

Anévrysmes iliaques : épidémiologie, indications, traitement et résultats.

B. POUSSIER

Collège de Chirurgie Vasculaire

12 Mars 2005

Introduction

Hors AAASR associés

Rares si iliaques isolés

Challenge chirurgical

Apport récent de l'endovasculaire

Importance majeure de la forme anatomique

Etiologies

- **ATHÉROME : 95%**
- Syphilis : + rare / aorte
- Mycotiques
- Congénitaux : Marfan, Ehlers-Danlos
- Inflammatoires : Takayashu, Horton, Behcet
- Dissection
- DFM
- Faux anévrysmes anastomotiques ou après endartériectomie
- Traumatiques pénétrants ou fermés : faux anévrysmes, notamment après chirurgie orthopédique
- Accouchement traumatique, césarienne, forceps, hystérectomie

Epidémiologie

- Isolés (2-7% des anévrysmes abdominaux) ou associés à d'autres anévrysmes
- 60% anévrysmes isolés, 20% suivant cure AAA, 20% faux anévrysmes
- 89% IP, 10% II, 1% : IE
- IP : 2% de tous les anévrysmes aortoiliaques - 5.7cm au diagnostic
- II : 0.4% de tous les anévrysmes aortoiliaques - 7.5 cm au diagnostic, 38% de rompus à la présentation initiale avec 58% de mortalité
- H/F : 5-16/1
- 65-75 ans
- 50% bilatéral
- 65% : multiples
- 4.5 cm si asymptomatique et 8cm si symptomatique
- 30% de mortalité après rupture et chirurgie en urgence

Circonstances diagnostiques

- Diagnostic difficile et tardif, asymptomatiques dans 43%
- Asymptomatique :
 - Bilan AAA ou autres anévrysmes
 - Masse abdominale
 - Examen ED, TDM, IRM
- Symptomatique

Découverte

- Douleurs abdominales ou postérieures, pesanteur
- Claudication si embolisation distale
- Compressions veineuses (5%), urinaires (16%), nerveuses (5%), digestives
- **RUPTURE** : risque si diamètre supérieur à 4 cm
- Thrombose, embolies
- FAV
- Fistulisation urinaire (uretère, vessie), digestive (appendice, rectum...)
- Fièvre et amaigrissement dans les formes infectieuses
- Surveillance par écho doppler et TDM jusqu'à 3 cm

Examens complémentaires

- Echo doppler : peu rentable
- Angioscanner : examen de référence diamètre et collet, reconstruction volumétrique ---> caractéristiques endo et extraluminales, rapports avec hypogastrique, calcifications
- ARM : si CI angioscanner, calcifications non visualisées
- Artériographie avec cathéter gradué et clichés de $\frac{3}{4}$ pour ostia hypogastriques, visualisation boucles et tortuosités iliaques

Diagnostic différentiel

Mégadolichoartères

Formes anatomiques

- Iliaque primitive avec ou sans collet
- Iliaque primitive et externe
- Externe isolée
- Avec ou sans atteinte de l'iliaque interne
- Iliaque interne isolée

Traitement

- Abstention
- Traitement chirurgical
 - mise à plat - greffe
 - ligature proximale
 - banding
- Traitement endovasculaire : coils ou endoprothèse aorto biiliaque ou iliaque
- Traitement mixte endovasculaire + chirurgie

Critères

- Facteurs influençant le traitement endovasculaire
 - Généraux : haut risque chirurgical ou refus chirurgie
 - Anatomiques : collets, existence d'un anévrisme hypogastrique
 - Type d'anévrisme : vrais et faux sont accessibles à un traitement endovasculaire; prothèse aorto biiliaque facilite le traitement (collet proximal parfait)

Voies d 'abord

- Chirurgie :
 - voie rétropéritonéale idéalement si unilatéral
 - voie médiane ou transversale sous ombilicale
- Endovasculaire :
 - courte voie oblique Scarpa ou par voie externe (geste trépied fémoral associé)
 - voie rétropéritonéale si reconstruction iliaque interne

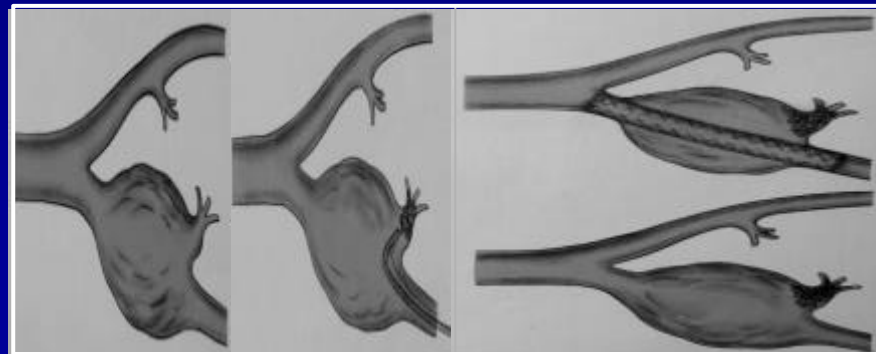
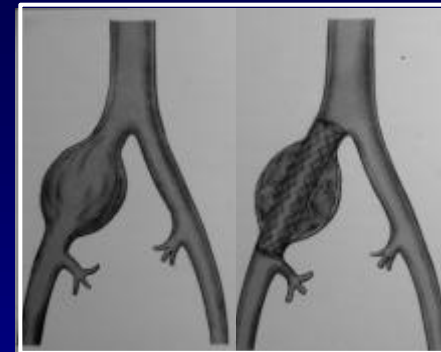
Management endovasculaire

- Critères :
 - Collet proximal
 - > 20 mm long
 - sans thrombus, diamètre = 24 mm
 - angulation collet < 60°
 - Collet distal
 - > 20 mm si on veut préserver hypogastrique, toujours suffisant (iliaque externe)
 - IE sans boucle ni tortuosités majeures
 - **L'HYPOGASTRIQUE EST-ELLE OU NON INTERESSEE?**
 - embolisation hypogastrique : pas de collet IP ou anévrisme hypogastrique
 - coïl aussi proximal que possible (+/- thrombine à petite dose), voie ipsi ou controlatérale
 - si bilatéral : occlusion bilatérale doit être évitée même si ne semble pas corrélé avec complications ischémiques pelviennes (*Karch JVS 2000, Criado JVS 2000, Mehta JVS 2000, Lin JVS 2002*), 1 à 3 mois entre chaque
 - favorise claudication fessière (33%), ischémie pelvienne (13%) et nerveuse; utilité? (*Tefera Ann Vasc Surg 2004*)
 - Pas d'anévrisme septique

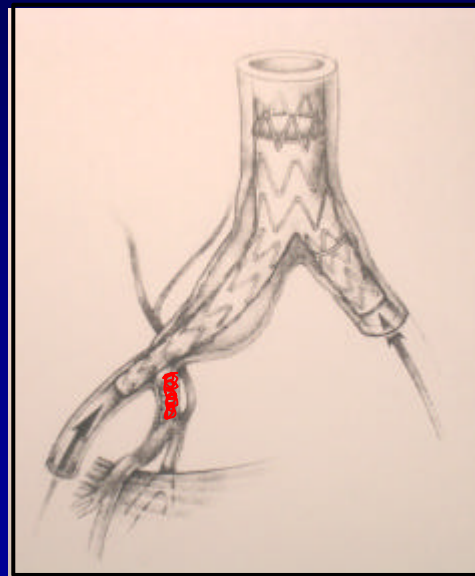
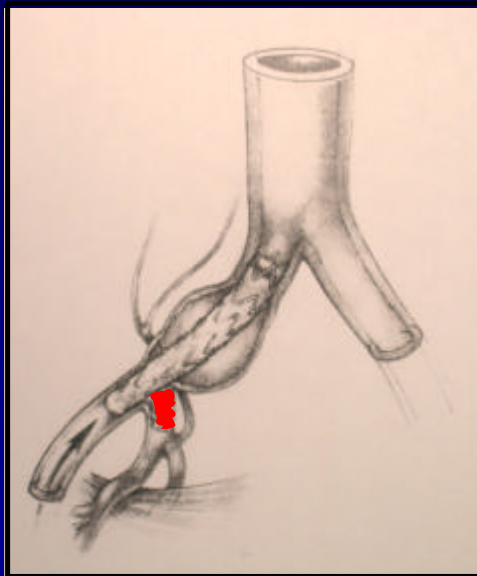


Iliques primitives

- Si unilatéral :
 - prothèse iliaque ou aorto biiliaque, banding?
 - endoprothèse iliaque ou aorto biiliaque en l'absence de collet proximal
- Si bilatéral :
 - prothèse bifurquée
 - endoprothèse bifurquée en fonction diamètre aortique
- Endovasculaire :
 - si pas de collet distal:
 - embolisation II, extension à IE
 - endoprothèse multibranches
 - abaissement bifurcation iliaque



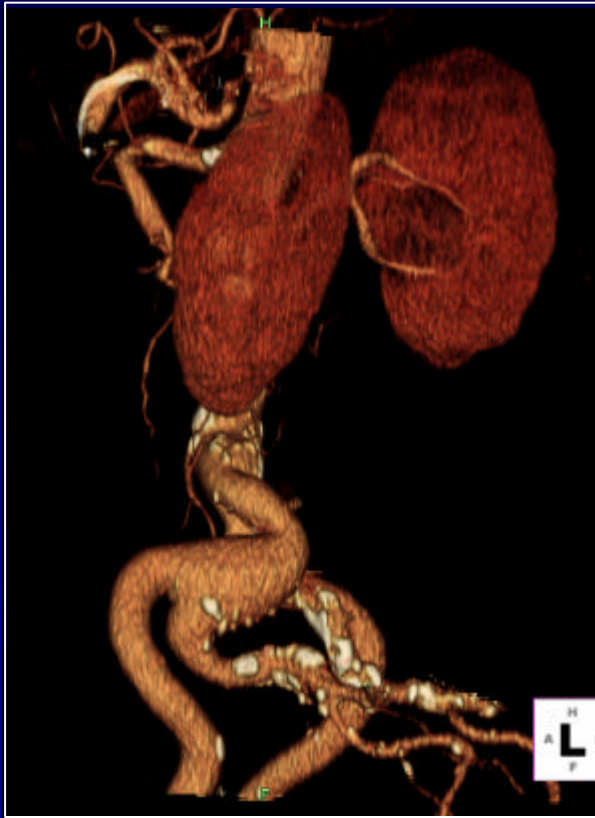
Iliques primitifs



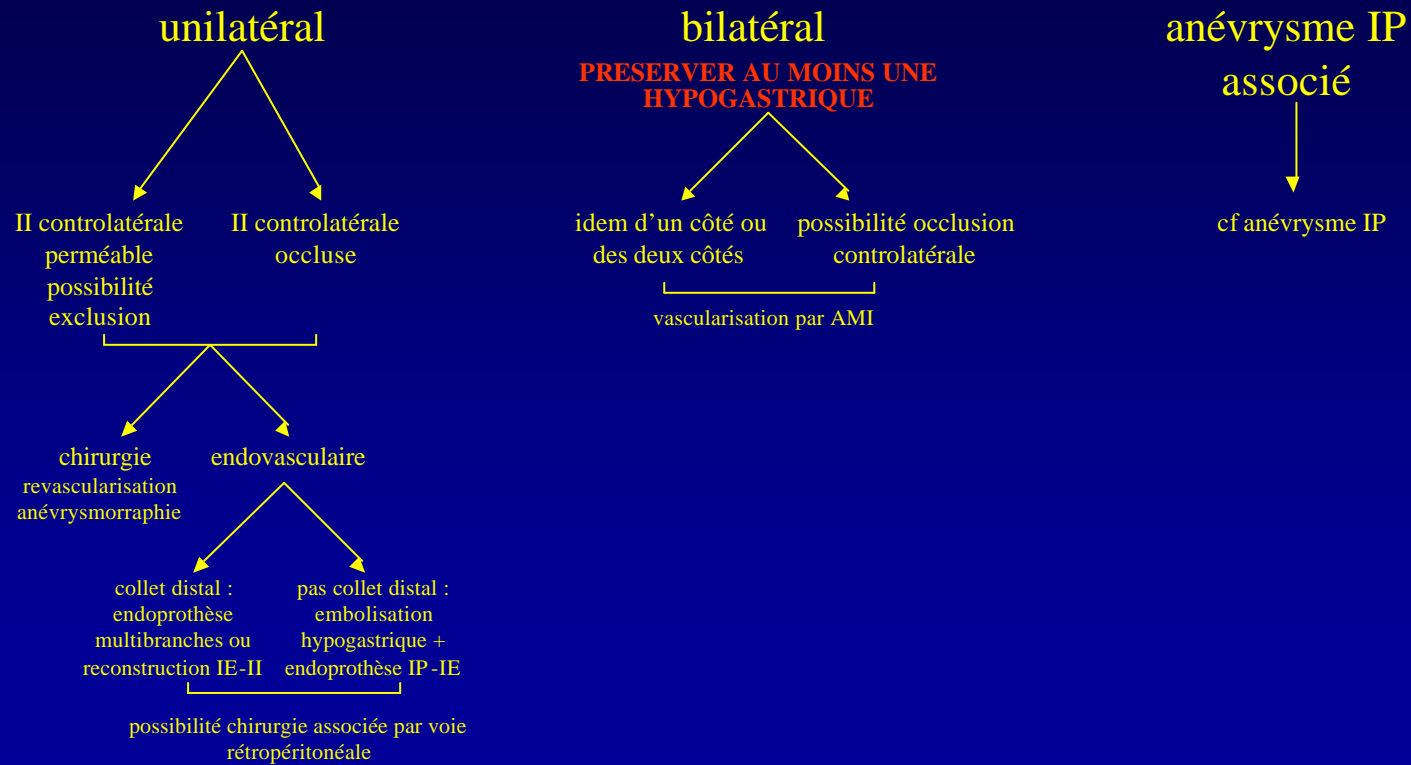
Anévrysme IP droite après transplantation rénale



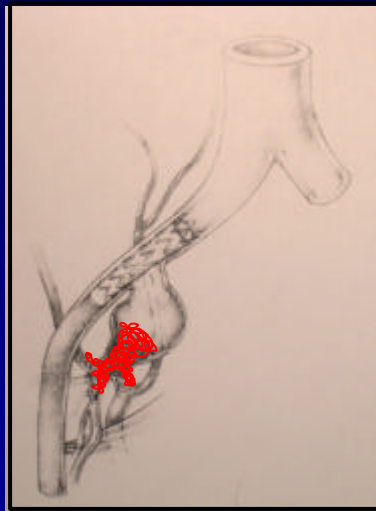
Endoprothèse multibranches



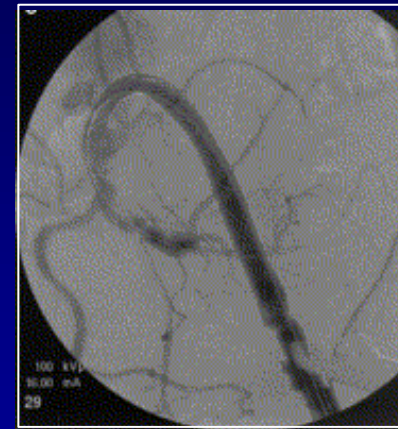
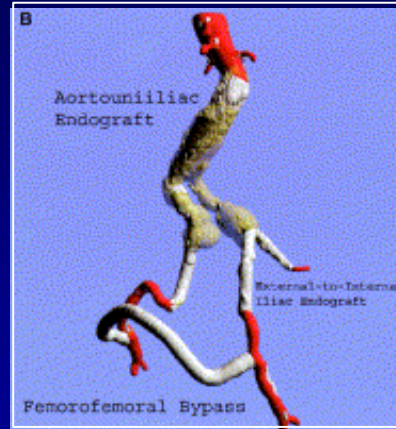
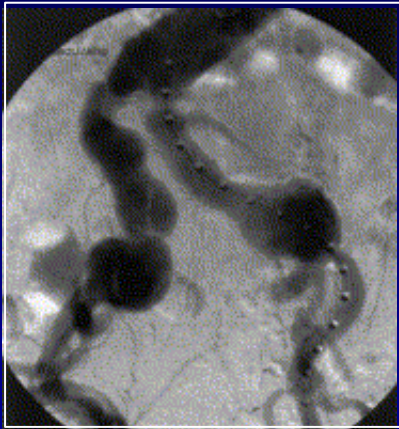
Hypogastrique



Hypogastriques

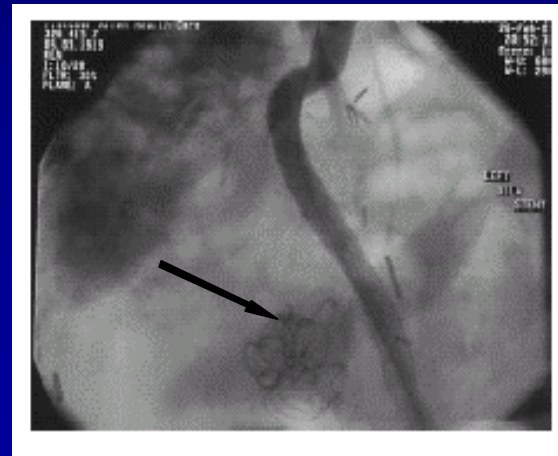
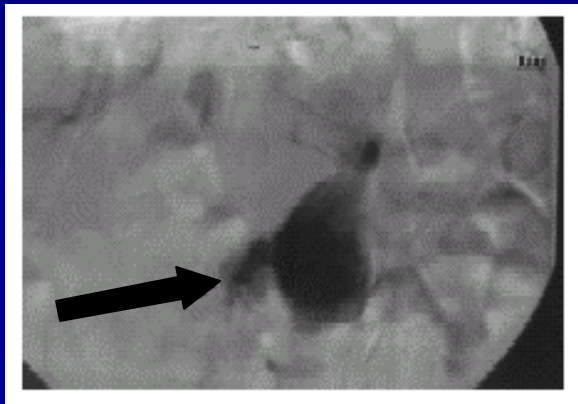
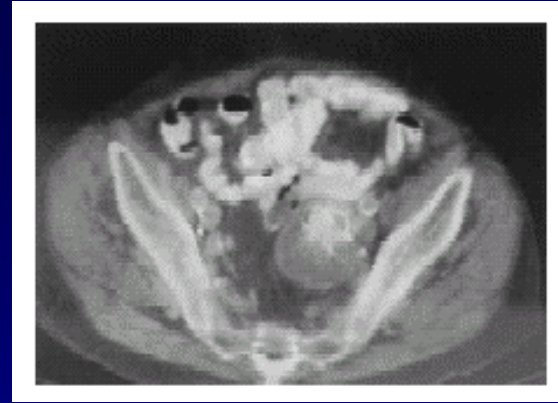
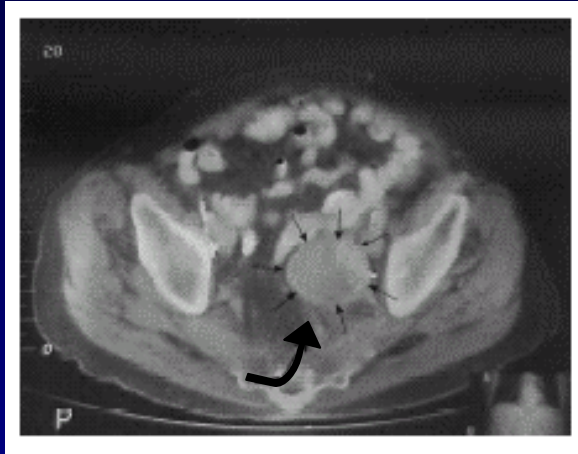


Hypogastriques



Embolisation hypogastrique unilatérale et endopontage
iliaque externe - iliaque interne controlatéral

Anévrysme hypogastrique rompu



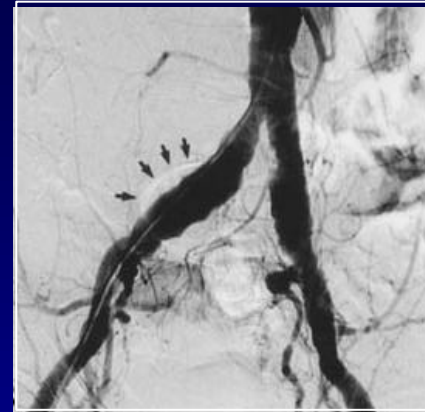
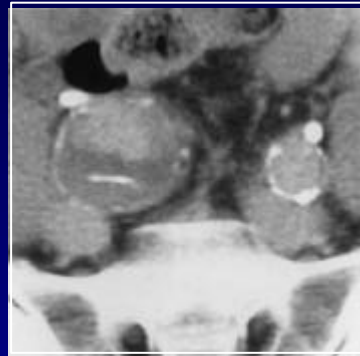
Anévrysme iliaque rompu

- Chirurgie : ligature, mise à plat greffe ou endoanévrismorrhaphie
- Stent couvert IP ou embolisation II + stent couvert IP-IE

Résultats

- Rupture dans 5-9% cas à 5 ans avec une mortalité de 25-75%
- Chirurgie
 - mortalité :
 - élective : de 0-11%, redux : 55%
 - urgence : 33-75% ;
 - pertes sanguines de 4700 ml (500-17000 ml) [3800 ml (500-13000 ml) pour AAASR]
 - morbidité de 5 à 10% *Désiron Ann Chir Vasc 1995, Krupski JVS 1998*
- Endovasculaire
 - 0 à 18,5% d'échec par problèmes de déploiement et endofuites persistantes (*Razavi Radiology 1995, Marin Am J Surg 1995 Cardon J Cardiovasc Surg 1996, Scheinert Circulation 2000*), rupture per procédure (*Murphy Radiology 1996*)
 - Endofuites : le problème de cette technique (cf AAASR)
 - types I : mauvaise sélection des cas
 - types II : évités si l'artère hypogastrique a été prise en compte
 - Exclusion initiale parfaite : risque rupture persiste
 - par élargissement du collet proximal ou distal
 - par reperméabilisation de l'hypogastrique coilée
 - ED ou TDM annuelle
 - Perméabilité primaire 92-96%, secondaire : 96%

Endofuite proximale sur stent graft IP



Résultats

- Traitement endovasculaire :
 - majorité formes d'anévrisme iliaque peuvent être traitées sans différence de mortalité ou de morbidité à la différence de la chirurgie
 - Réduction de la mortalité et de la morbidité péri opératoire
 - Ne traite pas les problèmes compressifs

	Nb AI	Complications	Perméabilité	Prévention rupture
Cardon	92	Mort 2.1% Morb 0%	94% à 3 ans	1 rupture, 6 EL (3 types I, 3 types II)
Mont Sinai Team	40	Mort 0% Morb 7.5%	95% à 4 ans	2 ruptures, 1 EL type II
Parson	28	Mort 0% Morb 12%	92% à 4 ans	1 rupture, 1 EL type II

- Les principales complications du traitement endovasculaire sont les hyperplasies intimales, les malpositions de stents couverts et les endoleaks essentiellement à partir des II. Pb du recul à long terme non disponible.

Conclusion

- Rare si isolés
- Risque : rupture
- Indication : supérieurs à 3 cm
- Forme anatomique +++
- Chirurgie : morbi-mortalité par risque hémorragique
- Endovasculaire : endofuites : collets et hypogastriques