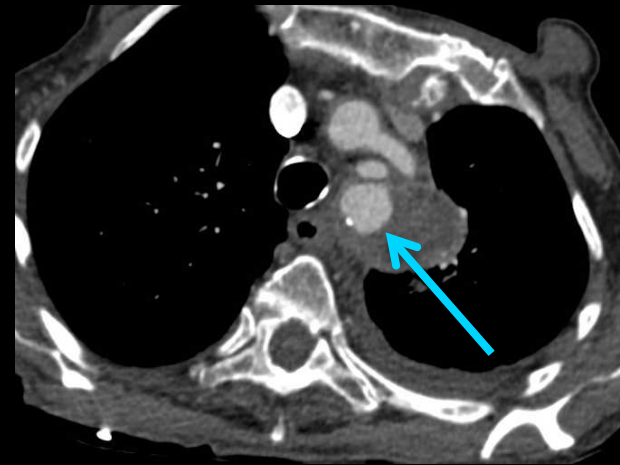
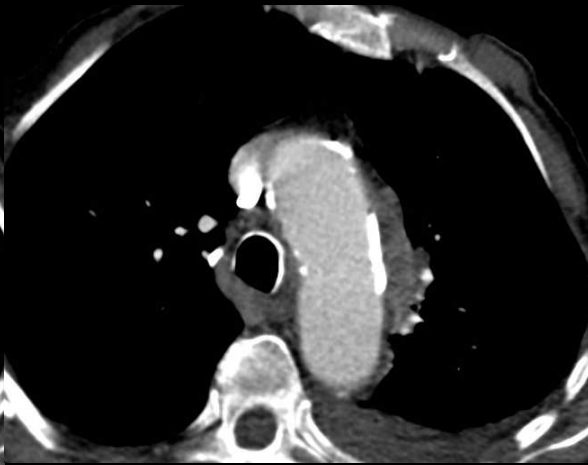
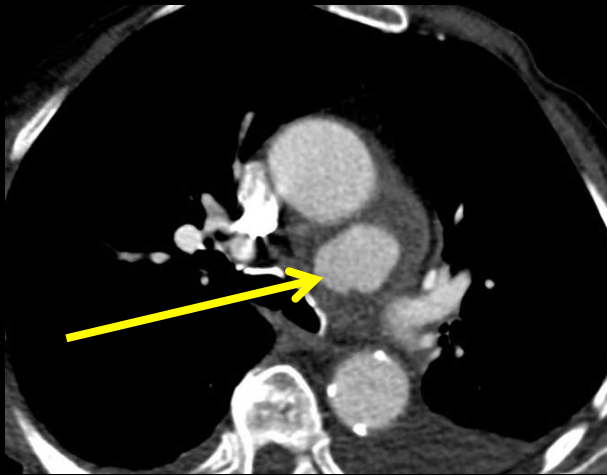


Femme 91 ans, fièvre sans point d'appel, syndrome inflammatoire biologique
→ recherche d'un foyer infectieux profond

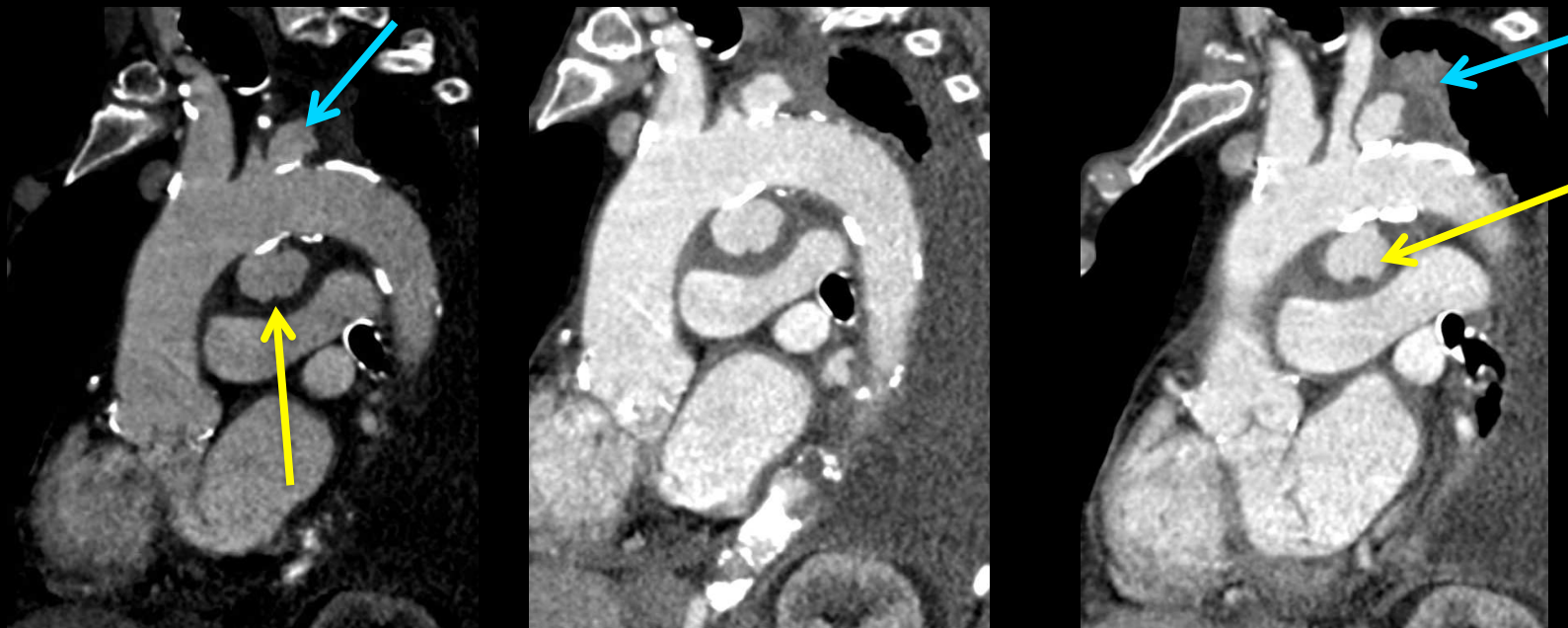
Meyer JB (IHN)



quels sont les éléments sémiologiques à retenir dans ce contexte et que faire pour progresser dans le diagnostic

- présence d'une image arrondie dans la concavité de l'aorte thoracique ,se rehaussant de façon synchrone à la lumière aortique
 - à l'entour , zone hypodense cernée à l'extérieur par une "capsule" sans calcifications athéromateuses : adventice épaissie ?
 - au dessus de la crosse , on trouve une deuxième image du même type développée en arrière de l'artère sous clavière gauche
- sur la première image on aurait pu penser à un faux anévrisme par rupture de l'isthme aortique s'il y avait eu des antécédents récents de forte décélération (choc frontal ou chute verticale à grande vitesse), mais ce n'est pas le cas .

pour mieux comprendre les aspects anatomiques , les reformations multiplanaires s'imposent



il existe bien deux images "anévrysmales" de l'aorte thoracique :

- l'une dans la concavité de la crosse (portion horizontale de l'aorte thoracique)
- l'autre implantée sur le dôme , à gauche de la sous-clavière gauche

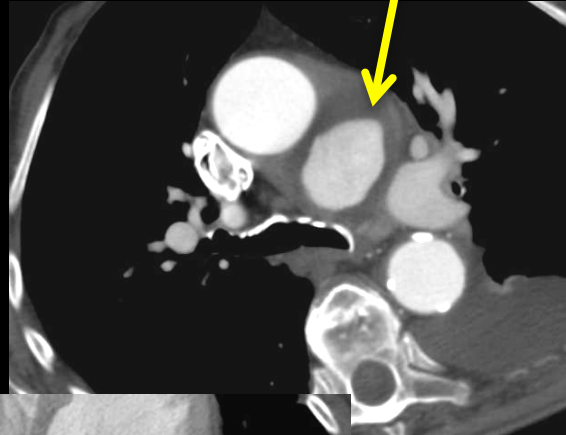
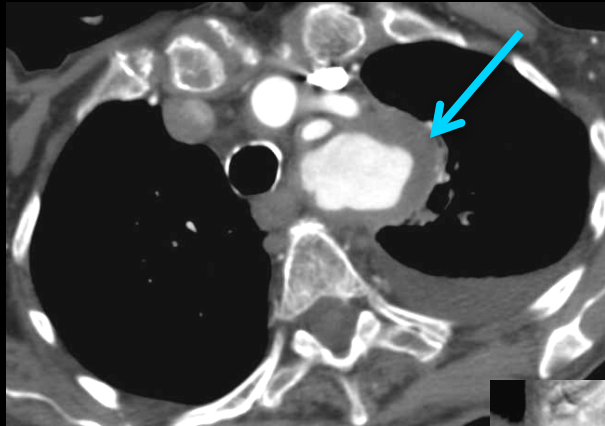
il n'y a pas de calcifications athéromateuses des parois des "anévrismes" et il faut revenir à la révélation clinique de cette pathologie : fièvre sans point d'appel clinique et syndrome inflammatoire biologique car là est la clé du diagnostic ! qui est



anévrismes infectieux (ou mycotiques) de la crosse aortique qui sont sensu stricto des faux anévrismes (pseudo anévrismes) car ils n'ont pas de paroi propre et correspondent à des brèches pariétales intéressant les 3 tuniques normales (intima , media, adventice) avec constitution d'une cavité hématique "contenue" par les tissus mous avoisinants qui organisent comme ici une "néo-adventice" aux qualités mécaniques aléatoires ...

Hémocultures : bactériémie **SAMS**, pas de porte d'entrée retrouvée, ETT et ETO : négatives

Contrôle TDM J +15

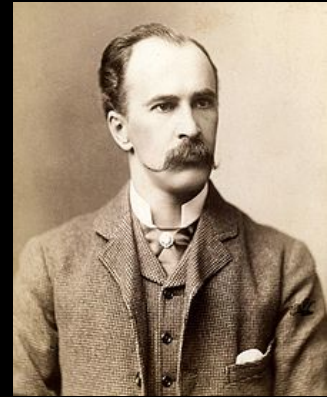


l'évolution très rapide dans le temps , en taille et en nombre est une caractéristique majeure des faux anévrysmes infectieux par rapport aux anévrysmes athéromateux et cet exemple montre l'augmentation majeure du volume des 2 lésions connues , en particulier de celle du dôme , ainsi que l'apparition de nouvelles localisations sur la face antérieure de l'aorte thoracique basse .

Cette évolutivité doit être prise en compte pour les indications chirurgicales des formes accessibles et impose de toutes façons la mise en œuvre immédiate d'une antibiothérapie efficace pour tenter d'éviter une issue fatale qui est intervenue ici à J 17...

Anévrismes mycotiques aortiques (anévrisme infectieux)

pourquoi cette dénomination trompeuse puisqu'elle semble suggérer que l'agent infectieux responsable est préférentiellement ou exclusivement un champignon



1885 : Sir William Osler qui a décrit ces lésions les a qualifiées de " mycotiques " en raison de leur aspect macroscopique à l'autopsie qui les fait ressembler à un champignon dont le chapeau "bombe" dans les tissus mous périlésionnels tandis que le "pied" plonge en profondeur . Il n'y avait donc dans la sémantique adoptée aucune idée du suggérer l'étiologie

le terme d'anévrisme infectieux aortique secondaire à endocardite infectieuse doit donc être préféré à celui d'anévrysme mycotique pour lever toute ambiguïté

cette appellation doit être utilisée pour les anévrismes infectieux de toute étiologie ; l'origine fungique étant largement minoritaire ; les causes bactériennes étant de très loin les plus fréquentes , avec comme germes de prédilection : staphylocoque aureus , salmonelles , pneumocoque

les anévrysmes infectieux représentent 0.7 à 2.6 % des anévrismes aortiques

sur le plan pédagogique et pour insister sur le risque évolutif sans commune mesure avec celui des anévrysmes athéromateux, il serait utile de les désigner sous le terme de **pseudo-anévrysme infectieux** (ou faux anévrysme infectieux)

faux anévrysmes infectieux aortiques

Diagnostic :

Clinique (fièvre, syndrome inflammatoire biologique, hémocultures, ATCD)

Imagerie

Evolution rapide +++

Aspect sacciforme

Atteinte inflammatoire des espaces péri-aortiques

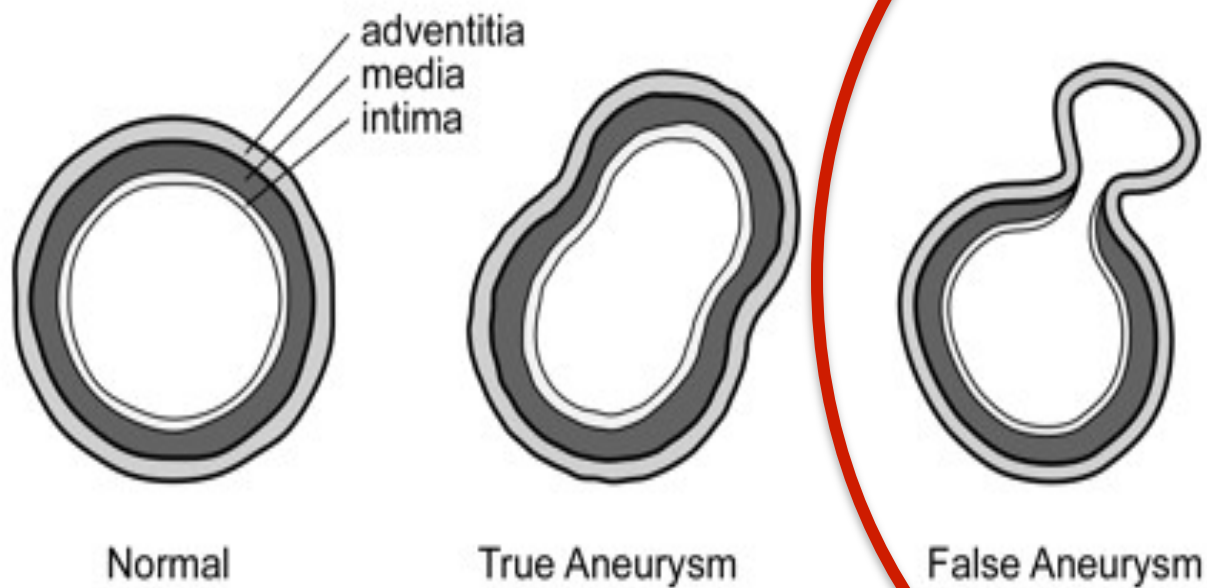
Pas de thrombus mural ni de calcifications pariétales

Localisation inhabituelle pour des anévrysmes athéromateux (qui siègent préférentiellement sur l'aorte abdominale sous-rénale, les artères hypogastriques, poplitées ...)



15 jours





dilatation focale, sacciforme et excentrée
caractéristique d'un **faux anévrisme**
infectieux de la portion descendante de
l'aorte thoracique



Take Home Message

le diagnostic de **faux anévrisme infectieux de l'aorte thoracique ou abdominale** doit être **affirmé avec conviction** par le radiologue car il faut souvent persuader les cliniciens de l'urgence qu'ils représentent par rapport aux anévrismes athéromateux classiques, en raison de leur évolutivité rapide

la prise en compte du **tableau clinique révélateur** (fièvre, syndrome inflammatoire biologique, hémocultures, ATCD) du contexte de survenue (drogué IV, infection pulmonaire, digestive, urinaire récente ;.), mais surtout **la ou les localisations inhabituelles** ainsi que l'aspect morphologique sont les éléments déterminants du diagnostic radiologique

l'aspect sacciforme, **l'absence de calcifications pariétales** et de thrombus mural, l'aspect inflammatoire des espaces cellulo-graisseux péri-aortiques, sont, à côté de la localisation inhabituelle, les éléments sémiologiques les plus importants du diagnostic

