

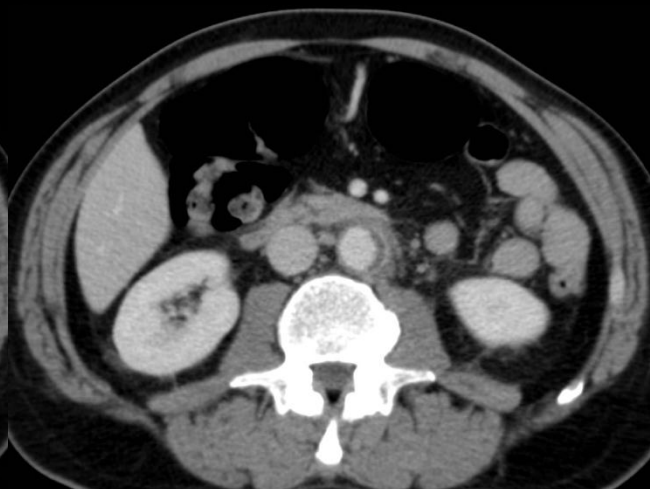
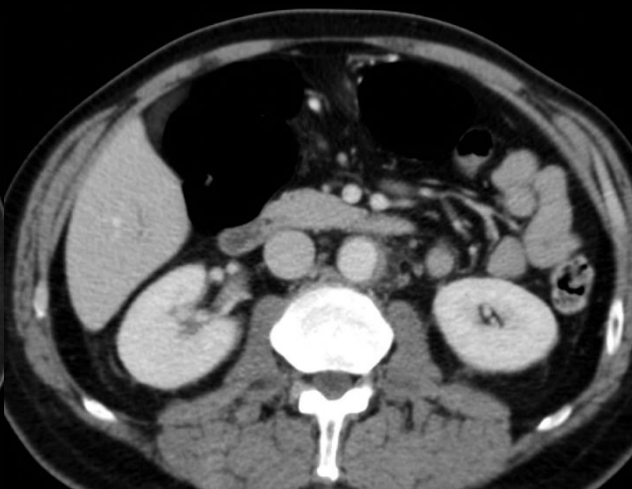
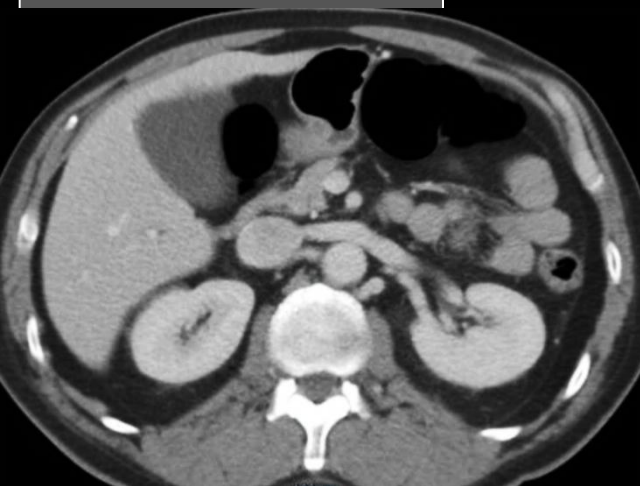
Une croissance trop rapide...

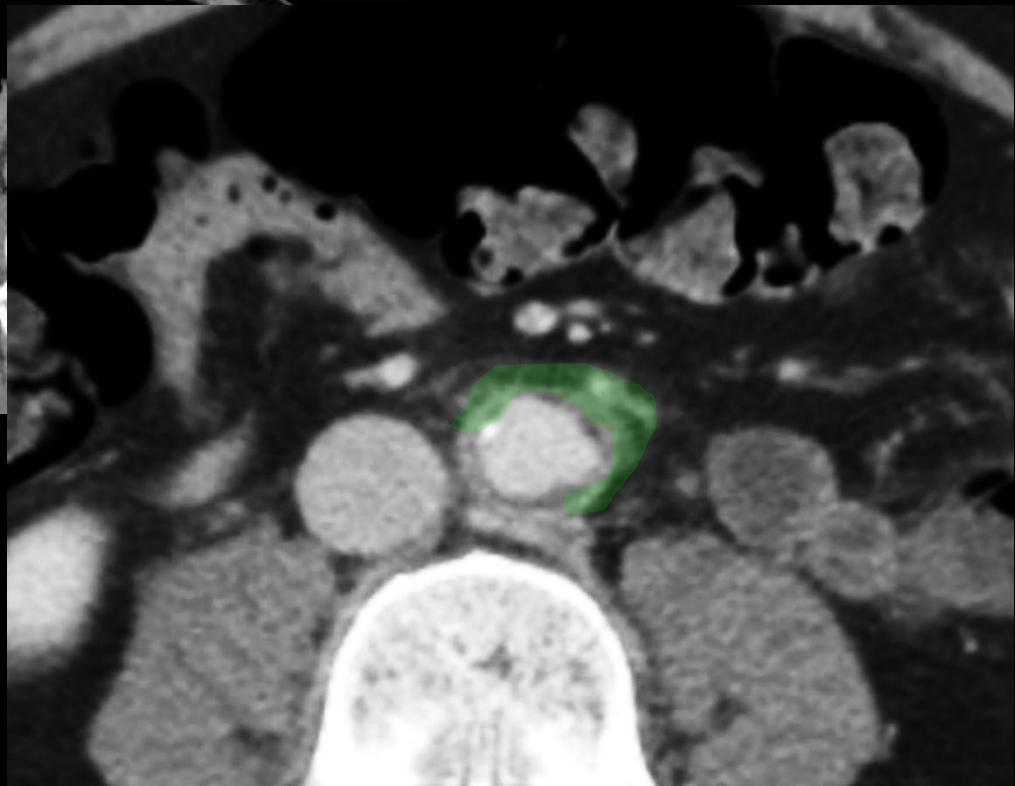
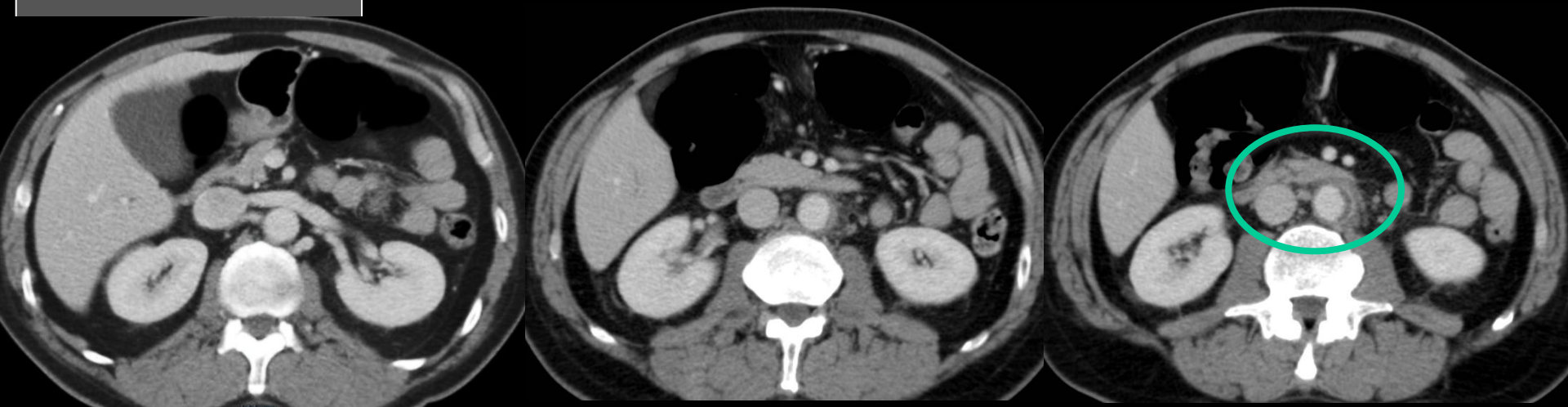
- homme , 57 ans . tabagisme actif à 30 PA, surpoids
- Syndrome infectieux évoluant depuis 8 jours, myalgies, douleurs abdomino-pelviennes, TR douloureux, BU négative: traitement d'épreuve par Oflocet pour prostatite aiguë
- CRP à 286
- Abdomen tendu ++, non dépressible, douloureux, souffle vasculaire abdominal sous rénal



1^{er} scanner

2/12/2013

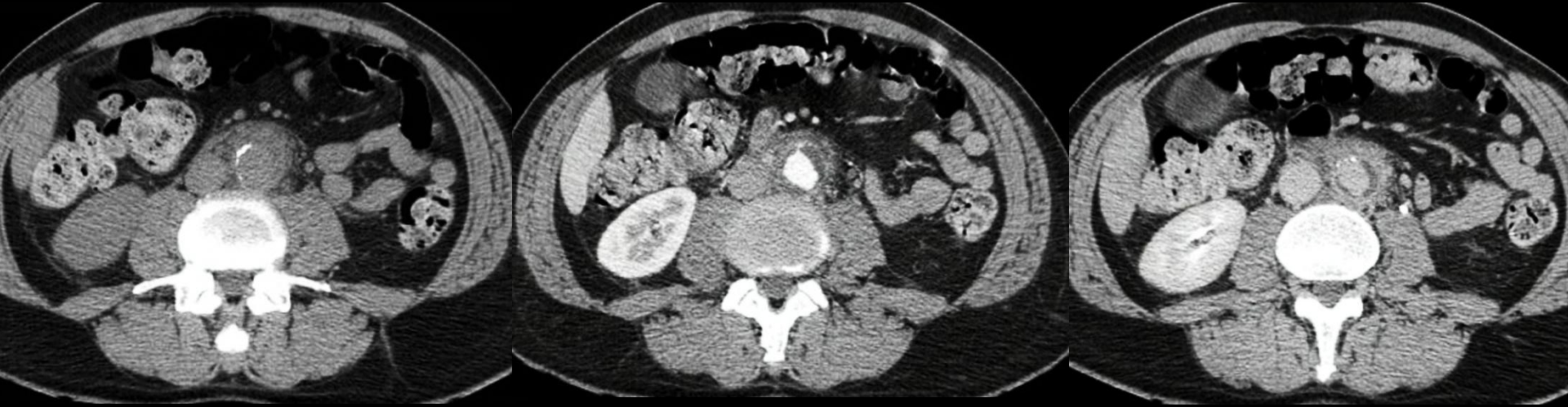




- Infiltration circonférentielle de la paroi de l'aorte abdominale sous rénale
- Petite dilatation anévrysmale
- Thrombus pariétal
- → **anévrysme inflammatoire**

2^{ème} scanner

Transfert en chirurgie vasculaire: à J3, devant la persistance des signes inflammatoires et un abdomen toujours tendu



- Thrombus latéralisé à gauche?
- Ectasie de l'aorte abdominale sous rénale à 34 mm, « globalement » stable
- ADP
- Infiltration circonférentielle en nette majoration
- Ulcération?

Diagnostic ? Bilan d'extension

Stade préfissuraire : **hématome intramural**

Anévrisme inflammatoire de l'aorte abdominale

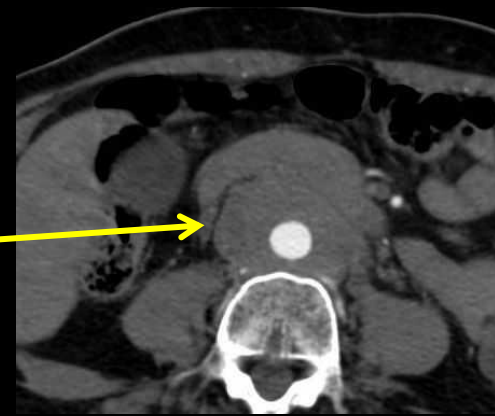
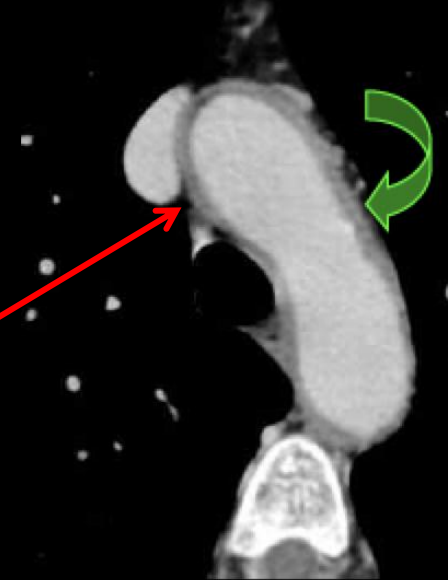
- **TEP TDM**

Anévrisme mycotique (infectieux)

- **Sérologie syphilis**
- **Hémocultures, mycobactérie**
- **Endocardite**
- **Autres localisations**

Aortite inflammatoire:

- Vascularite des gros vaisseaux (**Horton**, Takayasu, PR, Lupus, Spa)
- Autres vascularites (ANCA, Behçet, Sd de Cogan, Polychondrite)
- Sarcoidose
- Aortite isolée: idiopathique, **fibrose rétro péritonéale idiopathique**
- **Autres localisations, marqueurs immuno histochimiques**



Examens complémentaires

TEP TDM:

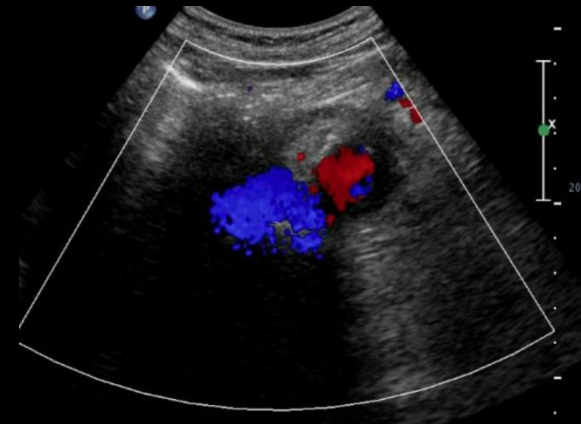
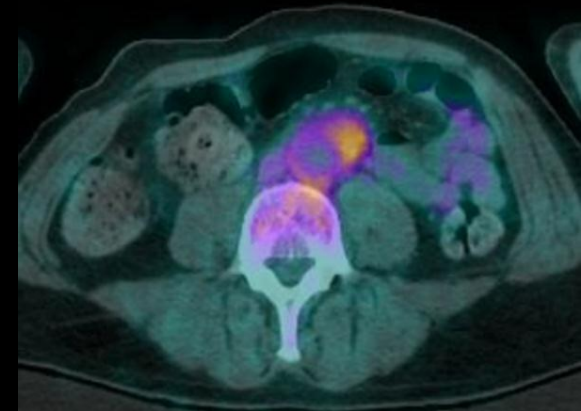
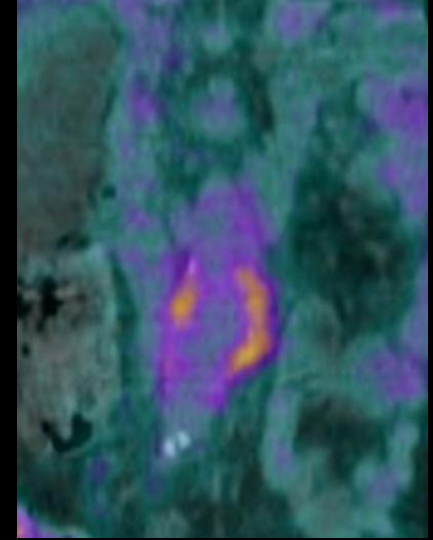
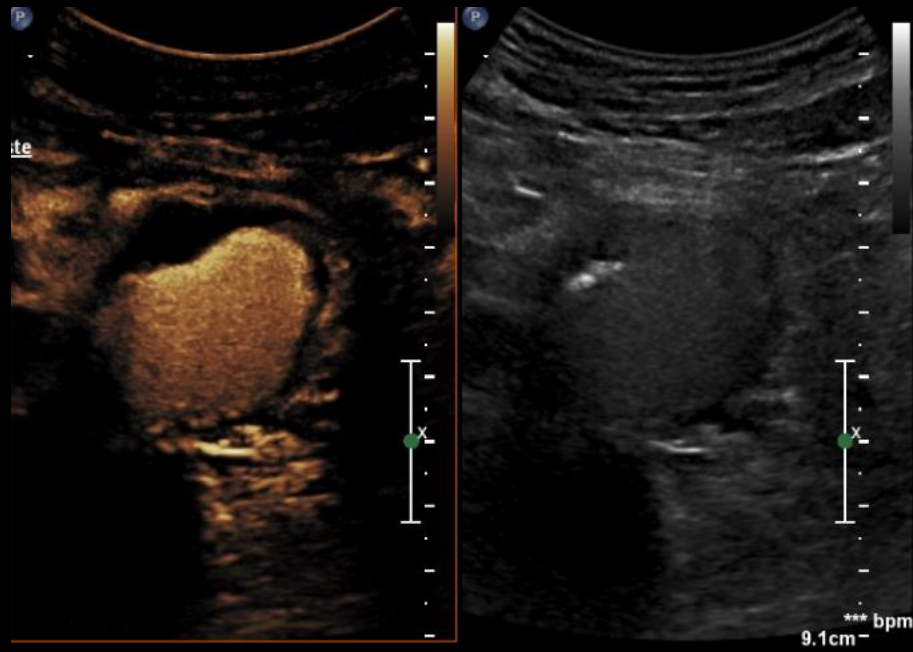
Hypermétabolisme de la graisse péri aortique et de la paroi s'étendant sur 8 cm

Echographie abdominale:

Nette majoration de la taille de l'anévrisme:

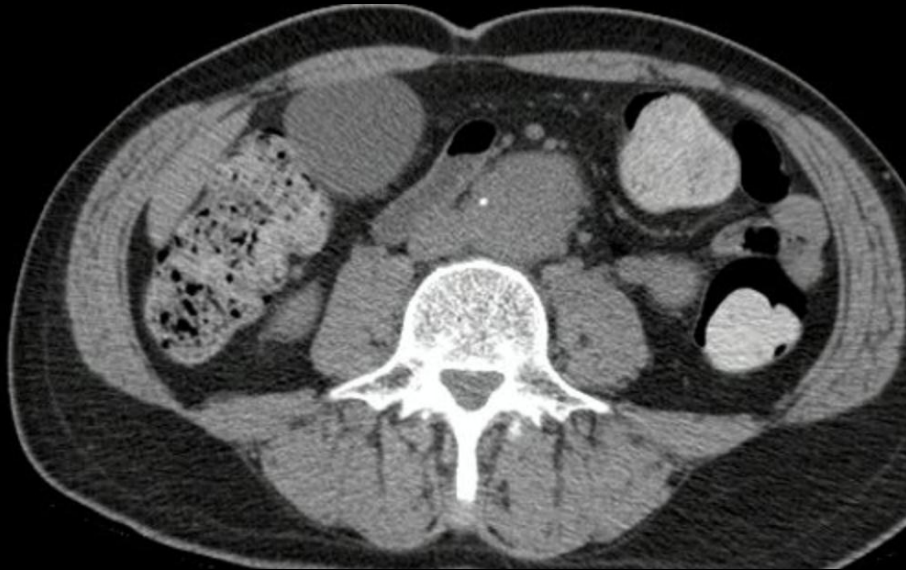
Suspicion de dissection aortique

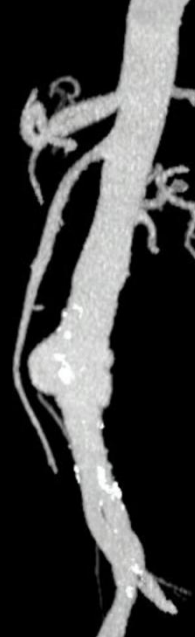
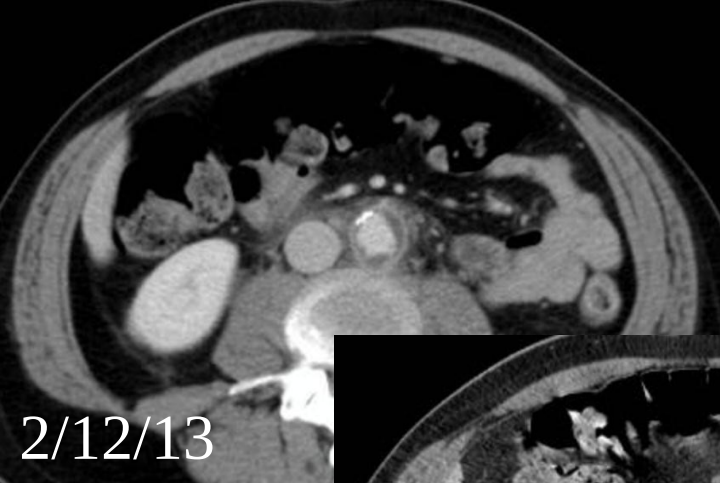
Echographie de contraste: rehaussement de la paroi



TDM: 21/12/13

Majoration de l'anévrisme de 34mm à 42 mm en 3 semaines
Prise de contraste pariétale





**Majoration de l'anévrisme
de 34mm à 42 mm en 3
semaines**

Prise de contraste pariétale

12/12/13

21/12/13

Chirurgie 21/12

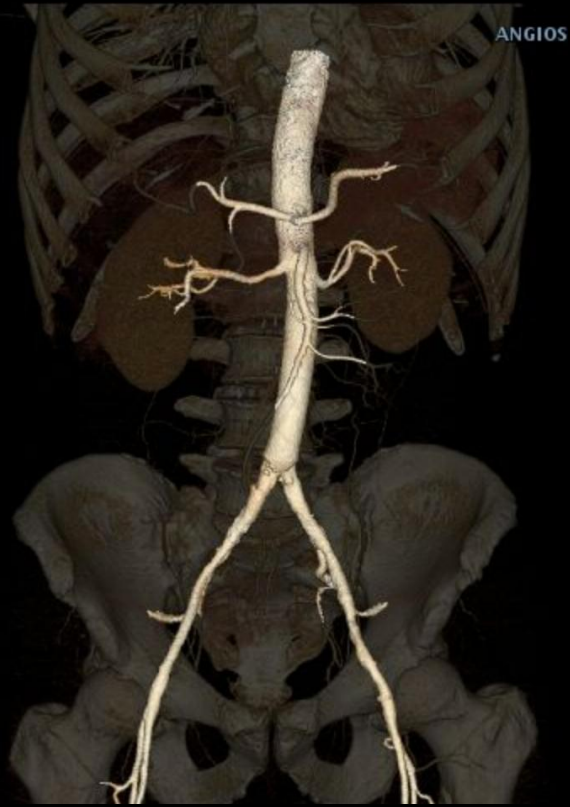
- Suspicion de dissection de l'aorte sous rénale avec syndrome fissuraire (?)
- Transformation anévrysmale d'une pathologie infectieuse aortique (?)

- Mise à plat de l'anévrisme avec pose d'une prothèse aortique tube droit sous rénal

- Hémoculture négatives (mais ATB)

Haemophilus influenzae dans la paroi aortique

- Anatomie pathologie: abcès de la paroi aortique: lésions d'athérosclérose marquées avec plaques nécrosées calcifiées et focalement suppurée, thrombus frais, ganglions



Anévrisme "mycotique" de l'aorte abdominale

Décrit par Sir William Osler en 1885

- Mycotique du fait de la forme « en champignon » de la lésion et non pas d'une origine fongique .

Définition:

- « Anévrisme » évoluant dans un contexte infectieux (hémocultures positives, germe dans la paroi aortique ou dans le thrombus intramural

- Attention, pas toujours de dilatation anévrismale

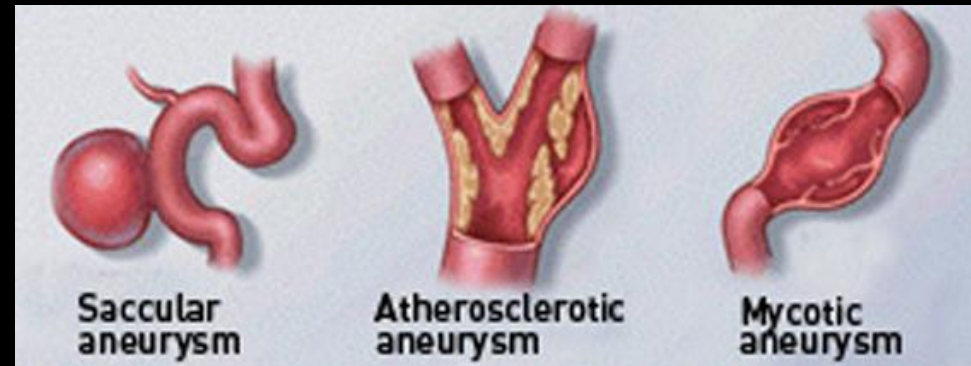
- Touche tous types d'artères

Imagerie des anévrismes infectieux (mycotiques) de l'aorte abdominale

Imaging of infected (mycotic) aneurysms of the abdominal aorta

A. Raymond*, A. Fairise, H. Ropion-Michaux, J. Mathias, V. Laurent, D. Régent

Feuillets de radiologie 2011;51:245-253



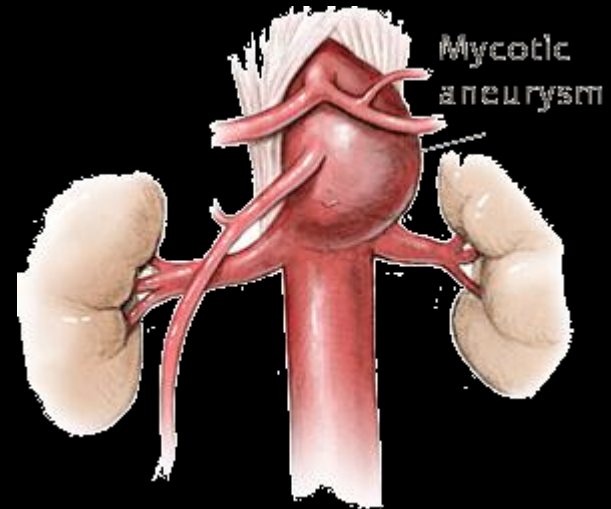
Anévrisme "mycotique" de l'aorte abdominale

Epidémiologie:

- 0,7 à 1,3% des anévrismes de l'aorte
- Le plus souvent aorte abdominale sus rénale ou thoracique
 - 87% des anévrismes sont abdominaux (athérome)
 - Mais seulement 30 % des anévrismes mycotiques aortiques ont cette localisation

Clinique:

- **Fièvre prolongée ++**, syndrome inflammatoire sans cause retrouvée
- Douleurs abdominales
- Sepsis fulminant, voire rupture inaugurale



Infected aortic aneurysms: imaging finding. Macedo TA, Radiology 2004

Physiopathologie

- 4 mécanismes:

1. Micro-emboles infectieux dans les vasa vasorum d'une artère normale ou avec anévrisme préexistant: inflammation puis nécrose de la média, suivie d'une dilatation anévrysmale
- 2. Infection d'une intima pathologique (plaque d'athérome ulcérée ou thrombus mural) par un agent infectieux au cours d'une bactériémie**
3. Atteinte infectieuse artérielle par extension d'un foyer infectieux contigu (spondylodiscite, abcès)
4. Inoculation infectieuse directe par traumatisme

Physiopathologie

Formation d'un anévrisme/ pseudo anévrisme (rupture contenue)

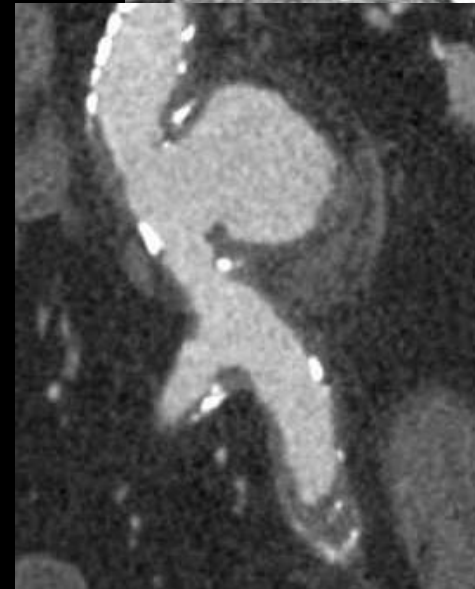
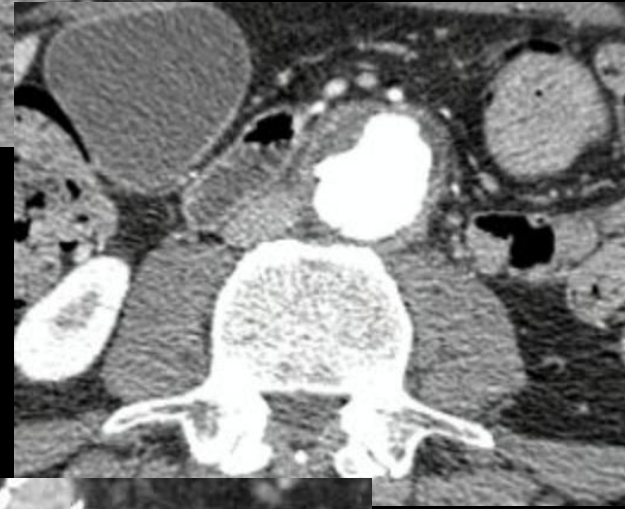
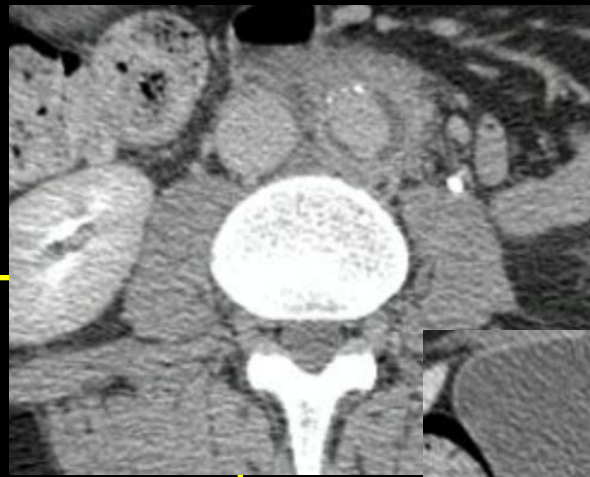
Germes:

- Autrefois : TYPIQUE: SYPHILIS

actuellement

- Cocci Gram + (Staph aureus, strepto, enterocoques)
- BGN (Salmonella, *Haemophilus influenzae*)
- ID: Mycobactéries et fungiques

Imagerie



TDM +++++

Signes précoces:

- Infiltration localisée de la graisse rétro-péritonéale

Le caractère asymétrique de cette infiltration doit faire évoquer le diagnostic ++

- Irrégularité de la paroi au contact
- Anneau hypodense concentrique: œdème ou nécrose de la paroi aortique
- Bulle de gaz à rechercher

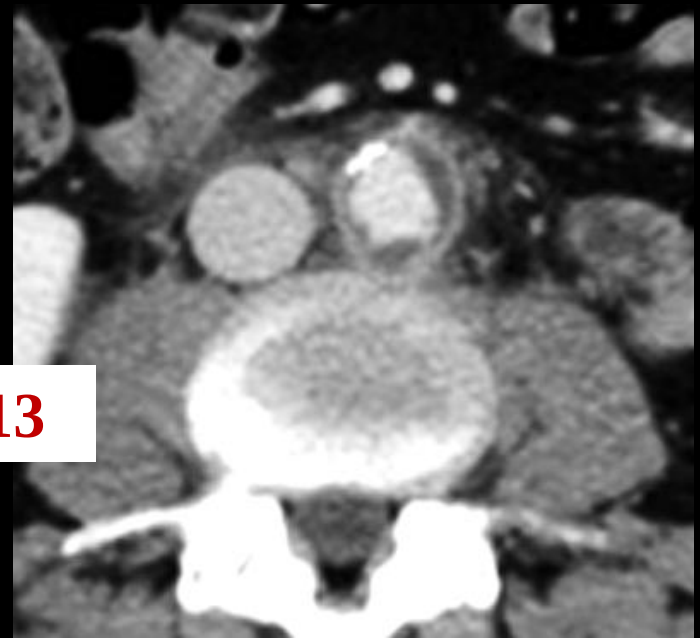
TDM +++++

Phase d'état:

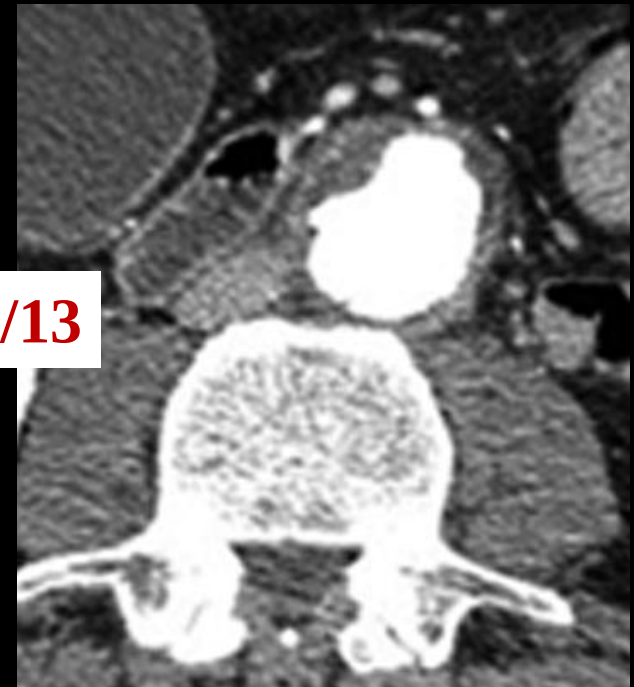
- Dilatation focale de la lumière, **sacciforme**, contours lobulés
- **Progression rapide +++**
- Rupture du mur de calcifications si terrain athéromateux
- **Thrombus mural très rare**
- Adénopathies réactionnelles

• PET TDM:

- Complément iconographique
- Suivi sous antibiothérapie



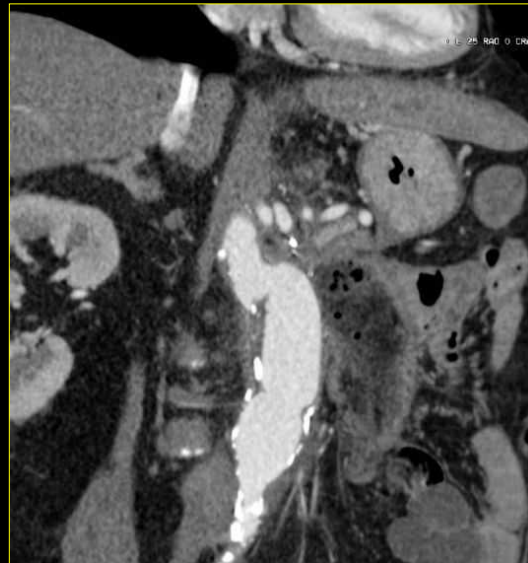
2/12/13



21/12/13

Complications

- **Rupture**
 - Hématome rétro péritonéal
 - Saignement intrapéritonéal
- **Extension infectieuse loco régionale:**
 - Abcès du psoas
 - Ostéomyélite
 - Spondylodiscite
 - Pneumopathie infectieuse
 - **Autres localisations à distance**
- **Fistules:** gaz +++++, extravasation



Diagnostics différentiels

Anévrisme athéromateux:

Tableau I

Critères du diagnostic différentiel entre anévrisme aortique athéromateux et anévrisme aortique infectieux en imagerie.

	Anévrisme athéromateux	Anévrisme infectieux
Topographie	Aorte abdominale sous-rénale (85 à 87 % des cas)	Portion de l'aorte habituellement épargnée par les anévrismes athéromateux (aorte thoracique et aorte abdominale sus-rénale : 70 % des cas)
Morphologie	Fusiforme (80 % des cas)	Sacciforme, contours lobulés
Croissance	Lente	Rapide
Espaces périaortiques	Pas d'atteinte, en l'absence de complication	Atteinte inflammatoire
Thrombus mural	Fréquent, plus ou moins circonférentiel	Inhabituel
Calcifications des parois anévrismales	Fréquentes	Inhabituelles/rupture du mur de calcifications

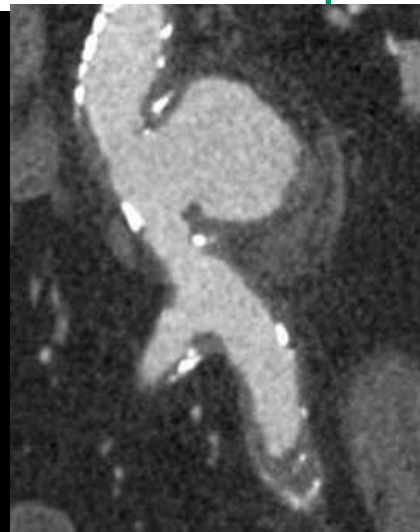
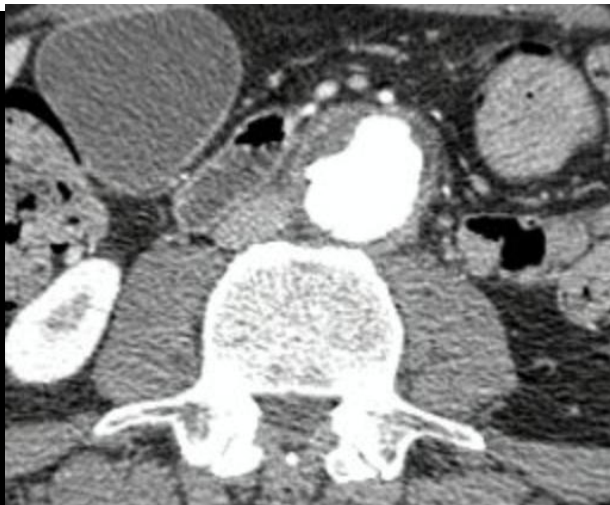


Diagnostics différentiels

Tableau I

Critères du diagnostic différentiel entre anévrisme aortique athéromateux et anévrisme aortique infectieux en imagerie.

	Anévrisme athéromateux	Anévrisme infectieux
Topographie	Aorte abdominale sous-rénale (85 à 87 % des cas)	Portion de l'aorte habituellement épargnée par les anévrismes athéromateux (aorte thoracique et aorte abdominale sus-rénale : 70 % des cas)
Morphologie	Fusiforme (80 % des cas)	Sacciforme, contours lobulés
Croissance	Lente	Rapide
Espaces périaortiques	Pas d'atteinte, en l'absence de complication	Atteinte inflammatoire
Thrombus mural	Fréquent, plus ou moins circonférentiel	Inhabituel
Calcifications des parois anévrismales	Fréquentes	Inhabituelles/rupture du mur de calcifications



Diagnostics différentiels

Anévrisme inflammatoire: variant athéromateux

Inflammation/ fibrose rétropéritonéale périanévrismale, antéro latérale

Fièvre, amaigrissement

Etiologie mal connue (réaction allergique à des composants de la plaque?)

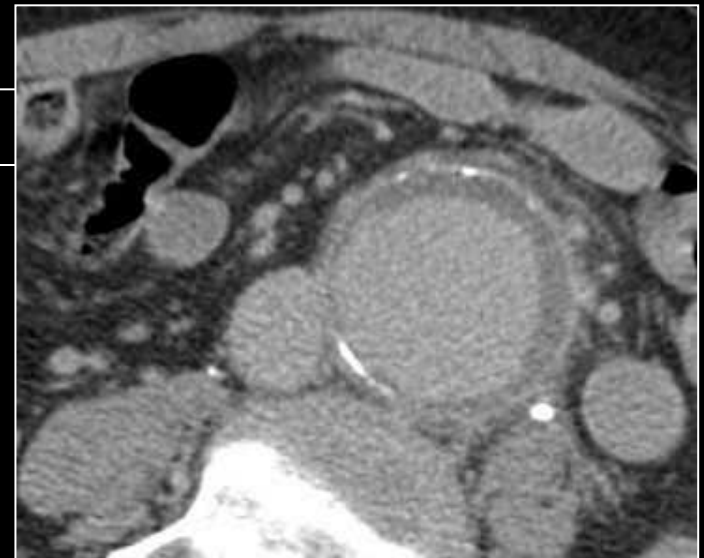


Anévrisme déstabilisé, pré fissuraire

Imagerie des anévrismes infectieux (mycotiques) de l'aorte abdominale

Imaging of infected (mycotic) aneurysms of the abdominal aorta

A. Raymond*, A. Fairise, H. Ropion-Michaux, J. Mathias, V. Laurent, D. Régent



MESSAGES A RETENIR

Rare mais grave

URGENCE MEDICO-CHIRURGICALE

- Pronostic conditionné par la **précocité** du diagnostic
- **ATB prolongée**
- TT chirurgical: débridement large, résection de l'aorte infectée, reconstruction , allogreffe
- Surveillance post opératoire prolongée

Difficultés des diagnostics différentiels:

- Anévrisme déstabilisé (autre urgence médico-chirurgical)
- Anévrisme inflammatoire / aortite

Surveillance scanographique rapprochée indispensable
afin de mesurer le caractère rapidement évolutif

