

Points importants

- L'âge, la MCAS, la maladie vasculaire périphérique, l'hypertension et les antécédents familiaux d'AAA sont des facteurs de risque d'anévrisme d'aorte abdominale.
- Parfois il y a deux phases lors de la rupture de l'AAA.
- Le tableau clinique de l'AAA rupturé ou pas se confond à celui de plusieurs pathologies abdominales, telles la colique néphrétique, l'occlusion intestinale, etc.

Et si c'était un anévrisme, une dissection ou une rupture de l'aorte abdominale?

Étude de cas

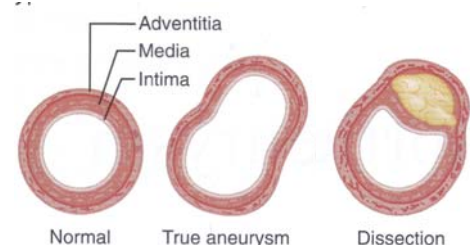
Il est 11 h, les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) sont appelés en priorité 7 pour un patient de 74 ans qui souffre d'une douleur abdominale. À leur arrivée, ils prennent contact avec un homme visiblement souffrant. À l'histoire, il présente une douleur abdominale basse, région hypogastrique s'irradiant au dos. Il rapporte une douleur semblable depuis qu'il a des problèmes aux « intestins ». Hier, il a subi un lavement à l'hôpital, car il est constipé depuis une semaine. Lors du lavement, la douleur était semblable; il a pensé « perdre connaissance ». Il est toujours constipé, et depuis ce matin, la douleur est revenue de façon très intense. C'est pour cette raison qu'il a appelé pour avoir une ambulance. Les TAP l'examinent et prennent ses signes vitaux. La douleur est à 9/10, la saturation à l'air ambiant est à 96 %, la fréquence respiratoire est à 24, la fréquence cardiaque est à 96 et la T/A à 210/126. Le patient présente un antécédent (ATCD) d'hypertension (HTA) et ne présente pas d'allergie. Il prend de l'Altace 5 mg le matin pour son HTA. Les TAP concluent à une douleur abdominale due à « une grosse constipation ». Étant au 3^e étage, le jugeant « stable », ils décident de lui faire descendre les 6 paliers d'escaliers jusqu'à la civière qui se trouve dans le porche. Le transport est effectué en 10-16, sans événement. À l'hôpital, le patient est trié selon les informations rapportées par les TAP, et il est installé sur une civière, dans le corridor. Six heures plus tard, le médecin de l'urgence examine le patient, et une échographie est effectuée par l'urgentologue. Le patient est monté d'urgence au bloc opératoire. Il décède durant l'intervention chirurgicale : rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

L'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)

L'anévrisme est causé par l'affaiblissement des parois de l'artère et provoque ainsi une dilatation pathologique. Il implique les trois parois de l'artère : « Intima, Media, Adventitia ». Il ne faut pas confondre anévrisme et dissection. La dissection implique la rupture de l'intima. Le sang s'infiltre alors au niveau du média en séparant les deux parois (dissection). La manifestation clinique de ces deux pathologies est différente. L'anévrisme peut se développer au niveau de n'importe lequel des segments de l'aorte. Cependant, d'ordre général, c'est la partie en dessous des artères rénales qui est touchée. L'aorte infrarénale a un diamètre approximatif de 2 centimètres (cm). Lorsque la dilatation atteint 3 cm, il y a anévrisme de l'aorte abdominale (AAA).^{1,2}

Épidémiologie

Plus le patient est âgé, plus il est à risque d'AAA. La présence d'une maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ainsi que l'hypertension artérielle sont des facteurs de risques. L'âge moyen du patient qui présente un diagnostic d'AAA se situe entre 65 et 70 ans. Un antécédent familial d'AAA augmente le risque de 10 à 20 fois d'avoir cette pathologie.³ La présence de ces facteurs de risque peut orienter le clinicien vers la possibilité d'un anévrisme de l'aorte abdominale.



En premier, une artère normale; en deuxième, un anévrisme, et enfin en troisième, une dissection de l'aorte.

Extrait de Marx et Col., Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice, volume I, 7th Edition, Mosby Elsevier, 2010, p.1094.

Évolution de la maladie

L'AAA évolue et s'élargit progressivement jusqu'à la rupture, suivi d'une hémorragie qui est généralement fatale s'il n'est pas découvert et traité dans un délai raisonnable. La plupart des anévrismes à risque de rupture ont un diamètre supérieur à 5 cm. En dépit de cela, tout anévrisme doit être considéré à risque de rupture et ne doit pas être pris à la légère, surtout s'il est le résultat de la plainte principale (réf. : douleur abdominale, syncope, douleur au dos, etc.). De façon générale, lors de la rupture, le sang s'écoule dans la cavité

retropéritonéale. Dans cette situation, une première hémorragie survient et peut être temporisée par la cascade de coagulation. Par la suite, si non détectée et traitée rapidement, survient une deuxième hémorragie qui est généralement fatale. Le tableau clinique s'illustre dans ce contexte comme étant une douleur abdominale soudaine de forte intensité, suivie souvent d'une syncope ou d'une quasi-syncope. Plus tard, lors de la deuxième hémorragie, laquelle est souvent fatale, les symptômes reviennent fréquemment avec une plus grande intensité, et sont suivis de signes de chocs. Environ 10 à 30 % sont victimes d'une seule hémorragie intrapéritonéale qui est, la plupart du temps, fatale.^{4,5}

Prévalence de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) chez certains groupes à risque

Groupe	Incidence
Décès (autopsie) âge > 50 ans	2-4 %
Homme de 65 ans et plus	5-10 %
Patient MCAS ou vasculaire périphérique	10-15 %
Fratrerie avec AAA	20-30 %

Traduction libre de : Marx et Col., Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice, volume I, 7th Edition, Mosby Elsevier, 2010, p. 1093

Manifestations cliniques de l'AAA non rupturé

Comme la plupart des AAA sont découverts seulement lors de la rupture, la prévalence des symptômes d'un AAA non rupturé est inconnue. La plupart des AAA ne donnent pas de symptômes, à moins qu'ils soient en voie de dissection. Lorsqu'apparaissent les symptômes d'un AAA, il s'agit fort probablement d'une dissection de l'AAA qui, vraisemblablement, rupturera plus tard. Fréquemment, l'AAA est diagnostiqué par hasard lors d'un examen médical pour un autre problème.^{6,7} Par le fait même, souvent, le patient ne présente aucun symptôme, sauf lors de la rupture de l'AAA.⁸

Parfois, l'AAA provoque des symptômes atypiques dus à la compression des structures adjacentes. En effet, l'AAA avec un diamètre appréciable peut provoquer une pression sur le corps vertébral et causer, par exemple, des maux de dos. Il peut aussi comprimer le duodénum ainsi que l'artère mésentérique et déclencher des symptômes gastro-intestinaux, tels la constipation (via une obstruction de l'intestin), les nausées, les vomissements et l'inappétence pouvant mener à la perte de poids. Parfois, il peut même obstruer les uretères, ce qui aura comme résultat des symptômes de coliques rénales.^{9,10}

Manifestations cliniques de l'AAA disséquant (sans rupture)

Des symptômes tels la douleur abdominale, la douleur au dos ou aux flancs, avec ou sans présence d'une sensation d'abdomen pulsatile ou de gonflement, peuvent être tous des symptômes d'anévrisme de l'aorte abdominale.^{11,12,13} Malgré le fait qu'on s'attend souvent à ce que la douleur associée à cette situation clinique soit intense et soudaine, malheureusement elle peut parfois, surtout chez la personne âgée, être vague et même se permettre d'évoluer dans le temps. Comme mentionné précédemment, il se peut même que l'AAA obstrue les uretères, ce qui a pour effet que des symptômes se manifestent pouvant faire penser à des coliques rénales.^{14,15}

Manifestation clinique de l'AAA rupturé

La présentation classique clinique de l'AAA rupturé est la suivante : douleur abdominale et hypotension. En dépit de cela, certains patients ne présentent seulement qu'un des deux de ces signes et symptômes et même, quelquefois, aucune des composantes classiques. La rupture de l'anévrisme est souvent la première manifestation de l'AAA pour le patient. Pour le patient qui a un diagnostic d'AAA chez qui une décision de ne pas l'opérer a été prise par le personnel soignant, il est important de prendre note qu'en présence de symptômes aigus (réf. : douleur abdominale), l'AAA du patient est rupturé jusqu'à preuve du contraire.

Le tableau clinique général du patient présentant un anévrisme rupturé se décrit comme suit :

- Douleur au dos;
- Douleur au flanc;

- Douleur abdominale aiguë et sévère s'irradie parfois au thorax, aux aines, aux hanches et scrotums (chez le sujet de sexe masculin, faisant ainsi penser à une douleur d'origine testiculaire);
- Signe de choc hypovolémique (tachypnée, tachycardie¹ et hypotension²).

Diagnostic clinique fait par le médecin à l'urgence¹⁶

Comme nous venons de le voir, le tableau clinique de l'AAA, qu'il soit rupturé ou non, est confondant. Plusieurs pathologies peuvent se présenter presque identiquement de la même façon, notamment, la colique néphrétique, l'occlusion intestinale, la péritonite, etc. Un seul examen diagnostique peut affirmer ou infirmer la présence de l'AAA et de sa rupture, le cas échéant : c'est un examen radiologique. Parmi les examens radiologiques les plus spécifiques pour identifier le problème clinique discuté, nous retrouvons l'échographie et le « scan ». Seuls ces examens peuvent identifier l'AAA (rupturé ou non). Chez le patient instable, ces examens n'ont pas le temps d'être effectués, et la chirurgie urgente devient alors l'examen diagnostique.

Conclusion

En somme, le diagnostic de l'AAA, qu'il soit rupturé ou non, est difficile à établir sur le plan clinique, puisque le tableau présenté par le patient se confond avec celui exhibé par d'autres pathologies. Afin d'infirmer ou d'affirmer la présence de l'AAA, le médecin se réfère à des examens diagnostiques (échographie et « scan ») qui sont uniquement disponibles en milieu hospitalier. Or, il est pratiquement impossible pour le technicien ambulancier paramédic d'exclure la possibilité de l'AAA pour un patient, surtout s'il est âgé de plus de 50 ans et présentant une douleur abdominale.

Maintenant, revenons à notre étude de cas. Il est clair que les TAP sont passés à côté du problème clinique et n'ont pas su tenir compte de la manifestation clinique confondante que peut présenter un AAA. Ils ont conclu faussement à une douleur abdominale bénigne. En plus d'avoir pris une mauvaise décision clinique en minimisant le problème, ils ont pris une décision dangereuse en faisant marcher le patient, ce qui n'a probablement pas aidé à la pathologie (effort de marcher) du patient. Pour en ajouter, cela aurait pu entraîner d'autres conséquences si la personne âgée avait chuté dans l'escalier. **Il faut se souvenir qu'une simple fracture de la hanche chez une personne âgée peut augmenter à très court terme la mortalité d'environ 5 à 20 %.**¹⁷ Enfin, cette décision était non-éthique. Soyez vigilant, la douleur abdominale est une boîte à surprises!

Références :

- ¹ Lederle FA, Ultrasonographic screening for abdominal aortic aneurysms. *Ann Intern Med* 2003; 139:516
- ² Sakalihasan N, et Col., Abdominal aortic aneurysm. *Lancet* 2005; 365:1577
- ³ Marx et Col., Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice, volume I, 7th Edition, Mosby Elsevier, 2010, p. 1093
- ⁴ Gloviczki P, et Col., Ruptured abdominal aortic aneurysms: Repair should not be denied. *J Vasc Surg* 1992; 15:851
- ⁵ Alonso-Pérez M, et Col., Factors increasing the mortality rate for patients with ruptured abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg* 2001; 15:601
- ⁶ Sakalihasan N, et Col., Abdominal aortic aneurysm. *Lancet* 2005; 365:1577
- ⁷ Greenhalgh RM, Powell JT: Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 2008; 358:494
- ⁸ Marx et Col., Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice, volume I, 7th Edition, Mosby Elsevier, 2010, p. 1094
- ⁹ Hellmann DB, Grand DJ, Freischlag JA: Inflammatory abdominal aortic aneurysm. *JAMA* 2007; 297:395
- ¹⁰ Yusuf K, Murat B, Unal A, et al: Inflammatory abdominal aortic aneurysm: Predictors of long-term outcome in a case-control study. *Surgery* 2007; 141:83
- ¹¹ Sakalihasan N, et Col., Abdominal aortic aneurysm. *Lancet* 2005; 365:1577
- ¹² Vohra R, Reid D, Groome J, et al: Long-term survival in patients undergoing resection of abdominal aortic aneurysm. *Ann Vasc Surg* 1990; 4:460
- ¹³ Greenhalgh RM, Powell JT: Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 2008; 358:494
- ¹⁴ Hellmann DB, Grand DJ, Freischlag JA: Inflammatory abdominal aortic aneurysm. *JAMA* 2007; 297:395
- ¹⁵ Yusuf K, Murat B, Unal A, et al: Inflammatory abdominal aortic aneurysm: Predictors of long-term outcome in a case-control study. *Surgery* 2007; 141:83
- ¹⁶ Marx et Col., Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice, volume I, 7th Edition, Mosby Elsevier, 2010, p. 1095-1097
- ¹⁷ Melmed, et Col., Williams textbook of endocrinology, 12th edition, chapter 29 : Metabolic bone disease/Osteoporosis/Primary Osteoporosis, Elsevier, 2010.



Dave Ross, M.D.

¹ Il est possible que le patient ne soit pas tachycarde dû à une forte stimulation vagale qui est conséquente à la douleur ou au fait qu'il prend des médicaments de la famille des bêtabloqueurs.

² L'hypotension survient lorsque le choc est décompensé. C'est un signe tardif.