

Fistule aortoduodénale secondaire : croire n'est pas voir !

Secondary aortoduodenal fistula: don't believe the hype!

A. Ghanem · P.A. Raynal · J. Gaudric · Y. Freund

Reçu le 8 mars 2011 ; accepté le 10 mai 2011
© SFMU et Springer-Verlag France 2011

La fistule aortoentérique (FAE) est une complication relativement rare, mais potentiellement dramatique de chirurgie aortique, et son diagnostic peut s'avérer délicat. Il s'agit d'une urgence thérapeutique dont les modalités et pièges diagnostiques doivent être connus aux urgences.

Observation

Un homme de 59 ans est admis aux urgences pour prise en charge d'un méléna évoluant depuis quatre jours avec une anémie à 6,2 g/dl d'installation progressive sur plusieurs mois. Outre un anévrisme de l'aorte abdominale traité chirurgicalement par mise à plat/prothèse aortique trois mois auparavant, il présente comme principaux antécédents médicaux une sclérose en plaques avec tétraplégie séquellaire ainsi qu'une cardiopathie ischémique avec un triple pontage coronarien 15 années auparavant.

L'examen clinique initial retrouve des traces de méléna, avec une bonne tolérance clinique et hémodynamique : la fréquence cardiaque est à 94 par minute, la tension artérielle à 110/60 mmHg, et il n'existe pas de signe d'insuffisance circulatoire. Le patient ne rapporte aucune douleur abdominale. Sur le plan biologique, on confirme une anémie à 6,4 g/dl, avec un volume globulaire moyen (VGM) à 84 fl et un héma-

tocrite de 22 %. On retrouve aussi un syndrome inflammatoire avec une protéine C réactive augmentée à 54 mg/l. Une FAE est évoquée en raison des antécédents récents de chirurgie prothétique aortique. On réalise alors une tomodensitométrie (TDM) abdominale avec injection de produit de contraste qui n'objective ni saignement ni fuite périprothétique et montre une infiltration périprothétique avec une discrète saillie antérieure à la partie haute de l'aorte en regard du troisième duodénum (Fig. 1).

Le patient est alors transfusé de deux concentrés érythrocytaires puis hospitalisé en service de médecine. Une endoscopie digestive est réalisée le lendemain afin de déterminer l'origine du saignement : ni la fibroscopie gastrique ni l'iléoscopie ne permettent de mettre en évidence des images suspectes de fistule. Toutefois, malgré l'absence de suffusion de produit de contraste, les chirurgiens vasculaires considèrent suspecte la saillie duodénale au TDM, et décident de pratiquer une exploration chirurgicale. En peropératoire, on retrouve des signes d'infection avec présence de pus autour de la prothèse et une FAE au niveau de la face postérieure de la quatrième partie du duodénum. Le patient est ainsi traité chirurgicalement avec succès par une exérèse de tout le matériel prothétique et une allogreffe aortique. Les suites opératoires sont simples, et il quitte le service de chirurgie vasculaire 30 jours plus tard.

Discussion

La FAE est une affection grave au pronostic catastrophique, décrite pour la première fois en 1953 [1]. Elle peut être primaire ou secondaire après une intervention chirurgicale aortique, et le diagnostic doit être évoqué systématiquement chez un patient porteur d'une prothèse aortique. Elle survient dans 0,4 à 1,6 % des cas après chirurgie aortique [2], et la localisation duodénale est la plus fréquente (60 à 80 % des cas) [3,4].

Les symptômes initiaux sont généralement frustrés, comprenant un état subfébrile, une perte de poids, une fatigue inhabituelle ou un syndrome inflammatoire. Plus explicites,

A. Ghanem · P.A. Raynal · Y. Freund (✉)

Service d'accueil des urgences,
groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
Assistance publique-Hôpitaux de Paris,
47-83, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, France
e-mail : yonathanfreund@gmail.com

J. Gaudric

Service de chirurgie vasculaire,
groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
Assistance publique-Hôpitaux de Paris,
47-83, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, France

Y. Freund

Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris-VI,
F-75005 Paris, France

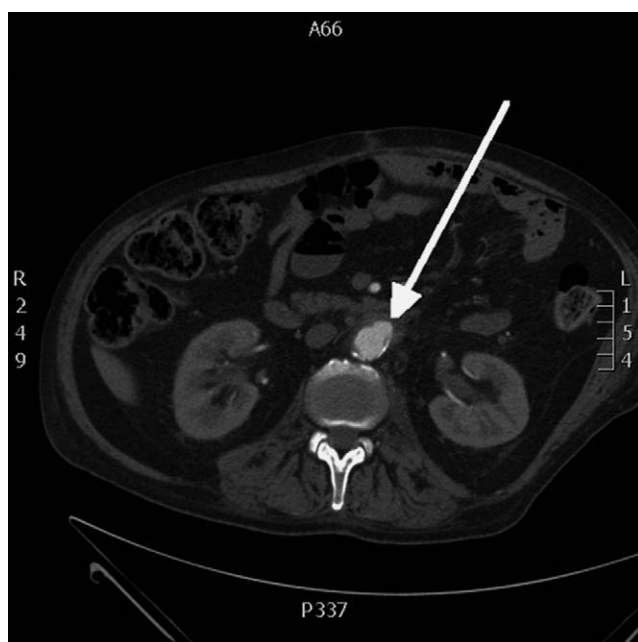


Fig. 1 TDM abdominal avec injection de produit de contraste, temps artériel. Saillie aortique dans le duodénum

des saignements digestifs de faible abondance, des douleurs abdominales ou lombaires peuvent intervenir. En cas d'hémorragie d'origine indéterminée, des examens complémentaires doivent impérativement être pratiqués à la recherche de fistule, mais la normalité du TDM même injecté n'exclut pas le diagnostic. Ainsi, le diagnostic radiologique ne peut parfois être porté que sur des signes indirects, tels que des signes d'infection, présence ectopique d'air ou encore épaissement des parois digestives en regard [5]. L'infection de prothèse est présente de façon quasi systématique lors de FAE [6,7]. L'endoscopie gastrique peut être une alternative intéressante pour porter le diagnostic : elle ne peut généralement pas identifier clairement la fistule, mais peut retrouver des signes indirects comme une ulcération entourée de muqueuse saine ou un aspect de tumeur de la sous-muqueuse [8,9]. En revanche, elle prend tout son intérêt lorsqu'elle objective un autre saignement actif, d'origine digestive [5].

L'image scanographique de saillie aortique dans le troisième duodénum a déjà été décrite comme signe indirect de FAE [8], mais globalement, la sensibilité du TDM abdominal n'est que de 50 % [10,11]. Ainsi, même si les examens radiologiques n'objectivent pas de FAE, l'avis d'un chirurgien vasculaire est indispensable, et l'exploration chirurgicale sur des signes indirects a permis un traitement efficace de cette pathologie. En cas de forte suspicion, le patient devrait être transféré dans un centre avec chirurgien vasculaire sur le site. Sans traitement, la mortalité rapportée de ces

patients est de 100 %, contre 30 % avec une prise en charge opératoire [12]. L'allogreffe aortique est une bonne option thérapeutique, limitant le risque de complications postopératoire, et associée à un bon pronostic (plus de 90 % de survie à un an) [13]. L'allogreffe aortique doit être maintenant préférée aux traitements chirurgicaux extra-anatomiques [13].

Conclusion

La FAE secondaire est une complication rare, assortie d'une mortalité importante et pouvant revêtir différentes présentations cliniques. La difficulté diagnostique réside dans la médiocre sensibilité des examens complémentaires pratiqués en urgence (TDM et endoscopie digestive). Comme le montre ce cas, même sans arguments de certitude, l'exploration chirurgicale peut être indiquée pour éviter une évolution fatale.

Références

1. Brock RC (1953) Aortic homografting; a report of six successful cases. *Guys Hosp Rep* 102:204–28
2. Kuestner LM, Reilly LM, Jicha DL, et al (1995) Secondary aortoenteric fistula: contemporary outcome with use of extraanatomic bypass and infected graft excision. *J Vasc Surg* 21:184–95; discussion 195–6
3. Connolly JE, Kwaan JH, McCart PM, et al (1981) Aortoenteric fistula. *Ann Surg* 194:402–12
4. Roos JE, Willmann JK, Hilfiker PR (2002) Secondary aortoenteric fistula: active bleeding detected with multi-detector-row CT. *Eur Radiol* 12(Suppl 3):S196–S200
5. Mylona S, Ntai S, Pomoni M, et al (2007) Aorto-enteric fistula: CT findings. *Abdom Imaging* 32:393–7
6. Bunt TJ (1983) Synthetic vascular graft infections. I. Graft infections. *Surgery* 93:733–46
7. Bunt TJ (1983) Synthetic vascular graft infections. II. Graft-enteric erosions and graft-enteric fistulas. *Surgery* 94:1–9
8. Sukawa Y, Goto A, Okuda H, et al (2009) Unexplained melena associated with a history of endovascular stent grafting of abdominal aortic aneurysms: aortoduodenal fistula. *Endoscopy* 41 (Suppl 2):E84
9. Katsinelos P, Paroutoglou G, Papaziogas B (2005) Secondary aortoduodenal fistula with a fatal outcome: report of six cases. *Surg Today* 35:677–81
10. Junquera F, Quiroga S, Saperas E, et al (2000) Accuracy of helical computed tomographic angiography for the diagnosis of colonic angiodysplasia. *Gastroenterology* 119:293–9
11. Pipinos II, Carr JA, Haitcock BE, et al (2000) Secondary aortoenteric fistula. *Ann Vasc Surg* 14:688–96
12. Debonnaire P, Van Rillaer O, Arts J, et al (2008) Primary aorto enteric fistula: report of 18 Belgian cases and literature review. *Acta Gastroenterol Belg* 71:250–8
13. Kieffer E, Gomes D, Chiche L, et al (2004) Allograft replacement for infrarenal aortic graft infection: early and late results in 179 patients. *J Vasc Surg* 39:1009–17