

Devant l'aspect très évocateur de textilome sur la tomomodensitométrie abdominale, le patient a été retransféré au service de chirurgie pédiatrique où il a été opéré. Le diagnostic de textilome est alors confirmé.

### Conclusion

Le textilome est une complication rare, mais grave par ses conséquences cliniques et ses répercussions médico-légales. Sa découverte est généralement tardive. La clinique manque de spécificité. La prévention est pratiquement le meilleur moyen pour réduire son incidence.

### Références

1. Chorvat G, Kahn J, Camelot G, Henriot P, Gillet JY, Gillet M. L'évolution des corps étrangers oubliés dans l'abdomen. *Ann Chir* 1976;30:643-9.

*Besma Ben Dhaou, Fatma Boussema, Zohra Aydi, Fatma Ben Dahmen, Lilia Baili, Lilia Rokbani*

*Université Tunis El Manar, Faculté de médecine de Tunis, Hôpital Habib Thameur, Service de Médecine Interne, Tunis, Tunisie*

## Angioplastie vertébrale dans la maladie de Takayasu

La maladie de Takayasu est une aorto-artérite inflammatoire d'étiologie non encore élucidée. Elle atteint préférentiellement l'aorte et ses branches principales, les artères pulmonaires et les artères coronaires [1]. L'atteinte des artères vertébrales s'associe à un taux de mortalité et de déficits neurologiques importants surtout quand les lésions sont bilatérales. La revascularisation des troncs supra-aortiques est indiquée en cas de retentissement cérébral sévère malgré un traitement médical bien conduit (corticoïdes et immunosuppresseurs) avec une sténose de plus de 70 % d'une ou de plusieurs artères à destinée cérébrale [2]. Le pontage aorto-carotidien ; technique la plus fréquemment utilisée, comporte une morbi-mortalité non négligeable de l'ordre de 14 % et expose à long terme aux complications anastomotiques tels que les sténoses et les faux anévrysmes qui sont rapportés respectivement dans 8.4 % des cas à 10 ans et 13.8 % des cas à 20ans [3]. Durant les dix dernières années l'angioplastie transluminale des troncs supra aortiques a été assez largement utilisée comme alternative à la chirurgie conventionnelle dans le traitement des lésions carotidiennes, sous clavières et rénales avec une moindre morbi-mortalité [4]. Les sténoses courtes et serrées constituent la meilleure indication.

Nous rapportons le cas d'une femme de 30 ans atteinte d'une maladie de la crosse aortique avec retentissement cérébral sévère chez qui nous avons réalisé une angioplastie de l'artère vertébrale.

### Observation

Patiente R.K âgée de 30 ans, suivie en médecine interne pour maladie de Takayasu. Au cours de l'évolution elle a présenté une symptomatologie faite de céphalées hémicrâniennes nocturnes, convulsions tonico-cloniques généralisées mal contrôlées par le traitement médical et une baisse de l'acuité visuelle. L'origine ischémique de ces symptômes a été confirmée par un angioscanner des troncs supra aortiques qui a montré : une thrombose des deux artères carotides primitives et des deux artères sous clavières (figure 1).

**Figure 1 :** Scanner préopératoire montrant une sténose serrée au niveau de l'artère vertébrale droite



La vascularisation cérébrale est assurée seulement par une artère vertébrale droite de gros calibre mais siège d'une sténose serrée à son origine. Les coupes cérébrales montrent des lésions ischémiques bilatérales peu étendues. Nous avons posé chez cette femme l'indication d'une revascularisation endovasculaire par une angioplastie de l'artère vertébrale droite. L'intervention s'est déroulée sous anesthésie générale en raison de la survenue d'une crise convulsive au moment de l'anesthésie locale au niveau du Scarpa droit. Par ponction fémorale droite, nous avons cathétérisé le tronc artériel brachio-céphalique à l'aide d'une sonde vertébrale. Après franchissement de la lésion vertébrale par un guide hydrophile 0,0035, nous avons dilaté la lésion à l'aide d'un ballonnet de 8 mm de diamètre. La mise en place du stent a été secondaire ; en raison du résultat incomplet de l'angioplastie seule. Le résultat angiographique était satisfaisant avec opacification totale et immédiate des artères intracrâniennes. L'évolution post opératoire a été favorable avec récupération d'un pool carotidien droit (par revascularisation rétrograde) et disparition des convulsions. Le contrôle scannographique à J 15 (figure 2) est satisfaisant.

L'évolution à trois mois est favorable avec disparition complète des signes cliniques d'ischémie cérébrale et reprise d'une activité quotidienne normale.

**Figure 2 :** Angioscanner de contrôle à deux semaines : résultat de l'angioplastie satisfaisant



### Conclusion

L'atteinte des troncs supra aortiques est fréquente au cours de la maladie de Takayasu. Un geste de revascularisation cérébrale s'impose dans près d'un tiers des cas. A notre connaissance, c'est le premier cas d'angioplastie vertébrale rapportée dans le cadre de cette affection. Ce geste a permis de passer l'épisode critique de la maladie et permettrait de diminuer le risque de syndrome d'hyperperfusion cérébrale après une chirurgie ultérieure. L'angioplastie est le traitement de choix dans les sténoses courtes malgré le risque non négligeable de resténose. Elle permet de retarder la chirurgie et réduirait le risque d'hyperperfusion cérébrale lorsque celle-ci est réalisée.

### Références

- [1] Keith DS, Markey B, Schiedler M. Successful long term stenting of an atypical aortic coarctation. *J Vas Surg* 2000; 35:166-67.
- [2] Sharma S, Gupta H, Saxena A et al. Results of renal angioplasty in nonspecific aortoarteritis (Takayasu disease). *J Vasc Interv Radiol* 1998; 9: 429-35.
- [3] Matsuura K, Ogino H, Kobayashi J et al. Surgical treatment of aortic regurgitation due to Takayasu arteritis. *Circulation* 2005; 112: 3707-12.
- [4] WU Xin, DUAN Hong-yong, GU Yong-quan et al. *Chin Med J* 2010;123:1122-26.

*Karim Kaouel, Nizar Elleuch, Mohamed Ben Hammamia, Imtine Ben Mrad, Taoufik Kalfat, Adel Khayati*

*Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, CHU La Rabta, Service de chirurgie cardiovasculaire, 1007, Tunis, Tunisie*

## Thrombose idiopathique d'une aorte descendante non pathologique: Cause rare d'embolies intra-abdominales

La survenue d'une thrombose sur une aorte descendante non anévrysmale et non athéromateuse est exceptionnelle [1-3]. Le relargage de thrombus dans la circulation systémique est la complication la plus redoutable car sera à l'origine d'une ischémie des territoires périphérique et constituera le tableau révélateur [2, 4]. L'échographie transœsophagienne s'impose comme l'examen de référence pour la détection du thrombus et de la paroi aortique et en partie dans l'enquête étiologique [5, 6].

Nous rapportons une **observation** d'un thrombus idiopathique de l'aorte descendante découverte devant un tableau d'ischémie digestive et rénale et nous détaillerons le choix thérapeutique préconisé et ses résultats.

### Observation

Mme K.S âgée de 69 ans, diabétique, connue porteuse d'une lithiase vésiculaire, a été hospitalisée en urgence pour des épigastralgies violentes d'installation brutale associée à des vomissements et des diarrhées. A l'admission, la patiente était plaintive, apyrétique et anictérique. L'examen abdominal avait révélé une douleur à la palpation de l'épigastre, l'hypochondre gauche et la fosse lombaire gauche. Il n'y avait pas de signes péritonéaux. L'examen cardiovasculaire était sans particularité. La biologie révélait une urée à 10,5 mmol/l et des globules blancs à 23 500/ml. La radiographie du thorax était normale. Le diagnostic de pancréatite aiguë a été initialement évoqué puis éliminé devant des chiffres de lipases normales. Une Tomodensitométrie abdominale a été réalisée et avait objectivé un thrombus endoluminal de l'aorte thoraco-abdominale dont le pôle inférieur se situait au dessus du tronc cœliaque (Figure 1). L'artère mésentérique supérieure était partiellement thrombosée (Figure 2.A) avec un épaississement circonférentiel de la paroi de l'intestin grêle (Figure 2.B) témoignant d'une souffrance ischémique du grêle. Le rein gauche (Figure 3) et la rate (Figure 1) étaient le siège d'un infarctus partiel.

L'enquête étiologique de la thrombose de l'aorte descendante a été réalisée. L'étude de la paroi aortique sur l'angioscanner et l'échographie transœsophagienne n'avait montré ni de décollement de l'intima ou de faux chenal récusant ainsi le diagnostic de dissection de l'aorte, ni de foramen oval éliminant le diagnostic d'embolie paradoxale ni de tumeur pariétale ni de plaques athéromateuses. Il n'y a pas de thrombus au niveau des cavités cardiaques. Le dosage de protéine S, protéine C, de l'antithrombine III, des anticorps antiphospholipides et de la homocystéinémie était normal. Les globules blancs se sont normalisés au bout de quatre jours d'évolution avec un hémogramme normal éliminant ainsi un syndrome myéloprolifératif sous jacent. La patiente a été mise sous héparinothérapie continue et efficace avec une évolution