

Anévrisme géant de la veine splénique

Giant aneurysm of the splenic vein

Andry Nampoinanirina Rasolonjatovo, Lova Hasina Narindra Rajaonarison Ny Ony, Hasina Urselle Andrianarimanitra, Emmylou Prisca Gabrielle Andrianah, Hasina Dina Ranoharison, Ahmad Ahmad

CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Service d'imagerie médicale, Antananarivo, Madagascar
<andrydida@gmail.com>

Contrairement aux anévrismes artériels, les anévrismes veineux sont rares. Ces anévrismes veineux sont localisés le plus souvent soit au niveau du cou soit aux membres inférieurs [1]. Parmi les anévrismes intéressant les veines abdominales, le système porte représente la localisation la plus fréquente [1], avec une préférence extra-hépatique, à hauteur du confluent spléno-mésaraïque. Soixante-dix cas d'anévrisme du système porte ont été rapportés de 1965 à 2002 [2]. Ils ont une incidence estimée à moins de 3 % [3]. Nous rapportons un cas d'anévrisme géant de la veine splénique et précisons la place de l'imagerie médicale dans le diagnostic de cette affection.

Observation

Un homme de 63 ans présentait des douleurs abdominales avec hémorragie digestive se manifestant par une hématé-mèse. L'examen clinique n'a révélé aucune particularité. Un bilan paraclinique comportant un scanner abdomino-pelvien a été demandé. La tomодensitométrie (TDM) a été réalisée sans, puis avec, injection de produit de contraste, et a permis d'objectiver une dilatation tortueuse de la veine splénique mesurant 40 mm de diamètre (*figure 1*), et de la veine mésentérique supérieure mesurant 17 mm de diamètre transverse. Il y avait également une dilatation non anévris-male du tronc porte à 19 mm de diamètre, des circulations veineuses de dérivation, une splénomégalie avec une rate de 193 mm de flèche et une ascite libre de moyenne abon-dance (*figure 2*). Tous ces signes entrent dans le cadre d'un syndrome d'hypertension portale. Le reste de l'exploration était sans particularité.

Tirés à part :

A.N. Rasolonjatovo

Discussion

L'anévrisme se définit par une dilatation fusiforme ou sac-ciforme d'un vaisseau. Au niveau du système porte, on parle d'anévrisme quand le diamètre transverse dépasse 20 mm pour le tronc porte, 9 mm pour les branches de la veine porte, 11,5 mm pour la veine mésentérique supé-rieure et 10 mm pour la veine splénique [4]. Les causes des dilatations veineuses du système porte extra-hépatique font encore l'objet d'interrogation. Actuellement, quelques hypothèses ont été avancées, parlant d'une origine congé-nitale, acquise ou traumatique [1]. La découverte d'un tel anévrisme, chez les enfants ou adultes jeunes sans antécédent particulier, oriente l'origine congénitale. Cette origine congénitale serait due à un défaut d'oblitération, pendant la vie fœtale, d'une partie de la veine vitelline droite à partir de laquelle se développe le système porte. La persistance d'un petit diverticule affaiblirait la paroi vasculaire qui pourrait alors se dilater et évoluer vers un anévrisme. Parmi les facteurs acquis, l'hypertension por-tale est la principale cause évoquée [1], comme c'est le cas pour notre patient. Cependant, l'hypertension portale pour-rait être dans certain cas la conséquence de l'anévrisme par augmentation du flux veineux [1].

Le plus souvent, l'anévrisme du système porte est asymp-tomatique et sa découverte est fortuite dans 76 % des cas, lors d'un bilan pour une autre pathologie connue comme le diabète de type II ou la cirrhose [4]. Elle est parfois symp-tomatique, se traduisant le plus souvent par un syndrome d'hypertension portale (25 %) ou des signes de compli-cations à type de douleurs abdominales, d'hémorragie digestive ou d'ictère ; la rupture inaugurale est exception-nelle et mortelle [1, 3, 5, 6].

L'imagerie permet de poser le diagnostic, de rechercher une éventuelle étiologie acquise, de rechercher les compli-cations et d'effectuer une surveillance.

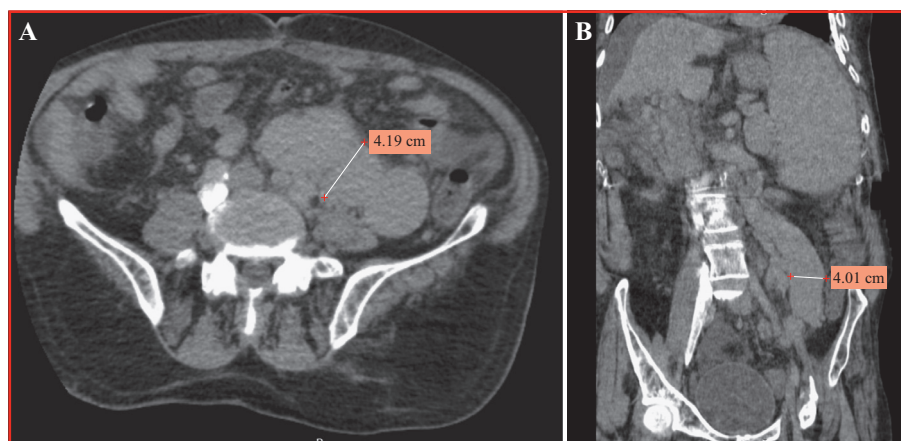


Figure 1. Scanner abdomino-pelvien au temps portal. Coupe axiale (A) et coronale (B) montrant l'anévrisme de la veine splénique.

Plusieurs moyens d'imagerie peuvent être utilisés pour poser le diagnostic positif. En échographie, l'anévrisme se présente comme une image anéchogène en continuité avec le système porte. Au doppler, le flux est de type portal, monophasique et hépatopète. L'angioscanner permet de décrire plus précisément l'anévrisme en mettant en évidence une masse hypodense, rehaussée de manière intense et homogène dans le même temps que

la veine d'origine en absence de thrombose. L'angio-IRM et l'angiographie réalisent une véritable cartographie vasculaire, mais l'angiographie conventionnelle ne représente plus actuellement l'examen de choix en raison de son caractère invasif et de sa morbi-mortalité [4].

La prise en charge des anévrismes du réseau veineux splanchnique varie en fonction des publications et dépend de la taille, de la localisation, des symptômes et/ou des complications et de l'état du patient. Elle se résume, pour la majorité des auteurs, à l'abstention thérapeutique pour les anévrismes asymptomatiques, sans signes d'hypertension portale. Le suivi radiologique est seulement indiqué en cas d'anévrisme symptomatique ou de grande taille. Ce suivi est réalisé par échographie avec doppler, dont la fréquence n'est pas consensuelle et varie selon les patients. Les examens initiaux sont espacés d'un à trois mois, puis sont effectués annuellement devant le caractère stable de l'anomalie. En cas d'apparition ou d'aggravation des signes cliniques, un contrôle par imagerie en coupe est indiqué pour mieux apprécier une modification de taille ou une apparition de thrombose [4].

La chirurgie est indiquée chez les patients symptomatiques ou en cas d'anévrisme géant en raison du risque de thrombose ou de rupture [7]. La chirurgie consiste en une anévrismomorphie et des traitements de l'hypertension portale avec des résultats très controversés. La seule véritable indication non discutable est la rupture aiguë avec hémorragie interne non contrôlable [6].

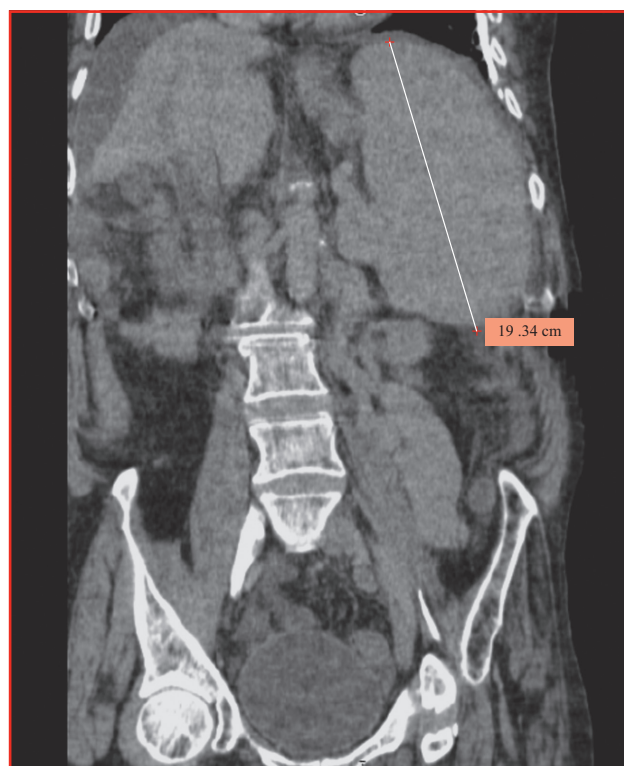


Figure 2. Scanner abdomino-pelvien au temps portal : coupe coronale montrant la splénomégalie.

Conclusion

Les anévrismes veineux du système splanchnique sont des anomalies vasculaires rares dont l'étiopathogénie n'est pas clairement définie. L'imagerie médicale a un

rôle primordial dans le diagnostic positif et le suivi. Il n'existe pas de consensus guidant la prise en charge, mais une évolution vers une attitude attentiste se dessine avec l'avènement et la disponibilité des techniques d'imagerie non invasive, notamment de l'écho-doppler. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Billaud Y, Pilleul F, Meyer X, *et al.* Anévrysme de la veine mésentérique supérieure : apport de l'imagerie. *J Radiol* 2003 ; 84 : 857-60.
2. Mucenic M, Rocha M, Laudanna AA, Cancado EL. Treatment by splenectomy of a portal vein aneurysm in hepatosplenic schistosomiasis. *Rev Inst Med Trop* 2002 ; 44(5) : 261-4.
3. López-Machado E, Mallorquín-Jiménez F, Medina-Benítez A, Ruiz-Carazo E, Cubero-García M. Aneurysm of the portal venous system: ultrasonography and CT findings. *Eur Radiol* 1998 ; 26 : 210-4.
4. Weber G, Milot L. Les anévrismes du réseau splanchnique : à propos de 13 patients. *J Radiol* 2008 ; 89(3) : 311-6.
5. Glazer S, Gaspar RM. Anévrysme de la veine porte extra-anatomique : rapport d'un cas traité par thrombectomie et anévrismorraphie. *Ann Chir Vasc* 1992 ; 6 : 338-43.
6. Okur N, Inal M. Spontaneous rupture and thrombosis portal vein aneurysm. *Abdom imaging* 2003 ; 28 : 675-7.
7. Luo HF, Wang HJ, Li B, Wang ZY. Diagnosis and management of extrahepatic portal vein aneurysm: a case report. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2006 ; 5 : 311-3.