

Anévrisme artériel splénique rompu dans la veine homologue

Une cause rare d'H.T.P. aiguë du « post-partum »

D. RÉGENT, C. HODEZ,
M.-A. BIGARD, M.-C. RÉGENT,
P. GAUCHER, J. ROUSSEL

Résumé : Anévrisme artériel splénique rompu dans la veine homologue. Une cause rare d'H.T.P. aiguë du post-partum

par D. RÉGENT, C. HODEZ, M.-A. BIGARD, M.-C. RÉGENT, P. GAUCHER et J. ROUSSEL.

Devant l'apparition brutale d'un syndrome clinique d'H.T.P. aiguë chez une femme jeune, au décours d'un accouchement, l'angiographie a objec-

Summary : Splenic arterial aneurysm rupturing into the splenic vein. A rare cause of acute portal hypertension in the post-partum period

by D. RÉGENT, C. HODEZ, M.-A. BIGARD, M.-C. RÉGENT, P. GAUCHER and J. ROUSSEL.

Following the sudden onset of a clinical syndrome of acute portal hypertension in a young woman in the course of childbirth, angiography revealed a

tivé un volumineux anévrisme de l'artère splénique rompu dans la veine homologue.

Le traitement chirurgical a permis la guérison de la malade.

Les auteurs rappellent les principales caractéristiques des fistules artério-veineuses spléniques et évoquent les problèmes physiopathologiques de l'H.T.P. associée à ces lésions.

Mots-clefs : Angiographie abdominale. Anévrisme artério-veineux splénique. Hypertension portale.

voluminous aneurysm of the splenic artery rupture into the splenic vein.

Surgical treatment was successful.

The authors review the main characteristics of splenic arterio-venous fistulae and discuss the physiopathological problems of portal hypertension associated with such lesions.

Key-words : Abdominal angiography. Splenic arterio-venous aneurysm. Portal hypertension.

Le dernier trimestre de la gestation et l'accouchement sont des facteurs prédisposants classiques, mais rares à la rupture des anévrismes de l'artère splénique. La rupture en péritoine libre conduit à l'intervention chirurgicale d'extrême urgence et reste grevée d'une lourde mortalité (75 à 80 % sur 90 cas mondiaux colligés par BRONSTEIN et MORIN en 1975). La rupture spontanée d'un anévrisme artériel splénique dans la veine homologue est une éventualité encore plus exceptionnelle. Elle crée une fistule artério-portale se révélant en règle sous le masque d'une hypertension portale d'apparition et d'évolution rapides. Seuls les examens radiologiques vasculaires peuvent alors préciser le diagnostic et guider efficacement la conduite du traitement chirurgical.

Observation

M^{me} Bou..., 33 ans, grande multipare (7 grossesses), voit apparaître rapidement une ascite, 6 semaines après son dernier accouchement. L'ascite a été précédée d'un syndrome douloureux fébrile de l'hypochondre droit considéré et traité à l'origine comme une crise de cholécystite aiguë. Elle est hospitalisée au Service de Médecine C (P^r F. HEULLY) en raison d'une aggravation brutale de l'ascite, s'accompagnant d'un tableau infectieux clinique et biologique et d'une insuffisance rénale avec acidose métabolique. Sur le plan hépatique, une épreuve de clearance à la B.S.P. montre une rétention de 45 % du colorant à la 45^e minute et une élévation des phosphatases alcalines à 115 mU/ml.

La suspicion d'obstacle portal préhépatique par pyléphlébite conduit à pratiquer une artériographie en urgence qui permet de constater :

— Lors de l'opacification sélective de l'artère splé-

Accepté le 12 octobre 1976.

Travail du Service de Radiologie centrale (P^r J. ROUSSEL) et de la Clinique médicale C (P^r F. HEULLY, P^r Agr. P. GAUCHER), C.H.U. Nancy-Brabois, Route de Neufchâteau, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy.

Tirés à part : D^r D. Régent, Service de Radiologie centrale, même adresse.

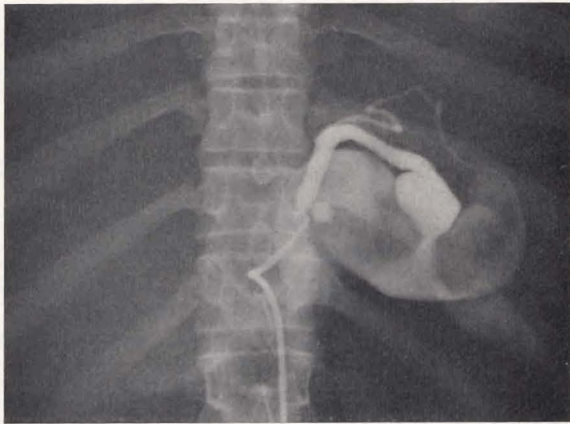


FIG. 1. — Artériographie sélective de l'artère splénique; injection immédiate d'un anévrysme splénique de la taille d'une noix, ouvert à plein canal dans la veine splénique très dilatée.



FIG. 3. — Artériographie sélective de l'artère splénique. Temps tardif : opacification de l'arborisation portale intra-hépatique dilatée dans son ensemble.

nique, l'injection rapide d'une cavité anévrysmale de la taille d'une grosse noix, ouverte à plein canal dans un axe portal dilaté de façon monstrueuse. L'opacification à contre-courant de l'ensemble des collatérales afférentes (veines mésentériques et gastriques) vient compléter le tableau radiologique d'H.T.P. (fig. 1, 2 et 3).

— Le segment distal de l'artère splénique et la rate ne sont jamais objectivés du fait du détournement massif du flux sanguin au niveau de la fistule.

l'absence d'injection de la région anévrysmale. Des suites opératoires délicates, compliquées d'un épisode oligo-anurique et de manifestations infectieuses, viennent émailler le cours de la maladie. La sortie de la malade se fait après 6 semaines; à ce moment, l'apyrexie est totale, il n'existe plus de signes cliniques ni radiologiques d'H.T.P., la fonction rénale est rétablie. Sur le plan biologique persistent des stigmates infectieux et une augmentation des phosphatases alcalines.



FIG. 2. — Artériographie sélective de l'artère splénique. Dilatation massive de l'axe veineux spléno-portal et des collatérales afférentes.



FIG. 4. — Artériographie sélective de l'artère hépatique commune : opacification du cercle artériel de la grande courbure et d'une petite formation anévrysmale de l'artère gastro-épiplœique gauche; injection de l'anévrysme artériel splénique qui a un aspect bilobé.

— L'injection sélective de l'artère hépatique commune aboutit à l'opacification d'une autre formation anévrysmale sur le cercle artériel de la grande courbure, au niveau de l'artère gastro-épiplœique gauche. La réplétion rétrograde de l'anévrysme principal révèle son caractère bilobé (fig. 4).

L'intervention chirurgicale est pratiquée le lendemain (P. BENICHOX). Une splénectomie première est suivie d'un capitonnage de la région du pancréas caudal qui est le siège de remaniements inflammatoires marqués. Malgré de grosses difficultés opératoires, liées à l'importante dilatation de la veine splénique et à la fragilité des tissus avoisinants, l'hémostase est obtenue. Une angiographie de contrôle, pratiquée 48 h après l'intervention devant la réapparition de l'ascite, confirme

Commentaires

Les fistules artério-veineuses spléniques (F.A.V.S.) sont rares : la première description revient à WEIGERT en 1886, STOPPA et coll. en colligent 48 cas dans la littérature en 1973.

1. Sur le plan étiologique, l'origine congénitale est la plus fréquente (22/48), tandis que la fistulisation d'un anévrysme préexistant est beaucoup plus rare (14/48); les traumatismes locaux (plaies

pénétrantes par balles ou armes blanches, contusions abdominales) sont retrouvés quatre fois; l'origine iatrogénique (ponction de rate, lésions opératoires) est incriminée quatre fois.

Les anévrysmes artériels spléniques sont, dans plus de la moitié des cas, d'origine athéromateuse. Une dysplasie congénitale fragilisante localisée est retrouvée dans 30 % des cas. Exceptionnellement, on a pu observer la rupture d'anévrysmes mycotiques oslériens.

Le siège des fistules artério-veineuses est le plus souvent le hile de la rate (24/48), mais il s'agit alors le plus souvent de dysplasies congénitales. Le tronc de l'artère splénique est moins fréquemment intéressé (14/48), mais dans ces cas ce sont souvent des lésions anévrysmales vraies et rompues.

2. *Sur le plan clinique*, les fistules artério-veineuses spléniques prennent habituellement le masque d'une hypertension portale (splénomégalie, ascite, hémorragies digestives) ou se révèlent par les signes habituels des anévrysmes abdominaux (souffle ou thrill abdominal, douleurs). Les manifestations d'ischémie intestinale fonctionnelle par hémodétournement ne se rencontrent pas dans les F.A.V. spléniques; elles sont le fait des autres variétés de communication artério-portale (fistules mésentérico ou hépato-portes).

3. *La biologie* est d'un apport restreint dans les F.A.V. spléniques. WARTER et coll. ont cependant insisté sur l'augmentation de la clearance de la B.S.P. qui serait caractéristique d'une communication artério-veineuse splénique. Les perturbations de cette épreuve biologique dans l'observation rapportée sont donc en faveur d'une atteinte hépatique dont l'origine n'a pu être précisée.

4. *La radiologie* reste le meilleur moyen d'établir le diagnostic de fistule artério-veineuse splénique et d'en guider le traitement chirurgical.

— L'anévrysme artériel splénique, lorsqu'il est de gros volume ou si ces parois sont calcifiées, peut se révéler dès le cliché d'abdomen sans préparation ou lors de l'opacification barytée des segments digestifs de voisinage.

— C'est cependant l'angiographie qui établit avec certitude le diagnostic et précise au mieux le nombre, la taille et le siège des lésions. L'opacification sélective de l'artère splénique permet en outre de montrer l'aspect du réseau portal et les transformations morphologiques liées à l'hyperafflux sanguin. La splénoportographie est d'un intérêt mineur puisqu'elle ne pourrait montrer que des signes indirects de la lésion; les mesures de pression intrasplénique étant inutiles, puisque la rate est en aval de la fistule et ne subit que de façon indirecte les conséquences de l'hypertension portale.

— Les images artériographiques sont en général évidentes si la communication artério-veineuse

splénique est assez large. A l'inverse et en particulier dans certaines fistules congénitales du hile ou du parenchyme splénique de petit calibre, il faut savoir prêter attention à des signes indirects tels que retour veineux splénique précoce et massif, dilatation de l'axe spléno-portal, qui permettent de porter le diagnostic.

5. *Les problèmes physiopathologiques* posés par les fistules artério-veineuses spléniques et qui visent essentiellement à préciser le mécanisme de l'hypertension portale sont complexes. Des travaux théoriques ont montré que le débit sanguin portal doit être multiplié par 3 ou 4 pour créer une H.T.P.

Cette condition est irréalisable expérimentalement et en clinique, excepté en cas d'une élévation considérable du débit cardiaque.

Au cours d'une artériolisation portale expérimentale, il est nécessaire d'associer un obstacle veineux portal pour obtenir une H.T.P. durable.

Les recherches cliniques de MAILLARD, BENHAMOU et RUEFF confirment ces données et montrent que lorsque existe une H.T.P. patente dans une F.A.V. splénique, on retrouve un obstacle sur le réseau portal sous forme d'une thrombose veineuse (9 fois sur 15 cas) ou d'une cirrhose hépatique (2 fois). Les quatre derniers cas où aucune lésion portale associée n'a pu être mise en évidence n'ont reçu aucune explication de ces auteurs.

D'autres travaux (MALLETT-GUY) montrent que l'artériolisation portale retentit de façon néfaste sur le parenchyme hépatique et aboutit à la longue à une sclérose génératrice d'H.T.P.

Etant donné les possibilités d'adaptation du système veineux élastique du réseau portal, certains auteurs expliquent la création d'une véritable H.T.P. d'apport par :

- un dépassement de ces possibilités, par exemple lors de la rupture brutale d'un anévrysme artériel dans le système portal;
- un épuisement des possibilités d'adaptation qui peut être réalisé dans les fistules artério-portales anciennes.

Pour expliquer la transformation d'une H.T.P. segmentaire au départ en une H.T.P. généralisée, LÉGER apporte la notion d'hypertension consensuelle, évoquant une élévation de la pression artérielle du système mésentérique pour tenter d'équilibrer l'hyperpression portale.

Dans l'observation rapportée, les éléments cliniques et angiographiques sont très fortement évocateurs d'une H.T.P. d'apport par artériolisation massive et brutale du réseau portal, dépassant ses possibilités d'adaptation. Les mesures manométriques et le contrôle de l'état hépatique n'ont pu être effectués en raison des difficultés extrêmes de l'intervention et des suites opératoires. La résolution du syndrome clinique d'H.T.P. après cure chirurgicale de la lésion reste cependant un

argument en faveur d'une H.T.P. d'apport. La persistance de perturbations biologiques discrètes des fonctions hépatiques laisse planer un doute quant à la nature exacte des altérations anatomiques du foie.

Conclusion

L'angiographie sélective demeure l'examen-clé du diagnostic des lésions anévrysmales de l'artère splénique.

Le diagnostic angiographique d'une F.A.V. splénique par rupture d'anévrysme est une éventualité rare, puisque une quinzaine de cas ont été rapportés dans la littérature. Il faut cependant savoir évoquer cette hypothèse devant un tableau d'H.T.P. d'apparition brutale, s'aggravant rapidement, chez un sujet « à haut risque » (multipare, au moment d'un accouchement ou dans le *post-partum*).

La connaissance exacte de la topographie des lésions et de leur retentissement hémodynamique est un guide précieux et indispensable pour la conduite thérapeutique.

Bibliographie

1. BONNEVILLE (B.), HOLLARD (D.), BEZES (H.) et COUDERC (P.) : Anévrysmes artério-veineux de la rate. *Méd. Chir. Dig.*, 1975, 4, 85-92.
2. BRONSTEIN (R.) et MORIN (P.) : Urgence splénique et grossesse. *J. Chir. Paris*, 1975, 109, 63-74.
3. CHAPUIS (Y.) : Fistule artério-veineuse expérimentale dans le territoire portal. *J. Chir. Paris*, 1965, 90, 171-180.
4. HERVÉ (P. A.) et CARON (J.) : Un cas de rupture cataclysmique de l'artère splénique au 3^e mois d'une grossesse traitée avec succès. *J. Chir. Paris*, 1966, 91, 393-396.
5. LEGER (L.), MOUKTAR (M.) et ALFANDARI (J. P.) : Hypertension portale d'amont, d'apport ou de surcharge. *Presse méd.*, 1965, 73, 479-482.
6. LEGER (L.), LEMAIGRE (G.), RICHARMÉ (J.) et CHAPUIS (Y.) : L'hypertension portale essentielle. A propos de 10 observations personnelles. *Presse méd.*, 1966, 74, 313-319.
7. LEGER (L.), DÉTRIE (P.) et FOURRÉ (J.) : Les anévrysmes artério-veineux spléniques. *J. Chir. Paris*, 1961, 82, 151.
8. MAILLARD (N.), BENHAMOU (J. P.) et RUEFF (B.) : Les fistules artério-portales. Aspects cliniques et physiologiques à propos d'un cas. *Arch. franç. Mal. App. dig.*, 1968, 57, 1017-1032 (bibl.).
9. QUINTILIANI (R.) et GANGULI (P.) : Splenic arteriovenous fistula with bacterial endarteritis and endocarditis. *J.A.M.A.*, 1970, 214, 727-730.
10. SCHLIENGER (J. L.), LEDOUX (P.), DAUCHEL (J.), COUMAROS (D.) et AUBERTIN (F.) : Rectorragies profuses par rupture d'un anévrysme de l'artère splénique dans le côlon. Diagnostic angiographique pré-opératoire. *Bull. Assoc. Nord-Loth. Gastro-entérol.*, 1976, 6, 65-69.
11. STOPPA (R.), PIÉTRI (J.), CAPRON (J. P.), MONCHAUX (G.), DUCLAYE (C.) et HENRY (X.) : Les fistules artério-veineuses porto-systémiques (à propos de deux observations). *Ann. Chir.*, 1973, 27, 227-240.
12. TONGIO (J.), FOUCHET (G.), FRESNEL (P.) et WARTER (P.) : Rupture d'un anévrysme de l'artère splénique. Diagnostic angiographique pré-opératoire. *J. Radiol. électrol., Méd. Nucl.*, 1972, 53, 539-542.
13. WARTER (J.), GILLET (B.), SCHIRARDIN (H.) et HABERER (J. P.) : Comportement de la brome-sulfone-phtaléine dans les fistules artério-portales. *Arch. Mal. Appar. dig.*, 1970, 59, 417-422.