

# Masse abdominale découverte lors du bilan d'une hypertension artérielle

## ■ Enoncé

M. A, 53 ans, vous est adressé par son médecin traitant pour la prise en charge de la découverte d'une hypertension artérielle. Au cours de votre examen clinique, vous notez une masse battante abdominale avec, à l'auscultation, la perception d'un souffle systolique. Le patient ne se plaint de rien.

### Question 1

Détaillez le reste de votre examen clinique.

### Question 2

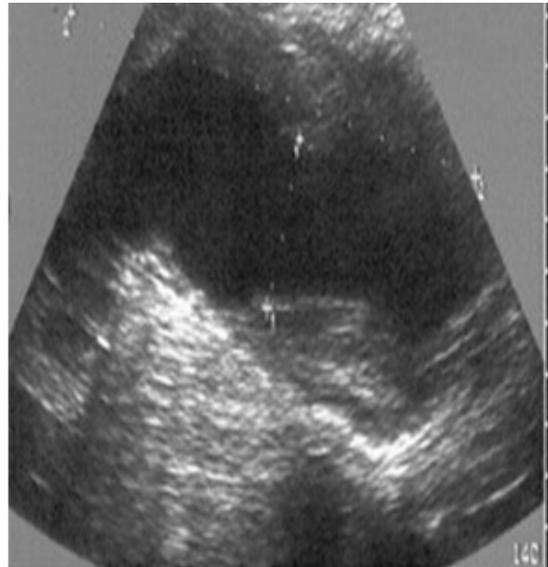
Quelles sont les étiologies à rechercher et les facteurs de risque liés à cette pathologie ?

### Question 3

Quels examens complémentaires proposez-vous à votre patient ?

### Question 4

Les examens suivants ont été réalisés, ces derniers objectivent un diamètre de 42 mm, quelle est votre attitude ?

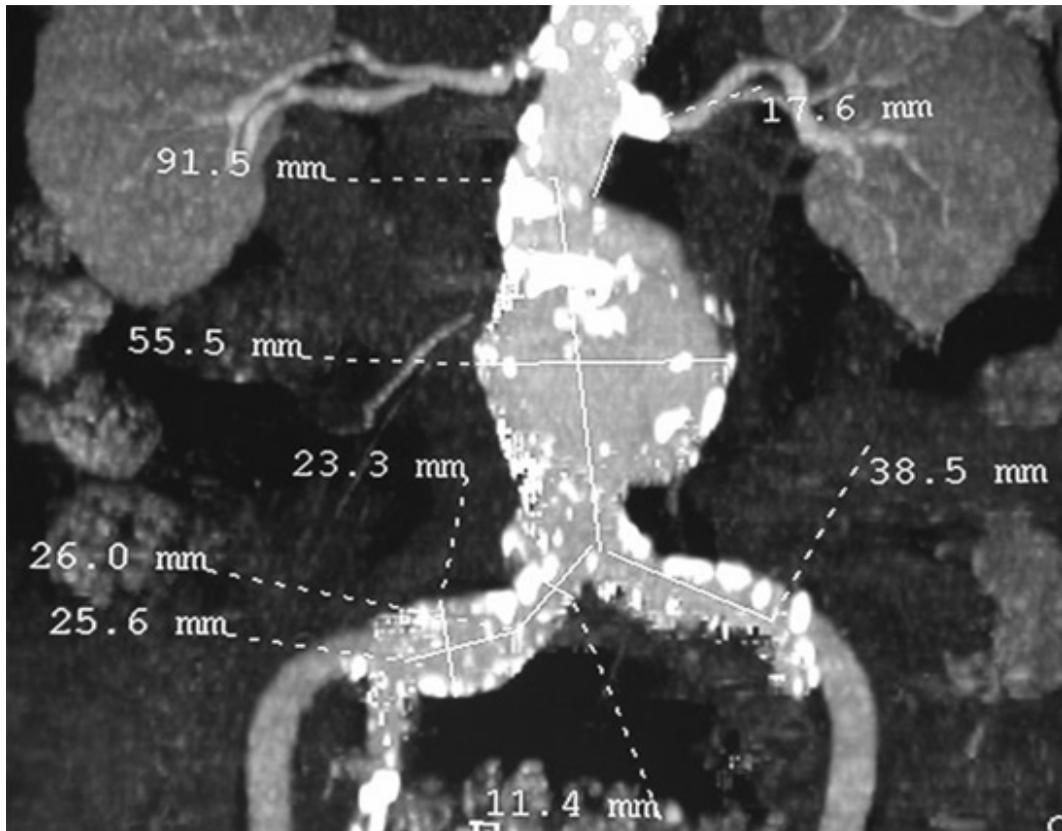


Question 5

Quelles sont les complications possibles de cette pathologie ?

Question 6

La dernière évaluation morphologique vous parvient, ceci modifie-t-il votre prise en charge ?



Question 7

Quels sont les moyens thérapeutiques que vous allez proposer à M. A ?

## ■ Corrections

### ■ Question 1

Détaillez le reste de votre examen clinique.

- A l'interrogatoire :
  - **Signes fonctionnels** (argument de gravité **synonyme de fissuration**) : douleur épigastrique avec potentielle irradiation dorsale et lombaire devant faire suspecter une complication et conduire à une prise en charge en urgence ; **sensation de masse battante abdominale** ; claudication des membres inférieurs
  - **Facteurs de risque cardiovasculaires** : HTA (sévérité et ancienneté, tabagisme (quantification), dyslipidémie (type, sévérité et ancienneté), diabète (type, traitement et ancienneté), antécédents familiaux de pathologie cardiovasculaire
- A l'examen physique :
  - Constantes
  - **Auscultation cardiaque et pulmonaire** à la recherche d'un souffle cardiaque, de signes d'insuffisance ventriculaire droite ou gauche
  - **Examen vasculaire périphérique** avec notamment palpation de l'intégralité des pouls distaux et recherche de souffle sur les axes fémoraux et carotidiens car l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAAo) survient le plus souvent sur un terrain polyvasculaire. Il est donc important de rechercher les autres localisations de la maladie athéromateuse.
  - Recherche d'**anévrismes poplités** associés signant une **maladie anévrismale**
  - Examen de l'AAAo avec palpation prudente (masse battante et expansive), caractérisation du siège (**signe de De Bakey** signant une position sous-rénale), auscultation (souffle systolique inconstant)
- Sans oublier le motif initial de consultation : l'HTA. Doivent donc figurer :
  - **Technique de prise conforme aux recommandations HAS**
  - Calcul du risque cardiovasculaire global
  - Recherche d'**arguments en faveur d'une HTA secondaire**
  - **BU**
  - **ECG**

### ■ Question 2

Quelles sont les étiologies à rechercher et les facteurs de risque liés à cette pathologie ?

- Les étiologies sont :
  - **Athérome** +++
  - **Artérites inflammatoires** (Horton, Takayasu, Kawasaki)
  - **Maladie du tissu élastique** (Marfan, Ehlers-Danlos)
  - **Origine post-traumatique**
  - **Origine infectieuse** (syphilis, localisation bactérienne secondaire)
- Les facteurs de risque sont dominés par :
  - **Age**
  - **Sexe masculin**
  - **Tabagisme**
  - **Antécédents familiaux**
  - **HTA**

### ■ Question 3

Quels examens complémentaires proposez-vous à votre patient ?

- **Bilan de la découverte d'une HTA** selon l'HAS 2005 :
  - **Créatininémie et calcul du débit de filtration glomérulaire** selon la formule de Cockcroft et Gault
  - **Bandelette urinaire** (protéinurie et hématurie) et quantification
  - **Kaliémie** sans garrot pour éviter une augmentation artificielle.
  - **Explorations des anomalies lipidiques et glycémie à jeun**
  - **ECG**

Auquel on peut ajouter en routine selon l'ESC 2007 :

- **Uricémie**
- **Numération formule sanguine (NFS)**

- **Bilan morphologique de l'AAAo :**
  - **Echographie-doppler abdominale** permet de confirmer le diagnostic, de caractériser les limites et la taille et de rechercher des complications
  - **Angio-TDM thoraco-adomino-pelvien** (examen de référence) permettant de mesurer précisément l'AAAo, de définir ses rapports, de rechercher d'autres locations (aorte ascendante, extension aux artères iliaques)
- **Bilan des autres localisations athéromateuses et du terrain :**
  - **Échographie doppler des troncs supra-carotidiens**
  - **Échographie doppler des axes artériels des membres inférieurs**
  - **Echocardiographie transthoracique et test d'ischémie myocardique** (ETT de stress, IRM de stress, Scintigraphie myocardique) ± coronarographie en fonction des résultats
  - **Radiographie du thorax (RXT)** ± exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)

#### ■ Question 4

**L'examen suivant a été réalisé, ce dernier objective un diamètre de 42 mm, quelle est votre attitude ?**

- **Information** du patient sur les risques évolutifs d'un AAAo, les signes devant le conduire à consulter en urgence et l'absolue nécessité d'un suivi régulier
- **Prise en charge du terrain et des facteurs de risque CV : arrêt du tabac**, activité physique régulière et adaptée, règles hygiéno-diététiques...
- **Prise en charge de l'HTA : mesures hygiéno-diététiques et traitement médicamenteux d'emblée** car maladie vasculaire associée (choix de la classe selon les recommandations HAS 2005)
- **Surveillance clinique** (signes fonctionnels, pression artérielle) **tous les 3 mois**
- **Surveillance échographique** tous les **6 mois à 1 an** car taille entre 40 et 50 mm

#### ■ Question 5

**Quelles sont les complications possibles de cette pathologie ?**

- **Compression des organes de voisinage** à l'origine de douleurs (radiculalgies), complications urinaires et digestives.
- **Compression de structures vasculaires adjacentes** (veineuses +++ ) pouvant entraîner l'apparition d'une circulation collatérale, d'un œdème unilatéral de jambe.
- **Rupture** dont le risque est proportionnel à la taille (et à taille égale, risque plus important chez la femme) :
  - **Rétro-péritonéale** +++ : syndrome abdominal aigu associé à un choc hémorragique
  - **Intra-péritonéale** : décès rapide dans un tableau de choc hémorragique foudroyant
  - **Intra-duodénale** : douleurs abdominales et hémorragie digestive basse ± sepsis
  - Dans la **veine cave inférieure** : shunt vrai avec tableau d'insuffisance cardiaque droite par hyperdébit ± hématurie (hyperpression dans la veine rénale) ± EP par migration d'un thrombus intra-sacculaire embolisant directement dans la veine cave
- **Embolies** provenant d'un thrombus intra-sacculaire se formant à la faveur de la diminution de vitesse des flux sanguins dans l'anévrisme avec deux tableaux :
  - **Ischémie aiguë de membre inférieur**
  - Dégradation progressive du lit artériel d'aval par embolisations à bas bruit
- **Thrombose de la poche anévrysmale** avec :
  - Syndrome de Leriche (si thrombose progressive) qui correspond à une oblitération du carrefour aortique, des artères iliaques communes et des hypogastriques. Ce syndrome se traduit par une claudication fessière bilatérale associée à une impuissance.
  - Ischémie du pelvis et deux jambes si aiguë
- **Infection du sac anévrysmal ± emboles septiques à distance**

#### ■ Question 6

**La dernière évaluation morphologique vous parvient, ceci modifie-t-il votre prise en charge ?**

- **Diamètre supérieur ou égal à 50 mm** donc AAAo représentant une indication théorique à une **concertation médico-chirurgicale en vue d'un traitement rapide**
- Débuter en parallèle un **bilan d'opérabilité** (ionogramme, CRP, groupe, rhésus, recherche d'antigènes irréguliers (RAI), RXT, EFR, Echodoppler des troncs supra-carotidiens, ECG, ETT, consultation avec un anesthésiste)
- Exposition au patient du **rapport bénéfice/risque** en faveur de l'intervention
- **Information** claire sur les risques liés aux différentes modalités thérapeutiques et à l'évolution naturelle de la pathologie

## ■ Question 7

Quels sont les moyens thérapeutiques que vous allez proposer à M. A ?

- **Traitement chirurgical** dont les 2 grandes modalités sont :
  - Mise à plat-greffe
  - Endoprothèse
- Beaucoup plus rarement, possibilité de résection.
- Surveillance clinique et paraclinique à la recherche des complications post-chirurgicales et post-endoprothèses (hémorragie, insuffisance rénale aiguë, ischémies digestives, iléus réflexe, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...)

## ■ Items de l'ECN

- 223 - Artériopathie oblitérante de l'aorte, des artères viscérales et des membres inférieurs.
- 228 - Douleur thoracique aiguë et chronique.

## Commentaires et rappels

### Anévrisme: de l'aorte abdominale

#### Définition

- Le diamètre normal de l'aorte sous-rénale est de 18 à 22 mm chez l'homme et 16 à 18 mm chez la femme. L'anévrisme de l'aorte abdominale est défini comme une dilatation localisée (diamètre supérieur à 50% de la normale soit environ 30 mm) de la paroi artérielle avec perte de son parallélisme. Dans la majorité des cas, le siège est sous-rénal.

#### Étiologies

- Maladie athéromateuse +++
- Artérites inflammatoires (Takayasu, Horton, Kawasaki, Behçet et lupus érythémateux disséminé)
- Anévrismes infectieux (syphilis, greffe bactérienne secondaire)
- Maladie du tissu conjonctif (Marfan, Ehlers-Danlos)
- Dissection aortique avec dilatation du faux chenal
- Faux anévrismes

#### Epidémiologie

- Maladie fréquente : 5% des hommes de plus de 60 ans ont une AAAo à plus de 30 mm

#### Facteurs de risques

- 1) Tabagisme
- 2) Hérité
- 3) Age
- 4) Sexe masculin
- 5) HTA
- 6) Terrain polyvasculaire

#### Diagnostic clinique

- Recherche de signes fonctionnels à l'interrogatoire et notamment d'une douleur aspécifique épigastrique, sourde avec potentielles irradiations vers les lombes. Tout signe fonctionnel doit faire suspecter une complication et conduire à une prise en charge en urgence.
- A l'examen, la palpation abdominale recherche une masse battante, pulsatile, expansive. Le signe de De Bakey (possibilité de glisser le tranchant de la main entre la masse et le gril costal) signe la position sous rénale. A l'auscultation, recherche d'un souffle systolique abdominal.
- Enfin, on s'attachera à rechercher des signes de complications ou d'autres localisations de la maladie athéromateuse et anévrysmale.

#### Examens complémentaires

- Echodoppler artérielle de l'aorte abdominale
- Angio-TDM abdominale +++
- Angio-IRM abdominale
- Aortographie de manière anecdotique, pour certains en pré-opératoire

#### Bilan des autres localisations athéromateuses et du terrain

- Systématiquement, en milieu spécialisé cardiologique, recherche de tous les facteurs de risque cardiovasculaire, recherche d'une atteinte des axes carotidiens (Echodoppler), ECG, épreuve d'effort, à compléter éventuellement par un autre test d'ischémie. Peut se discuter également une échodoppler artérielle des membres inférieurs.

#### Complications

- Compression des organes de voisinage
- Rupture (rétropéritonéale+++, intrapéritonéale, duodénale et veine cave inférieure)
- Embolisations périphériques
- Infection

#### Traitement

- Prise en charge du terrain et des facteurs de risque cardiovasculaires
- Prise en charge des autres localisations de la maladie athéromateuse
- Traitement curatif chirurgical par technique de mise à plat-greffe ou traitement endovasculaire par endoprothèse.
- Indications :
  - diamètre supérieur à 5 cm
  - augmentation de diamètre de plus de 1 cm en 1 anCertains centres posent maintenant l'indication d'un traitement dès un diamètre supérieur à 45 mm.
- Principe de la mise à plat greffe : à travers une cicatrice abdominale verticale ou transversale, ouverture de l'anévrisme: après clampage, ablation du thrombus et ligature des collatérales, rétablissement de la continuité par tube, prothèse tubulaire ou bifurquée (si intéresse le carrefour aorto-iliaque comme sur l'illustration), fermeture de la poche anévrismale sur la prothèse afin de la séparer du tube digestif.



Figure 1 : Anévrisme de l'aorte abdominale dont l'origine est au-dessus des artères rénales



Figure 2 : Prothèse aortique bifurquée