

Item 223C – Anévrismes

- Anévrismes = **dilatation focale et permanente de artère et diamètre > 1,5x le diamètre d'amont**
- **Aorte abdominale** +++
- Anévrismes périphériques les + fréquents : artère **poplitée**, artère **fémorale commune**

Anévrisme de aorte abdominale sous-rénale

Epidémiologie	▪ <u>FdR</u> : tabac, âge avancé, homme, ATCD familiaux ▪ Souvent associé à lésions athéromateuses sur autres sites
Histoire naturelle	▪ Anévrisme grossit en diamètre d'autant plus vite que le diamètre aortique est grand ▪ Croissance rapide si augmentation supérieure à 1cm/an ▪ Risque évolutif : rupture (augmente avec diamètre)
Etiologies	▪ Athérosclérose ▪ Composante génétique ▪ (infection, conséquence d'une dissection aortique, dystrophies héréditaires du tissu conjonctif, aortite inflammatoire)
Diagnostic	▪ <u>Tableaux cliniques principaux</u> : ○ Anévrisme asymptomatique : - Découverte fortuite - Dépistage par échographie de aorte : homme > 65 ans, tabagique, athérosclérose ou ATCD familiaux - Palpation abdominale +/- masse battante et expansive ○ Anévrisme compliqué : - Anévrisme douloureux : douleur abdominale ou lombaire. TDM en urgence - Anévrisme rompu : douleur abdo/lombaire + choc hémorragique. TDM si possible puis transfert en urgence. Mortalité 80% ▪ <u>Autres présentations cliniques</u> : occlusion artérielle aigüe de MI, embolies de cristaux de cholestérol, lombalgie/cruralgie, compression des organes de voisinage ▪ <u>Examens complémentaires</u> : - Echographie abdominale : dépistage et suivi - TDM abdomino-pelvien : examen pré-thérapeutique, en urgence si douleur ou suspicion rupture - +/- IRM ▪ Rechercher autres localisations anévrismales
Traitement et suivi	▪ Surveillance échographique : → Si < 40 mm => Tous les ans → Si 40-55 mm > tous les 6 ans ▪ Cure chirurgicale +/- ▪ Recherche AAA chez enfants et collatéraux de 1^{er} degré > 50 ans ▪ Arrêt tabac ▪ Bilan autre localisation de maladie athéroscléreuse ▪ Contrôle FDR CV : contrôle HTA, Tt anti-agrégant plaquettaire + statine ▪ Tt chirurgical : - Indications : > 50-55mm, croissance rapide ou anévrisme compliqué - Tt chirurgical conventionnel : mise à plat-greffe. Surveillance écho-doppler - Tt chirurgical endovasculaire : voie intra-artérielle fémorale. Surveillance angioTDM
Situations d'urgence	▪ Anévrisme rompu ▪ Anévrisme douloureux ▪ Ischémie aigüe de MI par embolie ▪ Fistule aorto-cave ou aorto-digestive

Anévrisme de artère poplitée	
Généralités	▪ Homme ++ ▪ Bilatéraux 50% ▪ Toujours rechercher AAA ▪ Risque évolutif : ischémie du MI (embolie ou thrombose de anévrisme) ▪ Risque amputation +++
Tableaux cliniques	▪ Anévrismes poplités asymptomatiques : découverte à examen clinique ou exploration échographique ▪ Anévrisme poplité symptomatique : tableau d'ischémie aigüe, ischémie critiques (rarement : ischémie d'effort, compressions locales, rupture exceptionnelle)
Prise en charge	▪ Asymptomatique - Chirurgie si diamètre > 20 mm ou > 15 mm + thrombus important ou dégradation du réseau artériel d'aval - Technique : exclusion-pontage ou mise à plat-greffe - Si pas de chirurgie => surveillance écho-doppler ▪ Symptomatique : - Ischémie aigüe par thrombose de anévrisme : revascularisation en urgence - Ischémie critique : exclusion de anévrisme + pontage - + Tt médical de athérosclérose