

Anévrisme d'une artère splénique naissant de l'artère mésentérique supérieure. À propos d'un cas.

Aneurysm of a splenic artery originating from the superior mesenteric artery. About a case.

Hamid Kanoun , Djafer Boulanouar, Mahfoud Djenas, Reda Ghecham, Nordine Benziada, Salah Eddine Rehimat, Ferhat Djamel, Ryad Mehyaoui

EHS "Dr M.A. Maouche", Rostomia - Alger / Faculté de médecine d'Alger

RÉSUMÉ

Introduction : Les anévrismes artériels digestifs sont rares. L'anévrisme de l'artère splénique (AS) est le plus fréquent des anévrismes des artères viscérales (60% des cas). La naissance de l'AS à partir de l'artère mésentérique supérieure (AMS) est une variation anatomique exceptionnelle. La rupture de cet anévrisme entraîne la mort dans 10 à 25 % des cas.

Observation : Il s'agit d'un adulte jeune de 40 ans souffrant d'un syndrome douloureux abdominal associé à une fébricule. Une échographie abdominale met en évidence une masse vasculaire se projetant dans la région cœliaque. L'angiostScanner montre un anévrisme de l'AS. Le patient est opéré et bénéficie d'une ligature sélective et résection de l'anévrisme avec conservation de la rate. L'AS naissant de l'AMS a été respectée. L'évolution postopératoire immédiate a été simple. Les douleurs abdominales ont cessé. Le patient a été mis sous suivi médical à titre externe.

Conclusion : Ces anévrismes artériels doivent être suivis régulièrement et doivent être traités par chirurgie conventionnelle ou mieux par procédure endovasculaire lorsque les moyens techniques sont disponibles.

Mots-clés

Anévrismes des artères viscérales, variations anatomiques de l'artère splénique, traitement endovasculaire

SUMMARY

Introduction: Digestive arterial aneurysms are rare. The splenic artery aneurysm (SA) is the most common visceral artery aneurysm (60% of cases). The origin of SA from the superior mesenteric artery (SMA) is an exceptional anatomical variation. The rupture of this aneurysm leads to death in 10 to 25% of cases.

Observation: This is a 40-year-old adult presenting with abdominal pain associated with fever. An abdominal ultrasound shows a vascular mass projecting into the celiac region. CT angiography shows an aneurysm of SA. The patient is operated on and benefits from selective ligation and resection of the aneurysm with preservation of the spleen. The nascent SA of the SMA has been respected. The immediate postoperative course was simple. The abdominal pain stopped. The patient was placed under medical supervision externally.

Conclusion: These arterial aneurysms should be followed regularly and should be treated by conventional surgery or better by endovascular procedure when the technical means are available.

Key-words

Aneurysms of visceral arteries, anatomical variations of the splenic artery, endovascular procedure

Les anévrismes des artères viscérales sont, en général, asymptomatiques et le plus souvent de découverte fortuite. Leur fréquence est variable en fonction de l'artère viscérale concernée (Fig.1). La description princeps des anévrismes de l'artère splénique remonte à 1770, elle est attribuée à Beaussier. Ils représentent 60 % des anévrismes des artères viscérales [1]. Leur découverte se fait le plus souvent vers la 6ème décennie. Par ailleurs, lorsqu'ils se développent sur des variations anatomiques exceptionnelles, ils suscitent évidemment la curiosité intellectuelle mais la stratégie thérapeutique elle-même peut être influencée, notamment en cas de procédure endo-vasculaire. Ces anévrismes sont potentiellement dangereux car ils peuvent se rompre à n'importe quelle occasion (activité sportive intense, traumatisme thoraco-abdominal fermé, effort de toux ou de défécation...etc.) et mettre le pronostic vital du patient en jeu. Dans la littérature, le taux de mortalité en cas de rupture va de 10 à 25 % [2]. L'étiologie athéromateuse est la plus fréquente. Les autres étiologies ; infectieuse, congénitale (syndrome de Ehlers Danlos) ou dysplasique sont plus rares. Dans 10 % des cas, une cirrhose hépatique est associée à ces anévrismes. L'anévrisme de l'artère splénique est le plus souvent unique. Il faut aussi distinguer les faux anévrismes des vrais dont les principales étiologies sont les pancréatites, les infections intra-abdominales et les traumatismes fermés de l'abdomen. Ils se rompent plus fréquemment car leur paroi est beaucoup plus fragile. Actuellement, l'exploration de ces anévrismes bénéficie d'une panoplie d'examen d'imagerie qui permet de les détecter à l'aide des coupes radiologiques. Lorsque leur diamètre dépasse les 25 à 30 mm, il est plus prudent de les traiter. En plus de la chirurgie conventionnelle, les méthodes endo-vasculaires sont, de nos jours, nombreuses et plus fréquemment utilisées avec des résultats satisfaisants [3,4].

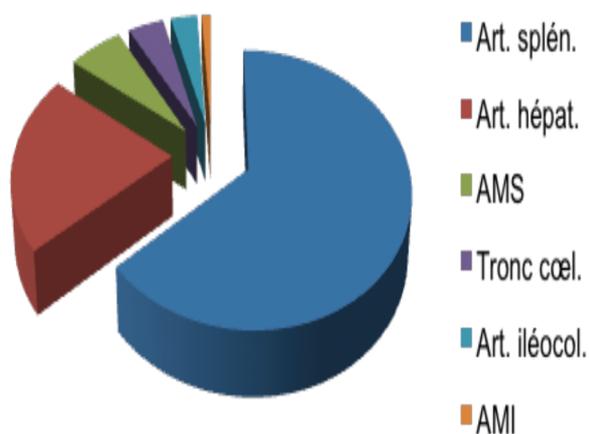


Figure 1 : Fréquence des anévrismes des artères viscérales [1]

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient adulte jeune âgé de 40 ans, ancien boxeur, sans antécédents pathologiques connus, avec des facteurs de risque cardiovasculaire réduits à un tabagisme chronique. A l'occasion d'un syndrome douloureux abdominal paroxystique associé à une fébricule, un examen écho-doppler abdominal est réalisé qui met en évidence un anévrisme artériel de la région cœliaque. L'angio-scanner réalisé par la suite individualise un anévrisme de l'origine de l'artère splénique qui mesure 30 X 20 mm partiellement calcifié avec un collet dégagé. Mais la naissance de l'artère splénique est anormale. Elle naît, en effet, de l'artère mésentérique supérieure (AMS) au lieu du tronc cœliaque dans sa forme normale.

Aussi, l'angio-scanner (Fig. 2) met en évidence l'absence de tronc cœliaque et la naissance de l'artère hépatique commune et de l'artère coronaire stomacique directement de l'aorte. Les méthodes endo-vasculaires n'étant pas encore développées dans notre service, le patient est proposé à une chirurgie conventionnelle. Il a été opéré sous anesthésie générale et intubation endotrachéale.

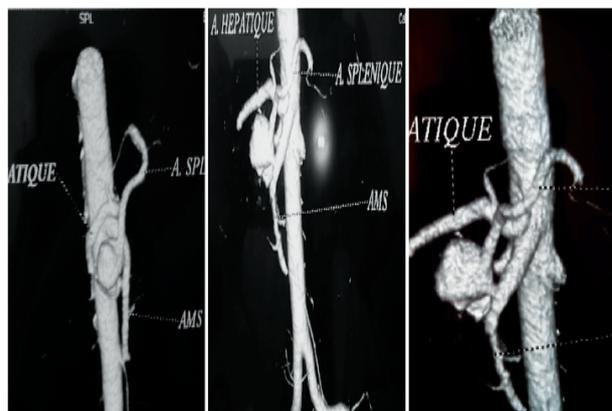


Figure 2 : Angio-TDM

La voie d'abord chirurgicale choisie a été une laparotomie médiane sus-ombilicale. L'AMS a été abordée par la voie inter-duodéno-pancréatique avec dissection et individualisation de l'artère splénique naissant de l'AMS. Une mise à plat simple de l'anévrisme a été réalisée avec ligature section de l'artère splénique et conservation de la rate (Fig.3). Le patient a quitté l'hôpital à J10 postopératoire en bon état général, apyrétique et sans symptomatologie abdominale douloureuse. Un angio-TDM de contrôle médical a été demandé à j30 postopératoire qui n'a montré aucune complication (infarctus splénique, pancréatite ou autre).

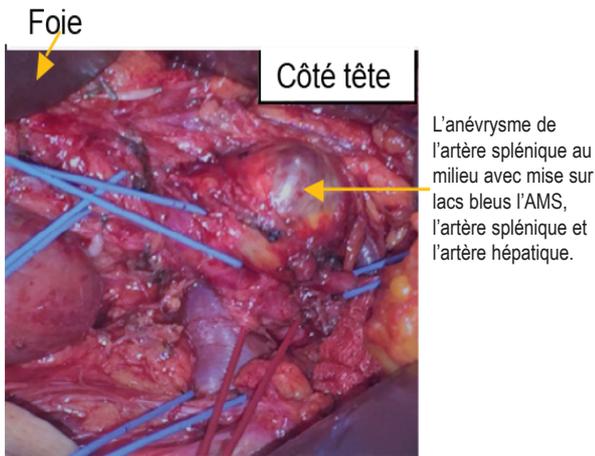


Figure 3 : Vue opératoire de l'anévrisme

DISCUSSION

Les anévrismes des artères viscérales dont ceux développés au dépend de l'artère splénique sont souvent asymptomatiques. Dans de rares cas, ils se manifestent par des douleurs abdominales ou des épigastralgies paroxystiques non spécifiques. Ils peuvent aussi se révéler par une complication redoutable à l'occasion d'un traumatisme abdominal qui est la rupture anévrysmale et l'hémorragie intra-abdominale. Le taux de mortalité en rapport avec ce mode de révélation est de 10 à 25 % [5,6]. De nos jours, en raison du développement de l'imagerie, les anévrismes de l'artère splénique sont découverts de manière fortuite lors des examens échographiques réalisés pour d'autres causes.

Les étiologies sont l'athérosclérose, l'origine congénitale, l'infection intra-abdominale, la fibro-dysplasie, l'hypertension portale, les maladies de système (lupus érythémateux disséminé, la périarthrite noueuse, la thrombo-angéite ou maladie de Buerger, la maladie de Kawasaki...etc.) et enfin les traumatismes thoraco-abdominaux fermés [7]. Les variations anatomiques des artères viscérales sont nombreuses et intéressantes à considérer. Elles sont décrites dans 20 % des cas (Tableau 1) [8,9].

Tableau 1 : Les variations anatomiques des artères viscérales [8,9]

Variation anatomique	Pourcentage
Naissance de l'artère hépatique de l'AMS	5 %
Naissance de la coronaire stomacique de l'aorte	5 %
Naissance de l'artère hépatique gauche de la coronaire stomacique	5 %
Naissance de l'artère hépatique commune ou de l'artère splénique ou de la coronaire stomacique directement de l'aorte	1%
Tronc commun coelio-mésentérique	1 %
Naissance de l'artère splénique de l'AMS	exceptionnelle

Les variations anatomiques des artères viscérales sont fréquentes, mais celles intéressant l'artère splénique sont très rares. L'anatomie classique décrit la naissance du tronc coélique à partir de la face antérieure de l'aorte abdominale sous diaphragmatique en regard de D12-L1. Il donne naissance à trois artères ; l'artère hépatique commune, l'artère coronaire stomacique et l'artère splénique qui présente le diamètre le plus gros. L'AMS naît plus bas en regard de L1, mais exceptionnellement (1 à 2 % des cas), elle naît à partir d'un tronc commun coélio-mésentérique. La description anatomique classique (classification de Michels) décrit une naissance à partir du tronc coélique (82 %), souvent (70 %) en formant un tronc commun avec l'artère hépatique : le tronc hépato-splénique. L'artère splénique est unique, elle décrit des sinuosités le long de son trajet jusqu'à la rate. Elle est exceptionnellement dédoublée [8, 9]. La présence d'un anévrisme de l'artère splénique naissant à partir de l'AMS est exceptionnelle [10]. Les méthodes diagnostiques ont bénéficié de l'angio-TDM et l'angio-IRM avec réalisation de coupes multiples. Le but du traitement est la résection de l'anévrisme et la conservation de l'organe, la rate. Les méthodes endo-vasculaires sont nombreuses. La chirurgie conventionnelle garde naturellement sa place dans l'arsenal thérapeutique. Dans les indications thérapeutiques, l'option «interventionniste» est retenue en cas de faux anévrismes à cause de la fragilité pariétale de ceux-ci. En cas de vrais anévrismes, certains auteurs préconisent, plutôt la « surveillance clinique et radiologique (TDM)» lorsque la taille de l'anévrisme ne dépasse pas 20 mm de grand diamètre avec absence d'évolutivité [11]. Au-delà, il est préférable d'intervenir soit chirurgicalement ou plus souvent aujourd'hui, par voie endoscopique. La chirurgie consiste en la résection de l'anévrisme avec ou sans splénectomie voire pancréatectomie partielle. La morbi-mortalité reste très élevée dans les faux anévrismes (pancréatites). La mortalité peut atteindre le taux de 50 % [12].

CONCLUSION

L'anévrisme de l'artère splénique est susceptible de se rompre et emporter son porteur à n'importe quelle occasion d'effort physique. Dès le moment du diagnostic positif, qui est souvent fortuit, le chirurgien n'a plus le droit de laisser le patient sans suivi médical. Deux options se présentent ; la première est radicale et interventionniste (chirurgie conventionnelle ou procédure endo-vasculaire) et la deuxième est la surveillance médicale par l'imagerie (TDM). Cette dernière est préconisée lorsque le grand diamètre de l'anévrisme ne dépasse pas les 20 mm. Mais, faudra-t-il avoir les moyens à disposition et le sens de l'observance. Il faudra retenir pour traiter ces anévrismes deux options :

- Procédure endovasculaire ou chirurgie

conventionnelle si le grand axe de l'anévrisme dépasse les 25 mm.

- Surveillance par palier de 6 mois (clinique et imagerie)

si le grand axe de l'anévrisme ne dépasse pas les 20 mm.

REFERENCES

1. Stanley JC, Thomas NW, Fry WJ. Splanchnic artery aneurysms. Arch Surg 1970; 101 :689-97.
2. McDermott VG, Shlansky-Goldberg R, Cope C. Endovascular management of splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms. Cardiovasc Intervent Radiol 1994;17:179-84.
3. Sun C, Liu C, Wang XM, Wang DP. The value of MDCT in diagnosis of splenic artery aneurysms. Eur J Radiol 2008;65: 498-502.
4. Mc Dermott VG, Shlansky-Goldberg R, Cope C. Endovascular management of splenic artery aneurysms and pseudoaneurysms. Cardiovasc Intervent Radiol 1994;17:179-84.
5. Aydın MT, Fersahoğlu MM, Tezer S, Okuducu M, Ağca B, Memişoğlu K. Spontaneous rupture of the splenic artery aneurysm: a rare clinical presentation of acute abdomen. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2016 Jan;22(1):106-8.
6. Davis T, Minardi J, Knight J, Larrabee H, Schaefer G. Ruptured Splenic Artery Aneurysm: Rare Cause of Shock Diagnosed with Bedside
Ultrasound. West J Emerg Med. 2015 Sep; 16(5):762-5.
7. Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ, Gloviczki P, Oldenburg WA, Pairolero PC, et al. Splenic artery aneurysm: two decades experience at Mayo clinic. Ann Vasc Surg 2002;16: 442-9.
8. Slaba S, Sfeir S, Nassar J, Noun R, Checrallah A, et Tamraz J. Variante originale de l'artère splénique. Journal de radiologie Vol 86, N° 6-C1 - juin 2005 pp. 657-658.
9. Reuter SR, Redman HC, Cho KJ. In: Vascular anatomy. Gastrointestinal angiography. 3è Ed., Editions Saunders; 1986. P.32-61.
10. Facy O, Naouri A, Dugas B, Kadji M, Bernard P, Gabrielle F. Anévrisme de l'artère splénique naissant de l'artère mésentérique supérieure : stratégie thérapeutique. Annales de chirurgie 131 (2006)401-404.
11. Lippert H, Pabst R. Arterial variations in man. JF Bergmann Verlag, édit., Munich, 1985,36-7.
12. Mattar SG, Lumsden AB. The management of splenic artery aneurysms : experience with 23 cases. Am J Surg 1995, 169 : 580-4.