



Anévrisme de l'artère mésentérique supérieure rompu : à propos d'une observation.

A ruptured superior mesenteric artery aneurysm: a case report.

Abdoulaye MB^{1,2*}, Mamane Maikassoua^{1,2}, Ousseini Adakal^{1,2}, Amadou Magagi^{1,4}, Baragé A², Hamissou MN², Miri R⁵, Saidou A⁶, Adamou H⁴, James Didier L⁶, Rachid R⁶.

Reçu le 10-12-24

Accepté le 30-12-2025

Publié le 30-01-2026

Mots-clés

Anévrisme,
Artère
mésentérique
supérieure,
étude de cas,
chirurgie.

Résumé

Introduction : Pathologie de découverte rare, l'anévrisme de l'artère mésentérique supérieur (AMS) est une affection grave se révélant au décours d'une complication : la rupture ou l'ischémie digestive. L'objectif de ce travail était de rapporter la prise en charge d'un cas d'anévrisme rompu de l'artère mésentérique supérieure à l'Hôpital de Référence de Maradi au Niger.

Présentation du cas : il s'agissait de S.S., âgé de 12 ans, référé du CHR de Maradi pour syndrome douloureux abdominal évoluant depuis sept jours sur terrain de cardiopathie congénitale type CIV large avec insuffisance mitrale (IM) modérée. A son admission, on notait une instabilité hémodynamique avec un pouls à 140 pulsations/min, une tachypnée à 28 cycles/min avec pâleur palmo-plantaire et une dénutrition. L'examen abdominal objectivait une distension abdominale avec masse périombilicale battante. Le bilan paraclinique a mis en évidence une anémie sévère à 4g/dl. L'échographie réalisée en urgence retrouvait une collection hyperéchogène intra péritonéale de grande abondance en rapport avec une rupture d'anévrisme. Un angio-TDM a été réalisée et confirmait une rupture contenue d'un anévrisme de la portion terminale de l'AMS. L'évaluation cardiologique préopératoire objectivait la présence de végétations au niveau mitrale et sur la CIV et faisant évoquer une origine mycotique. Après transfusion sanguine et réserve sanguine, une laparotomie était réalisée en urgence et a permis après contrôle de l'AMS à son origine ainsi qu'une mise à plat avec exclusion de l'anévrisme. On notait en fin d'intervention une bonne recoloration de l'intestin grêle distal. Les suites opératoires immédiates étaient simples. L'enfant était transféré en cardiologie pour poursuite de la prise en charge de l'endocardite.

Conclusion : La rupture d'un anévrisme de l'AMS est un véritable défi nécessitant une approche pluridisciplinaire. Le risque d'ischémie intestinal doit être envisagé. Une revascularisation peut s'avérer utile sauf dans les atteintes terminales de l'AMS.

Keywords

Keywords:
Aneurysm,
Superior
mesenteric
artery, case
report,
surgery.

Abstract

Background: Aneurysm of the superior mesenteric artery is a serious condition that is diagnosed in case of a complication such as rupture or digestive ischemia. The aim of this study was to report on the management of a case of ruptured superior mesenteric artery aneurysm at the Maradi Reference Hospital in Niger.

Case presentation: S.S., 12 years old child, referred from Maradi Regional's Hospital for acute abdominal pain, which had been evolving for seven days. Medical records reveal a background of ventricular septal defect with moderate mitral insufficiency. On admission, there was hemodynamic instability with pulse at 140, tachypnea at 28 cycles with pallor. Examination revealed abdominal distension with a periumbilical mass, severe anemia. Ultrasonography found an intraperitoneal collection suggesting a ruptured aneurysm. A subsequent abdominal CT scan shows a contained rupture of an aneurysm in the end portion of the superior mesenteric artery. The preoperative cardiac evaluation found vegetations at

the mitral level and on the defect, suggesting a mycotic origin. After blood transfusion, emergency laparotomy was performed which consist in controlling the superior mesenteric artery at its origin, then aneurysm was excluded. At the end, the distal small bowel showed good recoloration. The child was transferred to cardiology unit for further management.

Conclusion: Rupture of an SMA aneurysm is a real challenge requiring a multidisciplinary approach. The risk of intestinal ischemia must be considered. Revascularization may be useful except in cases of terminal SMA disease.

Introduction

L'anévrysme artériel désigne une dilatation du calibre artériel dépassant de 1.5 fois le calibre de l'artère normale sus-jacente, avec perte du parallélisme des parois du vaisseau consécutif à une atteinte ultrastructurale des éléments de la paroi artérielle. L'anévrysme de l'artère mésentérique supérieure (AMS) est une entité rare [1]. Leur incidence varie de 0.01 % à 0.2 % d'après les séries autopsiques [2]. Son diagnostic est plus souvent fortuit ou au décours d'une complication. La complication pouvant être une rupture ou des phénomènes thrombo-emboliques, constitue une véritable urgence vasculaire et digestive par le risque d'ischémie aiguë mésentérique qui peut en découler. Ce qui en fait toute la gravité de cette affection [3]. L'objectif de ce travail était de rapporter la prise en charge d'un cas d'anévrysme rompu de l'artère mésentérique supérieure à l'Hôpital de Référence de Maradi au Niger.

Présentation du cas

S.S. âgé de 12 ans est référé du Centre Hospitalier Régional de Maradi pour un syndrome douloureux abdominal évoluant depuis sept jours.

L'enfant est suivi par le service de cardiologie dudit centre pour cardiopathie congénitale type communication inter ventriculaire (CIV) large avec insuffisance mitrale (IM) modérée.

L'interrogatoire à l'admission relevait qu'il s'agissait d'une douleur de siège périombilical, d'apparition récente, intense, accompagnée de fièvre intermittente. Puis surviennent des vomissements d'abord alimentaires puis

bilieux. L'enfant présentait une instabilité hémodynamique avec un pouls à 140 pulsations/min, tachypnée à 28 cycles/min, pâleur palmo-plantaire et une dénutrition.

L'examen abdominal objectivait une distension abdominale avec masse périombilicale battante douloureuse avec sensibilité diffuse de l'abdomen. Le toucher rectal était douloureux au contact du cul-de-sac de Douglas.

Les examens paracliniques révélaient une anémie sévère à 4g/dl. L'échographie abdominale réalisée en urgence retrouvait une collection hyperéchogène intra péritonéale de grande abondance en rapport avec une rupture d'anévrysme. Ce qui a conduit à la réalisation d'un angioscanner qui confirmait la rupture contenue d'un anévrysme de la portion terminale de l'AMS (**figure 1**).

Affiliations :

1. Faculté des Sciences de la Santé, Université Dan Dicko Dankoulodo de Maradi.
2. Département de chirurgie et spécialités chirurgicales, Hôpital de Référence de Maradi
3. Département d'anesthésie-réanimation et urgences, Hôpital de Référence de Maradi
4. Faculté des Sciences de la Santé, Université André Salifou
5. Faculté de Médecine de Tunis
6. Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni

*Auteur correspondant : Dr
ABDOULAYE Maman Bachir ; Email :
bachmed2013@gmail.com

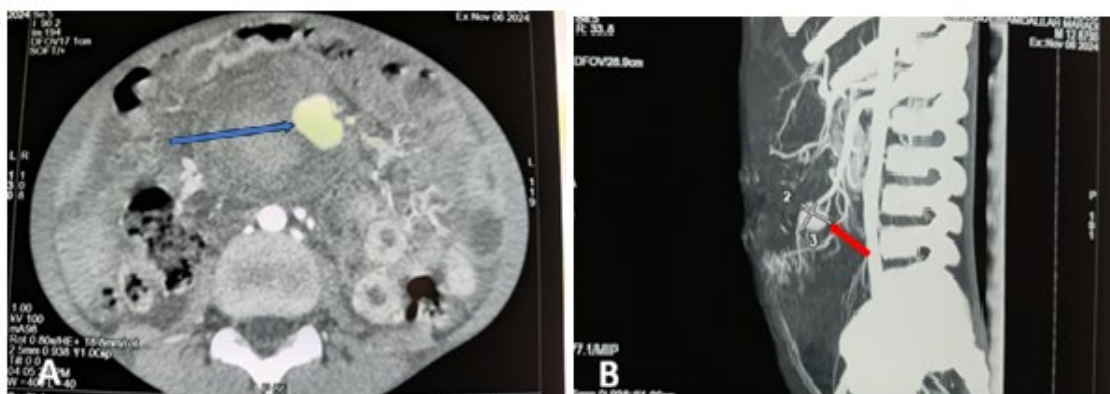


Figure 1 : A : Coupe axiale d'angioscanner abdominal objectivant une hyperdensité mésocoliaque, avec un halo concentrique traduisant un anévrisme fissuré de l'artère mésentérique supérieure avec un hématome intra mural (flèche bleue). **B :** Reconstruction tomodensitométrique sagittale de la lésion (flèche rouge).

L'évaluation cardiologique par échographie transthoracique mettait en évidence la présence de végétations au niveau mitrale et du septum interventriculaire en regard du defect, faisant évoquer une origine mycotique.

Sur le plan des mesures thérapeutiques, après transfusion sanguine de deux poches de concentré globulaire, constitution de réserve sanguine (deux autres poches de concentré globulaire) et mise en route d'une bi antibiothérapie probabiliste par voie parentérale associant ampicilline-sulbactam 500mg toutes les 8 heures et de la gentamicine 100 mg par jour. Une laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale en séquence normale était réalisée en urgence ayant permis

après aspiration d'environ 400 ml de sang noirâtre de découvrir une rupture contenue de l'AMS dans sa portion terminale, le grêle distal était œdématié en souffrance. Nous avons réalisé un contrôle premier de l'AMS à son origine puis nous avons ouvert le sac anévrysmal puis ligatures-en masse et exclusion de l'anévrisme (**figure 2**). En fin d'intervention on avait une bonne vitalité du grêle distal. Les suites opératoires immédiates étaient simples avec rétablissement du transit intestinal. Quelques épisodes fébriles étaient signalés à J3 post opératoire. La culture bactériologique de la coque anévrysmale ainsi que les hémocultures réalisées étaient non contributives.

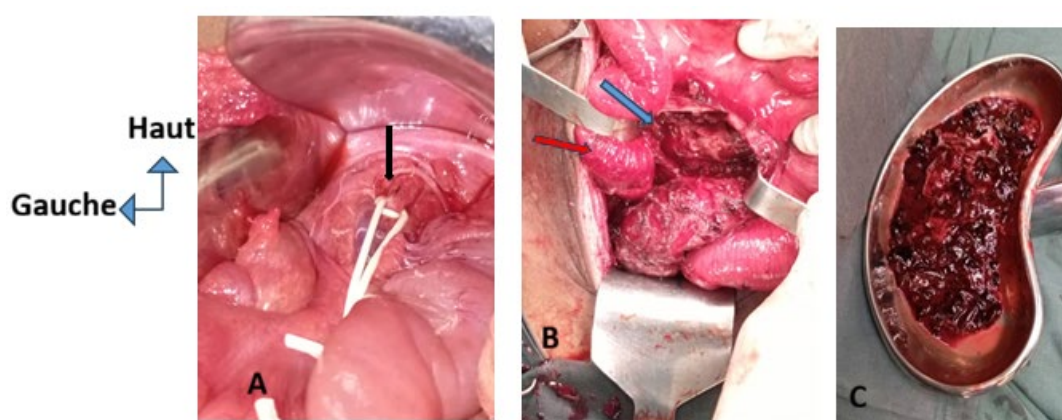


Figure 2 : A : Contrôle de l'artère mésentérique supérieure à son origine (flèche noire) -B : Vue peropératoire du sac anévrysmal (flèche bleue) avec grêle de bonne vitalité (flèche rouge) - C : Recueil des thrombus du sac anévrysmal

L'enfant est transféré à J7 post opératoire en cardiologie pour la suite de la prise en charge avec surveillance clinique et paraclinique de l'endocardite suivant le même protocole d'antibiothérapie bien toléré avec l'entière satisfaction des parents qui ont supporté le coût financier des procédures diagnostiques et thérapeutiques. Il serait aussi utile d'envisager, dans les plus brefs délais, la prise en charge de la cardiopathie congénitale.

Discussion

La prise en charge des anévrysmes rompus est un véritable challenge même dans les pays disposant d'un plateau technique optimal, offrant la possibilité de prise en charge globale du patient. Or, la plupart des pays à ressources limitées manquent d'unité de chirurgie vasculaire. Ce qui contraint les chirurgiens généralistes disposant de background dans ce domaine à relever ce défi de taille.

L'AMS est le principal tronc nourricier de l'intestin grêle et du colon droit. Cette artère est sujette à diverses pathologies, dont la pathologie anévrysmale. Il s'agit d'une affection caractérisée par une double rareté à la fois par sa survenue, mais aussi par son diagnostic qui est difficile souvent fortuite ou au décours d'une complication. Néanmoins l'anévrysme de l'AMS représenterait 6-15 % des anévrysmes des artères viscérales [4-6]. Les étiologies de l'anévrysme de l'AMS sont variables allant de l'athérosclérose, à la maladie d'Ehler Danlos, le syndrome de Marfan, mais aussi les causes dégénératives [6] voire mycotiques et inflammatoires [7]. Même si les résultats des analyses bactériologiques étaient non contributifs, une étiologie mycotique nous semble plus plausible à partir de la greffe oslerienne sur cardiopathie congénitale [8]

Une prise en charge correctement planifiée permet d'obtenir des résultats satisfaisants [6]. Ainsi l'angioscanner abdominal constitue l'examen à visée diagnostique de référence. Le traitement des formes non compliquées vues tôt

se fait en collaboration pluridisciplinaire dans les unités de chirurgie vasculaire et digestive [6]. L'objectif étant d'exclure l'anévrysme tout en assurant le maintien du flux artériel intestinal et prévenir l'ischémie dans son territoire. En fonction des moyens disponibles, la voie d'abord peut être endovasculaire ou classique à ciel ouvert. Le traitement endovasculaire ou à défaut l'embolisation constituerait les meilleures options particulièrement sur terrain de comorbidités cardiaque et/ou respiratoire [9]. En cas d'ischémie persistante ou de nécrose intestinale, la résection intestinale d'emblée s'impose, alourdissant ainsi le pronostic du patient [10].

Le traitement passe aussi par celui de la cause. Historiquement, De Bakey et Cooley ont réséqué un anévrysme mycotique en 1949 [11]. Pour le cas ici présenté, il est indispensable de juguler l'endocardite et secondairement envisager la fermeture de la CIV.

Conclusion

La rupture d'un anévrysme de l'artère mésentérique supérieure chez un enfant est une urgence rare. Cette affection peut être évoquée devant une masse abdominale battante sur terrain d'endocardite. La ligature, sans revascularisation, peut-être une option thérapeutique viable et salvatrice à travers une approche pluridisciplinaire précoce permet de prévenir une ischémie irréversible.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- 1- Maloney RD, Nealon TF Jr, Roberts EA. Massive bleeding from a ruptured superior mesenteric artery aneurysm duodenum. Arch Surg 1976;111:286-8.

- 2- Horton KM, Smith C, Fishman EK. MDCT and 3D CT angio-graphy of splanchnic artery aneurysms. *AJR Am J Roentgenol* 2007;189:641–7.
- 3- Tkalcic, L.; Budiselic, B.; Kovacevic, M.; Knežević, S.; Kovacic, S.; Miletic, D.; Tomulic, V.; Kuhelj, D. Endovascular Management of Superior Mesenteric Artery (SMA) Aneurysm—Adequate Access is Essential for Success—Case Report. *Pol. J. Radiol.* 2017, 82, 379–383.
- 4- Corey MR, Ergul EA, Cambria RP, English SJ, Patel VI, Lancaster RT, et al. The natural history of splanchnic artery aneurysms and outcomes after operative intervention. *J Vasc Surg* 2016;63:949-57.
- 5- Erben Y, Brownstein AJ, Rajaei S, Li Y, Rizzo JA, Mojibian H, et al. Natural history and management of splanchnic artery aneurysms in a single tertiary referral center. *J Vasc Surg* 2018;68:1079-87.
- 6- Dumitrescu, C.I., Ciobirca, C., Popa, R.T., Dumitrescu, D.; Tambura, C.G., Ciobirca, D.M., Stavaru, R., Tiuca, M.F., Maces, S., Barbulescu, L.F., et al. Preoperative Planning for Superior Mesenteric Artery Aneurysm. *Appl. Sci.* 2021, 11, 10311. <https://doi.org/10.3390/app112110311>
- 7- Jiang J, Liu Y, Ding X. Successful conservative treatment of an isolated inflammatory superior mesenteric artery aneurysm. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2022;34:1147–9.
- 8- Stanley JC, Wakefield TW, Graham LM, Whitehouse WM, Zelenock GB, Lindenauer SM. Clinical importance and management of splanchnic artery aneurysms. *J Vasc Surg* 1986;3:836–40.
- 9- Solano A, Lee KB, Porras-Colon J, Timaran CH, Prakash V, Chamseddin K, Kirkwood ML, Baig MS. Superior mesenteric artery aneurysm endovascular repair. *J Vasc Surg Cases Innov Tech* 23;9(3):101227. doi: [10.1016/j.jvscit.2023.101227](https://doi.org/10.1016/j.jvscit.2023.101227).
- 10- Daldoul S., Eddine Khmir A., Khmili H., Zaouche A. Rupture spontanée d'un anévrisme de l'artère mésentérique supérieure : à propos de deux cas. *Journal des Maladies Vasculaires* 2014 ; 39 (1) : 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.jmv.2013.08.001>
- 11- DE BAKEY M.E. and COOLEY D.A. Successful resection of a mycotic aneurysm of the superior mesenteric artery. *Ann. Surg.* 1953, 19, pp 202-212.