

## CHAPITRE VIII : VASCULAIRE

### CONTRIBUTEURS

- Louis-Franck Télémaque, MD
- Jude Milcé, MD
- Max Harry Kernisant, MD

### 8.1 ARTÈRES

PLANCHE	8.1.1	ANÉVRISMES
	8.1.1.1	CAROTIDIEN



**8.1.1.1 A : ANÉVRISME CAROTIDIEN EXTRA CRANIEN :** L'anévrisme artériel est une dilatation localisée à un endroit de la paroi où la media fait défaut. D'origine congénitale ou athérosclérotique, l'anomalie se rencontre plus souvent au niveau du cerveau, de l'aorte ou du cœur. On la voit aussi au niveau des carotides, des iliaques et des poplités. La dilatation est progressive et peut être sacciforme ou fusiforme. Rare au cou, elle se présente sous forme de masse latéro cervicale battante. Les patients peuvent présenter des accidents neurologiques d'origine thromboembolique.

A partir d'une certaine taille, la paroi anévrismale dilatée et fragilisée peut se fissurer ou se rompre : c'est la rupture d'anévrisme. Une hémorragie s'en suit.



**8.1.1.1 B : ANÉVRISME CAROTIDIEN EXTRA CRANIEN :** L'exploration para clinique repose sur les résultats de l'écho doppler, du scanner, de l'IRM et de l'artériographie. Le traitement est chirurgical. L'abord cervical permet un contrôle proximal et distal des vaisseaux carotidiens avant d'effectuer la résection anévrismale ou la mise à plat. La restauration de la continuité artérielle est réalisée par une anastomose bout à bout ou par interposition d'un greffon veineux (saphène) ou prothétique. L'interruption temporaire du flot artériel peut être associée à une morbidité post opératoire non nulle (accident vasculaire cérébral ou troubles neurologiques périphériques).

**PLANCHE**

**8.1.2**

**PSEUDO (FAUX) ANÉVRISMES**

**8.1.2.1**

**TEMPORAL**



**8.1.2.1 A : FAUX ANÉVRISME (ARTÈRE TEMPORALE) :** Une communication entre la lumière artérielle et les structures adjacentes est établie consécutivement à une rupture traumatique de la continuité artérielle. Il se crée une poche circulante remplie de sang (hématome). Le traumatisme peut être secondaire à une lésion pénétrante (plaie par arme blanche ou à feu, ponction, lâchage de suture) ou non (contusion) de l'artère.

**8.1.2.2**

**CAROTIDIEN INTERNE**



**8.1.2.2 A : FAUX ANÉVRISME (CAROTIDIEN INTERNE) :** En pratique civile, des projectiles de faible vitesse ou des objets pointus provoquent des plaies latérales, de dimensions variables, au niveau des artères. Au cou, les projectiles ont un trajet parfois aléatoire, sous-cutané, aponévrotique et musculaire, avant d'atteindre le vaisseau dans sa gaine. Après le passage de la balle ou le retrait de l'objet lacérant, les tissus reprennent leurs rapports normaux. Le sang échappé du vaisseau se coagule et peut boucher la plaie artérielle. Si l'hémorragie ne s'arrête pas d'elle-même, il s'en suit un hématome artériel diffus qui s'accroît, alimenté par un collet étroit et limité par une coque conjonctive périphérique.

Cliniquement, les patients présentent une tumeur pulsatile avec un souffle systolo-diastolique à l'auscultation. La masse refoule et comprime les organes de voisinage (veines, nerfs, peau). Le risque est celui de la rupture.



**8.1.2.2 B : FAUX ANÉVRISME (CAROTIDIEN INTERNE) :** Le diagnostic est posé par l'échographie (structure kystique hypoéchogène, alimentée par l'artère par un collet) ; par l'écho doppler (signe de va-et-vient) ; par le scanner sans ou avec injection (formation arrondie hypodense accolée à l'artère et associée à une infiltration des tissus périphériques) ; et par l'angiographie par résonance magnétique nucléaire. Ces examens permettent d'objectiver la topographie, les caractéristiques et les complications du faux anévrisme (compression veineuse, fistule artérioveineuse). Ils peuvent aussi aider à orienter l'option thérapeutique.

### 8.1.2.3 ARTÈRE AXILLAIRE



**8.1.2.3 A : FAUX ANÉVRISME DISSÉQUANT (ARTÈRE AXILLAIRE) :** Un patient, ayant été victime d'un traumatisme pénétrant du creux axillaire, avec une lésion latérale de l'artère axillaire, peut développer un faux anévrisme symptomatique de ce vaisseau, avec un effet disséquant et compressif. La clinique et la paraclinique établissent la localisation, l'extension de la pathologie et les lésions nerveuses du plexus brachial qui peuvent l'accompagner. Ce bilan sert à orienter le traitement, d'autant plus que des méthodes moins invasives que la chirurgie sont proposées et qui ont l'avantage de diminuer la morbidité et la mortalité du pseudo anévrisme.



**8.1.2.3 B : FAUX ANÉVRISME DISSÉQUANT (ARTÈRE AXILLAIRE) :** Si la situation l'indique, on peut observer et espérer la thrombose spontanée (petits pseudo-anévrismes), utiliser des procédures radiologiques pour injecter de la thrombine ou placer un stent endo vasculaire. La chirurgie demeure incontournable en cas de grosses lésions avec ischémie distale et déficit neurologique.

La lésion est abordée par une incision au niveau du sillon delto-pectoral prolongée sur le bord antérieur de la clavicule. Le petit pectoral est sectionné pour donner accès à la cavité axillaire. Les vaisseaux axillaires sont mis sur lac en distal. Une perforation en proximal, associée à un gros faux anévrisme sous tension et disséquant, peut nécessiter la section du chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien pour aborder et mettre les vaisseaux sous claviers et carotidiens sur lacs. Si ces vaisseaux ne sont pas accessibles, une sternotomie médiane est effectuée, branchée sur la première incision. Ainsi sous contrôle, la sac anévrisimal est ouvert et débarrassé des caillots et du sang. L'artère axillaire est disséquée des éléments du plexus brachial pour retrouver la perforation.

S'il y a une lésion veineuse, elle est réparée d'abord. Après le temps de revascularisation et de lavage artériel, la plaie est réparée, après parage, par une suture directe ou à l'aide d'un patch veineux ou en poly tétra fluoro éthylène.

#### 8.1.2.4 ARTÈRE HUMÉRALE



**8.1.2.4 A : Faux anévrisme du bras :** Une tumeur pulsatile avec un souffle systolo-diastolique à l'auscultation est trouvée au niveau de la zone traumatisée. La masse peut être tendue. Les gros faux anévrismes nécessitent une sanction chirurgicale. Le contrôle proximal et distal huméral est effectué avant l'abord artériel et la réparation de la plaie, idéalement sans rétrécissement.

### 8.1.3 ANÉVRISMES ARTÉRIO VEINEUX

#### 8.1.3.1 CAROTIDE PRIMITIVE - FISTULE CAROTIDO JUGULAIRE



**8.1.3.1 A : Anévrisme artério-veineux carotido jugulaire (fistule) :** D'origine iatrogène (cathétérisme) ou post traumatique (arme blanche ou à feu), la fistule artério-veineuse est secondaire à une communication anormale entre la carotide et la jugulaire. Un « *anévrisme artério-veineux* », se développe sans atteindre de grandes proportions. Une coque enkyste l'hématome, facilitant la communication entre l'artère et la veine.

On décèle un thrill à la palpation et un souffle continu a renforcement systolique à l'auscultation.



**8.1.3.1 B : Anévrisme artério-veineux carotido jugulaire (fistule) :** Si la chirurgie est retenue comme traitement, l'abord est fait par une incision longeant le bord antérieur du sterno cleido mastoïdien. Les vaisseaux sont mis sur lac en amont et en aval. Au niveau de la fistule on découvre la plaie latérale de l'artère avec, en vis-à-vis, la rupture veineuse incomplète ou complète.

Le traitement consiste en une exclusion de la fistule avec une réparation de la plaie artérielle (primaire ou avec greffon), et une suture latérale ou ligature de la jugulaire.

Le clampage momentané de la carotide peut provoquer une ischémie cérébrale transitoire qui peut avoir pour conséquence une atteinte neurologique majeure.

## 8.1.4 FAUX ANÉVRISMES RUPTURÉS

### 8.1.4.1 ARTÈRE RADIALE



**8.1.4.1 A : Faux anévrisme rupturé de l'artère radiale :** Une plaie traumatique d'un membre, avec rétention ou non de corps étrangers, peut être associée à une lésion artérielle avec le développement d'un petit hématome. Cette collection s'infecte, donnant lieu à une inflammation phlegmoneuse diffuse qui se suppure. L'évolution se fait vers la rupture avec l'hémorragie secondaire ou vers la gangrène ischémique et septique du membre.

L'urgence est extrême. Il s'agit principalement d'arrêter l'hémorragie. En pleine infection, il est difficile de concevoir une réparation artérielle. Une ligature du vaisseau et un drainage large semblent plus indiqués provisoirement si le membre peut être sauvé.