



**FAIT CLINIQUE / CASE REPORT**

## **Pseudo-anévrisme de l'artère hépatique post-traumatique à propos d'un cas**

*Pseudo-aneurysm of the post-traumatic hepatic artery: a case report*

**Nfally BADJI, Malick DIOUF, Dame NIANG, Geraud AKPO, Hamidou DEME, El Hadji NIANG.**

Service de radiologie générale du CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal.

**Mots-clés :**

pseudo-anévrisme, traumatisme abdominal fermé, artère hépatique, TDM.

**Keywords:**

pseudo-aneurysm, closed abdominal trauma, hepatic artery, CT.

**\*Auteur correspondant**

Nfally Badji, Médecin Radiologue, Service de Radiologie générale, Hôpital Aristide Le Dantec : Avenue Pasteur BP 3001 Dakar, Sénégal, Tel: 00221 77 517 36 80/00221 70 746 15 10, nfallyb79@gmail.com.

**RÉSUMÉ**

Le faux anévrisme post-traumatique de l'artère hépatique est rare. Il survient chez 1,2 % des malades ayant des lésions hépatiques traumatiques. Une surveillance échographique doppler rapprochée est de mise. La survenue de douleurs de l'hypochondre droit, un ictère, une hémorragie digestive, ou une hémobilie réalisant la triade de Quincke, chez un sujet aux antécédents de lésions traumatiques hépatique, doit faire évoquer le diagnostic de rupture de faux anévrisme et la réalisation d'un scanner. Son traitement est réalisé aujourd'hui essentiellement par embolisation transhépatique percutanée. En cas d'échec du traitement, l'abord trans-hépatique peut constituer une alternative.

**ABSTRACT**

The pseudo-aneurysm post-traumatic of the hepatic artery is rare. It occurs in 1.2% of patients with traumatic hepatic lesions. Close Doppler ultrasound monitoring is required. The occurrence of pains in the right hypochondrium, jaundice, digestive hemorrhage, or haemobilia carrying out the triad of Quincke, in a subject with a history of hepatic traumatic lesions, should evoke the diagnosis of false aneurysm rupture and the realization of a scanner. Its treatment is carried out today mainly by percutaneous transhepatic embolization. If the treatment fails, the trans-hepatic approach may be an alternative.

### **1. Introduction**

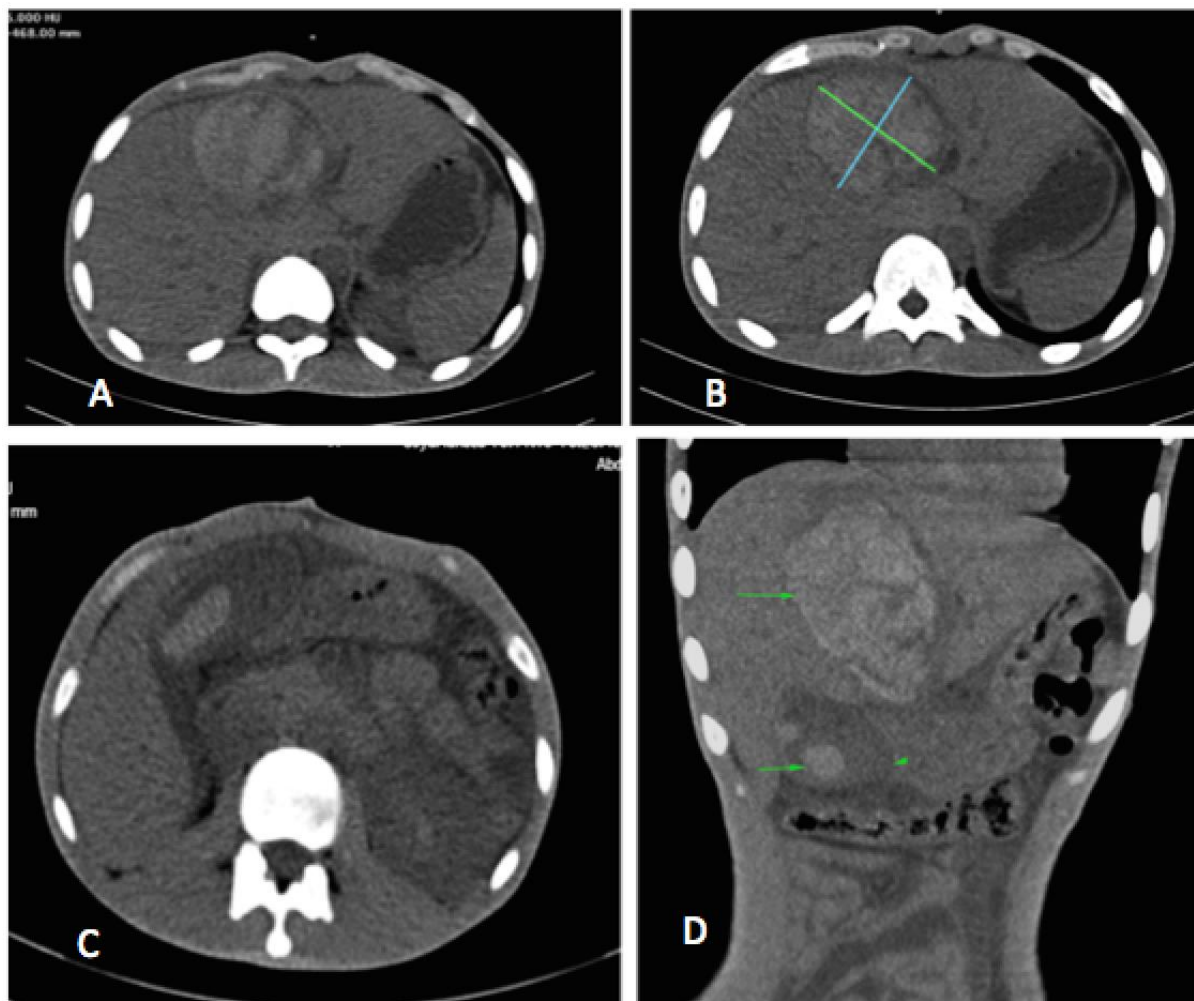
Le faux anévrisme de l'artère hépatique a été décrit en 1948 par Sandblom comme une complication inhabituelle d'un traumatisme abdominal fermé [1]. Le faux anévrisme post-traumatique de l'artère hépatique est rare. Il survient chez 1,2 % des malades ayant des lésions hépatiques traumatiques [2]. Le délai de survenu de l'anévrisme est souvent retardé, allant de quelques semaines à plusieurs mois. Nous rapportons le cas d'un patient de 28 ans ayant un pseudo-anévrisme de l'artère hépatique diagnostiqué à la TDM, plusieurs semaines après un traumatisme abdominal fermé.

### **2. Observation**

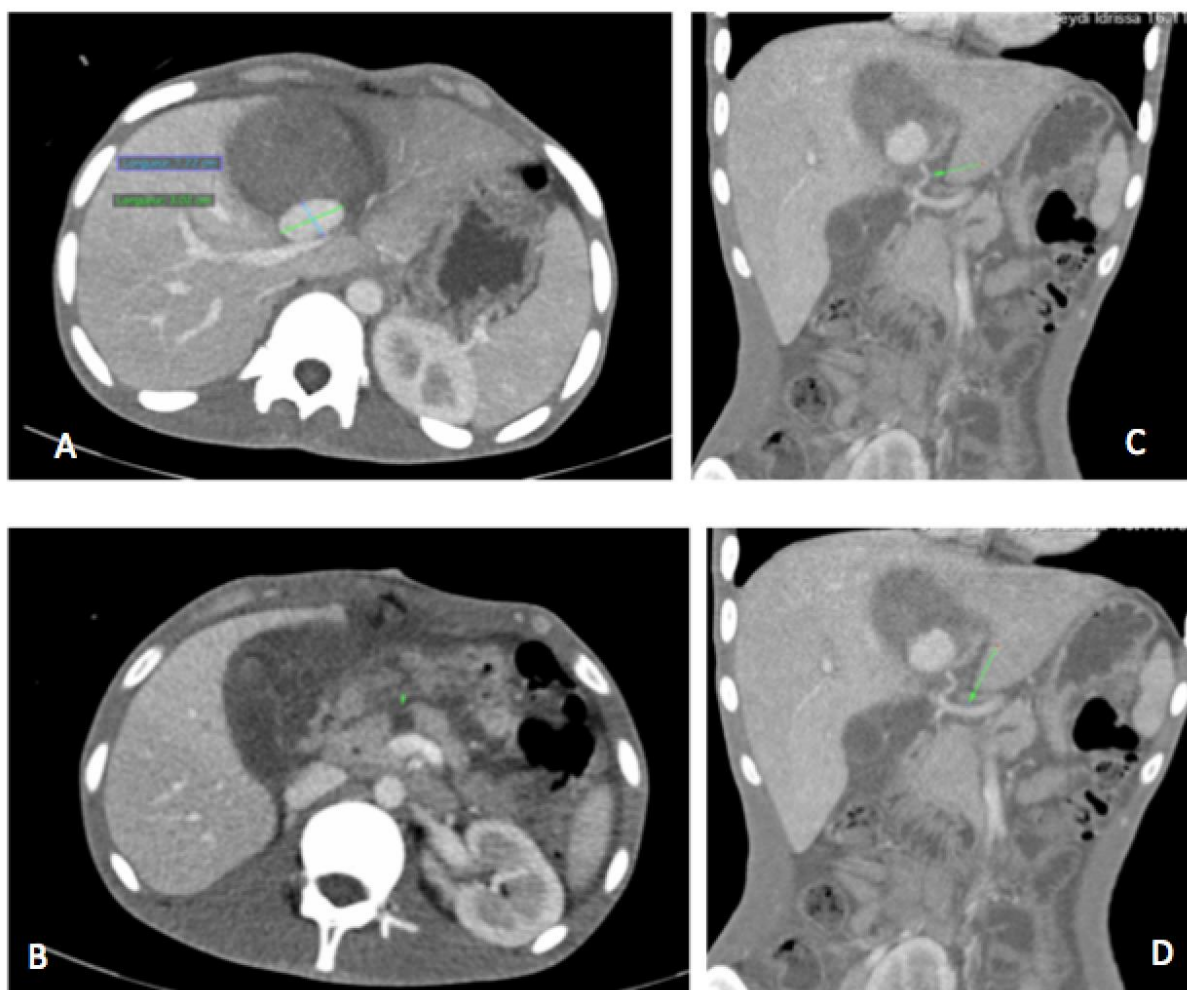
I. S âgé de 28 ans a été admis aux urgences chirurgicales digestives pour une douleur abdominale intense associée à une hémorragie digestive haute et à un ictère. Son histoire clinique remontait à environs un mois à la suite d'un accident de la circulation occasionnant un hémopéritoine secondaire à une plaie hépatique, prise en charge immédiatement par laparotomie. Quelques semaines plus tard, le patient avait présenté un tableau fait de douleurs de l'hypochondre droit associées à des hématoméses et à un sub-ictère. L'examen à l'admission constatait une sensibilité de l'hypochondre droit, un abdomen souple, une cicatrice de laparotomie xypho-

pubienne et un subictère conjonctival. La tension artérielle était de 11/60 mmHg avec un pouls à 78 btts/mn. Le bilan biologique montrait une anémie microcytaire à 05g /100 mL, un TP à 100% et des plaquettes à 466000. L'examen tomodensitométrique (figure 1) a permis de mettre en évidence un important foyer de contusion hépatique occupant le segment IV du foie avec en son sein une formation ovale spontanément dense. La vésicule biliaire également était

le siège d'une collection spontanément dense. L'injection par voie intraveineuse de produit de contraste avec acquisition au temps artériel montrait une formation hyperdense témoignant d'un sac anévrismal avec un collet punctiforme de la branche gauche de l'artère hépatique. Par ailleurs, il était noté une rupture transfixiante de l'isthme du pancréas avec épanchement péritonéal de faible à moyenne abondance. Il a bénéficié d'un traitement symptomatique.



**Figure 1** : coupes TDM, axiales (A, B, C) et reconstruction coronale (D), sans injection de contraste. Hématome du segment IV du foie (flèche), spontanément dense hétérogène avec une vésicule biliaire (tête de flèche) présentant en son sein une collection spontanément dense (flèche) et un épanchement péritonéal de moyenne abondance.



**Figure 2 :** coupes TDM, axiales (A, B) et reconstructions coronales (C, D), après injection de contraste. Pseudo-anévrisme de la branche gauche de l'artère hépatique (flèche) à collet punctiforme associé à une rupture transfixiante de l'isthme du pancréas (tête de flèche) et à un épanchement péritonéal de moyenne abondance.

### 3. Discussion

Le pseudo-anévrisme se définit comme étant une masse sanguine constituée à la suite d'une plaie vasculaire et retenue par les tissus entourant le vaisseau atteint. Il se distingue de l'anévrisme vrai qui est limité par la paroi vasculaire ou une de ses couches et comprend notamment les anévrismes disséquant et sous adventitiels. L'artère hépatique et ses branches tendent à devenir la première localisation des anévrismes splanchniques [3].

Le pseudo-anévrisme post-traumatique de l'artère hépatique est rare. De nos jours une vingtaine de cas ont fait l'objet de publication [4]. Cependant avec l'avènement de la radiologie interventionnelle l'incidence est revue à la hausse du fait des traumatismes de l'artère hépatique lors des ponctions biopsie hépatique, cholangiographie trans-hépatique... Les

pseudo anévrismes de l'artère hépatique ne compliquent que 1,2 % des traumatismes abdominaux [5]. Ils sont le plus souvent associés à des lésions hépatiques importantes chez des patients polytraumatisés, comme c'est le cas de notre patient. Ils sont le plus souvent asymptomatiques [6]. Notre patient était asymptomatique, les premières crises douloureuses ne sont apparues que plusieurs semaines après l'accident. Le tableau clinique était fait de douleurs de l'hypochondre droit, un ictère, une hémorragie digestive, ou une hémobilie réalisant la triade décrite par Quincke en 1871 [7]. Elle est cependant présente dans moins de 25 % des cas et doit faire évoquer le diagnostic [8].

Devant la survenue de tels signes après un traumatisme hépatique, la réalisation d'examen d'imagerie s'impose. Le scanner avec injection de produit de contraste est plus sensible que l'échographie, il permet le diagnostic dans

66 % des cas. Chez notre patient il nous a permis de poser le diagnostic en mettant en évidence un important foyer de contusion hépatique occupant le foie droit avec en son sein une formation ovulaire spontanément dense. La vésicule biliaire également était le siège d'une collection spontanément dense. L'injection par voie intraveineuse de produit de contraste avec acquisition au temps artériel montrait une formation hyperdense témoignant d'un sac anévrisimal avec un collet punctiforme de la branche gauche de l'artère hépatique. L'examen complémentaire le plus sensible est l'angiographie, elle est incontournable à chaque fois que le diagnostic de pseudo anévrisme est évoqué [5]. Son intérêt est double diagnostique et thérapeutique. Le risque de rupture de ces pseudo anévrismes de l'artère hépatique est plus élevé que pour les autres localisations digestives [9]. Donc la suspicion d'un tel anévrysme doit faire l'objet d'un diagnostic et d'une prise en charge adéquate précoce même si le patient est asymptomatique; du fait du risque élevé de rupture de ces pseudo-anévrysmes.

La survenue d'un hématome hépatique (foie droit) au décours d'un traumatisme nécessite une surveillance rapprochée dans le but de dépister très tôt la survenue d'un anévrysme hépatique.

A cet effet l'échographie doppler constitue la modalité d'exploration de première intention pour le dépistage cependant elle ne permet le diagnostic que dans 33 à 50 % des cas [5]. Cette échographie doit être couplée au scanner abdominal au moindre doute.

Actuellement la prise en charge de ces pseudo anévrismes se fait par combinaison d'un traitement endovasculaire classique et d'une embolisation percutanée trans-hépatique. La chirurgie a donc été supplantée par la radiologie interventionnelle et ne doit plus être envisagée que chez des patients instables ou après échec d'un traitement endovasculaire. [5]. Notre patient n'avait pas bénéficié d'un traitement adéquate faute de moyen mais aussi d'un plateau technique approprié. L'évolution était favorable.

#### 4. Conclusion

Le pseudo-anévrisme intra-hépatique constitue une entité rare dont l'incidence semble augmenter avec l'avènement de la radiologie interventionnelle. Il doit être recherché en particulier lors de la surveillance des traumatismes abdominaux en particulier en cas de lésion hépatique. L'angioscanner suffit à poser le diagnostic. Son traitement est réalisé aujourd'hui essentiellement par embolisation transhépatique percutanée. En cas d'échec du traitement angiographique conventionnel, l'abord trans-hépatique peut constituer une alternative.

#### Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

#### 5. Références

1. Sandblom P. Hemorrhage into the biliary tract following trauma; traumatic hemobilia. *Surgery* 1948; 24:571-86.
2. Fabian TC, Croce MA, Stanford GG. Factors affecting morbidity following hepatic trauma : a prospecting analysis of 482 injuries. *Ann Surg* 1991; 213:540-8.
3. Shanley CJ, Shah NL, Messina LM. Common splanchnic artery aneurysm: splenic, hepatic, and celiac. *Ann Vasc Surg* 1996; 10:315-22.
4. Chigot V, Lallier M, Alvarez F, Dubois J. Hepatic artery pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy. *Pediatr Radiol* 2003; 33:24-6. [L]  
[SEP]
5. Fabian TC, Croce MA, Stanford GG. Factors affecting morbidity following hepatic trauma : a prospecting analysis of 482 injuries. *Ann Surg* 1991; 213:540-8.
6. Quincke H. Ein fall von anevrysmata der leber. *Klin Wochenschr* 1871; 8:349-51. [L]  
[SEP]
7. Green MH, Duell RM, Johnson CD, Jamieson NV. Haemobilia. *Br J Surg* 2001;88:773-86. [L]  
[SEP]
8. Sidhu MK, Shaw DWW, Daly CP, Waldhausen JH, Coldwell D. Post-traumatic hepatic pseudoaneurysm in children. *Pediatr Radiol* 1999; 29:46-52. [L]  
[SEP]
9. Stanley JC, Thompson NW, Fry WJ. Splanchnic artery aneurysms. *Arch Surg* 1970; 101:689-97.