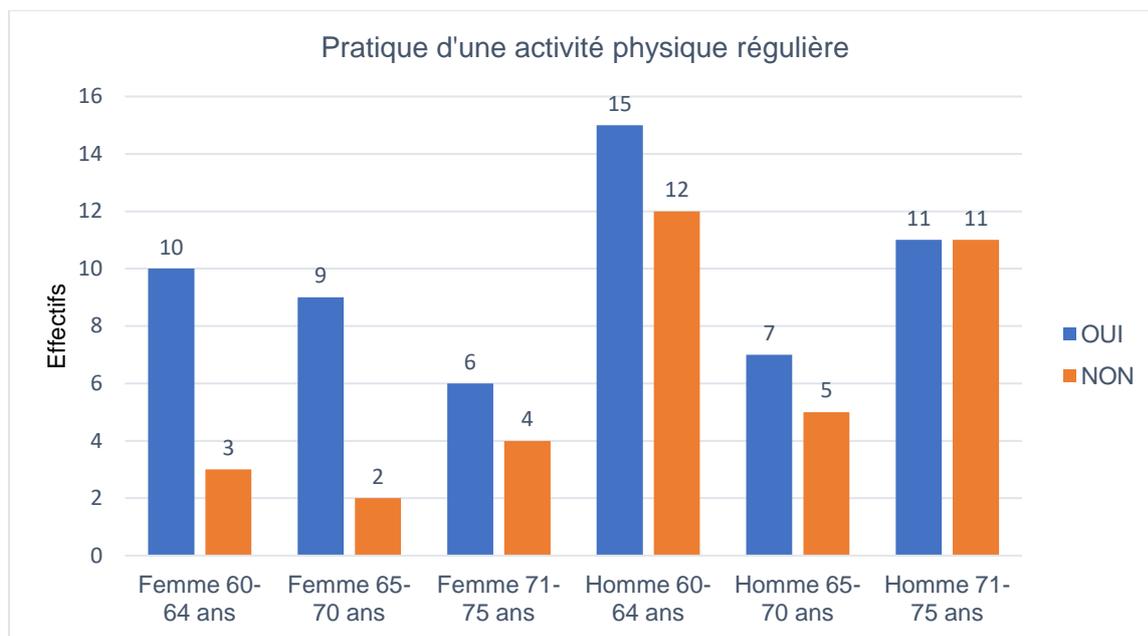


Figure n°8 : Pratique d'une activité physique régulière selon le sexe et l'âge

2. Suivi cardiologique

Les figures n°9 et n°10 montrent que 47 (49.5%) patients sont suivis par un cardiologue avec pour la majorité un rendez-vous annuel.

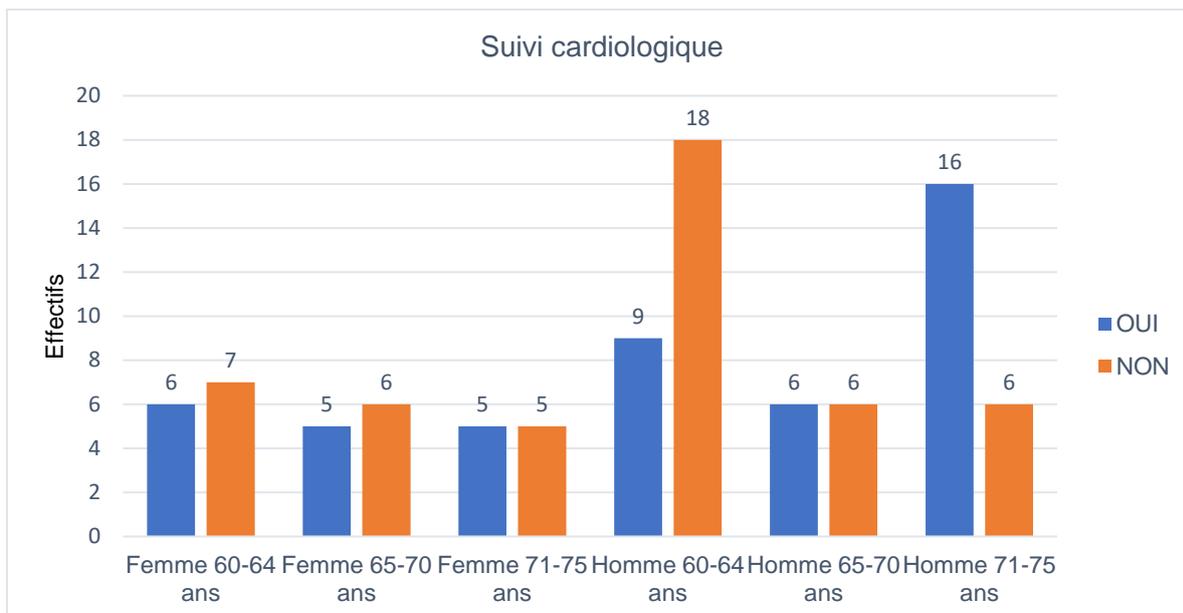


Figure n°9 : Proportion de patients suivis par un cardiologue

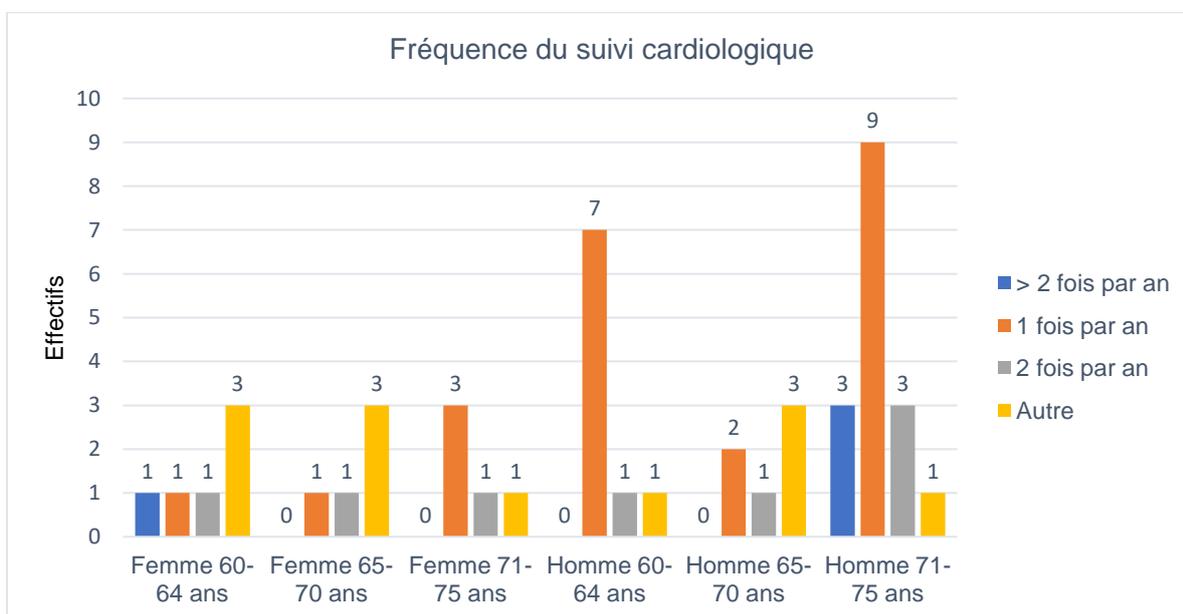


Figure n°10 : Fréquence des rendez-vous chez les patients suivis par un cardiologue

3. Suivi des recommandations de dépistage Françaises

Au total dans notre étude, **81** patients dont **61** hommes et **20** femmes pourraient bénéficier d'un dépistage de l'AAA selon les préconisations de la SFMV.

Parmi eux **8 (9.9%)** ont été dépistés.

Les recommandations de la HAS de 2012 font preuve de référence en France mais sont plus restrictives.

23 patients correspondent aux critères de dépistage définis et parmi eux **2 (8.7%)** ont été dépistés.

100% des personnes interrogées ne sont pas atteintes d'un AAA ou ne pensent pas l'être.

4. Profils des patients dépistés

Le **Tableau n°1** reprend les profils des 8 patients de l'étude ayant bénéficié d'un dépistage. Ces patients sont ceux dépistés dans le cadre des recommandations de la SFMV et parmi eux, 2 suivent également les recommandations de la HAS.

Patient	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexe	H	H	H	H	H	F	H	H
Age	60-64	71-75	60-64	60-64	60-64	60-64	60-64	71-75
Tabac	Sevré	Sevré	Sevré	Actif	Sevré	N	Sevré	Sevré
Sevrage	3ans	14ans	20ans		30ans		22ans	5 ans
PA	30PA	100PA	15PA	6PA	30PA		30PA	81PA
HTA	N	N	N	N	O	O	O	O
Dyslipidémie	O	O	N	O	O	N	N	O
Sédentarité	O	N	O	N	O	N	O	O
Suivi cardiologique	N	O	N	N	O	O	O	O
Antécédent F	N	N	N	N	N	O	N	N
Motif du dépistage	FDR P	FDR P	Autre	FDR P	FDR P	FDR F	FDR P	FDR P
HAS	N	O	N	N	N	N	N	O

Tableau n°1 : Profils des 8 patients ayant bénéficié d'un dépistage

H : Homme, F : Femme, N : Non, O : Oui, PA : Paquet-année, FDR : Facteurs de risques, HTA : Hypertension artérielle, F : Familial, P : Personnel, HAS : Haute autorité de santé

5. Modalités de réalisation du dépistage

100% des patients rapportent n'avoir jamais eu d'ordonnance de dépistage de l'AAA sans s'y être rendus. De ce fait l'analyse des freins à la réalisation de ce dépistage et la spécialité du prescripteur dans ce contexte n'ont pu être étudiés (question n°12).

Le **tableau n°2** nous montre pour chaque patient dépisté les modalités de réalisations de l'examen.

Patient	1	2	3	4	5	6	7	8
Prescripteur	MT	C	A	MT	C	C	C	MT
Réalisateur	A	A	R	A	C	C	A	A
Année de réalisation du dépistage	<1 an	<1 an	> 15 ans	< 1 an	<1 an	> 15 ans	<1 an	1-5 ans
Délai entre prescription et dépistage	1-6 m	1-6 m	< 1 semaine	1 semaine-1 m	> 6 m	1 semaine-1 m	1 semaine-1 m	1-6 m

Tableau n°2 : Modalités de réalisation du dépistage

MT : Médecin traitant, C : Cardiologue, A : Angiologue, R : Radiologue, m : mois

6. Acceptabilité d'un dépistage réalisé par le médecin traitant

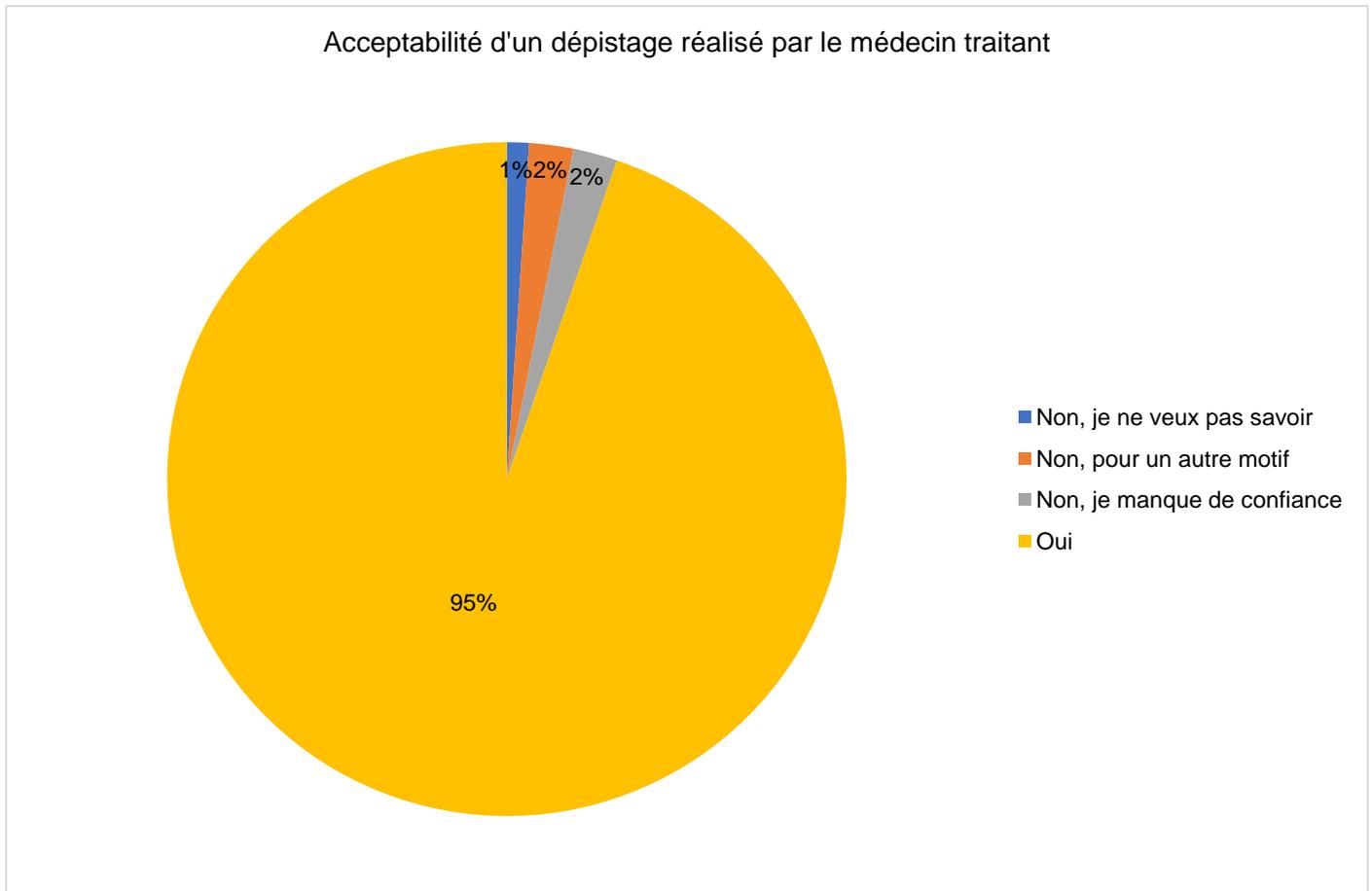


Figure n°11 : Acceptabilité d'un dépistage échographique par le médecin traitant

90 (95%) patients seraient d'accord pour faire ce dépistage échographique chez leur médecin traitant si celui-ci leur était proposé après avoir reçu des informations sur la pathologie. Parmi les 5 patients refusant 1 souhaitait ne pas savoir, 2 pour un autre motif et 2 par manque de confiance (**Figure n°11**).

L'un des 2 patients refusant le dépistage par « manque de confiance » est concerné par ce dépistage car il possède un antécédent familial, il n'a pas été dépisté.

Parmi les 21 patients éligibles au dépistage selon la HAS mais n'ayant pu en bénéficier, 19 accepteraient le dépistage par le médecin traitant, soit un taux de dépistage qui pourrait atteindre **90.5%** dans ces conditions.

Dans le même cas selon les recommandations de la SFMV, 73 patients seraient favorables, ce qui nous permettrait d'atteindre **100%** de patients concernés dépistés.

7. Connaissances de l'AAA dans la population

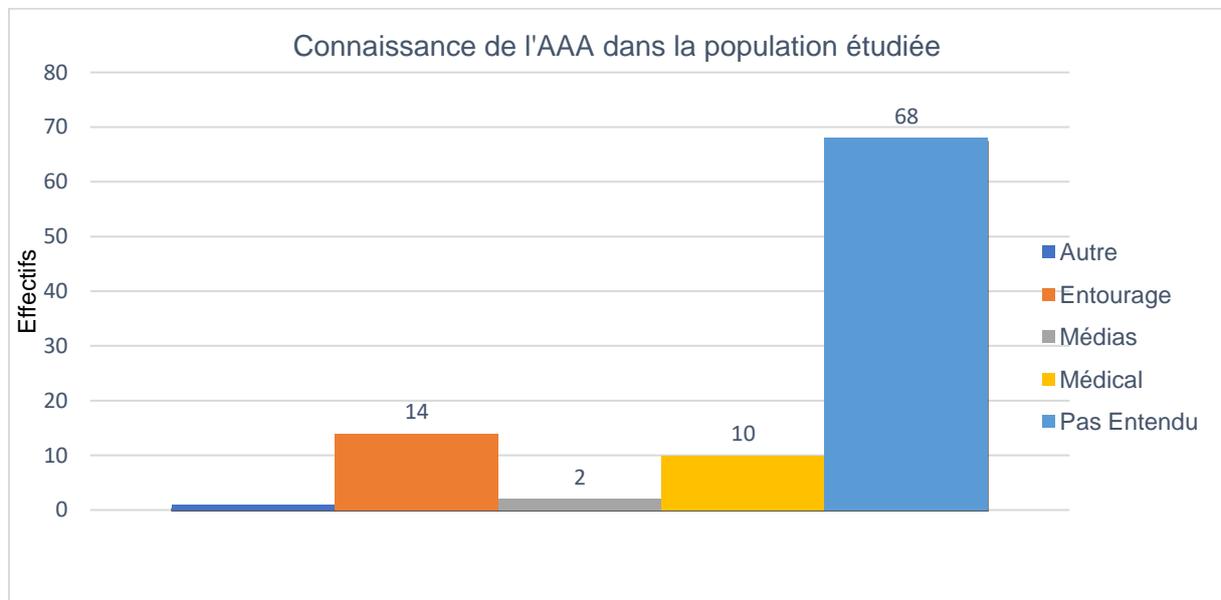


Figure n° 12 : Connaissance de l'AAA dans la population interrogée

La **Figure n°12** montre que seulement **27 (28.4%)** patients interrogés rapportent « avoir déjà entendu parler de l'AAA » et parmi eux **20 (21%)** ont des connaissances sur la pathologie (**Tableau n°3**).

	<i>NON</i>	<i>OUI</i>
<i>Hérédité</i>	14	6
<i>Tabac</i>	9	11
<i>Dépistage échographique</i>	12	8
<i>Suivi régulier</i>	8	12
<i>Létalité</i>	9	11
<i>Traitement chirurgical</i>	8	12
<i>Autres</i>	18	2

Tableau n°3: Tableau correspondant aux réponses des 20 patients concernant chaque item vrai proposé

IV. DISCUSSION

1. Résultats principaux

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale de 95 patients (64 hommes, 31 femmes) âgés de 60 à 75 ans, inclus aléatoirement dans des pharmacies de la métropole Lilloise entre Juillet et Novembre 2022.

Nous retrouvons un taux de dépistage de l'AAA faible de l'ordre de **8.7%** (selon les recommandations de la HAS) et de **9.9%** (selon celles de la SFMV).

Sur l'ensemble des patients interrogés, **95%** seraient favorables à un dépistage échographique réalisé par leur médecin traitant.

Supposant que ce dépistage soit réalisé par le médecin traitant aux 95 % des patients favorables de notre étude, nous pourrions idéalement atteindre un taux de participation respectivement de l'ordre de **91%** et de **100%** selon les recommandations de la HAS et de la SFMV.

Concernant les connaissances de l'AAA dans la population étudiée seulement 27 (**28%**) patients interrogés rapportent avoir « déjà entendu parler de la pathologie » (majoritairement dans leur entourage) et parmi eux 20 (**21%**) ont des connaissances.

2. Comparaison à la littérature

En 2018 une étude prospective réalisée dans le service d'urgences du centre Hospitalier de Dunkerque entre mai et décembre 2015 supposait un taux de dépistage de 28% chez 50 participants hommes de 65 à 75 ans (fumeurs ou anciens fumeurs) (18).

L'information de la pathologie dans la population générale ne semble pas être plus importante au Royaume-Uni. En effet en 2022 Jones et Al publient une étude évaluant l'impact d'une application de santé mobile sur le dépistage de l'AAA et retrouvent que 75% d'entre eux n'en ont jamais entendu parler. Dans cette même étude 50% des patients rapportant en avoir entendu parler rapportent que c'est dans un contexte de « bouche à oreille ». Les informations de base de l'AAA transmises par l'application permettent une amélioration significative de leurs connaissances et 100% déclarent par la suite être favorables à la réalisation de ce dépistage (19).

3. Forces et limites

Notre étude retrouve des taux de participation de dépistage faibles <10%.

Nous pouvons supposer un taux en réalité plus élevé car les réponses reposent sur les souvenirs des patients qui auraient pu oublier ou ne pas comprendre le dépistage.

Afin de limiter ce biais de mémoire, le remplissage du questionnaire se faisait systématiquement après avoir donné des explications claires et imagées de la pathologie et de la réalisation de son dépistage.

Nous avons également montré qu'une part importante des patients interrogés ont déjà consulté un cardiologue et pensons qu'il serait possible qu'une part d'entre eux ait pu être dépistée au cours d'une échocardiographie transthoracique (ETT) de routine.

Ce dépistage n'est cependant pas réalisé de façon systématique au cours d'une ETT comme nous le montre l'étude de Argyriou et Al en 2018 s'interrogeant sur la faisabilité d'un dépistage de l'AAA au cours d'une ETT de routine (20).

Pour aller en ce sens nous avons retrouvé dans nos résultats que parmi 4 patients adressés par leur cardiologue, 2 ont été orientés vers un confrère angiologue et 2 ont été dépistés par un cardiologue (l'un a été reconvoqué par son propre cardiologue et l'autre a été adressé dirigé vers un confrère de la même spécialité). Dans notre étude tous les médecins traitants ayant proposé le dépistage à leurs patients les ont adressé vers un confrère angiologue.

L'effectif de l'étude est faible avec un total de 95 patients dont seulement 23 correspondent aux critères de dépistage définis par la HAS et 81 à ceux de la SFMV.

Nous aurions aimé interroger les patients dès l'âge de 50 ans ayant un antécédent familial d'AAA mais cela rendait le recrutement difficile à réaliser car il concerne peu de patients.

Concernant les modalités de dépistage des 8 patients de notre étude il semblerait que les délais entre la prescription du dépistage et sa réalisation soient plus longs ces dernières années qu'il y a > 15 ans cependant cela concerne un trop faible nombre de patients pour conclure.

En contrepartie de ces faibles effectifs, aucun patient n'a été exclu après recrutement. Chaque patient était sélectionné par l'investigateur qui validait les critères d'éligibilité avant de débiter le questionnaire. Tous les patients recrutés ont complété leur questionnaire et aucun n'a par la suite demandé à sortir de l'étude.

Le recrutement de patients au sein de pharmacies tirées au sort a permis une anonymisation des patients et de leurs médecins traitants. Interroger les patients dans un lieu plus neutre, en dehors de leur cabinet médical, nous a également permis de diminuer le biais d'information concernant les réponses aux questions et notamment à la question n° 13 concernant « l'acceptabilité d'un dépistage réalisé par leur médecin traitant ».

La variabilité des réponses au questionnaire pouvant être due à l'investigateur est limitée par le fait que chaque patient interrogé était encadré par une seule et même personne : l'investigateur principal. Ce dernier s'assurait régulièrement de la bonne compréhension des questions.

Nous avons décidé d'orienter l'étude vers les patients plutôt que leurs médecins, ce qui a permis d'évaluer les connaissances de l'AAA ainsi que l'adhésion à son dépistage dans la population.

Enfin notre étude a permis de faire de la sensibilisation sur l'AAA au sein de pharmacies des Hauts-de-France.

4. Perspectives

Le principal facteur de risque d'AAA modifiable est la consommation de tabac.

Nous avons retrouvé une consommation tabagique importante chez les patients interrogés.

En parallèle de ces résultats nous avons constaté que près de la moitié des patients estimant avoir des renseignements ne connaissait pourtant pas le lien entre l'AAA et le tabac.

Les patients sont informés de la nocivité du tabac sur la santé mais ne semblent pas en connaître les mécanismes et le lien direct avec les pathologies cardiovasculaires comme l'AAA.

Majorer les campagnes de lutte anti-tabac avec une information centrée sur les pathologies cardio-vasculaires permettrait de sensibiliser d'avantage de patients.

Lors de la réalisation de notre étude au sein de pharmacies nous avons pu nous apercevoir que les patients étaient réceptifs à ces méthodes d'information. En effet très peu de patients abordés ont refusé de participer à l'étude, cependant nous n'avons pas de résultats car ce n'était pas le but de l'étude.

Les patients se rendant en pharmacie sont déjà impliqués dans la prise en charge de leur santé. Après avoir reçu des informations claires sur l'AAA ils étaient majoritairement favorables à la réalisation d'un dépistage si celui-ci leur était proposé.

Il serait intéressant de développer les méthodes d'information et de sensibilisation des patients au sein des pharmacies, ainsi qu'une collaboration entre les pharmaciens et les médecins.

Les femmes ne sont pas concernées par les recommandations de dépistage de la HAS de 2012 et pourtant les maladies cardiovasculaires (MCV) restent la principale cause de morbidité et de mortalité chez les femmes dans le monde (21).

Dans notre étude une seule femme a été dépistée selon les recommandations de la SFMV car elle présentait un antécédent familial au premier degré d'AAA.

Récemment l'étude de Duncan et al. « Dépistage échographique de l'anévrisme de l'aorte abdominale » s'est intéressée au sujet du dépistage de l'AAA chez les

femmes. Ses auteurs soutiennent l'hypothèse selon laquelle le dépistage échographique de l'AAA ne serait pas bénéfique chez les femmes à haut risque âgées de 64 à 75 ans car l'étude montre une faible prévalence d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) dans cette population (22).

Entre autres, de par leurs antécédents obstétricaux et hormonaux, elles possèdent des facteurs de risques spécifiques, et pourtant elles sont moins susceptibles de recevoir un traitement préventif ou des conseils que les hommes présentant un risque cardiovasculaire similaire (23).

Au sein de notre étude, la prévalence d'HTA semblait sensiblement plus élevée chez la femme que chez l'homme et concernant la consommation de tabac deux éléments ont été mis en évidence; elle se majore dans les tranches d'âges plus jeunes avec une consommation plus importante que celle des hommes dans la tranche d'âge 60-65 ans.

Ces résultats pourraient être expliqués par le changement de mode de vie de notre société actuelle.

La survenue de l'AAA est quatre à six fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes cependant le sexe féminin semble être associé à une plus grande morbi-mortalité en cas d'atteinte (24,25).

Sans tenir compte du diamètre de l'AAA, le risque annuel de rupture d'un AAA d'indication chirurgicale (diamètre \geq 5 cm) chez les femmes est de 18% contre 12 % chez les hommes (26).

Nous pouvons donc supposer qu'un dépistage de l'AAA serait approprié chez les femmes.

V. CONCLUSION

Dans notre étude, les taux de dépistage de l'AAA retrouvés sont faibles de l'ordre de 8.7% (selon les recommandations de la HAS) et de 9.9% (selon celles de la SFMV).

Actuellement en France ce dépistage est réalisé en majorité par les médecins vasculaires.

La réforme du 3^{ème} cycles des études médicales de 2017 limitant le nombre de médecins vasculaires nous laisse penser qu'il sera de plus en plus difficile de dépister les patients concernés dans les années à venir.

Une solution serait que les médecins généralistes participent au dépistage échographique permettant ainsi une augmentation du nombre de patients détectés. En effet nous avons montré que les patients seraient favorables à la réalisation d'un dépistage réalisé par leurs médecins traitants s'ils en comprennent les tenants et les aboutissants.

Pour cela il serait intéressant de proposer une formation échographique aux étudiants du DES de médecine générale.

Les pathologies cardiovasculaires et notamment l'AAA sont à l'origine d'une forte morbi-mortalité en France. Leur dépistage apporte un réel bénéfice de santé publique, il apparaît donc nécessaire de simplifier l'accès à l'échographie afin qu'un maximum de patients en bénéficient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lindholt JS, Vammen S, Juul S, Henneberg EW, Fasting H. The validity of ultrasonographic scanning as screening method for abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* juin 1999;17(6):472-5.
2. Wilson JMG, Jungner G. PRINCIPLES AND PRACTICE OF SCREENING FOR DISEASE. OMS. 1968;(34).
3. Haute autorité de santé (HAS). Recommandation en santé publique - Fiche médecin traitant - Dépistage et prévention des anévrismes de l'aorte abdominale [Internet]. 2012. Disponible sur: www.has-sante.fr
4. Baud JM, Mas D, Pichot O, Laroche JP, Viard A, Crévilier M, et al. [Criteria for quantification and characterization of aneurysms of the abdominal aorta using ultrasonography. The AFFCA study. French Association of Continuous Education in Angiology]. *J Mal Vasc.* déc 1997;22(5):313-20.
5. Brewster DC, Cronenwett JL, Hallett JW, Johnston KW, Krupski WC, Matsumura JS, et al. Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms. Report of a subcommittee of the Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg.* mai 2003;37(5):1106-17.
6. Kantonen I, Lepäntalo M, Brommels M, Luther M, Salenius JP, Ylönen K. Mortality in ruptured abdominal aortic aneurysms. The Finnvasc Study Group. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* mars 1999;17(3):208-12.
7. Haute autorité de santé (HAS). Evaluation médico-économique des endoprothèses aortiques abdominales. Saint-Denis La Plaine: HAS. 2012;
8. Becker F, Baud JM. Dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale et surveillance des petits anévrismes de l'aorte abdominale: argumentaire et recommandations de la société française de médecine vasculaire. *Journal Des Maladies Vasculaires.* ELSEVIER MASSON. 2006;
9. Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. Tobacco smoking and the risk of abdominal aortic aneurysm: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sci Rep [Internet].* 3 oct 2018 [cité 19 juin 2023];8:14786. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6170425/>
10. Landenhed M, Engström G, Gottsäter A, Caulfield MP, Hedblad B, Newton-Cheh C, et al. Risk profiles for aortic dissection and ruptured or surgically treated aneurysms: a prospective cohort study. *J Am Heart Assoc.* 21 janv 2015;4(1):e001513.
11. Prinssen M, Verhoeven ELG, Buth J, Cuypers PWM, van Sambeek MRHM, Balm R, et al. A randomized trial comparing conventional and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med.* 14 oct 2004;351(16):1607-18.
12. Anne L. Endoprothèses aortiques abdominales utilisées pour le traitement des anévrismes de l'aorte abdominale sous-rénale non rompus. 2020;
13. Ashton HA, Buxton MJ, Day NE, Kim LG, Marteau TM, Scott R a. P, et al. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet.* 16 nov 2002;360(9345):1531-9.

14. Niclot J, Stansal A, Saint-Lary O, Lazareth I, Priollet P. [Identifying barriers to screening for abdominal aortic aneurysm in general practice: Qualitative study of 14 general practitioners in Paris]. *J Med Vasc*. mai 2018;43(3):174-81.
15. Gehin S. Avis des internes de médecine générale des Hauts de France au sujet de l'utilisation de l'échoscopie, ainsi que sur la mise en place d'une formation durant leurs études.
16. Bailey RP, Ault M, Greengold NL, Rosendahl T, Cossman D. Ultrasonography performed by primary care residents for abdominal aortic aneurysm screening. *J Gen Intern Med*. déc 2001;16(12):845-9.
17. Bonnafy T, Lacroix P, Desormais I, Labrunie A, Marin B, Leclerc A, et al. Reliability of the measurement of the abdominal aortic diameter by novice operators using a pocket-sized ultrasound system. *Arch Cardiovasc Dis*. déc 2013;106(12):644-50.
18. Bearez C, Puzkarek T, Couturier C, Rochoy M. [Are abdominal aortic aneurysm screening guidelines followed? Prospective study in Dunkerque's hospital emergency room]. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. juin 2019;68(3):155-61.
19. Jones E, Poyade M, Varsou O. Developing and evaluating a prototype public health mobile app on the UK NHS Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme. *J Vis Commun Med*. juill 2022;45(3):160-8.
20. Argyriou C, Georgiadis GS, Kontopodis N, Pherwani AD, Van Herwaarden JA, Hazenberg CEVB, et al. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm During Transthoracic Echocardiography: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. avr 2018;55(4):475-91.
21. Garcia M, Mulvagh SL, Merz CNB, Buring JE, Manson JE. Cardiovascular Disease in Women: Clinical Perspectives. *Circ Res*. 15 avr 2016;118(8):1273-93.
22. Duncan A, Maslen C, Gibson C, Hartshorne T, Farooqi A, Saratzis A, et al. Ultrasound screening for abdominal aortic aneurysm in high-risk women. *Br J Surg*. 9 août 2021;108(10):1192-8.
23. Abuful A, Gidron Y, Henkin Y. Physicians' attitudes toward preventive therapy for coronary artery disease: Is there a gender bias? *Clin Cardiol*. 5 déc 2006;28(8):389-93.
24. Katz DJ, Stanley JC, Zelenock GB. Gender differences in abdominal aortic aneurysm prevalence, treatment, and outcome. *Journal of Vascular Surgery*. mars 1997;25(3):561-8.
25. Semmens JB, Norman PE, Lawrence-Brown MMD, Holman CDJ. Influence of gender on outcome from ruptured abdominal aortic aneurysm. *British Journal of Surgery*. 10 déc 2002;87(2):191-4.
26. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. *Ann Intern Med*. 1 févr 2005;142(3):198-202.

ANNEXES

Annexe n°1

Questionnaire de thèse de Médecine générale :

"Bonjour, je suis GHISALBERTI Claudia, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur le **dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale en médecine générale**. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'intérêt d'un **dépistage échographique de cette pathologie par le médecin traitant directement à son cabinet**. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, **vous devez avoir entre 60 et 75 ans**. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que **5 minutes seulement** ! Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Aussi pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse. Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-213 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL. **Merci à vous!**"

"Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : claudia.ghisalberti.etu@univ-lille.fr

Questionnaire anonyme - 13 questions

Veillez entourer pour chaque question la ou les réponses vous concernant

Question n°1:

Vous êtes :

<i>Homme</i>
<i>Femme</i>

Question n°2 :

Quelle est votre tranche d'âge ?

<i>60-64 ans</i>
<i>65-70 ans</i>
<i>71-75 ans</i>

Question n°3 :

Consommez-vous actuellement du tabac ?

OUI	
Combien de cigarettes par jour ?	Réponse :
Depuis combien d'années ?	Réponse :

NON	
Si vous avez déjà consommé du tabac au cours de votre vie mais avez arrêté	
Combien de cigarettes par jour ?	Réponse :
Pendant combien d'années ?	Réponse :
Depuis combien d'années avez-vous arrêté ?	Réponse :

Question n°4 :

Présentez-vous ou êtes-vous traité pour :

De l'hypertension artérielle	OUI	NON
Du cholestérol	OUI	NON
Du diabète	OUI	NON

Question n°5 :

Pratiquez-vous une activité physique/marche active d'au moins 30 minutes 5 jours par semaine ?

OUI
NON

Question n°6 :

Etes-vous suivi par un Cardiologue ?

OUI				
A quelle fréquence ?	>2 fois par an	2 fois par an	1 fois par an	Autre

NON

Question n°7 :

Avez-vous déjà entendu parler de l'anévrisme de l'aorte abdominale ?

OUI				
Dans quel contexte ?	Médical	Médias	Votre entourage	Autre

NON

Question n°8 :

Que savez-vous au sujet de l'anévrisme de l'aorte abdominale ?

<input type="checkbox"/> Vous ne savez rien au sujet de cette maladie
<input type="checkbox"/> Maladie pouvant être héréditaire
<input type="checkbox"/> Maladie favorisée par la consommation de tabac
<input type="checkbox"/> Maladie pouvant être dépistée par échographie abdominale
<input type="checkbox"/> Maladie nécessitant un suivi régulier
<input type="checkbox"/> Maladie pouvant être létale
<input type="checkbox"/> Maladie pouvant nécessiter un traitement chirurgical
<input type="checkbox"/> Autre

Question n°9 :

Avez-vous un antécédent personnel d'anévrisme de l'aorte abdominale ?

<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON

Question n°10 :

Avez-vous dans votre famille une ou des personnes atteintes d'un anévrisme de l'aorte abdominale ?

<input type="checkbox"/> OUI				
<input type="checkbox"/> Qui ?	<input type="checkbox"/> Frère ou sœur	<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Grand-parent	<input type="checkbox"/> Autre

<input type="checkbox"/> NON

Question n°11 :

Avez-vous déjà passé une échographie abdominale pour rechercher d'un anévrisme de l'aorte abdominale ?

<input type="checkbox"/> OUI					
Pour quelle(s) raison(s) ?	Douleur abdominale	Vous avez des facteurs de risque personnels	Vous avez dans la famille une personne atteinte	Autre	
Il y a combien d'années ?	<1 an	1-5 ans	6-10 ans	10-15 ans	>15 ans
Quelle était la spécialité du médecin ayant réalisé l'échographie ?	Cardiologue	Angiologue (médecin vasculaire)	Radiologue	Médecin généraliste	Autre

Quel était le délai pour avoir le rendez-vous ?	<1 semaine	entre 1 semaine et 1 mois	entre 1 mois et 6 mois	> 6 mois	Autre
Qui avait prescrit cette échographie ?	Médecin généraliste	Cardiologue	Chirurgien vasculaire	Autre	

NON

Question n°12 :

Vous a-t-on déjà prescrit une ordonnance pour réaliser le dépistage de cette pathologie mais vous n'y êtes pas allé ?

OUI							
Pour quelle(s) raison(s) ?	Manque de temps	Distance	Pas de rendez-vous de disponible	Vous ne le souhaitez pas	Vous avez oublié	Autre	
Qui avait prescrit cette échographie ?	Médecin généraliste	Cardiologue	Chirurgien vasculaire	Autre			

NON

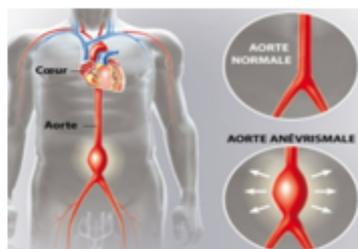
Question n°13 :

Si votre médecin généraliste vous proposait de réaliser lui-même ce dépistage en vous faisant une échographie dans son cabinet au cours d'une consultation, accepteriez-vous de le faire?

OUI

NON			
Pour quelle(s) raison(s) ?	Vous ne souhaitez pas savoir	Vous manquez de confiance concernant sa réalisation	Autre

Fiche d'information patient : Anévrisme de l'Aorte Abdominale



D'où vient cette maladie et quelle population atteint-elle ?

C'est une maladie en rapport avec une **dilatation** de la plus grosse artère du corps qui est l'**aorte**, dans sa partie abdominale.

Elle atteint le plus souvent les **hommes de plus de 60 ans** et dans certains cas plus rares les femmes ou des sujets plus jeunes.

La fréquence de la maladie après 60 ans est de **4 à 8% chez l'homme** et de **1 à 3% chez la femme**. Cette fréquence est trois fois plus importante en cas de facteurs de risque cardiovasculaires associés (tabac, hypertension artérielle, cholestérol) ou d'antécédents familiaux.

Quels sont les risques liés à un anévrisme de l'aorte abdominale ?

L'anévrisme a une croissance plus ou moins rapide dans le temps et, le risque évolutif est sa rupture qui est souvent **mortelle** car responsable d'une hémorragie massive.

Ce risque devient important lorsque son diamètre est supérieur à **50mm**.

Quels sont les symptômes liés à un anévrisme de l'aorte abdominale ?

Le plus souvent, l'anévrisme n'est responsable d'**aucun symptôme**.

Il est parfois découvert lors d'un examen médical par la palpation abdominale s'il a une taille importante. Dans ce cas il peut être associé à des douleurs dans l'abdomen ou dans les lombes.

Lorsqu'il est de petite taille ou en cas de surcharge pondérale du patient, sa détection n'est pas toujours facile c'est pourquoi il est souvent découvert par hasard au cours d'un examen d'imagerie réalisé dans le cadre d'une autre pathologie.

Quels sont les principaux examens pour explorer un anévrisme de l'aorte abdominale ?

Le dépistage de l'anévrisme de l'aorte se fait de manière simple par une **échographie** qui permet de faire le diagnostic et de préciser sa taille.

Lorsqu'il a été détecté, si sa taille ne justifie pas de traitement, **une surveillance** semestrielle ou annuelle s'impose par échographie.

La fréquence de l'examen de surveillance dépend de la taille de l'anévrisme et de sa morphologie.

Quels sont les principaux traitements ?

L'indication de traiter un anévrisme de l'aorte abdominale est le plus souvent décidée lorsque le | diamètre de l'anévrisme est supérieur à **50mm**.

Son traitement nécessite une prise en charge dans un service de **chirurgie vasculaire**.

Le traitement chirurgical est réalisé depuis plusieurs décennies. Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale et nécessite l'ouverture de l'abdomen.

Le chirurgien va remplacer l'aorte par une prothèse vasculaire qui est cousue avec un fils non résorbable à l'aorte saine au-dessus et en dessous de l'anévrisme.

Cette intervention a une durée variable en fonction de la complexité de l'acte chirurgical.

La surveillance post opératoire peut nécessiter un passage de quelques jours en unité de surveillance continue et la durée moyenne de l'hospitalisation est de 8 jours.

Source : site de la société française de chirurgie vasculaire et endovasculaire de langue française.

RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Dépistage anévrisme aorte abdominal échographie médecine générale
Référence Registre DPO : 2022-213
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Claudia GHISALBERTI

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 23 juin 2022

Délégué à la Protection des Données



Annexe n°3

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

AUTEURE : Nom : GHISALBERTI

Prénom : Claudia

Date de soutenance : 15 septembre 2023

Titre de la thèse : Anévrisme de l'Aorte Abdominale : intérêt d'une participation des médecins généralistes au dépistage échographique. Etude quantitative menée dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine – Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : DES médecine générale

Mots-clés : dépistage, anévrisme de l'aorte abdominale, échographie, médecine générale

Résumé :

INTRODUCTION :

En France, le dépistage de l'Anévrisme de l'Aorte Abdominale n'a pas fait l'objet de réactualisation depuis sa publication en 2012 et pourrait être optimisé par la sensibilisation des patients et des médecins généralistes à cette pathologie.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'acceptabilité d'un dépistage échographique réalisé par le médecin traitant et l'impact que celui-ci pourrait avoir sur le suivi des recommandations de dépistage actuelles.

METHODE :

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale multicentrique menée dans la métropole Lilloise du 25/07/2022 au 03/11/2022. Les patients étaient recrutés au sein de pharmacies tirées au sort. Pour participer à l'étude ils devaient avoir entre 60 et 75 ans et ne pas présenter d'antécédent personnel de maladie du tissu conjonctif. Les réponses aux questions ont été répertoriées dans un tableau de base de données Excel®. L'étude a été menée de manière à répondre aux critères de qualité STROBE.

RESULTATS :

Au total 95 patients ont été recrutés. Dans notre étude les taux de dépistage de l'AAA retrouvés sont faibles de l'ordre de 8.7% (selon les recommandations de la HAS) et de 9.9% (selon celles de la SFMV). 28.4% des patients interrogés rapportent « avoir déjà entendu parler » de l'AAA et parmi eux, 74% ont des connaissances sur la pathologie. Notre étude retrouve qu'après avoir reçu des explications sur l'AAA et son dépistage, 95% des patients seraient favorables à sa réalisation par leur médecin traitant.

CONCLUSION :

Le dépistage des pathologies cardiovasculaires dont fait partie l'AAA est un enjeu de santé publique. Une participation active des médecins généralistes au dépistage échographique pourrait être une solution afin de faciliter son accès aux patients concernés.

Composition du Jury :

Présidente : Madame la professeure Claire MOUNIER-VEHIER

Assesseur : Monsieur le docteur Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Charles CAUET