

Colloque Post-Gradué d'Angiologie et d'Hémostase
14 janvier 2010

Anévrismes Artériels Périphériques

Artériomégalie, Dystrophie polyanévrysmale

F. BECKER

Service d'Angiologie et d'Hémostase, HUG, Genève



Plan

Faux Anévrismes

Anévrismes Non-athéromateux

Anévrismes dits athéromateux

Artériomégalie

Caractéristiques des Anévrismes périphériques dits athéromateux

Anévrismes poplités, fémoraux, iliaques

Dystrophie polyanévrysmale

Anévrismes périphériques chez la femme

Anévrysmes périphériques

Faux Anévrysmes
Anévrysmes Non-athéromateux
Anévrysmes du M.Sup

Faux Anévrismes ⁽¹⁾

Ils sont dits faux car **ils n'ont pas de paroi propre.**

Ils sont le plus souvent iatrogènes.

Faux Anévrismes ⁽¹⁾

Ils sont dits faux car **ils n'ont pas de paroi propre.**

Ils sont le plus souvent iatrogènes.

Ce sont actuellement les plus fréquents des anévrismes artériels périphériques du fait des **faux-anévrismes post-ponction** artérielle diagnostique ou thérapeutique.

Tout traumatisme artériel peut générer un faux-anévrisme

- . brèche artérielle [coup de couteau, embrochement par fracture déplacée, arrachement de collatérale, esquille métallique, ..],
- . dissection ou rupture lors de luxation,
- . accident de surdilatation lors d'angioplastie
- . perforation instrumentale en chirurgie.

Faux Anévrismes ⁽²⁾

Faux-anévrismes anastomotiques

- . déchirure de la paroi ou d'une rupture de fil au niveau d'une suture prothèse-artère,
- . parfois l'origine est infectieuse.

Les faux-anévrismes fémoraux sont de loin les plus fréquents mais toute anastomose prothèse-artère peut être concernée.

Envisager l'hypothèse d'un faux anévrisme devant toute masse \pm pulsatile au Scarpa chez un patient ayant eu un pontage aorto/ilio-fémoral ou fémoro-poplité/jambier et de demander un écho-doppler avant de décider de la suite.



Anévrysmes Non-athéromateux ⁽¹⁾

(Cadre très hétérogène)

Anévrysmes ou faux-anévrysmes de la **maladie de Behcet** (aphtes artériels).

Aussi rares ou aussi fréquents: **anévrismes infectieux** par greffe bactérienne sur lésion préexistante (staphylocoque, streptocoque, salmonelle, ...) ou plus rarement par embole septique (endocardite).

- L'âge moins avancé des patients,
- l'épaississement non-athéroscléreux de la paroi ou
- l'aspect sacculaire de l'anévrysme, ou
- la multiplicité des anévrysmes avec des sites inhabituels en l'absence d'artériomégalie, ou
- l'absence de signe d'athérosclérose, font évoquer le diagnostic.

Le risque de rupture ou de thrombose aiguë est élevé, le traitement est délicat, les récurrences sont fréquentes.

Anévrysmes Non-athéromateux (2)

(Cadre très hétérogène)

Les **dysplasies** artérielles (Marfan, Ehlers-Danlos type IV, dysplasie fibro-musculaire),
les **artérites** inflammatoires,
les **dysembryoplasies** artérielles (artère sciatique persistante)
sont un terrain hautement favorable au développement
d'anévrysmes d'évolution souvent grave.

Un anévrysme peut se développer en aval immédiat d'une compression artérielle ou en amont de fistule(s) AV(s).

Des cas d'anévrysmes non-athéromateux, de toute étiologie, sont décrits au niveau de branches de l'hypogastrique (fessière), au niveau des artères jambières ou du pied.

Anévrismes du Membre Supérieur ⁽¹⁾

Les anévrismes artériels du membre supérieur sont rares.

Artériomégalie et Athérosclérose sont quasi absents (hors méga-dolichoartère complication tardive de FAV pour hémodialyse).

La plupart sont liés à des microtraumatismes répétés ou à des traumatismes (pratiques professionnelles ou sportives, utilisation de matériels contondants, traumatismes iatrogènes ou par ponction artérielle, forme particulière de STTB artériel avec anomalie osseuse ou musculo-tendineuse ou cote cervicale, ...).

Anévrisme vrai ou faux-anévrisme, ils peuvent siéger n'importe où de l'ASC aux arcades palmaires.

Il peut s'agir d'artériopathie non-athéromateuse, il s'agit alors de localisations plutôt proximales.

Anévrismes du Membre Supérieur (2)

Ils sont

asymptomatique découvert d'examen systématique ou devant une masse pulsatile,

ou se manifestent par des accidents thrombo-emboliques avec ischémie digitale aiguë ou chronique.

Définitions

Anévrisme, Ectasie, Artériomégalie: définitions

Anévrisme: dilatation permanente segmentaire (i.e. focale), avec perte du parallélisme des bords, d'une artère dont le diamètre est augmenté d'au moins 50% par rapport à son diamètre normal. Pour les artères constitutionnellement de petit ou de gros calibre un anévrisme est mieux défini en valeur relative (ratio > 1.5).

On parle d'**ectasie** si cette dilatation est de moins de 50% par rapport à la normale.

Artériomégalie: dilatation permanente diffuse (non-focale) d'artères dont le diamètre est augmenté de plus de 50% par rapport à la normale, sans perte du parallélisme des bords.

Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. Subcommittee on Reporting Standards for Arterial Aneurysms, Ad Hoc Committee on Reporting Standards, SVS and North American Chapter ISCVS. *J Vasc Surg* 1991; 13(3): 444-50

Calibres normaux des artères M.Inf.

Paradoxe signalé de longue date, nous ne disposons pas de grandes séries définissant le calibre normal des artères périphériques ?!

Les données varient avec

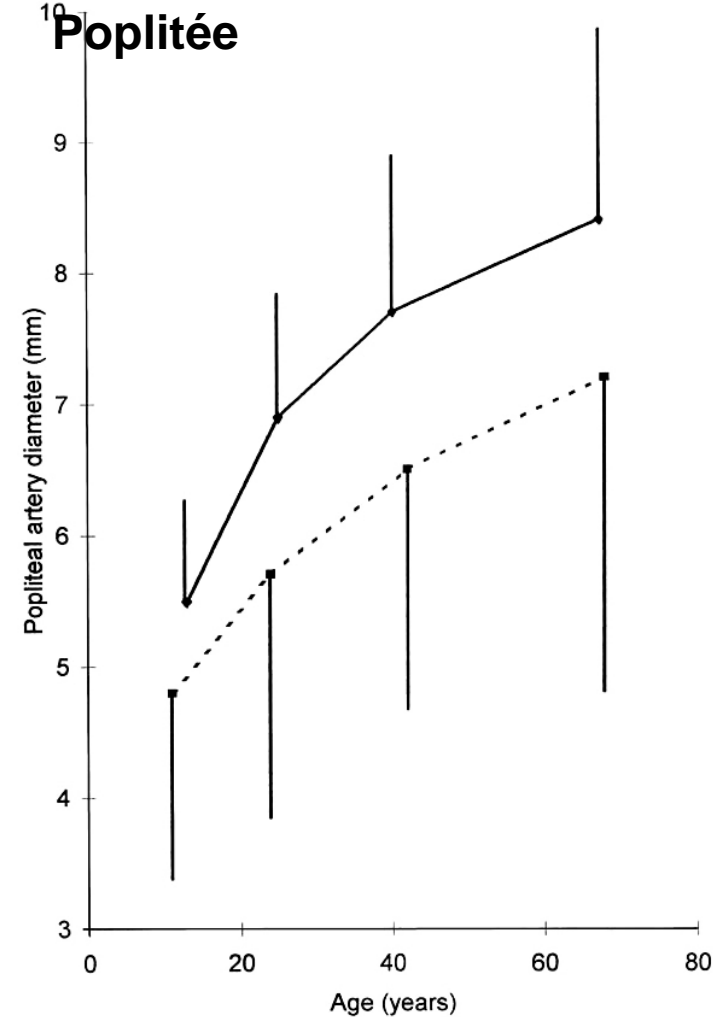
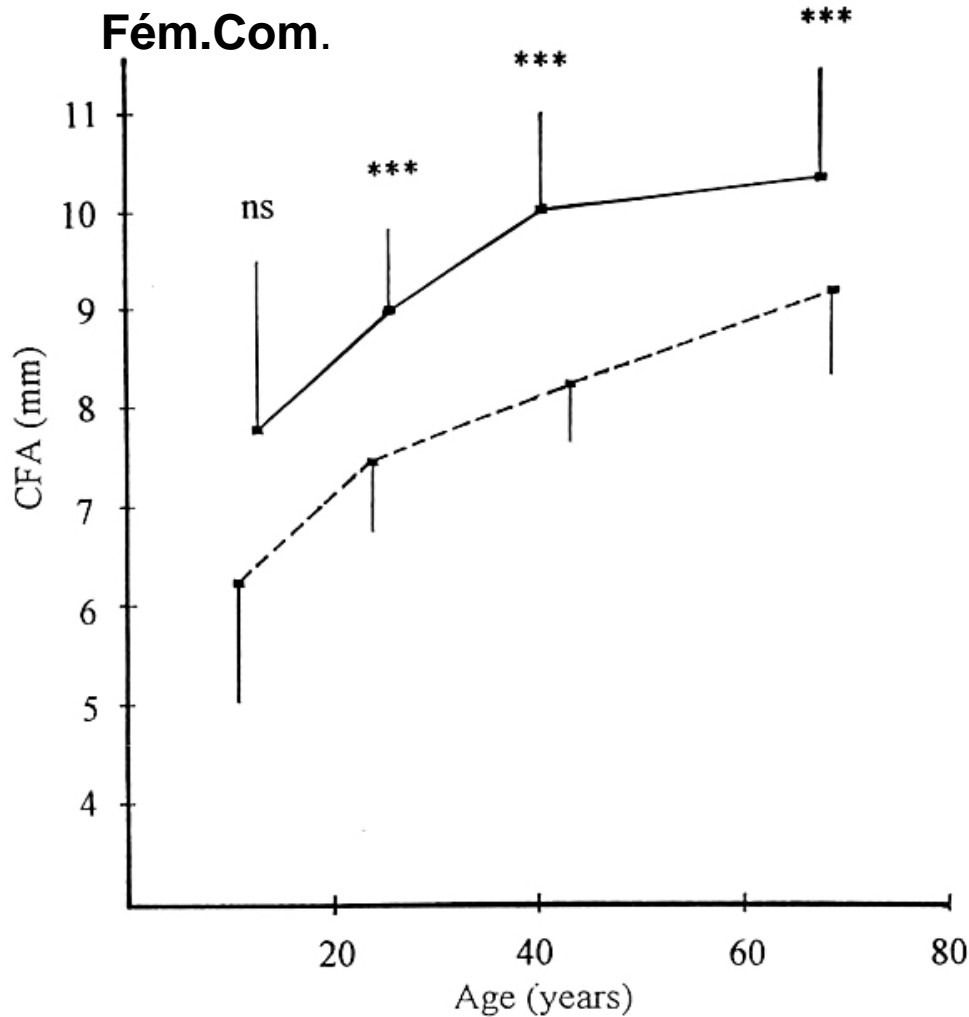
- . le calibre mesuré (interne intima-intima, externe adventice-adventice),
- . l'outil de mesure (artériographie conventionnelle de différents modes, angio-CT, angio-MR, échographie, voire mesure sur cadavre) et
- . l'endroit où la mesure a été faite pour une artère donnée (important pour l'iliaque commune et la poplitée qui sont plus coniques que cylindriques).

Quel que soit le mode de mesure, le calibre des artères périphériques croît de façon quasi linéaire avec l'âge et est moindre chez la femme; le calibre tend également à croître avec le degré d'athérosclérose.

La prise en compte de la variation de diamètre liée à la pulsatilité artérielle est souvent négligée, en bonne pratique il faudrait prendre le diamètre à mi-période cardiaque ou mieux le diamètre moyen sur la période cardiaque.

Calibre Normal (Mesures échographiques)

A. Fémorale Commune, A. Poplitée



Sandgren T. et al *J Vasc Surg* 1998; 28:284-9, *J Vasc Surg* 1999;29:503-10

Calibres normaux des artères M.Inf.

- Homme > 50 ans -	Calibre externe (mm)	Calibre interne (mm)
Art. Iliaque commune	12.8 ± 1.8	10.5 ± 1.4
Art. Iliaque interne		5.9 ± 1.3
Art. Iliaque externe		8.3 ± 1.2
Art. Fémorale commune	9.3 ± 1.2	8.6 ± 1.1
Art. Fémorale Profonde		5.7 ± 1
Art. Fémorale superficielle	7.4 ± 0.9	6.2 ± 1
Art. Poplitée	7.2 ± 0.9	6.2 ± 0.8

Calibres normaux (moyenne ± un écart-type, mm) des artères du membre inférieur chez l'homme de plus de 50 ans sans artériopathie.

Compilation des séries de la littérature.

Chez la femme, les calibres sont moindres de 1 à 2 mm en iliaque commune et d'environ 1 mm en AFC, AFS et AP

Anévrismes périphériques

Artériomégalie

Artériomégalie: historique et terminologie ¹

Artériomégalie, affection décrite durant la 2ème guerre mondiale, oubliée durant un demi-siècle probablement pour des raisons de terminologie et d'imagerie, redécouverte avec les travaux sur les AAA.

Leriche a attiré l'attention sur une forme particulière d'artériopathie avec anévrysmes multiples des membres,

Fontaine la qualifia de dystrophie poly-anévrysmale ou variqueuse des artères à évolution thrombosante.

Puis Leriche a pointé sur une variété d'angiopathie où les artères, voire les veines, sont anormalement et diffusément dilatées sans anévrysme. Ces artères étant souvent tortueuses il les a qualifié de dolicho et méga-artères (Arteria Magna et Dolicho of Leriche).

Leriche R. (*Presse Méd* 1942; 46: 641-42). Dilatation pathologique des artères en dehors des anévrysmes, à propos de 7 cas

Fontaine R., Frühling L., Gery J. La dystrophie « poly-anévrysmale » ou « variqueuse » des artères à évolution thrombosante. *Lyon Chir* 1944 ; 39(5) : 575-86

Leriche R. (*Presse Med* 1943; 38: 554-55). Dolicho et Méga-artère¹, Dolicho et Méga-veine

Artériomégalie: historique et terminologie ²

Le qualificatif dolicho- a été source de dérives,

- . l'artériographie étant le seul mode d'exploration morphologique des artères jusqu'à l'avènement de l'échographie, il était plus facile de repérer les artères tortueuses et plicaturées que les artères dilatées sans anévrisme. On a alors mélangé les dolicho-artères et les méga-dolichoartères.
- . dans l'affection identifiée par Leriche **les artères sont méga- avant d'être dolicho-.**

Les méga-dolichoartères se voient plutôt chez le sujet âgé.

Les dolicho-artères se voient à tout âge, y compris chez l'enfant, elles sont peut être constitutionnelles, leur incidence pathogène est incertaine.

A part figurent les artères qui s'allongent et se dilatent secondairement à un débit élevé, le plus souvent par fistule(s) artério-veineuse(s), ainsi que les très rares dolicho-méga-artères du jeune enfant anatomiquement et histologiquement différentes de celles de l'adulte.

Artériomégalie: historique et terminologie ³

Pour parer aux problèmes de terminologie, Lea Thomas a proposé en 1971 le terme **d'artériomégalie**

L'artériomégalie a trois traits particuliers :

- . quasi exclusivement masculine (97% des cas).
- . ne concerne qu'exceptionnellement les artères jambières, en règle générale la dystrophie ectasiant s'arrête à la poplitée basse. Elle intéresse rarement les branches de l'iliaque interne et de la fémorale profonde.
- . vitesse circulatoire particulièrement lente

L'âge moyen au diagnostic est de 67 ans (ext. 36-87 ans).

Lea Thomas M. Arteriomegaly. *Br J Surg* 1971; 58(9):69094

Callum K.G., Gaunt J.I., Lea Thomas M., Browse N.L. Physiological studies in arteriomegaly. *Cardiovascular Research* 1974; 8: 373-83

Artériomégalie: le nouveau

« L'artériomégalie représente clairement une entité anatomoclinique et histologique particulière dont l'intérêt est son association à une maladie anévrysmale voire polyanévrysmale. L'artériomégalie représente la seule pathologie connue clairement associée aux anévrysmes» (Anidjar 1994).

Lien quasi démontré avec les formes familiales de maladie anévrysmale pour lesquelles on note une sorte de gradation entre artériomégalie et anévrysmes artériels périphériques ou AAA (Lawrence 1998).

Huntington-Rotterdam study (Wilmink 1998): si le diamètre de l'aorte abdominale croît avec l'âge, il ne croît que chez ceux dont le diamètre aortique était déjà à la limite supérieure de la normale à l'inclusion.

Les travaux récents confirment l'artériomégalie comme le terrain vasculaire propice au développement de nombre d'anévrysmes, en particulier ceux de la dystrophie poly-anévrysmale et ceux des formes familiales d'AAA (Yamamoto 2002, Iwamoto 2004, Widmer 2008, Johnsen 2009, Nordon 2009).

Artériomégalie et Anévrysmes

Histologiquement parlant, artériomégalie, méga-dolicho-artères et anévrysmes artériels dits athéromateux semblent des variétés d'une même maladie de la média marquée par une raréfaction des fibres élastiques, une densification en collagène, avec vieillissement exagéré de la paroi et plus grande propension à l'athérosclérose.

La faible vitesse circulatoire explique probablement la propension de ces artères à la thrombose aiguë ou à l'alluvionnage et à l'auto-embolie détruisant le lit d'aval ou facteur d'orteil bleu.

Elle explique aussi le défaut d'opacification des artères jambières au cours d'artériographie conventionnelle

Artériomégalie: données épidémio ?

L'épidémiologie de l'artériomégalie en population générale est inconnue.

Des séries anciennes montrent une prévalence de l'artériomégalie de 5 à 8% sur un total plus de 8.000 patients explorés pour artériopathie des membres inférieurs, cette prévalence atteindrait 15 à 20% des thromboses aiguës idiopathiques des membres inférieurs.

Malgré des biais de recrutement et d'intérêt pour cette affection, ces séries montrent que cette affection est plus fréquente que ne l'indique la pauvreté de la littérature la concernant.

Artériomégalie, DPA: formes anatomiques

La dystrophie épargne l'étage aorto-iliaque et intéresse l'axe fémoro-poplitée, ou inversement, ou s'étend sur la totalité de l'axe aorto-poplitée.

Dans les formes avec anévrisme(s), Hollier (1982) distingue 3 types :

- type I anévrisme(s) de l'aorte abdominale et/ou de l'axe iliaque et de la fémorale commune et artériomégalie fémoro-poplitée,
- type II anévrysmes de la fémorale commune ou de la poplitée et artériomégalie aorto-iliaque,
- type III anévrysmes aortique, iliaque, fémorale commune ou poplitée et artériomégalie sur les segments intermédiaires.

Dans le type III il existe des cas rares à la limite des possibilités thérapeutiques, où de l'aorte à la poplitée l'axe artériel n'est finalement qu'une seule lésion anévrysmale avec des segments \pm dilatés.

Dans les formes étendues, toujours vérifier l'aorte thoracique.

L'Artériomégalie ne concerne pas que les Art. M.Inf

... on la trouve aussi au niveau **vertébral (V1-V2)** et au niveau carotidien où elle intéresse l'**ACC** et/ou le bulbe carotide mais épargne l'ACI post-bulbaire.

Elle est aussi associée à la maladie anévrysmale de l'**aorte thoracique** et surtout à la maladie annulo-ectasiente.

Des localisations **coronaires** ont été décrites.

Les formes intéressant les artères intracrâniennes sont nosologiquement différentes.

En présence d'un anévrysme athéromateux, quelque soit son siège, l'examen systématique des artères périphériques trouve assez souvent une artériomégalie diffuse sans ou avec ectasie aux sites d'élection.

L'écho-B est l'outil idéal pour reconnaître précocement ou facilement une artériomégalie et pourrait être utilisée pour identifier les sujets à risque dans le cadre des AAA familiaux ou de survenue précoce.

Artériomégalie, Dystrophie anévrysmale



Anévrysmes périphériques

Anévrysmes Athéromateux
Dystrophie Polyanévrysmale

Anévrysmes « athéromateux » 1

Le qualificatif « dit athéromateux » est utilisé pour marquer le fait que si l'athérosclérose est associée à ces anévrysmes, elle n'est probablement pas le facteur causal direct.

Les anévrysmes artériels des membres inférieurs dits athéromateux sont largement dominés par les anévrysmes poplités (An.Pop) qui font les trois quarts de ces anévrysmes et sont le 2ème site d'anévrysme après l'aorte abdominale.

La plupart de ces anévrysmes font partie d'une dystrophie polyanévrysmale plus ou moins diffuse ou sévère.

Anévrysmes « athéromateux » 2

Dans toutes les séries, l'âge médian des patients au moment du diagnostic est \approx 65-70 ans et la prépondérance masculine est écrasante (94-99%).

Les FR sont les mêmes que pour les AAA : âge, tabagisme ancien, antécédents familiaux d'anévrysme, HTA.

Leur prévalence vraie est inconnue, pour les An.Pop elle est estimée à 1% chez les hommes de 65 ans, elle augmente avec l'âge.

La taille de l'anévrysme ne semble pas être un facteur de complications aussi clairement démontré que pour les AAA.

Pour les An.Pop, à l'exception des anévrysmes de très grande taille, il n'apparaît pas de différence de taille significative entre anévrysmes compliqués et anévrysmes non-compliqués.

Anévrysmes Poplités ¹

Si l'AAA a pu être qualifié de « silent and instant killer », l'anévrysme poplité pourrait être qualifié de « **destructeur silencieux du lit d'aval** » avec un risque élevé d'amputation majeure en cas de thrombose aiguë.

Le risque principal n'est pas la rupture (rare en dehors de greffe bactérienne ou de très volumineux anévrysme) mais les accidents thrombo-emboliques (thrombose aiguë de l'anévrysme, embolisation distale symptomatique et surtout à bas bruit).

L'An.Pop est bilatéral dans la moitié à deux tiers des cas
1 fois /3 associé à un AAA,
1 fois /5 associé à un An. iliaque ou de l'AFC.

Toutes les séries montrent que l'An.Pop se complique plus en cas d'anévrysmes multiples (facteur 2 environ).

Anévrismes Poplités ²

Symptomatologie, Complications

2 / 3 des An.Pop sont découverts devant une complication (rupture: 1.5% - compression veineuse ou nerveuse: 6.5% - ischémie d'aval: 55%).

Les compressions veineuses s'expriment par tableau chronique ou aigu mimant une thrombose veineuse profonde obstructive.

Les compressions nerveuses sont très protéiformes vu la richesse du creux poplité en rameaux nerveux divers.

Les manifestations ischémiques sont le fait de la thrombose chronique ou rapidement évolutive (et ± emboligène) ou aiguë de l'anévrisme.

Schématiquement il s'agit de

- . ischémie d'effort avec claudication intermittente surale (45%),
- . ischémie permanente chronique (DD, TT du pied) ou d'une ischémie aiguë sensitive ou sensitivo-motrice (45%)
- . syndrome de l'orteil bleu (10%)

Dawson 1997, 1673 patients avec 2445 AnPop

Anévrismes Poplités ³

Diagnostic (clinique)

Même si l'imagerie bouleverse le diagnostic et la gestion des anévrismes, l'examen clinique méthodique est la pierre angulaire du diagnostic d'An.Pop.

Adage clinique reposant sur le fait pragmatique que le pouls poplité normal n'est pas si aisé à palper : « **un pouls poplité trop facilement perçu chez un homme de plus de 60 ans est jusqu'à preuve du contraire un anévrisme poplité** ».

Une localisation mérite une attention particulière, il s'agit de l'anévrisme de la poplitée sus-articulaire, derrière la patte d'oie. Cet anévrisme peut être méconnu à la palpation standard du creux poplité, voire à l'examen échographique standard centré sur le pli poplité. A l'inverse il est facilement perçu en prenant largement en tenaille la région de la patte d'oie entre le pouce (antéro-latéral) et les quatre autres doigts (postéro-latéral), et identifié par la sonde d'échographie remontant la poplitée sus-articulaire derrière la patte d'oie.

Anévrismes Poplités ⁴

L'imagerie de 1ère intention, souvent la seule à réaliser, est l'échographie

L'échographie précise

- le siège et l'étendue de l'anévrisme sur l'axe poplité,
- le diamètre maximal de l'anévrisme en coupe transversale perpendiculaire à l'axe du flux,
- la forme de l'anévrisme (en règle fusiforme ou en perle, voire en bissac ; un anévrisme sacciforme doit évoquer un anévrisme infectieux ou une rupture circonscrite),
- le matériel sédimentaire ou thrombotique intraanévrismal éventuel (échostructure, matériel mobile, lumière).

L'examen échographique recherche aussi systématiquement un An.Pop controlatéral et précise le terrain artériel (de l'artériomégalie à la DPA). L'évaluation du lit d'aval jambier est un paramètre important de la décision. Un test de Allen du pied ou la mesure de la pression digitale peuvent détecter une embolisation distale à bas bruit.

Anévrysmes Poplités 5

et après ...

L'artériographie (quelle qu'elle soit) est essentiellement un examen pré-opératoire sachant ses limites dans l'évaluation pré-op du lit d'aval.

Que le patient porteur d'An.Pop soit par la suite traité et suivi médicalement ou opéré, il est important que les données de base ne se limitent pas au calibre de l'anévrysme mais comprennent l'ensemble des paramètres US pour un suivi méthodique prenant en compte deux points majeurs :

1-le risque n°1 est le risque thrombo-embolique (l'ischémie aigue par An.Pop reste un challenge thérapeutique grevé d'une morbi-mortalité élevée),

2-l'An.Pop s'inscrit souvent dans le cadre d'une dystrophie poly-anévrysmale actuelle ou potentielle (la recherche d'autres anévrysmes doit être de règle au cours du suivi même si le patient a été opéré pour l'An.Pop index).

Anévrysmes Poplités ⁶

An.Pop = « sinistre présage de catastrophe soudaine » (Gifford 1953).

Malgré les progrès de la chirurgie vasculaire, malgré la thrombolyse préalable ou per-op (in situ), la prise en charge en urgence d'An.Pop se solde encore par un taux d'amputation majeure élevé.

L'intervention précoce à froid a été validée sur un modèle théorique. Le seuil d'indication op. est encore discuté : **calibre > 20 mm ou > 30 mm si totalement libre de thrombus**, incidence de la distorsion de l'axe poplité, du matériel veineux disponible, de l'état général du patient.

Les séries récentes, avec le haut niveau actuel de technique opératoire et l'utilisation plus large de la thrombolyse in situ pour améliorer le lit d'aval, font état d'une morbi-mortalité opératoire minime et d'excellent résultat à moyen et long termes.

Le traitement endovasculaire des An.Pop semble offrir actuellement des résultats similaires à ceux de la chirurgie conventionnelle.

Il est fort probable également que le traitement médicamenteux des patients porteurs d'An.Pop offre le même bénéfice que pour les AAA.

Anévrismes fémoraux ¹

Les anévrismes de l'artère **fémorale commune** sont rares même s'ils sont environ 20% des anévrismes des M.Inf.

Ils évoluent le plus souvent sans le cadre d'une dystrophie polyanévrysmale ; comme les An.Pop auxquels ils sont volontiers associés, ils sont une fois sur deux bilatéraux.

La plupart sont asymptomatiques au moment du diagnostic (lors bilan de diffusion devant un autre anévrisme artériel, lors d'un examen pour AOMI, ou lors d'un examen artériel systématique ou devant une masse pulsatile au pli de l'aîne). Ils sont parfois confondus avec une hernie inguinale.

Le diagnostic clinique est le plus souvent facile (à condition d'y songer), l'échographie confirme le diagnostic et précise les caractères de l'anévrisme.

Le seuil d'indication opératoire est de 25-30 mm.

Anévrismes fémoraux ²

Les anévrismes du tronc de l'artère **fémorale profonde** (voire de l'une de ses branches) sont rares.

Peu souvent isolés, ils font plutôt partie d'une dystrophie polyanévrismale sévère ou sont non-athéromateux.

Une revue de la littérature déjà ancienne et les case-reports laissent penser qu'il s'agit plutôt d'anévrismes à haut risque de complications ischémiques et surtout de rupture.

Il en est de même des anévrismes de l'artère **fémorale superficielle** qui siègent volontiers au tiers moyen de l'AFS et qui, peut être parce que paradoxalement de diagnostic tardif, sont autant source de complications ischémiques d'aval que de rupture.

Indications opératoires larges (bénéfice / risque très favorable)

Anévrismes Iliques Isolés ¹

(Isolé = hors extension d'un AAA)

Peu fréquents.

Ils siègent sur l'**iliaque commune (AIC)** dans plus de 95% des cas.

Dans la série (1990-1999) de Santilli portant sur 323 anévrismes iliaques, il est noté 321 anévrismes de l'AIC, 1 anévrisme de l'AIE et 1 anévrisme de l'AII.

Comme les anévrismes de l'AFC et de l'AP poplitée, les anévrismes de l'AIC surviennent à une écrasante majorité chez l'homme (94%) et sont plus d'une fois sur deux bilatéraux.

Ils sont rarement symptomatiques et progressent peu jusqu'à un diamètre de moins de 3 cm [1.1 ± 0.2 mm / ans pour les anévrismes < 3 cm vs 2.6 ± 1 mm / an pour ceux de 3 à 5 cm].

Anévrismes Iliques Isolés ²

(Isolé = hors extension d'un AAA)

Les cas symptomatiques sont le fait de rupture (plein ventre ou organe creux), de fistule AV, de compression (veineuse, urétérale, nerveuse), de claudication fessière ou de douleurs abdomino-pelviennes sourdes.

La rupture est rare si < 38 mm, alors que le risque est élevé pour si > 50 mm. Une indication opératoire est portée pour les anévrismes de plus de **3.5 à 4 cm**.

Un risque non-négligeable de ces anévrismes isolés de l'iliaque commune est qu'ils aient été pris pour un AAA et gérés comme tel, ou bien que associé à un AAA mais distinct de l'AAA (avec un segment intermédiaire « normal ») ils aient été ignorés, d'où la règle de toujours bien exposer l'aorte terminale et les iliaques communes en échographie.

Anévrysmes Iliques Isolés ³

(Isolé = hors extension d'un AAA)

Les anévrysmes isolés de l'**iliaque interne** sont encore plus rares (moins de 10% des anévrysmes iliaques).

Ils ont à peu près les mêmes traits (sexe, âge, clinique) que les anévrysmes de l'iliaque commune.

Ils sont caractérisés par un Dg tardif, un calibre important au diagnostic [en moyenne 7.7 cm, ext. 2 et 13 cm] et un taux de rupture élevé avec une lourde mortalité.

Les anévrysmes isolées de l'**iliaque externe** sont exceptionnels [1% des anévrysmes iliaques].

Anévrysmes Périphériques chez la Femme

Vu l'écrasante prédominance du sexe masculin dans les anévrysmes artériels périphériques, la dystrophie poly-anévrysmale et l'artériomégalie

Message

Un anévrysme artériel périphérique chez une femme est jusqu'à preuve du contraire un anévrysme non-athéromateux (artérite inflammatoire, infectieux, dysplasique) .