

LE GÉNÉRAL ET LE PHYSICIEN

Modalités de rupture des anévrysmes de l'aorte abdominale : du paroxysme à la crise différée

R. LIMET (1)

RÉSUMÉ : La rupture de l'anévrysme de l'aorte abdominale peut parfois prendre un décours paroxystique; d'autres fois le processus s'étale sur plusieurs heures, voire jours. L'efficacité du traitement dépend d'un diagnostic précoce.

Lorsque mourut, il y a plus de 30 ans, le Général De Gaulle, les médecins Français mirent en cause une rupture d'anévrysme de l'aorte abdominale. Le frère aîné du Général était mort de rupture, et les nosographes n'eurent aucune peine à faire le lien entre cette affection familiale et les témoignages recueillis sur les circonstances du décès : le Général porta la main à l'abdomen en attestant d'une violente douleur; il mourut quelques minutes plus tard. Le médecin appelé ne put que constater le décès; il n'y eut pas d'autopsie.

Cette histoire, paradigme d'une rupture de l'aorte abdominale, ne qualifie, en fait, qu'une forme de rupture, celle qui survient en péritoine libre : la douleur abdominale est intense, du fait de l'irritation du péritoine, et l'issue de sang aortique vers la cavité péritonéale n'est freinée par aucune contre-pression hydrostatique. Le patient manifeste d'emblée tous les signes du choc hypovolémique. C'est ici que le diagnostic est le plus aisé. C'est ici, hélas, que le diagnostic est parfois le moins utile, puisque aussi bien, cette forme de rupture aiguë conduit trop souvent à un décès rapide, à domicile, durant le transfert, peu après l'arrivée à l'hôpital, ou en dépit d'une opération héroïque réalisée dans les plus brefs délais.

La modalité de rupture la plus fréquente (du moins en ce qui concerne les admissions hospitalières) est celle où la rupture aortique se produit dans l'espace rétropéritonéal, espace clos où le sang épanché va créer une pression hydrostatique qui s'oppose, partiellement, et, pour un temps, à la pression hydrodynamique, poussant le sang à travers l'orifice créé par l'activation enzymatique. Combien de temps cet équilibre fragile va-t-il se maintenir ? Cela dépend, bien sûr, des dimensions de l'orifice de rupture et, sans doute, de la résistance du péritoine pariétal postérieur, qui a pu être modifiée par des phénomènes inflammatoires anciens.

ABDOMINAL AORTIC RUPTURE

SUMMARY : Abdominal aortic rupture is sometimes paroxysmic. More often, the rupture process takes hours, even days. Surgical efficiency is dependant on an early diagnosis.

KEYWORDS : *Abdominal aortic rupture*

Le facteur temps est donc variable : depuis la rupture précoce du rétropéritoine (qui conduit à un tableau aussi dramatique que celui provoqué par la rupture antérieure en péritoine libre) jusqu'au développement d'un hématome pulsatile enkysté qui va jouer le rôle d'un faux anévrysme chronique, qui se manifestera éventuellement des mois plus tard par des phénomènes de compression radiculaire. En dehors de ces deux extrêmes temporels, quelle est la présentation habituelle de ces ruptures rétropéritonéales ? Une douleur brutale survient au niveau de la zone lombaire, sans irradiation ou avec une irradiation pelvienne, ressemblant à celle d'une crise de lithiase rénale. Cette similitude avec la colique néphrétique est due au fait que le sang épanché irrite les structures urétérales, provoquant ainsi les mêmes phénomènes de douleurs rapportés que dans la crise de colique urétérale. Ce phénomène initial correspond à une perte de sang plus ou moins importante, mais généralement insuffisante pour provoquer un choc hypovolémique. Aussi, quand le médecin appelé en urgence arrive au domicile, le patient ne présente aucun ou peu de signes évocateurs d'un choc hypovolémique débutant, tout au plus une tachycardie réflexe, entretenue par la douleur, mais de toute façon limitée chez le sujet âgé. Si, en outre, le patient a déjà pris un analgésique, il s'excuse auprès du médecin de l'avoir appelé pour un malaise passager. Quelquefois le médecin, pressé, prescrira un spasmolytique; d'autres fois, il dirigera son patient vers la consultation d'urologie, en raison des similitudes douloureuses avec la crise de colique urétérale. Or, l'attitude du médecin appelé en urgence est essentielle : en effet, la clé du succès est de ne pas céder à la facilité dans le diagnostic. Il faut examiner l'abdomen du patient. La palpation bimanuelle, péri- et sus-ombilicale, conduit au diagnostic d'une tumeur pulsatile. Certes, le diagnostic n'est pas toujours facile, si le patient est obèse et si l'anévrysme a un calibre modeste, autour de cinq centimètres, mais au moins faut-il procéder à cette palpation. Si une masse pulsatile est découverte, il faut diriger le patient immédiatement

(1) Professeur, Service de Chirurgie cardio-vasculaire, CHU, Sart Tilman, 4000 Liège.

vers l'hôpital le plus adéquat, le plus proche. En fonction de son état hémodynamique, un simple ultrason ou un scanner plus élaboré renseigneront sur la présence d'un anévrisme significatif. Le scanner, si on a le temps de le faire, pourra mettre en évidence la situation et l'importance de l'épanchement rétropéritonéal, l'anatomie des artères rénales, l'état du collet et des artères iliaques primitives et internes, des anomalies veineuses (veine cave gauche, veine rénale rétro aortique). L'indication opératoire s'ensuit, naturellement. Si le scanner ne met en évidence aucun épanchement suspect, il faut se garder de renvoyer le patient à domicile: nous avons affaire ici à un anévrisme douloureux et la douleur est souvent un signe de rupture imminente. Le patient sera donc opéré, pas forcément le soir même, mais au plus tard le lendemain matin, et, en tout cas, il sera surveillé dans l'intervalle.

Voilà donc comment les choses doivent se passer lorsque le médecin appelé au domicile du malade a fait le diagnostic de rupture d'anévrisme par la palpation bimanuelle ou que, simplement, il en a évoqué la possibilité.

Dans les autres cas, où le médecin n'a pas pensé d'emblée au diagnostic de rupture aortique, il est vraisemblable qu'il sera rappelé quelques heures plus tard. L'épouse, ou un proche du patient, communique que les douleurs initiales sont revenues, plus fortes que jamais, que le patient est maintenant pâle, transpirant, qu'il tient des propos peu cohérents. Nous voici donc dans le tableau du choc hypovolémique majeur, avec sa riposte adrénargique et ses manifestations cérébrales résultant de la diminution du débit sanguin cérébral. Rien n'est perdu, mais le transfert en urgence est impérieux, l'opération est à réaliser le plus vite possible, mais les chances de succès sont évidemment moins bonnes que si le diagnostic avait été fait au moment de la première crise douloureuse lombaire. Quoi de plus désolant que de constater, à l'anamnèse de l'entourage, que le diagnostic de rupture aurait pu être porté quelques heures plus tôt et, par conséquent, transformer complètement les perspectives de survie. De même faut-il être, *a fortiori*, attentif aux plaintes des patients porteurs d'un anévrisme connu, qui attestent de douleurs dans la région lombaire, dans la région abdominale, douleurs éventuellement exacerbées par la palpation profonde. Par principe, il faut considérer que ces douleurs sont engendrées par l'augmentation de tension pariétale qui stimule les récepteurs sensibles de l'adventice et crée ainsi cet état douloureux qui peut être le prélude à une rupture.

Le délai entre la survenue de la rupture et le décès peut parfois être de l'ordre de plusieurs jours, comme on le voit dans le cas d'Albert Einstein. Le célèbre physicien avait présenté à domicile un vague inconfort abdominal, des nausées, et, même, des vomissements. Cinq jours plus tard (15 avril 1955), il était admis à l'hôpital, dans un tableau de douleurs abdominales diffuses, mais maximales dans la région du quadrant supérieur droit. On savait que, dix ans plus tôt, un anévrisme "du volume d'un pamplemousse" avait été traité par les moyens de l'époque, c'est-à-dire la mise en place d'épiploon sur la paroi de l'aorte. Rappelons que la technique de mise à plat d'anévrisme de l'aorte abdominale n'a été introduite qu'en 1952. Le lendemain de l'admission, on portait le diagnostic de cholécystite associée à une fuite rétropéritonéale de l'anévrisme. En toute connaissance de cause, Albert Einstein refusa la chirurgie aortique qui lui était proposée. Les douleurs devinrent plus intenses, se focalisèrent dans la région de la vésicule, tandis que la masse pulsatile palpée semblait avoir augmenté de volume, occupant maintenant toute la région depuis le rebord costal gauche jusqu'à la fosse iliaque de ce côté. Einstein mourut le 18 avril. L'autopsie pratiquée démontra la présence d'un énorme anévrisme de l'aorte abdominale rompu dans le rétropéritoine et dont l'hématome avait fusé par cette voie dans la capsule hépatique, jusqu'à venir intéresser la vésicule biliaire. N'oublions pas qu'à l'époque, la chirurgie de l'anévrisme de l'aorte abdominale en était encore à ses débuts et que, par ailleurs, les moyens de diagnostic étaient incomparablement plus réduits que ceux dont nous disposons aujourd'hui. Ceci appartient au passé. Par contre, gardons de cette histoire la leçon toujours actuelle que tout phénomène douloureux qu'il soit de localisation typique (lombaire, abdominale) ou atypique (vésiculaire) chez un porteur d'anévrisme de l'aorte abdominale, doit d'abord faire penser au diagnostic de rupture d'anévrisme.

On le voit, la rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale n'a pas toujours un caractère suraigu, comme dans le cas du Général De Gaulle; elle peut avoir un décours plus lent, comme on le vit chez Albert Einstein. Ceci souligne l'importance décisive d'un diagnostic précoce, qui ne peut être posé que par le premier médecin appelé au chevet du malade.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. R. Limet, Service de Chirurgie cardio-vasculaire, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.