

ANEVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE REVELE PAR DES HEMATEMESES CHEZ UN PATIENT DE 32 ANS INFECTE PAR LE VIH

N. OUEDRAOGO, A. NIAKARA, C. LOUGUE-SORGHO

Med Trop 2003; **63** : 64-67

RESUME • L'anévrysme de l'aorte est un diagnostic rare chez le sujet jeune. Nous rapportons un cas d'anévrysme disséquant de l'aorte chez un homme de 32 ans, infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La présentation est celle d'hématémèses abondantes et récidivantes. Le diagnostic, évoqué par l'examen clinique cardio-vasculaire, est confirmé par l'échographie et la tomodensitométrie. Le tableau clinique se complique d'un syndrome cave supérieur et d'une insuffisance rénale; l'évolution est défavorable en l'absence de traitement chirurgical. Une revue de la littérature montre la fréquence croissante des atteintes des gros vaisseaux chez les patients jeunes infectés par le VIH. Les mécanismes physiopathologiques de ces lésions sont discutés. Ces lésions artérielles doivent être recherchées systématiquement à l'examen clinique de tout patient infecté par le VIH, les tableaux cliniques pouvant être trompeurs. La confirmation diagnostique peut être obtenue par l'échographie, l'échodoppler et l'examen tomographique.

MOTS-CLES • VIH - Anévrysme aorte - Hématémèse.

ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM HERALDED BY HEMATEMESIS IN A 32-YEAR-OLD HIV-POSITIVE PATIENT

ABSTRACT • Aortic aneurysm is an uncommon in young patients. The purpose of this report is to describe a case of dissecting aortic aneurysm in a 32-year-old man with human immunodeficiency virus (HIV) infection. The presenting symptom was recurrent massive hematemesis. Diagnosis was suspected on the basis of clinical cardiovascular assessment and confirmed by ultrasonography and computed tomography. The clinical course was complicated by superior vena cava syndrome and kidney failure. Outcome in the absence of surgical treatment was fatal. Review of the literature indicates a rising incidence of large vessel disease in young patients with HIV infection. The underlying pathophysiological mechanisms is unclear. Assessment for arterial lesions should be performed in all patients with HIV infection since clinical signs may be misleading. Definitive diagnosis can be achieved by ultrasonography, Doppler ultrasound or computed tomography.

KEY WORDS • HIV – Aortic aneurysm – Hematemesis.

L'infection à VIH est responsable de nombreuses atteintes vasculaires. Si les lésions des petits vaisseaux de type vascularite ont été largement décrites, les atteintes des grosses artères sont moins fréquemment rencontrées. Nous rapportons un cas d'anévrysme disséquant de l'aorte abdominale survenu chez un patient jeune infecté par le VIH, révélé par des hématomèses.

OBSERVATION

Monsieur SA, 32 ans, sans antécédents ni facteurs de risque cardiovasculaire est hospitalisé pour hématomèses et douleurs thoraco-abdominales.

• Travail du Département d'anesthésie-réanimation (N.O., Anesthésiste-réanimateur), du Service de cardiologie, (A.N., Cardiologue-réanimateur médical) et du Service de radiologie et d'imagerie médicale (C.L.S., Radiologue) Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

• Correspondance : N. OUEDRAOGO, 01 BP 4900, Ouagadougou 01, Burkina Faso • Fax : +226 31 26 53 • E-mail : nazinigouba@cenatrin.bf •

• Article reçu le 18/01/2002, définitivement accepté le 31/03/2003.

Histoire de la maladie

Le malade présente depuis 6 mois des épisodes fébriles avec douleurs thoraciques et abdominales, sans toux, au cours desquels la microbiologie n'a retrouvé qu'une infection uro-génitale et une giardiose; les autres explorations (fibroscopie, radiographie et échographie abdominales) sont négatives. Sont apparues depuis un mois des hématomèses de sang rouge, dont un épisode avec collapsus motive l'hospitalisation.

Examen clinique

L'état général est altéré, avec un amaigrissement de 10 % du poids du corps en trois mois, des pics thermiques à 39°C et une pâleur des conjonctives. La pression artérielle atteint 170/100 mmHg en dehors des hématomèses. L'examen pleuro-pulmonaire et digestif est normal. On trouve de volumineuses adénopathies inguino-crotales et axillaires, indolores. L'examen cardio-vasculaire révèle un souffle systolique épigastrique et latéro-thoracique gauche irradiant dans les carotides. On ne palpe pas de masse battante sur les trunks vasculaires, les pouls sont symétriques et bien perçus aux

membres supérieurs, très faibles mais non abolis aux membres inférieurs. L'hypothèse d'une dissection aortique est évoquée.

Examens complémentaires

La radiographie thoracique, l'électrocardiogramme et l'échocardiographie transthoracique sont normaux. L'ASP ne montre pas d'anomalies. La fibroscopie oeso-gastrique montre une hernie hiatale de moyen volume avec oesophagite liée au reflux, un syndrome de Mallory-Weiss, et l'absence de saignement actif. L'hémogramme montre une anémie à 8 g/dl d'hémoglobine avec hyperleucocytose à 14 700 éléments/mm³. Le taux de plaquettes et le bilan de coagulation sont normaux ainsi que les examens biochimiques. Les recherches parasitologiques et bactériologiques, et les sérologies typhique et syphilitique sont négatives. La sérologie est positive pour le VIH-1.

L'échographie abdominale montre une ectasie aortique localisée au niveau de l'émergence du tronc cœliaque d'environ 35 mm, avec un aspect de *flap* intimal, caractéristique d'une dissection (Fig. 1) ; elle objective une lame liquidienne dans l'arrière-cavité des épiploons faisant suspecter une fissuration. La tomodensitométrie réalisée à J5 (Fig. 2) confirme le diagnostic d'anévrisme disséquant de l'aorte en regard du tronc coeliaque.

Il s'agit donc d'un patient de 32 ans, avec un terrain d'immuno-dépression acquise, qui présente un anévrisme disséquant de l'aorte, et des hématoméses itératives probablement en rapport avec une fissuration. Une intervention dans un centre chirurgical spécialisé est envisagée.

Evolution

Les hématoméses se répètent, nécessitant des transfusions massives. Un contrôle tensionnel strict est réalisé par l'administration titrée de nicardipine, d'antalgiques et d'anxiolytiques. Dans l'attente de son évacuation pour une prise en charge chirurgicale, on institue un traitement anti-



Figure 1 - Echographie abdominale. Dilatation de l'aorte abdominale sus-rénale avec membrane intimale flottante dans la lumière vasculaire. Contours des vaisseaux mal définis.

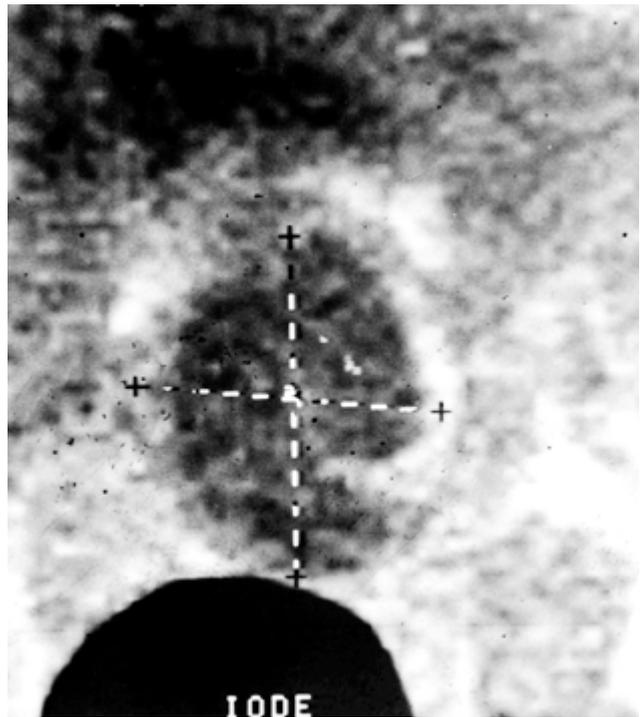


Figure 2 - TDM abdomino-thoracique. Aorte descendante dilatée avec visualisation d'une membrane flottante séparant des chenaux aortiques tardivement opacifiés.

biotique empirique (cotrimoxazole - fluconazole - métronidazole) et antituberculeux. Malgré la stabilisation tensionnelle, l'apyrexie et la sédation, l'état clinique du patient se dégrade avec une détérioration rapide de la fonction rénale et l'apparition d'un syndrome cave supérieur à partir de J 23. Le patient décède à J 27 dans un tableau de syndrome cave majeur et d'insuffisance rénale (créatininémie : 849 µmol/l).

COMMENTAIRES

L'altération de l'état général, la répétition des épisodes fébriles sur plusieurs mois et les polyadénopathies chez un adulte jeune évoquent, dans un pays où sa prévalence atteint 7 % de la population générale, une infection à VIH que la sérologie confirme chez notre patient (1).

Les hématoméses abondantes ou récidivantes sont le plus souvent dues à des lésions oeso-gastriques, dont la fibroscopie permet habituellement le diagnostic. Dans les rares cas rapportés dans la littérature chez des patients infectés par le VIH, on retrouve l'association de lésions ulcérées et d'une coagulopathie (2). Chez notre patient, une hernie hiatale, une oesophagite et un syndrome de Mallory-Weiss pouvaient rendre compte des hématoméses ; mais leur caractère catadysmique, en l'absence de coagulopathie, suggère d'autres étiologies. La présence d'un souffle artériel thoraco-abdominal et des pouls faibles aux membres inférieurs, mais normaux aux membres supérieurs, orientent vers une atteinte aortique.

L'échographie abdominale est un examen dont la contribution à l'exploration vasculaire des patients porteurs du VIH est bien établie (3). Les anomalies les plus fréquentes sont des modifications de l'échogénicité des parois dues aux lésions de vascularites. Les anomalies de calibre sont le plus souvent des réductions ; des dilatations anévrysmales ont été rapportées (4). L'échographie de notre patient, en montrant une ectasie localisée avec un *flap* intimal, est fortement évocatrice de dissection et confirme l'intérêt de cet examen simple, accessible et peu coûteux. Elle justifie l'indication d'explorations ultérieures, plus coûteuses ultérieures.

L'imagerie tomodensitométrique peut être trompeuse dans les lésions anévrysmales partiellement thrombosées, faisant évoquer des adénopathies latéro-aortiques (4). Les lésions initiales consistent en un anneau hypodense interrompant les calcifications athéromateuses (5). L'imagerie TDM de notre patient retrouve une fine membrane flottante hypodense qui, même en absence de calcifications déplacées, permet d'affirmer la dissection.

Nous n'avons pas pu disposer d'IRM, qui montre, selon la littérature, des images typiques, ni de l'artériographie qui reste l'examen de référence avant une cure chirurgicale (5). L'étude bactériologique et anatomo-pathologique n'a pu être réalisée.

La révélation d'un anévrysme de l'aorte par des hématomésès, supposant la fistulisation spontanée de l'anévrysme dans le tractus digestif, est une présentation rare et trompeuse, orientant les investigations vers le tube digestif (6) ; dans notre observation, elle a certainement contribué à retarder le diagnostic après les premiers épisodes hémorragiques, hémorragies liées au syndrome fissuraire de cet anévrysme aortique.

Le syndrome cave supérieur est dû à une masse compressive médiastinale, liée à une tumeur maligne dans plus de 90 % des cas, et rarement à un anévrysme de l'aorte ascendante ; Olmos *et Coll* (7) ont décrit un cas au cours d'une infection par le VIH, lié à un anévrysme syphilitique de l'aorte. Dans notre observation, le syndrome cave peut être lié à une extension thoracique de l'anévrysme aortique abdominal, ou à une seconde localisation.

Le mécanisme des atteintes vasculaires au cours de l'infection à VIH est discuté. Les auteurs du début des années 90 ont rapporté surtout des atteintes du système nerveux central ; les lésions les plus fréquentes sont des vascularites de type périartérite noueuse. Ces lésions nécrosantes sont attribuées à l'action d'immun-complexes sur l'endothélium, pouvant impliquer le virus VIH ou d'autres germes infectieux (mycobactérie, tréponème, salmonella, staphylocoque, virus hépatite B) (4, 8).

Les études ultra-sonographiques et anatomo-pathologiques montrent que les patients infectés par le VIH présentent précocement des lésions athéromateuses, ce qui suggère une agression de l'endothélium (9). De nombreuses études expérimentales montrent que le VIH provoque le développement d'une vasculopathie extensive caractérisée par une infiltration de l'adventice par les cellules sanguines, et une réduction de la lumière. Le rôle de l'endothélium a fait l'objet d'une importante revue récente : les altérations de ses pro-

priétés d'adhésion et de perméabilité seraient un élément-clé des atteintes vasculaires (10). Ces données pourraient expliquer l'existence, à côté des lésions de vascularites, d'atteintes des gros vaisseaux de type anévrysme (11). En plus de son action directe le VIH facilite l'agression endothéliale par d'autres germes, ce qui rendrait compte de la fréquence des anévrysmes infectés (12).

Le traitement de la dissection aortique est chirurgical ; associé au traitement antibiotique adapté le cas échéant, il peut donner des résultats satisfaisants même sur les lésions tuberculeuses (13). Les traitements antiviraux associés aux échanges plasmatiques, aux corticoïdes et aux vasodilatateurs semblent bénéfiques dans les vascularites mais leurs effets sur l'évolution des lésions anévrysmales ne sont pas connus (12).

CONCLUSION

La symptomatologie de l'infection à VIH est protéiforme. Les atteintes vasculaires sont fréquemment rapportées. L'intérêt de notre observation réside dans la révélation, chez un patient jeune, d'un anévrysme aortique disséquant par des hématomésès liées au syndrome fissuraire. Dans un contexte de forte prévalence de cette infection, la fréquence de ces atteintes vasculaires va aller croissant. Seul un examen clinique systématique permettra au praticien de déjouer les tableaux trompeurs et d'orienter le patient vers des explorations complémentaires pertinentes. Le diagnostic, s'il est fait précocement par l'échographie et/ou la tomodensitométrie, permet une prise en charge plus efficiente, prise en charge rendue difficile dans notre pratique par l'absence de centre de chirurgie vasculaire.

REFERENCES

- 1 - MEDA N, SANGARE L, LANKOANDE S *et Coll* - L'épidémie à VIH au Burkina Faso : situation actuelle et niveau des connaissances de la population sur le sida, 1994-1995. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998 ; **46** : 14-23.
- 2 - CAPPELL MS, GELLER AJ - The high mortality of gastrointestinal bleeding in HIV-seropositive patients : a multivariate analysis of risk factors and warning signs of mortality in 50 consecutive patients. *Am J Gastroenterol* 1992 ; **87** : 815-824.
- 3 - N'GBESSO RD, N'GOAN AM, TAHIROU K *et Coll* - Modifications échostructurales des vaisseaux et des espaces périvasculaires rétroperitonéaux au cours de l'infection rétrovirale : résultats préliminaires. *Cahiers Santé* 1997 ; **7** : 25-31.
- 4 - SELLAMI D, LUCIDARME O, LEBLEU L, GRENIER P - Anévrysme infectieux de l'aorte abdominale : un aspect TDM précoce. *J Radiol* 2000 ; **81** : 899-901.
- 5 - HEUSSEL CP, KAUCZOR HU, HEUSSEL G *et Coll* - Aneurysms complicating inflammatory diseases in immunocompromised hosts : value of contrast-enhanced CT. *Eur Radiol* 1997 ; **7** : 316-319.
- 6 - IGUCHI A, MIYAZAKI S, AKIMOTO H *et Coll* - Successful management of secondary aorto-esophageal fistula with graft infection. *Thorac Cardiovasc Surg* 2001 ; **49** : 126-128.

- 7 - OLMOS JM, FERNANDEZ-AYALA M, GUTIERREZ JA *et Coll* - Superior vena cava syndrome secondary to syphilitic aneurysm of the ascending aorta in human immunodeficiency virus-infected patient. *Clin Infect Dis* 1998; **27** : 1331-1332.
- 8 - CONRI C, MESTRE C, CONSTANS J, VITAL C - Vasculite type périartérite noueuse et infection par le virus de l'immuno-déficience humaine. *Rev Med Interne* 1991; **12** : 47-51.
- 9 - TABIB A, LEROUX C, MORNEX, JF, LOIRE R - Accelerated coronary atherosclerosis and arteriosclerosis in young human-immunodeficiency- virus-positive patients. *Coron Artery Dis* 2000; **11** : 41-46.
- 10 - BUSSOLINO F, MITOLA S, SERINI G *et Coll* - Interactions between endothelial cells and HIV-1. *Int J Biochem Cell Biol* 2001; **33** : 371-390.
- 11 - CHETTY R - Vasculitides associated with HIV infection. *J Clin Pathol* 2001; **54** : 275-278.
- 12 - GISSELBRECHT M, COHEN P, LORTHOLARY O *et Coll* - Human immunodeficiency virus-related vasculitis. Clinical presentation of and therapeutic approach to eight cases. *Ann Med Interne* 1998; **149** : 398-405.
- 13 - BOJAR RM, TURNER MT, VALDEZ S *et Coll* - Homograft repair of a tuberculous pseudoaneurysm of the ascending aorta. *Chest* 1998; **114** : 1774-1776.

