



Cas Clinique

Anévrisme d'un pont saphène

Abstract:

Patient de 73 ans, quadruple pontage aorto-coronarien ancien, hospitalisé pour coronaro-greffographie. Découverte d'un volumineux anévrisme développé aux dépens d'un pont saphène qui se draine dans le ventricule droit. Fermeture percutanée par Plug.

Mots clés: cardiopathie ischémique, pontage aorto-coronarien, anévrisme d'un pont, fermeture percutanée.

Cas Clinique:

Patient de 73 ans, diabétique, dyslipidémique et hypertendu, présentant une cardiopathie ischémique inaugurée en 1981 par une nécrose postéro inférieure puis antéro septale en 1989. Il bénéficie d'un quadruple pontage en 1989 (artère thoracique interne gauche (ATIg) pédiculé/interventriculaire antérieure (IVA 2); saphène/bissectrice-séquentiel diagonale; saphène/interventriculaire postérieure (IVP)).

Patient dyspnéique stade 3 NYHA, sans angor. Examen cardio pulmonaire normal.

L'ECG est en rythme sinusal, bloque atrio-ventriculaire 1^{er} degré, bloque de branche droit complet, onde Q inférieure.

Il bénéficie d'une coronaro-greffographie pré opératoire avant une cure chirurgicale d'anévrisme aortique sous rénale. L'examen retrouve une occlusion du réseau natif.

Chanséaume Alexandra¹, MD
Chanséaume Sylvain¹, MD

¹Centre Hospitalier Montluçon, Avenue du 8 mai 1945, 03100 MONTLUÇON, FRANCE

Auteur Correspondent: Chanséaume Alexandra, MD
huetalexandra@gmail.com
+330470023030

Reçu le 22 Mai 2015;
Modifié le 01 Juillet 2015;
Accepté le 05 Juillet 2015;
Publié le 05 Septembre 2015.

Copyright © 2015 A. Chanséaume et al. Cet article est publié en accès ouvert (« open access ») et distribué sous la licence [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), qui permet l'utilisation sans restriction, la distribution et la reproduction sur tout support, à condition que le travail original soit correctement cité.

Les ponts ATIg/IVA et saphène/bissectrice-diagonale sont fonctionnels. Evolution anévrysmale du pontage saphène/IVP (Fig. 1 et 2, Vidéo 1).

Le scanner coronaire retrouve une masse polylobée juxta cardiaque de 5 à 8 cm de diamètre, au contact du pont saphène. Pas de communication visualisée.

Après discussion collégiale médico-chirurgicale, décision d'injection sélective de produit de contraste dans le pont saphène avec contrôle échographique transoesophagien (Vidéos 2 et 3) afin de visualiser le trajet de l'anévrisme. L'examen met en évidence le drainage de la poche anévrysmale dans le ventricule droit. Fermeture par Plug de 8 mm, thrombose quasi immédiate du faux anévrisme, pas de shunt lors de l'injection de contrôle (Fig. 3, Vidéo 4).

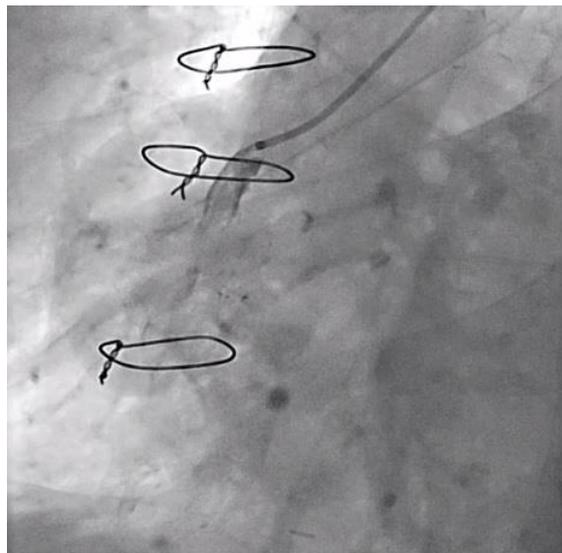


Fig. 1. Injection dans le pont saphène.

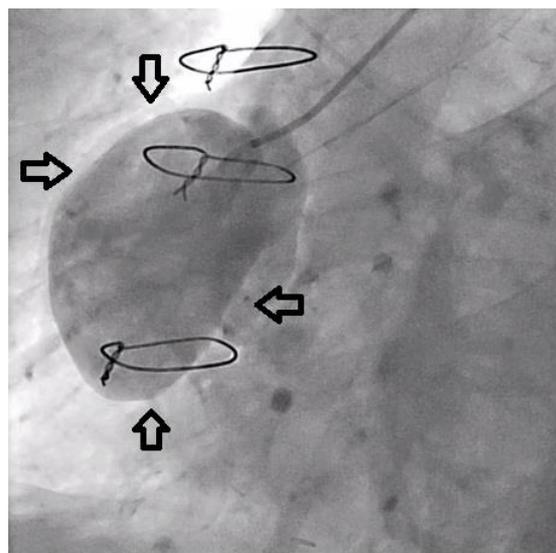


Fig. 2. Opacification de l'anévrisme.

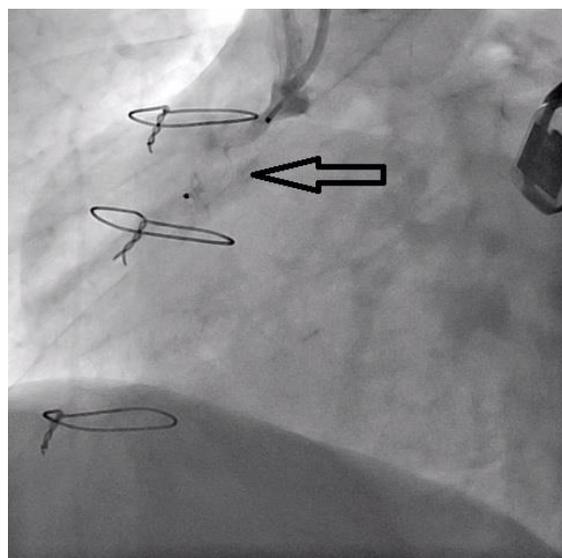


Fig. 3. Fermeture par Plug.

Conclusion:

De nombreux cas d'anévrysmes de pont saphène sont décrits. La majorité concerne des ponts saphène/coronaire droite¹. Les anévrysmes se compliquent fréquemment de compression des cavités cardiaques ou des gros vaisseaux, plus rarement de fistulisation (oreillette droite², ventricule droit³) et exceptionnellement de rupture. Le traitement de référence est chirurgical².

Néanmoins chez les patients à haut risque chirurgicaux l'embolisation percutanée semble être une bonne alternative.

Sources de financement: pas de financement.

Conflits d'intérêts: les auteurs déclarent qu'il n'y a pas d'intérêts divergents.

Contribution des auteurs: les 2 auteurs ont contribué également à la conception / design de l'article, à la collecte et analyse des données, à la rédaction, revue critique, et approbation de l'article.

Références:

1. Kalimi R, Palazzo RS, Graver LM. Giant aneurysm of saphenous vein graft to coronary artery compressing the right atrium. *Ann Thorac Surg.* 1999 Oct;68(4):1433-7
2. Le Breton H, Pavin D, Langanay T, et al. Aneurysms and pseudoaneurysms of saphenous vein coronary artery bypass grafts. *Heart.* 1998;79:505-8
3. Riahi M, Stone KS, Hanni CL, et al. Right ventricular saphenous vein graft fistula. Unusual complication of aortacoronary bypass grafting. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984;87:626-8.