



## Faux anévrisme rompu d'une artériole splénique compliquant une pancréatite aiguë nécrosante à propos d'un cas / Rupture of a pseudoaneurysm of a splenic arteriole complicating acute pancreatic necrotizing. One case report.

Mamadou DIALLO<sup>1</sup>, Alpha Abdoulaye BALDE<sup>1</sup>, Amadou Yaya DIALLO<sup>1</sup>

Reçu en mars 2022- Accepté pour publication en juin 2022

### RÉSUMÉ

**Contexte.** Les faux anévrismes des artères viscérales survenant à l'issue des pancréatites, bien que rares, représentent une entité nosologique gravissime, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. L'objectif de ce travail était de décrire l'intérêt scanographique dans le suivi des pancréatites aiguës.

**Méthodes .** Il s'agit l'étude d'un cas clinique portant sur un patient de 56 ans alcool-tabagique, admis pour une douleur épigastrique non fébrile, d'évolution d'environ 24 heures. Un bilan biologique et une tomographie abdominale ont été réalisés.

**Résultats.** La biologie était en faveur d'un syndrome inflammatoire avec une CRP augmentée mesurée à 211mg/L. Les lipases étaient à 1006 UI /L. Une acquisition hélicoïdale sur l'abdomen sans et avec injection du contraste iodé a été réalisée. Il a été noté un pancréas hypertrophié, de rehaussement hétérogène marqué par quelques zones de nécrose corporelle avec des coulées péri-pancréatiques. Une pancréatite aiguë nécrosante a été retenue. Une semaine plus tard, un contrôle scanographique a été réalisé et qui a notifié une régression des collections péri-pancréatiques et la formation d'un faux anévrisme d'une branche de l'artère splénique. Deux jours après, le patient a présenté des signes de complications qui a motivé un second contrôle scanographique mettant en évidence un saignement actif par rupture du faux anévrisme. Un traitement par embolisation du faux anévrisme a été réalisé sans signes de complications.

**Conclusion.** Les faux anévrismes des artères viscérales compliquant les pancréatites aiguës, bien que rares, sont parfois responsables des situations gravissimes. La TDM joue un rôle primordial pour le diagnostic, l'évaluation des complications et le suivi post thérapeutique.

### Mots clés:

- Anévrisme;  
- Rupture;  
- Pancréatite;  
- Nécrosante.

### ABSTRACT

**Context.** pseudo aneurysms of the visceral arteries occurring at the end of pancreatitis, although rare, represent a very serious nosological entity, which can be life-threatening. Aim To describe the CT interest in the follow-up of acute pancreatic pain.

**Methods** This is a clinical case study of a 56-year-old alcoholic and smoking patient admitted for non-febrile epigastric pain, with an evolution of approximately 24 hours. A biological assessment and abdominal computed tomography were performed. Results The biology was in favor of an inflammatory syndrome with an increased CRP measured at 211mg/l. Lipases were at 1006 IU/L. Helical acquisition on the abdomen without and with injection of iodinated contrast was performed. A hypertrophied pancreas

<sup>1</sup> Faculté des sciences et techniques de la santé de l'Université Gamal Abdel Nasser de Conakry (Guinée)

**Correspondance :** DIALLO Mamadou: [mamadiallo126@yahoo.fr](mailto:mamadiallo126@yahoo.fr);

was noted, with heterogeneous enhancement marked by a few areas of corporeal necrosis with peripancreatic flows. Acute necrotizing pancreatitis was retained. A week later, a scanographic control was carried out which notified a regression of the peripancreatic collections and the formation of a false aneurysm of a branch of the splenic artery. Two days later, the patient presented signs of complications which prompted a second scanographic check-up showing active bleeding due to rupture of the false aneurysm. Embolization treatment of the pseudoaneurysm was performed without signs of complications.

Conclusion pseudo aneurysms of the visceral arteries complicating acute pancreatitis, although rare, are sometimes responsible for extremely serious situations. CT plays a key role in diagnosis, evaluation of complications and post-therapeutic follow-up.

**Keywords:**

-Pseudo-aneurysm,;  
-Rupture;  
-Pancreatitis, necrotizing.

## INTRODUCTION

Les faux anévrismes des artères viscérales survenant à l'issue des pancréatites, bien que rares, représentent une entité nosologique gravissime, pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

La formation d'un faux anévrisme est la conséquence d'une érosion de la paroi artérielle par un pseudo-kyste ou de son atteinte directe par les enzymes protéolytiques, au contact d'une collection nécrotique, à la phase aiguë d'une

pancréatite<sup>[1]</sup>. Nous rapportons le cas d'un patient de 53 ans ayant présenté quelques jours après sa pancréatite, un faux anévrisme d'une artériole splénique secondairement rompue qui a été diagnostiqué par un angioscanner abdominal; le patient a bénéficié d'une embolisation par colle biologique du faux anévrisme avec une bonne amélioration clinique du patient.

## OBSERVATION

Patient G., âgé de 56 ans de sexe masculin reçu pour une douleur épigastrique non fébrile d'apparition progressive avec vomissement et signes de déshydratation extra-cellulaire évoluant depuis 24 heures. A l'examen physique, il est mis en évidence un abdomen météorisé, souple dans son ensemble, sensible à l'épigastre et à la fosse iliaque gauche. Dans ses antécédents, une notion de pancréatite d'origine alcoolique et une sigmoïdite diverticulaire ont été signalée.

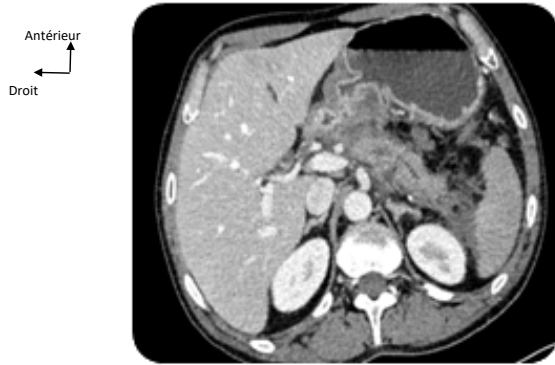
La biologie était en faveur d'un syndrome inflammatoire biologique avec un CRP à 211 mg/l. Les lipases étaient à 1006 UI /L avec des phosphatases alcalines légèrement augmentées.

Une TDM abdomino-pelvienne sans et avec injection du contraste iodé aux temps artériel et portal a été réalisée. Le pancréas, hypertrophié, était de rehaussement hétérogène marqué par quelques zones de nécrose corporelle avec une infiltration de la graisse et des coulées liquidiennes péri-pancréatiques (Fig. 1). C'est ainsi que le diagnostic d'une pancréatite aiguë nécrosante a été retenue. Une semaine après l'hospitalisation avec une évolution clinique favorable, un contrôle scanographique a été réalisé, qui a notifié une régression des collections péri-pancréatiques et la formation d'un faux anévrisme d'une branche pancréatique de l'artère splénique (Fig. 2). Le patient, toujours sous surveillance à l'hôpital, a brusquement commencé à s'enfoncer motivant

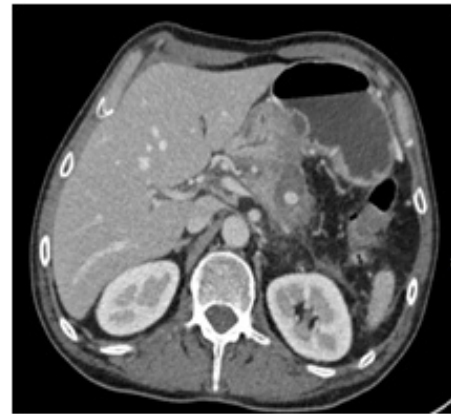
ainsi un autre scanner abdominal en urgence. Ce dernier a révélé une hémorragie active intra pancréatique secondaire à la rupture du faux anévrisme précédemment décrits (Fig. 3). Un scanner de contrôle a été fait dans les 24 heures pour évaluer l'évolution thérapeutique, qui a montré la persistance avec aggravation de l'hémorragie.

Pour arrêter ce saignement et sauver le patient, une embolisation par cathétérisme sélectif de la branche pancréatique, utilisant la colle biologique (Glubran et Lipiodol 50/50), a été réalisée.

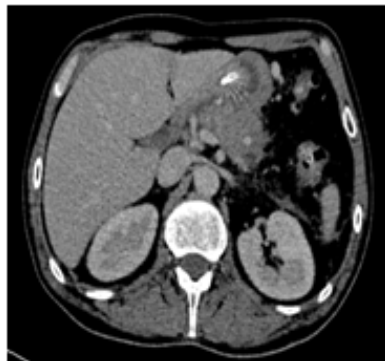
Une TDM abdominale post embolisation a montré une absence de saignement avec de plages hypodenses spléniques en rapport avec de zones de nécrose liée à l'obstruction de l'artère splénique (Fig.4).



**Fig.1:TDM abdominale, coupe axiale avec injection montrant un pancréas hétérogène marqué par des zones nécroses avec des collections liquidiennes péri pancréatiques en rapport avec une pancréatite aiguë nécrotique/ Anglais???**



**Fig.3 :TDM abdominale, coupe axiale avec injection au temps portal réalisé au 10 e jour après le diagnostic de PAN, montrant une augmentation du faux anévrisme avec saignement actif (tête flèche)./ Anglais???**



**Fig. 2 : TDM adnominale de contrôle, coupe axiale avec injection réalisé 8 jours après le diagnostic de la PAN, mettant en évidence un faux anévrisme d'une artériole pancréatique de l'artère splénique (flèche blanche). / Anglais???**



**Fig 4:TDM adnominale, sans injection mettant en évidence une hyperdensité de tonalité calcique du corps pancréatique où siègeait le faux anévrisme, en rapport avec la colle biologique post embolisation ((flèche). / Anglais???**

## DISCUSSION

Nous rapportons un cas d'un patient atteint d'une pancréatite aiguë d'origine alcoolique, compliqué par la rupture d'un faux anévrisme d'une branche pancréatique de l'artère splénique. L'intérêt de cette observation est double lié à la rareté des cas publiés et à l'originalité de la présentation clinique et radiologique.

Les complications artérielles de la pancréatite aiguë représentent 3 à 10 % des cas. Elles sont liées à une formation des faux anévrismes artériels, qui peuvent se rompre et entraîner des hémorragies secondaires<sup>[2]</sup>. Le faux anévrisme est la conséquence d'une érosion de la paroi artérielle au contact d'un pseudo-kyste ou de son atteinte directe par les enzymes protéolytiques.

Les anévrismes de l'artère splénique (AAS) sont rares mais sont les plus fréquents des anévrismes des artères digestives<sup>[2]</sup>. Ils sont

deux à trois fois plus fréquents chez la femme et s'observent souvent entre la troisième et la sixième décade de la vie. Cette anomalie vasculaire peut intéresser le tiers distal de l'artère splénique dans 66 % des cas, mais peut siéger sur le tiers proximal, moyen ou sur une de ses branches.

On distingue les anévrismes vrais dont l'étiologie est essentiellement dysplasique, athéromateuse, congénitale ou infectieuse, des faux anévrismes qui se distinguent par l'interruption d'une ou plusieurs couches de la paroi artérielle, ce qui accroît leur fragilité et le risque de complication et de rupture anévrismale et qui ont pour étiologies des traumatismes, des pancréatites, ou une infection intra-abdominale<sup>[3]</sup>. Les faux anévrismes artériels compliquant les pancréatites aiguës ont une localisation pancréatique ou péri pancréatique.

L'évolution de ces faux anévrismes s'effectue vers la rupture dans un pseudo kyste, comme le cas de cette observation. La rupture peut se faire également dans le tractus digestif, dans un viscère plein (foie, rate) ou la cavité péritonéale, rarement, ils régressent spontanément<sup>[4]</sup>. La morbi mortalité à l'origine de rupture des faux anévrismes est de l'ordre de 40 %<sup>[5]</sup>.

La survenue d'une hémorragie digestive des patients atteints de pancréatite aiguë nécessite la réalisation d'une imagerie en urgence, permettant le diagnostic et l'orientation thérapeutique.

Le scanner multibarettes avec injection paraît être le meilleur examen d'orientation et permet de préciser la taille de l'anévrisme, son siège et de mettre en évidence la complication [4]. Il est la technique de choix dans notre contexte pour la surveillance de tous les 10 à 15 jours dans les cas de nécrose intra et/ou extra-pancréatique étendue. L'angio-IRM peut être une alternative non invasive à l'angioscanner, mais son délai de

réalisation est plus long retardant ainsi la prise en charge thérapeutique<sup>[4]</sup>. L'angiographie coelio-mésentérique a également une excellente sensibilité diagnostique allant de 96 à 100 % mais en raison de son caractère invasif, elle reste réservée aux indications thérapeutiques<sup>[5]</sup>.

La prise en charge des AAS n'est pas consensuelle. L'embolisation est le traitement de choix des faux anévrismes de l'artère splénique comme cela été réalisée dans notre observation. La chirurgie est réservée aux échecs de l'embolisation et/ou chez les patients présentant d'emblée une instabilité hémodynamique. Le principal avantage de l'embolisation par rapport à la chirurgie est une morbi mortalité moindre. Son efficacité reste limitée par les risques de récurrences en raison de la difficulté technique du geste nécessitant une expertise radiologique.

## CONCLUSION

Les faux anévrismes des artères viscérales compliquant les pancréatites aiguës, bien que rares, sont parfois responsables des situations gravissimes pouvant mettre en jeu le pronostic vital. La TDM joue un rôle primordial pour le

diagnostic, l'évaluation des complications et le suivi post thérapeutique. L'embolisation reste le traitement de choix des faux anévrismes de l'artère splénique.

## RÉFÉRENCES

- 1- **Menjot de Champfleury N, Pierredon Foulongne MA, Salaheddine T, Garibaldi F, Bruel JM, Gallix B.** Rare vascular complication from acute pancreatitis: intra-hepatic false aneurysm of the hepatic artery: a report of 2 cases. *J Radiol* 2007;88:1185—8.
- 2- **Lee MJ, Saini S, Geller SC, Warshaw AL, Mueller PR.** Pancreatitis with pseudoaneurysm formation: a pitfall for the interventional radiologist. *AJR Am J Roentgenol* 1991;156:97-8.
- 3- **Maillard M, Novellas S, Baudin G, et al.** Anévrisme de l'artère splénique: diagnostic et thérapeutique endovasculaire. *J Radiol* 2010;91:1103-11.
- 4- **De Ronde T, Van Beers B, de Canniere L, Trigaux JP, Melange M.** Thrombosis of splenic artery pseudoaneurysm complicating pancreatitis. *Gut* 1993;34:1271—3.
- 5- **Balachandra S, Siriwardena AK.** Systemic appraisal of the management of the major vascular complications of pancreatitis. *Am J Surg* 2005;190:489—95.

### Mail des autres auteurs:

Alpha Abdoulaye BALDE : [aabalde90@gmail.com](mailto:aabalde90@gmail.com)

Amadou Yaya DIALLO : [amadouyaya85@gmail.com](mailto:amadouyaya85@gmail.com)

**Tous mes auteurs ont lu et approuvé le document final.**