

Cas insolite de thrombose de l'artère mésentérique supérieure

Présenté par Isabelle Lafrance

R4 Chirurgie vasculaire

CHU de Québec, Université Laval

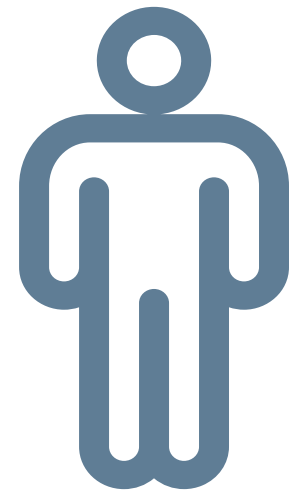
18 novembre 2022



Je n'ai aucun conflit d'intérêt à déclarer

Présentation du patient

- Homme, 74 ans
- **Antécédents médicaux :**
 - Dyslipidémie
 - Lombalgie chronique secondaire à arthrose facettaire et sténoses foraminales
 - Tabagisme ancien, cessé depuis 30 ans
- **Médication :**
 - Simvastatin 20 mg PO DIE
 - Gabapentin 300 mg PO TID
 - Acétaminophène PRN





Consultation initiale

- Consultation à l'urgence de sa région pour **diarrhées** x 4 jours, nausées et **douleur abdominale diffuse** exacerbée en **post-prandial**
- Afébrile
- Laboratoires :
 - CRP > 250, GB 13 000

Imagerie initiale

TDM C+ :

- Forte infiltration du mésentère proximal, dilatation d'anses grêle sans signe de souffrance digestive

Angio-CT :

- Courte thrombose subtotale AMS sur 3 cm
- Réopacification de l'artère distalement
- Importante infiltration grasse mésentérique
- TC normal

Prise en charge initiale

- **Anticoagulation** débutée : Héparine IV
- **Antibiothérapie** débutée : Pip-tazo
- **Contrôle angio-CT** 2 jours plus tard = **stabilité** du tableau radiologique
- Transfert dans notre centre après 5 jours d'observation

Question # 1

Avec les informations actuelles, quelles
sont vos hypothèses diagnostiques ?

Notre diagnostic différentiel

1. Dissection primaire
2. Vasculite
3. Thrombose artérielle d'étiologie infectieuse

À l'arrivée dans notre centre

- Nutrition parentérale débutée car incapacité à tolérer diète
- Antibiothérapie (Pip-Tazo + levofloxacin) et anticoagulation poursuivies
- Consultations en **médecine vasculaire** et en **infectiologie**



Imageries complémentaires

TEP scan :

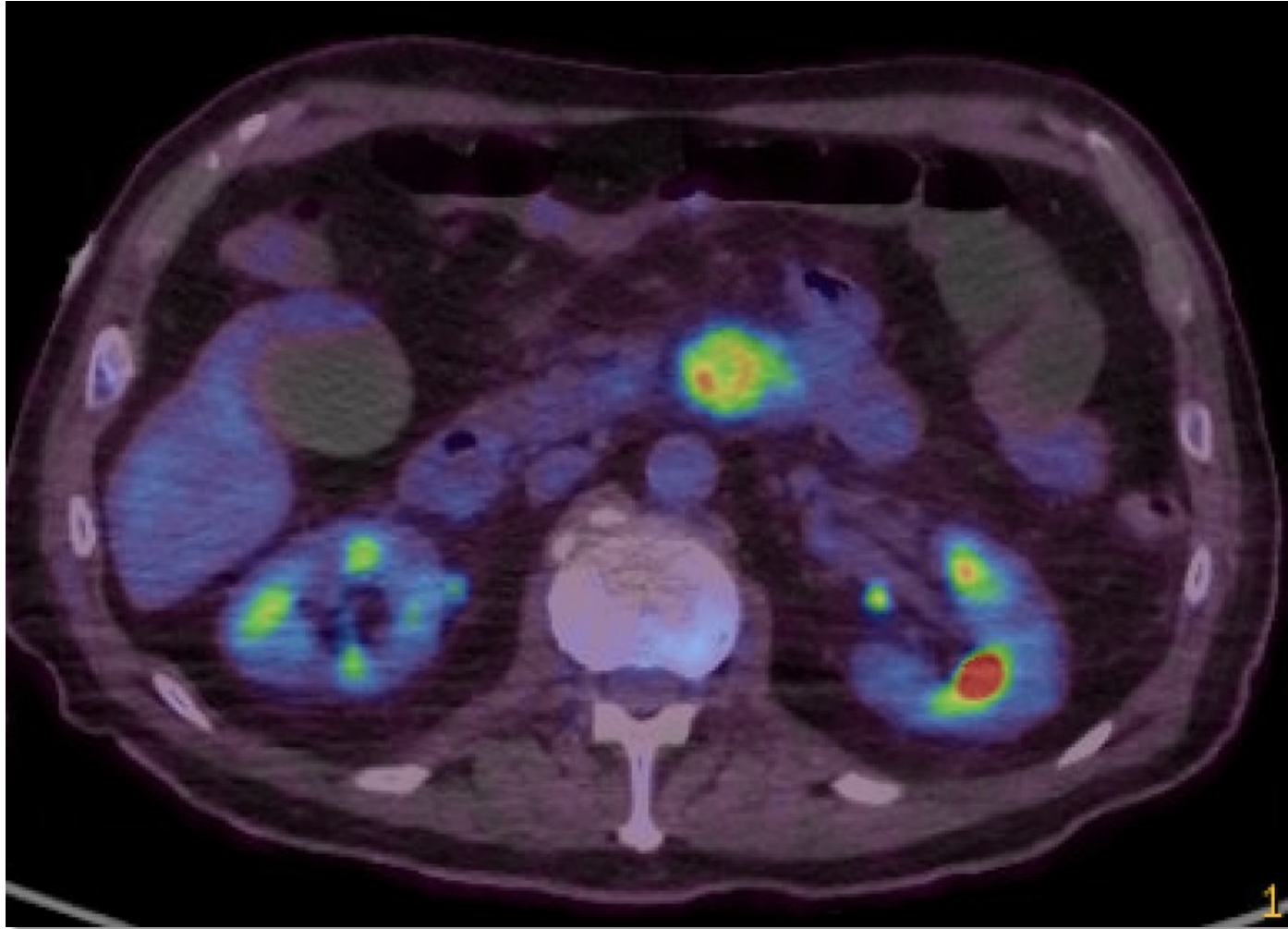
- Infiltration artérielle et péri artérielle intensément active au niveau de l'artère mésentérique supérieure **suggestive d'un processus inflammatoire floride qui pourrait être surinfecté**

Angio-CT cervico-encéphalique demandé pour éliminer une atteinte vasculaire anévrismale ou des séquelles de dissection dans ce territoire :

- Sténose 70% artère carotide interne D athérosclérotique
- Sans particularité par ailleurs

ETT/ETO :

- Pas de signe d'endocardite

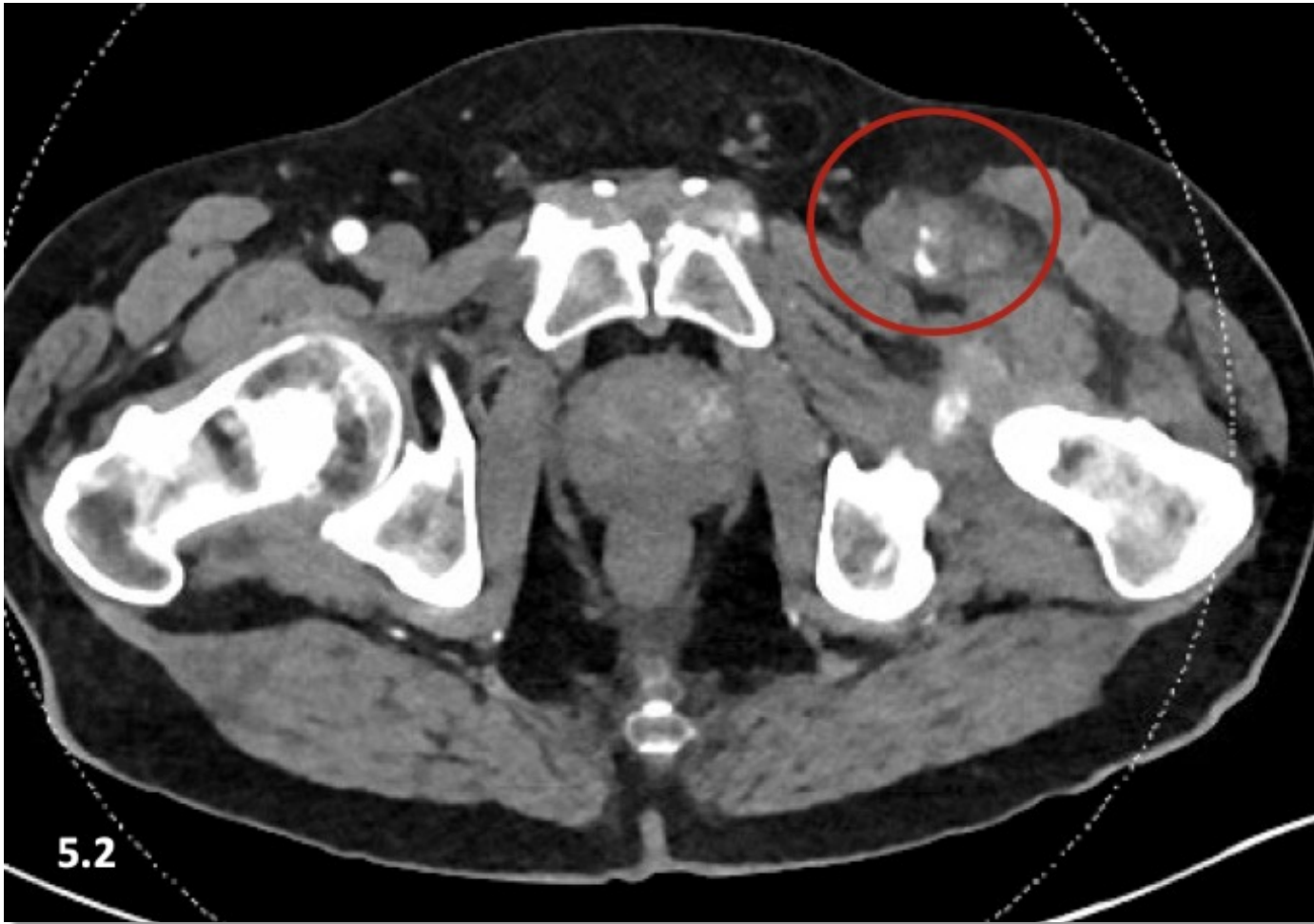


Nouvelle symptomatologie

Au 6^e jour d'hospitalisation, **douleur inguinale gauche de novo**
Absence de pouls périphérique au MIG

Angio-CT :

- Apparition d'un **processus inflammatoire** au niveau de l'**artère fémorale** commune, superficielle et profonde G avec **réduction de la lumière artérielle** et occlusion de l'artère poplitée G
- Légère captation à ce niveau identifiée en rétrospectif sur la TEP réalisé 4 jours plus tôt
- Au niveau de l'artère mésentérique supérieure, apparition d'un **pseudo anévrisme postérieur de 4,5 mm**



5.2

Question #2

Quelle serait votre prise en charge ?
Qu'est ce que vous approcheriez en premier ?

Prise en charge chirurgicale



Exploration fémorale :

- **Reconstruction du carrefour fémoral** par pontage ilio-fémoral superficiel et ilio-fémoral profond avec **veine saphène** ipsilatérale inversée
- Présence d'un **manchon inflammatoire** autour du carrefour fémoral
- **Biopsies envoyées en cultures et en pathologie**

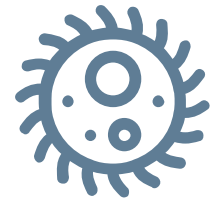
Exploration poplitée :

- Occlusion d'allure **chronique**
- **Pontage poplité-tronc tibiopéronier** en veine saphène ipsilatérale inversée

Évolution post-opératoire sans complication

Résultats

- Cultures : négatives
- **Analyse PCR et séquençage TAAN** positives à *Tropheryma Whipplei*



Suivi post-opératoire

- Antibiothérapie ajustée : **Ceftriaxone**
- Suivi radiologique de anévrisme AMS q 1 sem
- **Angio-CT contrôle** (13 jours post-opératoire)
 - **Progression** de la taille de l'anévrisme de l'artère mésentérique supérieure à 13 mm



2^e prise en charge chirurgicale



- **Pontage aorto-mésentérique** avec veine saphène droite inversée
- **Inflammation importante**
- Présence d'une perforation postérieure du pseudo anévrysme
- PCR Whipple non analysé pour mauvais prélèvement

Suivi post-opératoire

- Évolution post-opératoire favorable et sans complication
- Patient est retransféré en post-opératoire 6 pour terminer sa convalescence dans son hôpital régional
- **Ceftriaxone prévu pour 4 semaines** puis relais au TMP-SMX

Traitement et suivi long terme

- **TMP-SMX pour 1 an**
- Au RDV suivi en **chirurgie vasculaire** (6 semaines post-opératoire)
 - Laboratoire vasculaire : perméabilité de la revascularisation MIG
 - Angio-CT: perméabilité du pontage mésentérique
 - Aucune limitation à l'alimentation, résolution de tous les symptômes
- Au RDV suivi **infectiologie** (8 semaines post-opératoire)
 - TMP-SMX bien toléré
 - **OGD avec biopsie et PCR prévu dans 1 an** pour décider si arrêt de traitement

La maladie de Whipple

Historique

- Décrite pour la première fois en 1907 comme une « lipodystrophie intestinale »
- Organisme causal (*Tropheryma Whipplei*) a été identifié en 1992
- Actinobactérie, bacille gram positive

Révision de la maladie

- Maladie systémique rare causée par la bactérie *Tropheryma Whipplei*
- Atteint surtout les **hommes caucasiens de 30 à 60 ans**
- Peut affecter de **nombreux organes** (tube digestif, cœur, poumons, cerveau, yeux,...)
- Atteinte digestive est très souvent présente et cause malabsorption

Symptomatologie

4 symptômes cardinaux :



1. Arthralgies
2. Diarrhées
3. Douleur abdominale
4. Perte de poids



Diagnostic



- **Endoscopie digestive haute** : biopsie de l'intestin grêle
- Les lésions les plus sévères et caractéristiques sont au niveau du **grêle proximal**
- Examen histologique : macrophages positifs à l'acide périodique Schiff qui déforment la structure des villosités.
- **BGP, acido-résistants négatifs** (*T. whipplei*) sont vus dans la lamina propria et dans les macrophages.
- Si *T. whipplei* n'est pas vu, mais la maladie de Whipple est cliniquement suspectée, des **tests PCR et immunohistochimie** doivent être effectués.

Traitement

Antibiothérapie

- Régime recommandé :
 - Ceftriaxone ou Pen G pendant 2 à 4 semaines
PUIS
 - TMP-SMX pendant 1 an
OU
 - Association Doxycycline et hydroxychloroquine
pendant 1 an

Suivi

Les récurrences sont fréquentes

- Pour confirmer la réponse au traitement :
 - **Test PCR** sur les selles, la salive ou autres tissus
- Certains recommandent de refaire une biopsie à 1 an pour vérifier présence de la bacille

Revue de la littérature

Revue de la littérature

- Aucun cas rapporté de thrombose ou anévrisme d'artère mésentérique ou périphérique en lien avec le *Tropheryma Whipplei*

Case report incluant revue de la littérature

CASE REPORT

DOI: <http://dx.doi.org/10.15403/jgld.2014.1121.273.fra>

Whipple's Disease: Case Report and Review of the Literature

Vincenzo De Francesco¹, Fabrizio Corsi², Antonio Pennella², Annamaria Bellesia¹, Giulia Fiorini³, Dino Vaira³, Angelo Zullo⁴

- Inclue 76 études (case reports)
- 89 cas de maladie de Whipple diagnostiqués par biopsie à l'OGD

Ce que l'on retient ...

- Symptômes rhumatismaux précèdent souvent sx digestifs
- Plusieurs patients se présentent avec des sx extra-digestifs ou des sx digestifs retardés
- Les présentations extra-digestives entraînent des retards diagnostiques
- L'apparition de symptômes digestifs après avoir débuté immunosuppression est souvent rapportée
- 38 % de découvertes fortuites pour des patients ayant eu OGD et s'étant présenté avec sx extra-digestifs
- 17 % de récurrence de l'infection après traitement

Table I. Clinical characteristics of patients according to the initial clinical presentation.

	Early intestinal (N =15)	Extra-intestinal and late intestinal (N = 45)	Extra-intestinal only (N = 29)
Male/Female	11/4	37/8	24/5
Age (Mean±SD);years	51.1±8.3	53.5±12.5	51±10.2
Diagnosis interval; median (range); months	8 (1-48) ¹	24 (24-264)	30 (1-240)
Disease regression (%)	12 (80)	43 (96)	21 (72)
Recurrence (%)	3 (13)	2 (4)	8 (28) ²

¹Statistical difference (p<0.001) among early intestinal with the other groups (Mann-Whitney test); ²Statistical difference (p<0.05) among extra-intestinal only with the other groups. (Fisher's exact test).

Un 2^e cas dans notre centre

- H 66 ans
- Dx Endocardite
- Embolies septiques au niveau artère splénique, AMS et TC sans sx d'ischémie mésentérique
- Après chirurgie cardiaque, pt mentionne nouvelle douleur épigastre
- TDM démontre un **pseudoanévrisme TC et d'une branche jéjunale**
- Pontage aorto-hépatique avec réimplantation de l'artère splénique et ligature du pseudoanévrisme branche jéjunale
- **TAAN positif à *T. Whipplei***

Conclusion

- Maladie Whipple est une maladie rare et multisystémique
- La présentation sous forme d'anévrismes/thromboses d'artères mésentériques et/ou périphériques est possible mais semble très rare car peu rapportée dans la littérature
- La reconstruction à l'aide d'une conduit autologue nous semble la meilleure option dans le contexte infectieux
- La présentation « classique » de la maladie n'est pas si fréquente

Références

- Depascale R, Pizzi M, Padoan R. Whipple's aortitis. *Rheumatology (Oxford)*. 2022 Aug 30;61(9):e294. doi: 10.1093/rheumatology/keac042. PMID: 35078215.
- Meudec L, Jelin G, Goossens J, Forien M, Jacquier H, Dieudé P, Ottaviani S. Whipple disease mimicking polymyalgia rheumatica with initial response to tocilizumab. *Intern Med J*. 2021 Dec;51(12):2151-2152. doi: 10.1111/imj.15281. PMID: 34939291.
- Al-Hamoudi W, Habbab F, Nudo C, Nahal A, Flegel K. Eosinophilic vasculitis: a rare presentation of Whipple's disease. *Can J Gastroenterol*. 2007 Mar;21(3):189-91. doi: 10.1155/2007/326174. PMID: 17377649; PMCID: PMC2657688.
- De Francesco V, Corsi F, Pennella A, Bellesia A, Fiorini G, Vaira D, Zullo A. Whipple's disease: case report and review of the literature. *J Gastrointest Liver Dis*. 2018 Sep;27(3):331-336. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.273.fra. PMID: 30240479.
- Atenodoro R. Ruiz Jr. (février 2021), *Maladie de Whipple*, Merck Manuals, consulté 13 novembre 2022, <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-gastro-intestinaux/syndromes-de-malabsorption/maladie-de-whipple>