



Pseudo anévrisme de l'artère vertébrale gauche : à propos d'un cas.

Pseudoaneurysm of the left vertebral artery: a case report.

H F RANDRIANJAKA ^{(1)*}, H M P RANDRIANTSOA ⁽²⁾, L S HAMINASON ⁽³⁾, A ANDRIAMAROLAHY ⁽⁴⁾, C N R RANDRIAMALALA ⁽⁵⁾, J RAKOTOSAMIMANANA ^(3,6),

- (1) Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier Universitaire Mitsinjo Betanimena, Toliara, Madagascar
- (2) Service de Chirurgie générale, Centre Hospitalier de Référence Générale, Antsirabe, Madagascar
- (3) Service de Chirurgie Générale, Centre Hospitalier Universitaire Antanambao, Toliara, Madagascar
- (4) Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Mitsinjo Betanimena, Toliara, Madagascar
- (5) Service de Médecine Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire Antanambao, Toliara, Madagascar
- (6) Faculté de Médecine de Toliara, Madagascar

Soumis le 28 Mars 2025
Accepté le 19 Avril 2025

RESUME

Le pseudo-anévrisme provient d'une solution de continuité de la paroi artérielle. Il est secondaire à un traumatisme, ou à des causes iatrogènes telles que la chirurgie, la biopsie percutanée ou le drainage. Le risque d'une rupture ou d'une oblitération totale de l'artère impose un diagnostic précoce pour la mise en œuvre rapide des mesures thérapeutiques. Nous rapportons le cas d'un patient de 25 ans, vu en consultation externe devant une tuméfaction latéro-cervicale gauche, battante, d'évolution progressive, faisant suite à un traumatisme par armes blanches, afin de renseigner les praticiens sur les étapes à effectuer pour poser le diagnostic et sur les grands principes de prise en charge.

Mots clés : Artère vertébrale; Chirurgie; Endovasculaire; Pseudo—anévrisme.

ABSTRACT

Pseudoaneurysms arise from a disruption in the continuity of the arterial wall. They are secondary to trauma or iatrogenic causes such as surgery, percutaneous biopsy, or drainage. The risk of rupture or total occlusion of the artery requires early diagnosis for rapid implementation of therapeutic measures. We report the case of a 25-year-old patient seen in an outpatient clinic with progressive, pulsating left lateral cervical swelling following stab wound trauma. This article aims to inform practitioners about the steps required to make the diagnosis and the main principles of management.

Keywords: Endovascular; Pseudoaneurysm; Surgery; Vertebral artery.

INTRODUCTION

Le faux anévrisme ou pseudo anévrisme est une rupture focale et totale de la tunique de la paroi artérielle avec maintien d'une communication de son artère d'alimentation [1]. Il est dû le plus souvent à un traumatisme, ou peut être d'origine iatrogène après un acte chirurgical, une biopsie percutanée, ou suite à une ponction [2]. Le pseudo anévrisme de l'artère vertébrale est rare même dans sa forme malformative. Nous rapportons ici un cas de faux anévrisme afin de renseigner les praticiens sur les étapes à effectuer pour poser le diagnostic et sur les grands principes de prise en charge.

OBSERVATION

Un homme âgé de 25 ans, cultivateur, sans facteurs de risque cardiovasculaires particuliers, a été attaqué par des bandits et a reçu un coup de hache au niveau de la région postéro-supéro-externe gauche du cou. Il a bénéficié des premiers soins d'urgence au niveau d'un centre de santé de base avec uniquement des sutures superficielles pour arrêter l'hémorragie ainsi que des antalgiques à type de paracétamol et de kétoprofène. Une bonne cicatrisation de la plaie a été constatée au bout de 20 jours. Deux mois après l'évènement, le patient a remarqué l'apparition d'une tuméfaction au niveau de la cicatrice, augmentant progressivement de volume et devenant douloureuse avec une douleur évaluée à 3 sur l'échelle visuelle analogique. Les mouvements de la nuque étaient limités. Le médecin de famille l'a référé dans un centre hospitalier universitaire pour la suite de prise en charge. A son arrivée, l'exa-

men physique a trouvé une tuméfaction battante, non inflammée, peu douloureuse, d'environ 7cm de diamètre, sur la partie postéro-supérieure et latérale gauche du cou, sur le trajet de l'artère vertébrale gauche, associé à une limitation active et passive des mouvements cervicaux. Il n'avait pas présenté d'autre tuméfaction du cou ou des autres aires ganglionnaires.

En présence de cette masse battante cervicale, une échographie doppler a été demandée et a montré une image au dépend de l'artère vertébrale gauche. Cette image correspond à une structure vasculaire à flux artériel avec une partie circulant de 29mm de diamètre soit 9,3ml, entourée d'un hématome de 13mm d'épaisseur, évoquant un pseudo-anévrisme de l'artère vertébrale gauche de 56mm x 37mm x 48mm. L'angiographie des artères vertébrales n'a pas pu être effectuée car non disponible au niveau du centre. Le bilan biologique a révélé une thrombopénie à 90G/L et un trouble de l'hémostase avec un taux de prothrombine à 46%, un temps de céphaline activé à 44 secondes et un temps de saignement à 24 secondes. Une transfusion de deux poches de sang frais a été effectuée pour corri-

Du Service de Chirurgie Générale
Centre Hospitalier Universitaire Mitsinjo Betanimena, Toliara.

*Auteur correspondant :

Dr. Herinirina François RANDRIANJAKA

Adresse : Service de Chirurgie Générale,
Centre Hospitalier Universitaire Mitsinjo Betanimena,
Toliara, Madagascar

Téléphone : +261 34 32 901 31

E-mail : francishery@gmail.com

ger ces troubles hématologiques avec une injection de 10mg de vitamine K1, réalisée 2 fois. Le bilan de contrôle était normal par la suite.

En absence de matériels pour prise en charge endovasculaire, un traitement chirurgical par la technique conventionnelle était posé pour explorer et traiter la lésion. L'intervention chirurgicale était réalisée sous anesthésie générale avec le patient intubé, en décubitus latéral droit. Au cours de l'opération, ses paramètres (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation pulsée en oxygène, tension artérielle et tracé d'électrocardiogramme) étaient surveillés. L'incision reprenait la cicatrice traumatique. Après identification (Figure 1), un clampage et une résection du sac ont été réalisés, suivi d'une suture en surjet à la prolène 5-0 de la paroi artérielle. L'hémostase était vérifiée et aucun drain n'a été posé au cours de la fermeture. La perte sanguine en per opératoire était estimée à 400ml.

L'évolution post opératoire était simple sans complication neurologique ni infectieuse. La sortie était effectuée après 5 jours d'hospitalisation. Tous les symptômes ont régressé avec une amélioration des mouvements du cou à un mois de contrôle.

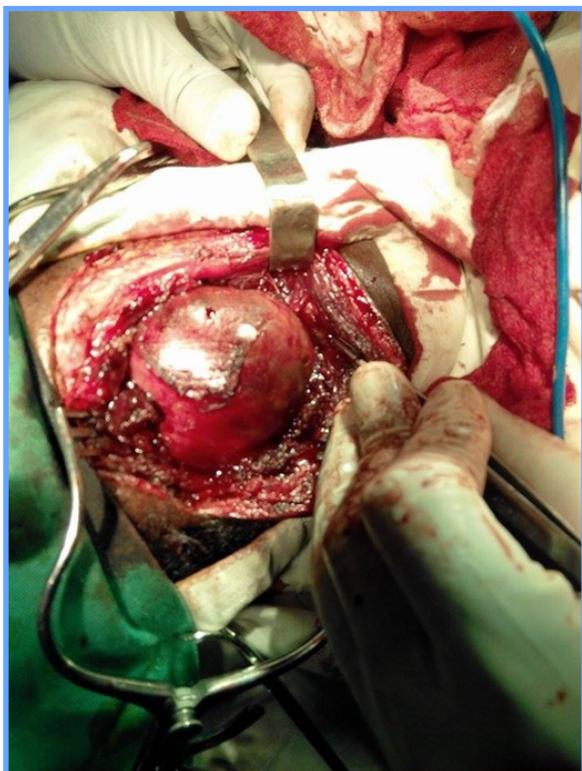


Figure 1 : Photo en per opératoire montrant le sac du pseudo—anévrisme

DISCUSSION

Un pseudo- anévrisme de l'artère vertébrale est une rupture focale et totale de la tunique de la paroi artérielle avec maintien d'une communication de son artère d'alimentation [1]. Son évolution naturelle reste mal connue, la fréquence réelle est sous-estimée du fait de son caractère parfois paucisymptomatique voir

asymptomatique [2]. Il peut être secondaire à des nombreuses étiologies tels le traumatisme qui est le plus en cause, les causes iatrogènes et inflammatoires [3]. Notre cas était un pseudo-anévrisme post traumatique par arme blanche associé à un trouble de l'hémostase.

S'il est symptomatique, les signes sont secondaires à l'effet de masse [4]. Ces signes peuvent être un thrill local, un bruit audible, de masse pulsatile ou un œdème par compression. Cela peut se présenter sous forme de thrombose ou d'infection. A l'extrême, une rupture peut survenir constituant une complication redoutable qui peut entraîner une hémorragie abondante voir un état de choc hypovolémique.

Plusieurs imageries permettent l'exploration [5], à savoir l'échographie en mode B et doppler pulsé qui montre une image kystique en communication avec l'artère et un signe de Ying-Yang ou tourbillon dans le sac. L'angiographie vertébrobasilaire [2] met en évidence le sac pseudo anévrysmal. Dans notre cas, seule l'échographie était disponible.

L'approche thérapeutique dépend de la symptomatologie clinique, des conditions hémodynamiques et de l'évolution de la lésion [6]. La chirurgie conventionnelle ou la technique endovasculaire sont possibles. Pour notre patient, nous avons procédé à la résection du sac et la fermeture du collet anévrysmale, la seule technique disponible. L'abstention thérapeutique est aussi avantageuse en cas de pseudo anévrisme asymptomatique. Le pontage ou ligature artérielle est rarement indiquée [2]. La technique endovasculaire par utilisation des endoprothèses ou stents couverts [2] ou par association de stent non couvert et de coils [7] est le traitement actuel le plus indiqué des anévrysmes ou pseudo anévrysmes des artères périphériques. L'administration d'antiagrégant plaquettaire pendant 6 mois après l'implantation de stent est de règle pour réduire au maximum les risques de thrombose précoce [2].

Le succès de la chirurgie à ciel ouvert dépend du grade clinique du patient et de la capacité cérébrale à supporter toute complication per- ou post opératoire [6]. Tandis que pour les procédures endovasculaires, les résultats dépendent de la qualité de la navigation et de la possibilité de thrombose précoce ou à long terme du stent.

Avec sa rareté et sa difficulté de prise en charge surtout dans le pays en développement, la prévention est importante par un examen attentif effectué par les médecins généralistes ou les urgentistes devant toutes plaies traumatiques. Une plaie artérielle devrait être éliminée avant la suture des plaies périphériques. Si tel est le cas, il faut référer le patient vers un centre plus équipé.

CONCLUSION

Le pseudo anévrisme de l'artère vertébrale est rare, mais peut être à l'origine de complications graves. Son diagnostic devrait être évoqué devant toute tuméfaction pulsatile avec de bruit audible et souvent post traumatique sur son trajet, qui devrait imposer la réalisation d'une échographie doppler cervicale et d'une angiographie vertébrobasilaire. Le traitement est endovasculaire ou chirurgical en fonction des cas et des possibilités. Une prévention est possible par un exa-

men minutieux lors des plaies traumatiques et des gestes attentifs sur l'artère.

REFERENCES

1. Munera F, Soto JA, Palacio D, Velez SM et al. Diagnosis of arterial injuries caused by penetrating trauma to the neck: comparison of helical CT angiography and conventional angiography. *Radiology*, 2000; 216(2): 356-62.
2. Courtheoux P, J Guarnier, J. Theron. Traitement par endoprothèses couvertes d'un faux anévrisme de l'artère vertébrale cervicale. *Journal of neuroradiology*, 2003, 30: 109 – 14.
3. Kresowk TF, Khoury MD, Miller BV et al. A prospective study of the incidence and natural history of femoral vascular complications after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *J vasc Surg*. 1999; 13(2): 328-33.
4. Busquest AR, Aosta JA, Colon E, Alenjadro KV, Rodriguez P. Helical computed tomographic angiography for the diagnosis of traumatic arterial injuries of the extremities. *J Trauma*. 2004; 56(3): 625-28.
5. Baum R, Carpenter JP. Peripheral vascular magnetic resonance angiography, In: Baum R ed *Abram's angiography*. Boston, Mass: little brown. 1997, 4: 752-63.
6. Touze E, Randoux B, Meary E, Arquizan C, Meder Jf, Mas JL. Aneurysmal forms of cervical artery dissection: associated factors and outcome. *Stroke* 2001; 32: 418-23.
7. Lylyk P, Cohen JE, Ceratto R, Ferrario A, Miranda C. Combined endovascular treatment of dissecting vertebral artery aneurysms by using stents and coils. *J Neurosurg* 2001; 94: 427-42.