

## CAS CLINIQUE

# HYPERTENSION ARTÉRIELLE RÉVÉLATRICE D'UNE FIBRODYSPLASIE RÉNALE ANÉVRISMALE

M. CLÉMENT (1), S. DUQUENOY (1), M. KOUSSA (2), J.-P. BEREGI (3), C. MOUNIER-VEHIER (1)

(1) Service de Médecine Vasculaire et HTA,

(2) Service de Chirurgie Vasculaire,

(3) Service de Radiologie Vasculaire, CHRU-Hôpital Cardiologique, 59037 Lille Cedex, France.

### RÉSUMÉ :

#### Hypertension artérielle révélatrice d'une fibrodysplasie rénale anévrismale

Le cas rapporté est celui d'une hypertension artérielle (HTA) sévère chez une jeune femme de 20 ans révélatrice d'une fibrodysplasie sténosante et anévrismale des artères rénales. L'écho-Doppler diagnostique des sténoses artérielles rénales (SAR) serrées de siège distal à droite et proximal à gauche, associées à des anévrismes post-sténotiques (1,8 cm à droite ; 1,3 cm à gauche). Ces lésions, très évocatrices d'une fibrodysplasie, sont confirmées par l'angiographie par résonance magnétique (angio-RM) et l'artériographie. Une indication de revascularisation par voie endoluminale est retenue devant la sévérité de l'HTA et des lésions artérielles. Devant l'échec de la revascularisation et la persistance d'une HTA sévère, un traitement chirurgical des lésions est effectué en deux temps. La première intervention consiste en une résection de l'anévrisme tronculaire gauche avec un pontage aorto-rénal par une veine saphène interne. Une exclusion de l'anévrisme rénal droit et une cure de la SAR sont réalisées secondairement par chirurgie rénale extracorporelle avec anastomose de l'artère rénale dans l'aorte et de la veine rénale dans la veine cave. L'évolution clinique est alors très favorable. Les angioscanners et les écho-dopplers de contrôle, réalisés à 3 mois et à 6 mois, confirment le succès anatomique à distance de la revascularisation. L'anévrisme de l'artère rénale, tout comme la SAR dysplasique, sont des pathologies rares mais dont la prévalence est sous-estimée du fait d'un dépistage insuffisant. Leur diagnostic doit être évoqué notamment chez la jeune femme hypertendue. Le risque évolutif de l'anévrisme est celui de la rupture. Les lésions anévrismales peuvent être associées aux SAR qui sont le plus souvent de type segmentaire court, comme dans notre cas. Les anévrismes rénaux sont traités en présence d'un ou de plusieurs des critères suivants : anévrisme de plus de 20 mm, anévrisme évolutif, dissection, découverte chez un patient à risque rénal (rein unique, insuffisance rénale), désir de grossesse, HTA sévère de découverte récente chez un sujet jeune associée à une sténose dysplasique, anévrisme isolé associé à une HTA récente et sévère, cas rapporté ici. (J Mal Vasc 2005 ; 30 : 296-300)

**Mots-clés :** Artère rénale. Anévrisme. Sténose artérielle. Hypertension artérielle. Angioplastie. Chirurgie. Fibrodysplasie.

### ABSTRACT:

#### Hypertension revealing aneurysmal renal fibrodysplasia

A 20-year-old woman consulted for severe hypertension which revealed aneurysmal stenosing fibrodysplasia of the renal arteries. The diagnosis was established by duplex Doppler which visualized tight stenosis of the distal portion of the right renal artery and the proximal portion of the left, associated with aneurysmal lesions downstream from the strictures (1.8 cm on the right and 1.3 cm on the left). The lesions were highly suggestive of fibrodysplasia and were confirmed by magnetic resonance angiography. Endoluminal revascularization was undertaken because of the severe hypertension and the presence of arterial lesions. Revascularization was unsuccessful and severe hypertension persisted. Surgery was performed in two stages. The first procedure consisted in resection of the left aneurysmal lesion with aortorenal internal saphene bypass. Secondly, exclusion of the right aneurysm was performed with cure of the stricture by extracorporeal renal surgery with anastomosis of the renal artery to the aorta and the renal vein to the vena cava. Clinical outcome was favorable. Angioscan and duplex Doppler controls at three and six months confirmed the anatomic success of the revascularization. Aneurysm of the renal artery, like renal artery stenotic dysplasia, is a rare but probably underestimated condition due to insufficient screening. This diagnosis should be entertained in hypertensive young women. There is risk of rupture of the aneurysm. Aneurysmal lesions can be associated with renal artery stenosis which usually involves a short segment of the artery, as in our case. Renal aneurysms should be treated when one of the following elements is present: aneurysm measuring more than 20 mm, progressing aneurysm, dissection, discovery in a patient with a renal risk (single kidney, renal insufficiency), desire for pregnancy, severe hypertension recently discovered in a young subject associated with dysplastic stenosis, isolated aneurysm associated with recent severe hypertension, as reported here. (J Mal Vasc 2005; 30: 296-300)

**Key-words:** Renal artery. Aneurysm. Arterial stenosis. Hypertension. Angioplasty. Surgery. Fibrodysplasia.

Reçu le 6 septembre 2005.

Acceptation par le Comité de rédaction le 26 septembre 2005.

*Tirés à part :* C. MOUNIER-VEHIER, à l'adresse ci-dessus.

E-mail : cmouniervehier@chru-lille.fr

## L'HISTOIRE

Lors d'une visite d'embauche, Virginie 20 ans, se voit découvrir une HTA sévère (moyenne des mesures en consultation = 170/110 mm Hg). Ses antécédents personnels sont marqués par une épilepsie « essentielle » traitée pendant dix ans par Tegretol<sup>®</sup>, sans aucune récurrence. Sur le plan familial, un oncle est décédé à l'âge de 37 ans d'une rupture d'anévrisme cérébral, sa mère est hypertendue mais refuse tout bilan exhaustif. Virginie a eu une contraception orale avec un œstrogène de synthèse, récemment interrompue. L'examen clinique note des souffles lombaires bilatéraux ainsi que des souffles fémoraux. Une mesure ambulatoire de la pression artérielle confirme le caractère sévère de l'HTA avec une perte du cycle circadien de la pression artérielle (moyenne diurne = 170/100 mm Hg ; moyenne nocturne = 165/90 mm Hg). La créatininémie est à 7 mg/L. La kaliémie est basse à 3,6 meq/L. L'écho-doppler des artères rénales diagnostique une fibrodysplasie avec sténoses serrées bilatérales, de siège distal à droite et proximal à gauche. Sont associés des anévrismes post-sténotiques de 1,8 cm à droite et de 1,3 cm à gauche. Les reins sont de taille normale. Les index de résistance sont normaux à 0,5. Ces lésions sont confirmées par l'angiographie par résonance magnétique (angio-RM) puis l'artériographie. Le tronc coeliaque, les artères mésentériques et les artères iliaques sont indemnes de toute lésion (*fig. 1*). Une indication de revascularisation par voie endoluminale est retenue avec cure des anévrismes rénaux soit par une embolisation, soit par mise en place

d'une endoprothèse. L'artériographie rénale est rapidement interrompue en raison de la survenue d'une douleur lombaire brutale au cours de l'angioplastie rénale droite. Les douleurs régressent rapidement. Il n'y a pas de complication artérielle. Devant cet échec avec la persistance d'une HTA sévère malgré une plurithérapie, l'équipe vasculaire retient l'indication d'une cure chirurgicale des lésions en deux temps (*fig. 2*). La première intervention consiste en une résection de l'anévrisme tronculaire gauche avec un pontage aorto-rénal par une veine saphène interne.

Un mois plus tard, est effectuée une exclusion de l'anévrisme rénal droit et de la sténose artérielle rénale (SAR) par chirurgie rénale extracorporelle avec anastomose de l'artère rénale dans l'aorte et de la veine rénale dans la veine cave (*fig. 3*). Les suites opératoires sont simples. Les écho-Dopplers de contrôle notent un bon résultat primaire. L'évolution clinique est très favorable avec une amélioration des chiffres tensionnels. La bithérapie anti hypertensive n'est maintenue que quelques semaines. Sept mois après la cure chirurgicale, Virginie est traitée par du Ramipril (Triatec<sup>®</sup>) à la dose de 2,5 mg/J. La pression artérielle est contrôlée à 130/70 mm Hg. La fonction rénale est stable (créatininémie à 6 mg/L). Les angioscanners hélicoïdaux et les échodopplers de contrôle, réalisés à 3 mois et à 6 mois, confirment le succès anatomique à distance de la revascularisation (*fig. 3*). Dans le cadre du bilan d'extension vasculaire, l'écho-Doppler de l'aorte et des membres inférieurs s'est révélé normal. L'angio-RM cérébrale a

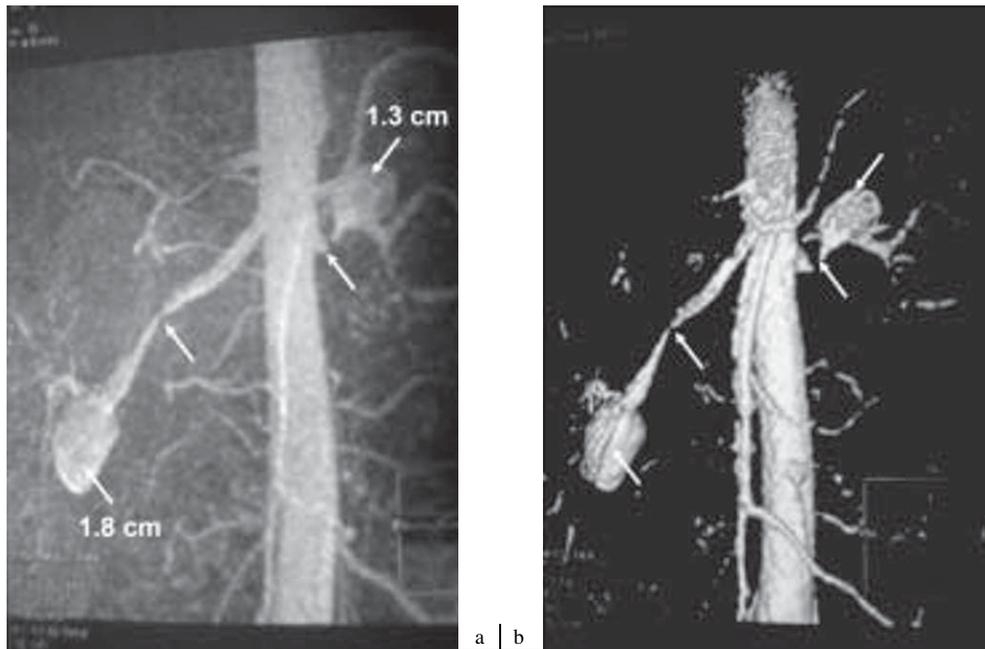


FIG. 1. – Angiographie par résonance magnétique de l'aorte et des artères rénales.  
Magnetic resonance angiography of the aorta and renal arteries.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9172231>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9172231>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)