



Masse latéro-cervicale compressive révélant un anévrisme géant de la crosse aortique.

Laterocervical compressive mass revealing a giant aneurysm of the aortic arch.

N G RASAMIMANANA ^{(1)*}, N HABIB ⁽²⁾, D V TOHAINA ⁽³⁾, H H RANDRIANIRINA ⁽⁴⁾, N E RAVELOSON ⁽⁵⁾, A AHMAD ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Service des Urgences et Soins Intensifs, Centre Hospitalier Universitaire Pr Zafisaona Gabriel Androva, 401 Mahajanga Madagascar

⁽²⁾ Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Mahavoky Atsimo, 401 Mahajanga Madagascar

⁽³⁾ Service des Urgences, Centre Hospitalier Universitaire Mahavoky Atsimo, 401 Mahajanga Madagascar

⁽⁴⁾ Service des Post-opérés, Centre Hospitalier Universitaire Pr Zafisaona Gabriel Androva, 401 Mahajanga Madagascar

⁽⁵⁾ Faculté de Médecine d'Antananarivo, BP 375 Antananarivo Madagascar

Soumis le 08 mai 2018
Accepté le 16 août 2018
Disponible en ligne le 11 janvier 2019

RESUME

L'anévrisme de la crosse aortique à extension cervicale est peu fréquent. Une femme de 36ans ayant consulté le service ORL pour une tuméfaction latéro-cervicale a présenté un syndrome de compression médiastinale haute et une déviation trachéale. Le scanner cervico-thoraco-abdominal retrouve un anévrisme sacciforme thrombosé volumineux de la crosse aortique dépassant l'orifice cervico-thoracique gauche en haut et refoulant les structures médiastino-thoraciques et un anévrisme thrombosé fusiforme de l'aorte abdominale. La patiente est décédée par une hémoptysie foudroyante due à la rupture de l'anévrisme thoracique. L'échographie doppler et l'angioscanner sont indispensables pour explorer une masse latéro-cervicale chez les patients porteurs de risques cardio-vasculaires.

Mots clés : Anévrisme de l'aorte - Crosse aortique - Hémoptysie - Imagerie médicale.

ABSTRACT

The cervical extension of an aneurysm of the aortic arch is less frequent. A 36-year-old woman consulted the ENT department for laterocervical swelling with upper mediastinal compression syndrome and tracheal deviation. The cervico-thoraco-abdominal CT scan revealed a giant saccular thrombosed aneurysm of the aortic arch going over the upper chest cavity on the left and drove the mediastino-thoracic structures and also a fusiform thrombosed aneurysm of the abdominal aorta. The patient died of haemoptysis due to a rupture of the thoracic aneurysm. Doppler ultrasound and CT angiography are essential for exploring laterocervical mass in patients with cardiovascular risk factors.

Keywords: Aortic aneurism - Aortic arch - Hemoptysis - Medical imaging.

INTRODUCTION

Les anévrismes thoraco-abdominaux (ATA) correspondent à une dilatation simultanée de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale [1-2]. Les hommes entre 65 et 75 ans avec facteurs de risque cardio-vasculaires, notamment le tabagisme chronique, sont les plus à risque, ainsi que ceux de 50 à 75 ans avec antécédents familiaux d'anévrisme de l'aorte abdominale [3]. Certain anévrisme s'étendant jusqu'à la région cervicale a été décrit dans un contexte congénital [4]. Pour le diagnostic, la place importante de l'échographie et de la tomодensitométrie associée aux données cliniques est justifiée. Le risque principal est la rupture à l'origine d'une hémorragie interne cataclysmique. Nous rapportons un cas d'anévrisme thoraco-abdominal thrombosé à extension cervicale.

OBSERVATION

Mme M.M., âgée de 36 ans, de race malagasy, d'ethnie Sakalava (une ethnie de la région ouest de Madagascar), mariée, employée de bureau, a été admise aux urgences pour une tuméfaction latéro-cervicale gauche indolore incitant à plusieurs reprises une consultation en service d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), associée à une dyspnée inspiratoire. Elle avait une hypertension artérielle connue depuis deux ans, traitée par bêtabloquant et inhibiteur calcique, une dyslipidémie, un surpoids avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) à

28,4 et un traitement contraceptif injectable ; sans prise d'alcool ni de tabac. Aucune notion d'infection syphilitique ni mycosique ni traumatique n'a été décelée. L'examen clinique retrouvait une dyspnée inspiratoire, une toux irritative, une dysphagie sélective pour les aliments solides puis semi-liquides, le visage bouffi associé à un signe de Claude Bernard-Horner avec ptosis, myosis et enophtalmie gauche ; une tuméfaction latéro-cervicale gauche. Elle se plaignait d'une douleur thoracique révélée par la palpation des troisième, quatrième et cinquième côtes gauches. L'auscultation a retrouvé un souffle diastolique d'insuffisance aortique. Elle ressentait une douleur abdominale sourde à la palpation, et la palpation abdominale découvrait une masse battante sus-ombilicale.

La radiographie du thorax a montré une opacité de tonalité hydrique médiastinale supérieure bilatérale (cf. Figure 1). L'échographie cervicale retrouvait une masse cervicale gauche arrondie bien limitée vasculaire.

Du Centre Hospitalier Universitaire Pr Zafisaona Gabriel (CHU PZaGa) Mahajanga, et de l'Université de Mahajanga, Madagascar.

* **Auteur correspondant :**

Dr. RASAMIMANANA Naharisoa Gianni

Adresse : Service des Urgences et Soins Intensifs (SUSI)
Centre Hospitalier Universitaire Pr Zafisaona Gabriel
Androva, 401 Mahajanga, Madagascar

Téléphone : +261 32 04 413 19

E-mail : rgiannie@yahoo.fr

risée au doppler couleur. Le scanner cervico-thoraco-abdominal avec injection de produit de contraste iodé révélait un anévrisme sacciforme thrombosé de la crosse aortique dépassant l'orifice cervico-thoracique gauche en haut et refoulant les structures médiastino-thoraciques vers la droite. Cet anévrisme mesure 112 mm de largeur et 93 mm de hauteur. L'œsophage dans sa partie supérieure était dilaté (cf. Figures 2 et 3), le parenchyme pulmonaire était intact. Il existe une autre image d'anévrisme thrombosé fusiforme de l'aorte abdominale (cf. Figure 4). Quelques jours après son hospitalisation, la patiente est décédée dans un tableau de détresse respiratoire aiguë associée à une hémoptysie foudroyante avec état de choc suite à une rupture de l'anévrisme de l'aorte thoracique.

DISCUSSION

L'incidence des anévrismes de l'aorte thoracique est estimée à 4,5 cas pour 100.000 ; celle de l'aorte abdominale de 5% chez les hommes de plus de 65ans [5]. La localisation thoracique peut toucher un ou plusieurs segments notamment la racine aortique et l'aorte ascendante dans 60% des cas, la crosse aortique dans 10% et l'aorte descendante dans 10%. Comme dans notre observation, 10% des anévrismes touchent l'aorte thoraco-abdominale [1]. L'hypertension artérielle et l'artériosclérose sont les principaux facteurs de risques dans 80% des cas associés à un âge de plus de 55 ans pour les hommes et de plus de 70 ans chez la femme [6]. Notre patiente était jeune mais présentait une dyslipidémie et un surpoids. En effet, l'anévrisme chez la population jeune n'est pas une exception ; les anévrismes de l'aorte ascendante sont les plus fréquents avec un sexe ratio de 1 sur 1 [5,7].

La plupart des anévrismes restent asymptomatiques pendant une longue période. L'apparition des symptômes est liée à la taille de l'anévrisme qui entraîne une compression des organes de voisinage. Notre patiente a présenté une dyspnée, une toux et une dysphagie évoquant une compression œsophago-trachéale compte tenu de la taille de l'anévrisme. Nous avons

constaté ainsi une prédominance des signes cervicaux et le syndrome de compression médiastinale masquant les symptômes cardio-vasculaires. Les moyens d'explorations d'un anévrisme sont dominés par l'échographie, l'angioscanner et l'angio-IRM. La radiographie thoracique permet de découvrir des opacités médiastinales comme dans notre cas. L'angiographie conventionnelle est remplacée par l'imagerie en coupe. La sensibilité de l'angioscanner est très élevée car avec ses différentes reconstructions multiplannaires, cette technique permet de réaliser le bilan complet d'un anévrisme thoraco-abdominal. Chez notre patiente il existe un anévrisme étendu thoraco-abdominal thrombosé avec extension cervicale. Cette extension cervicale peut simuler un anévrisme sur un arc aortique cervical d'origine malformative congénitale, rare dont le diagnostic peut être posé dans l'enfance mais quelques auteurs ont évoqué la possibilité d'un diagnostic tardif à l'âge adulte [4,8]. Dans notre étude l'arc aortique est intra-thoracique. Mais c'est cet aspect sacciforme volumineux à extension cervicale qui explique l'opacité médiastinale haute à la radiographie. Le raffinement de l'anesthésie et de la technique chirurgicale a permis de réduire la mortalité opératoire de 10% pour une chirurgie électorale [2]. Notre patiente n'a pas pu bénéficier de cette prise en charge. Elle est décédée d'une hémoptysie massive due probablement à la rupture de l'anévrisme thoracique. La rupture d'anévrisme dans les poumons est rare [9,10]. La mortalité des anévrismes rompus reste majeure (65 à 90%) [6]. Le risque de rupture est élevé si le diamètre est supérieur à 55mm [5].

CONCLUSION

La multiple localisation de l'anévrisme le long de l'aorte est la particularité de cette présentation. Devant une masse cervicale il est impératif de penser à une extension cervicale d'un anévrisme de la crosse aortique. L'échographie doppler et l'angioscanner suffisent à faire le diagnostic. La précocité diagnostique permet d'éviter la rupture de l'anévrisme.

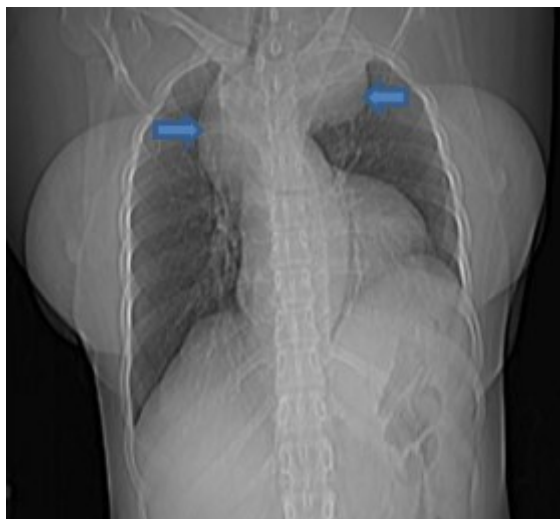


Figure 1 : Opacité médiastinale supérieure bilatérale avec un signe cervico-thoracique (flèches).

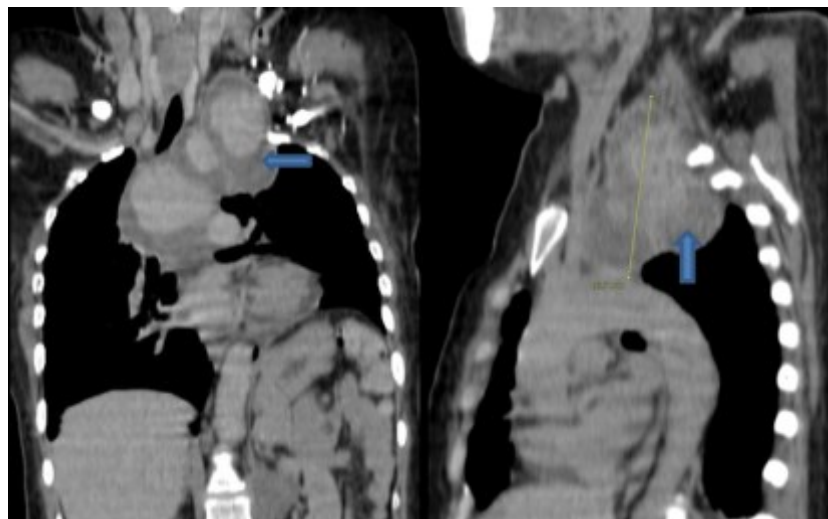


Figure 2 : TDM reconstruction coronale et sagittale montrant l'anévrisme thrombosé de la crosse aortique à extension cervicale gauche (flèches).

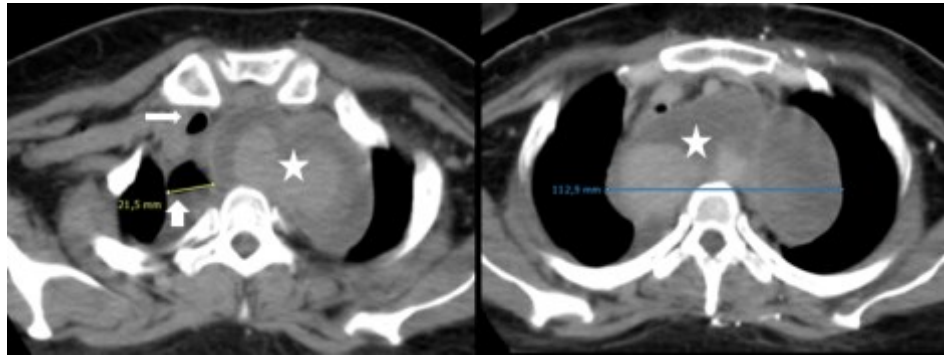


Figure 3 : TDM coupe axiale, anévrisme thrombosé de la crosse aortique (étoiles) avec déviation à droite de la trachée et de l'œsophage qui est dilaté (flèches).

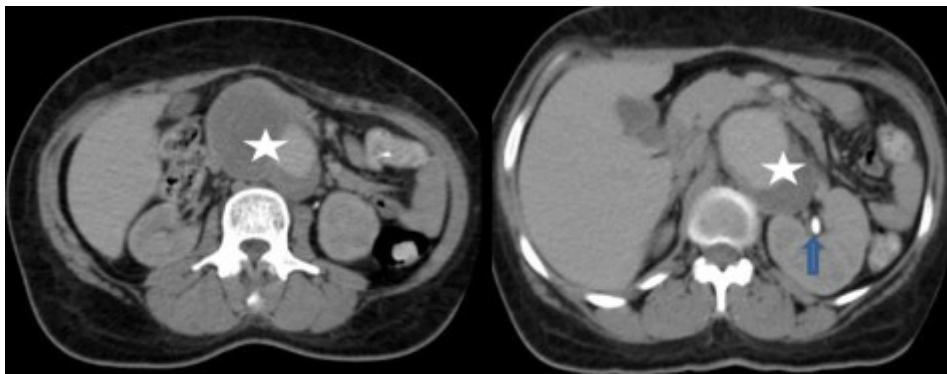


Figure 4 : TDM coupe axiale, anévrisme thrombosé de l'aorte abdominale (étoiles) avec lithiase rénale gauche (flèche).

REFERENCES

1. Isselbacher EM. Thoracic and abdominal aortic aneurysms. *Circulation* 2005;111(6):816-28. DOI: 10.1161/01.CIR.0000154569.08857.7A.
2. Verdant A. Les anévrismes de l'aorte thoracique et abdominale : point de vue d'un chirurgien clinicien. *Le clinicien* 2002; 93-104.
3. HAS. Recommandation en santé publique – Fiche médecin traitant - Dépistage et prévention des anévrismes de l'aorte abdominale, Novembre 2012 ; disponible sur www.has-sante.fr.
4. Mayer J, Marachet MA, Glock Y, Roux D, Bertoumiu P, Rousseau H. Aorte cervicale anévrismale avec tronc commun coronaire ectopique. *J Radiol* 2010;91:505-7.
5. Al-Attar N, Nattaf P. Anévrismes de l'aorte thoracique ascendante. *Presse Méd* 2010;39(1):26-33. DOI: 10.1016/j.lpm.2009.01.026.
6. Ponti A, Murith N, Kalangos A. Anévrismes de l'aorte abdominale : connaissances actuelles et traitement endovasculaire. *Rev Méd Suisse* 2012;8:1564-8.
7. Gnaoule DT, Zouzou AE, Boka B, Kouassi KPB, Konate I, Ndja AP, Konan AV, Gbazi GC. Anévrisme géant de l'aorte thoracique révélé par une dysphagie. *J Afr Imag Méd* 2016;8(3):133-136.
8. Momma K, Matsuoka R, Takao A. Aortic arch anomalies associated with chromosome 22q11 deletion (CATCH 22). *Pediatr Cardiol* 1999;20(2):97-102. DOI: 10.1007/s002469900414.
9. Liu SF, Chen YC, Lin MC, Kao CL. Thoracic aortic aneurysm with aortobronchial fistula: a thirteen-year experience. *Heart Lung* 2004;33(2):119-23. DOI: 10.1016/j.hrlng.1003.12.008.
10. Che GW, Chen J, Liu LX, Zhou QH. Aortic arch aneurysm rupture into the lung misdiagnosed as lung carcinoma. *Can J Surg* 2008;51(4):E91-2.