

ANEVRYSME DE L'ARTERE POPLITEE

● DEFINITION

L'AAP est une dilatation avec perte de parallélisme des parois de l'artère poplitée atteignant au moins 2 fois le diamètre de l'artère saine sus jacente, le diamètre normal chez l'adulte variant de 5 à 8 mm.

● GENERALITES

Les anévrismes de l'artère poplitée (AAP) sont les plus fréquents des anévrismes des artères des membres inférieurs. Ils surviennent le plus souvent chez l'homme après 60 ans et sont bilatéraux dans plus de la moitié des cas. Un anévrisme aortique est souvent associé dans le cadre d'une maladie poly anévrysmale et doit donc être systématiquement recherché. L'étiologie la plus fréquente est la dégénérescence pariétale qui peut être associée à la maladie athéromateuse. On les distingue des faux anévrismes par rupture pariétale secondaires à un traumatisme, une infection.... **La principale complication est l'ischémie aiguë d'origine thrombo-embolique qui comporte un haut risque d'amputation majeure (jambe ou cuisse).**

Rappel Anatomique : l'artère poplitée commence une douzaine de centimètre au dessus du pli de flexion, à la face interne de la partie basse de la cuisse et se termine quelques centimètres au dessous du pli.

● CLINIQUE

I Circonstances de découverte

A Complications aiguës :

Près de la moitié des AAP sont découverts à l'occasion d'une complication aiguë avec par ordre de fréquence décroissante :

- 1- Une ischémie aiguë de jambe par thrombose complète et/ou embolies périphériques (circonstance malheureusement trop fréquente) : douleur brutale du mollet et du pied, pâleur, refroidissement, abolition des pouls avec ou sans paralysie sensitivomotrice.
- 2- Une thrombose veineuse profonde par compression.
- 3- Une rupture : tuméfaction douloureuse et inconstamment pulsatile du creux poplité.
- 4- Une surinfection qui simule un abcès du creux poplité, circonstance exceptionnelle dont le drainage aveugle serait catastrophique. Toute infection et toute tuméfaction sur une artère peut être d'origine vasculaire.

B Complications chroniques :

- 1- d'origine ischémique : une claudication, des épisodes transitoires de douleurs distales de nature embolique, un syndrome des orteils bleus, des troubles trophiques,
- 2- d'origine compressive : un œdème sous gonale unilatéral, une symptomatologie neurologique sciatique poplitée.

C AAP asymptomatiques

Environ un tiers des patients est asymptomatique, l'anévrisme étant soit découvert par le patient soit diagnostiqué au cours d'un examen clinique (pouls poplité trop bien perçu) ou d'un écho Doppler effectué dans le cadre du bilan d'une maladie athéromateuse occlusive, anévrismale ou veineuse.

II Examen clinique

A L'interrogatoire recherche :

- les facteurs de risque cardiovasculaire
- les antécédents familiaux d'anévrisme
- un antécédent de traumatisme régional
- une claudication

B L'inspection recherche une exceptionnelle voussure pulsatile du creux poplité ou à la face interne de la partie basse de cuisse.

C La palpation bilatérale et comparative recherche :

- un pouls poplité trop bien perçu.
- une tuméfaction battante et expansive à grand axe longitudinal dans le creux poplité dont on précise la topographie par rapport au pli de flexion.
- L'absence d'un ou des pouls périphériques à la cheville.
- Un autre anévrisme (poplité controlatéral, aortique)

● EXAMENS COMPLEMENTAIRES

a) L'écho Doppler est l'exploration morphologique et hémodynamique indispensable à réaliser de première intention (sensible, spécifique et non invasive) pour :

1. confirmer le diagnostic d'AAP,
2. éliminer une artériomégalie, un kyste adventitial ou synovial, un anévrisme post sténotique d'une artère poplité piégée ou un faux anévrisme anastomotique par désinsertion de prothèse.
3. préciser le **diamètre** et la topographie de l'AAP sur l'axe artériel poplité.
4. l'existence et l'extension d'un thrombus intra anévrysmal
5. apprécier la perméabilité des artères d'aval et mesurer les pressions distales (IPS).
6. rechercher d'autres anévrysmes périphériques (poplité controlatérale, fémorales) et un anévrisme de l'aorte abdominale.
7. apprécier le retentissement veineux.

8. rechercher la qualité du matériel veineux en vue d'une prise en charge chirurgicale.
- b) Le scanner ou l'IRM permettent de préciser :
- la taille et le siège de l'AAP.
 - le lit d'aval par une angioIRM, un angioscanner
- c) **ATTENTION : l'artériographie ne montre pas l'anévrisme mais seulement le chenal circulant et les lits d'amont et d'aval.**

● PRISE EN CHARGE

La prise en charge dépend de la symptomatologie et/ou du diamètre de l'AAP.

A) AAP compliqué : l'indication de traitement est formelle

1- Ischémie aiguë

Un traitement par Héparine à dose efficace (500 UI/kg/24h) est instauré.

En cas d'ischémie sensitivomotrice une revascularisation chirurgicale est tentée en urgence avec artério per opératoire et une tentative de récupération du lit d'aval. L'aponévrotomie est d'indication large. La revascularisation est impossible ou échoue dans plus d'un tiers des cas aboutissant à une amputation majeure.

En cas d'ischémie sans déficit sensitivo-moteur une angiographie préopératoire est réalisée, éventuellement suivie d'une thrombolyse intra artérielle pour permettre une reperméabilisation du lit d'aval et la réalisation d'une exclusion pontage. (mais respecter les contre indications de la thrombolyse)

En cas d'ischémie dépassée: une amputation majeure d'emblée est réalisée.

2 – AAP compliqué de phlébite

Traitement médical de la phlébite et traitement chirurgical ultérieur de l'anévrysme.

3 – Rupture

Chirurgie en urgence.

B) AAP thrombosé

L'indication thérapeutique dépend du stade clinique comme pour l'AOMI

C) AAP asymptomatiques : l'indication opératoire doit être discutée

Le traitement chirurgical de référence est l'exclusion pontage utilisant un greffon veineux autologue qui procure des résultats plus durables que les prothèses (veine grande saphène, le plus souvent).

Un AAP asymptomatique de plus de 20 mm surtout avec un thrombus intra anévrysmal indique un traitement chirurgical préventif tenant compte de l'état général du patient.

Si le diamètre de l' AAP < 20 mm, s'il n'existe pas de thrombus et si le lit artériel d'aval est normal, il faut effectuer une surveillance clinique et par échodoppler tous les 6 mois, contrôler les facteurs de risque et traiter l'éventuelle maladie athéromateuse.

● *SURVEILLANCE AU LONG COURT DES PATIENTS OPERES.*

1- vérifier l'observance du traitement médical et contrôle des facteurs de risque.

2- surveillance clinique et échoDoppler

- du pontage et du lit artériel d'aval
- de l'évolutivité de la maladie anévrysmale (poplitée contro latérale, fémorales, aorte) et/ ou de l'éventuelle maladie athéromateuse associée (AOMI, coronaires, carotides).