

ANEVRISME TUBERCULEUX DE L'ARTÈRE ILIAQUE INTERNE GAUCHE

TUBERCULOUS ANEURYSM OF THE LEFT INTERNAL ILIAC ARTERY.

CS TRAORE¹, MS KOITA¹, S COULIBALY¹, YR KOUMARE³, L SOUMARE¹, LM DIABY⁴, C BADIAGA², MT GANMENON¹, S KOUMARE¹

1. Service de Chirurgie « A » du CHU du Point G, Bamako-Mali.
2. Service d'Urologie du CHU du Point G, Bamako-Mali
3. Service de Cardiologie du CHU du Point G, Bamako-Mali
4. Centre médico-chirurgical des armées de Bamako(CMCAB)-Mali

Correspondant : Dr Souleymane COULIBALY, Tél : (+223) 65125765, Email : mansasolomani2@gmail.com

RESUME

Introduction : les anévrismes mycotiques de l'artère iliaque interne ou artère hypogastriques sont rares. **Objectif** : rapporter le cas d'un anévrisme tuberculeux de l'artère hypogastrique gauche afin d'évoquer les difficultés de la prise en charge diagnostique et thérapeutique en milieu sous équipé.

Observation : Il s'agissait d'un patient de 26 ans, alcoololo-tabagique, admis au service de chirurgie A du CHU du Point G pour tuméfaction de la fosse iliaque gauche associée à une douleur lombaire et une sciatgie gauche.

Le patient signalait une notion de fièvre et de sueurs nocturnes, une asthénie et un amaigrissement progressif évoluant depuis environ 12 mois.

L'examen notait une altération de l'état général, une tuméfaction importante, non battante, oblique, douloureuse et non expansive au niveau de la fosse iliaque gauche.

L'échographie abdominale retrouvait un anévrisme artériel comprimant l'uretère gauche avec une hydronéphrose de grade 1. L'angioscanner aorto-iliaque a confirmé le diagnostic en révélant un énorme anévrisme fusiforme, partiellement thrombosé de l'artère iliaque interne gauche, comprimant les structures adjacentes.

En per opératoire il s'agissait d'un important anévrisme de l'artère iliaque interne gauche, refoulant la vessie, l'uretère gauche et le colon gauche.

Nous avons réalisé la mise à plat de l'anévrisme et ligature de l'artère iliaque interne. L'histologie de la coque anévrismale a conclu à une artérite caséofolliculaire d'origine tuberculeuse. **Conclusion** : Les anévrismes tuberculeux de l'artère iliaque interne sont rares. Ils sont diagnostiqués le plus souvent au stade des complications.

Mots clés : Artère hypogastrique - Anévrisme mycotique - Tuberculose - Chirurgie.

TUBERCULOUS ANEURYSM OF INTERNAL ILIAC ARTERY

ABSTRACT

Introduction : Mycotic aneurysms of the hypogastric artery are rare. **Objective** : report the case of a tuberculous aneurysm of the left hypogastric artery in order to discuss the difficulties of diagnostic and therapeutic management in an under-equipped environment.

Observation : This was a 26-year-old patient, an alcoholic and a smoker, admitted to surgery department A of Point G University Hospital for swelling of the left

iliac fossa associated with lower back pain and left sciatica.

The patient reported a notion of fever and night sweats, asthenia and progressive weight loss that had been developing for approximately 12 months.

The examination noted an alteration of the general condition, a significant swelling, non-throbbing, oblique, painful and non-expansive at the level of the left iliac fossa.

Abdominal ultrasound revealed an arterial aneurysm compressing the left ureter with grade 1 hydronephrosis. Aortoiliac angiography confirmed the diagnosis by revealing a huge, partially thrombosed fusiform aneurysm of the left internal iliac artery, compressing the structures adjacent.

Intraoperatively, it was a large aneurysm of the left internal iliac artery, pushing back the bladder, the left ureter and the left colon.

We performed the flattening of the aneurysm and ligation of the internal iliac artery. Histology of the aneurysmal shell concluded to a caseofollicular arteritis of tuberculous origin. **Conclusion** : Tuberculous aneurysms of the internal iliac artery are rare. They are most often diagnosed at the stage of complications.

Key words: Hypogastric artery - Mycotic aneurysm - Tuberculosis - Surgery.

INTRODUCTION

L'anévrisme correspond à une dilatation focale et permanente avec perte du parallélisme des bords, d'une artère dont le diamètre est augmenté d'au moins 50% par rapport à son diamètre normal [1].

Les anévrysmes isolés de l'artère iliaque interne (artère hypogastrique) sont rares. Ils représentent 0,4% de l'ensemble des anévrysmes intra-abdominaux. Ils sont graves car le taux de rupture est élevé. Le taux de mortalité peut varier de 30% à 50% pour les cas traités en urgence [2]. Ils sont en générale d'origine athéromateuse et localisés le plus souvent à l'artère iliaque

commune. Les causes mycotiques sont rares, en particulier celles d'origine tuberculeuse [3]. Il s'agit le plus souvent de faux anévrysmes. [4].

La symptomatologie clinique est pauvre du fait de leur localisation profonde et leur progression lente en taille [5]. Le diagnostic est le plus souvent tardif, en phase de complications telles une rupture ou une compression des organes de voisinage. L'écho-Doppler permet souvent de préciser l'origine vasculaire de l'anévrisme. La prise en charge est médico-chirurgicale [6]. Nous rapportons le cas d'un anévrisme tuberculeux de l'artère hypogastrique gauche en phase de prérupure chez un jeune patient afin d'évoquer les difficultés de la prise en charge diagnostique et thérapeutique en milieu sous équipé.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient de 26 ans, militaire, alcoololo-tabagique avec un antécédent de cure de hernie inguinale droite en 2009 aux suites opératoires simples, sans antécédent ni notion de contage tuberculeux, admis au service de chirurgie A du CHU du Point G pour une tuméfaction de la fosse iliaque gauche, une douleur lombaire et une sciatologie gauche.

Cette tuméfaction évoluait depuis 03 mois, augmentant progressivement de volume. La douleur lombaire gauche, irradiait au pelvis et au membre inférieur gauche.

Ailleurs, on notait une notion de fièvre, de sueurs nocturnes, une asthénie et un amaigrissement progressif évoluant depuis 12 mois.

A l'examen clinique on notait une altération de l'état général, un indice de masse corporelle (IMC) à 14.7 Kg/m², une fébricule à 37,8°C. Il y avait une volumineuse tuméfaction, non battante, non expansive, oblique, tendue et douloureuse dans la fosse iliaque gauche (figure 1). A la biologie on notait une hyperleucocytose à 13000/mm³, une anémie normocytaire et normochrome avec un taux d'hémoglobine

à 08,2 g/dl. La sérologie VIH était négative. La radiographie pulmonaire était normale.

L'échographie abdominale retrouvait un anévrisme artériel comprimant l'uretère gauche avec une hydronéphrose de grade 1. L'angioscanner aorto-iliaque a confirmé le diagnostic en révélant un énorme anévrisme fusiforme, partiellement thrombosé, mesurant 120 mm de diamètre et 110 mm de longueur, développé aux dépens de l'artère hypogastrique gauche à 1,5 cm de son origine (figure 2), refoulant la vessie, l'uretère et le colon gauche (figures 3 et 4).

Le patient a été opéré en urgence. Après une laparotomie médiane, l'ouverture du rétropéritoine a mis en évidence un volumineux anévrisme de l'artère iliaque interne gauche, comme précédemment révélé au scanner (figure 5).

Le contrôle de l'axe vasculaire d'amont (artère iliaque commune) (figure 6) et d'aval au Scarpa (artère fémorale commune), l'héparinisation suivie du clamage des vaisseaux a permis de réaliser la mise à plat et la ligature de l'artère iliaque interne à son origine.

Une transfusion de deux culots globulaire était réalisée en peropératoire.

Les suites opératoires ont été simples et le patient est rentré à domicile le septième jour post-opératoire. L'histologie de la coque anévrismale a révélé une artérite caséo-folliculaire d'origine tuberculeuse. L'infection tuberculeuse a été traitée en collaboration avec l'équipe de pneumologie sous le protocole Rifampicine + Isoniazide + Pirazinamide + Ethambutol pendant 02 mois et un traitement d'entretien sous Rifampicine + Isoniazide pendant 4 mois. L'évolution était favorable sans complication ni récurrence au bout des six mois de traitement médical antituberculeux.

DISCUSSION

Les anévrismes mycotiques se reconnaissent grâce à leurs aspects typiquement sacciformes. Les germes les

plus retrouvés sont le *Streptococcus g*, le *Staphylococcus a*, la *Salmonella t*, l'*Escherichia c* et le *Klebsiella p* [3].

Les anévrismes d'origine tuberculeuse de l'artère hypogastriques constituent une entité extrêmement rare [3,7]. Toutes les structures vasculaires peuvent être atteintes. Ils sont le plus souvent localisés à l'aorte, comme un faux anévrisme, en rapport avec une perforation de la paroi vasculaire fragilisée [4]. L'artérite tuberculeuse aboutit progressivement à la dilatation anévrismale artérielle avec un risque élevé de rupture par nécrose [3]. Dans le présent cas, il s'agissait d'un anévrisme vrai de l'artère hypogastrique en pré rupture. Le jeune âge, la courte durée du tabagisme et le syndrome d'imprégnation bacillifère étaient en faveur de l'origine tuberculeuse. L'atteinte vasculaire mycotique peut se faire soit par voie hématogène ou par contiguïté à partir d'un foyer de voisinage.

La symptomatologie clinique est pauvre du fait de leur localisation profonde et leur progression lente en taille. Le diagnostic est généralement obtenu en phase de complications telles que : la compression des structures adjacentes ou la rupture anévrismale [5]. Tbesi et al ont rapporté un cas d'anévrisme de l'artère hypogastrique avec compression du nerf sciatique responsable de sciatalgie [6].

Malgré la présence des signes évocateurs de tuberculose (fièvre, hypersudation nocturne, altération de l'état général et hyperleucocytose), la symptomatologie n'était pas spécifique chez ce patient. Le diagnostic repose le plus souvent sur des arguments cliniques, morphologique et histologique [8].

Le patient de Raherinantenaina et al avait eu un tableau très évocateur d'une tuberculose disséminée [3].

L'échographie abdominale couplée au doppler couleur et pulsé permet souvent de préciser la nature vasculaire et parfois la topographie de l'anévrisme. Cependant cet

examen a souvent des limites en rapport d'une part avec la taille de l'anévrisme, de l'interposition de gaz intestinaux masquant la visualisation des éléments sous-jacents, mais aussi du morphotype du patient [5,9].

Dans notre cas l'échographie n'a pas pu identifier l'origine de l'anévrisme du fait de la taille de celui-ci. Andrianah et al ont rapporté également que l'échographie ne permettait pas de retrouver l'origine artérielle de l'anévrisme dans leur étude [5].

L'angioscanner abdominal constitue le meilleur examen sur le plan diagnostique et topographique des lésions anévrismales [9]. La preuve microbiologique est inconstante. La découverte en préopératoire du *Mycobacterium* est une situation rare sauf les cas de tuberculose connue [3].

Le traitement de l'anévrisme iliaque interne est recommandé lorsque le diamètre maximal atteint 3 cm [2,5,10]. Il existe des réparations endovasculaires (pose de stent couvert, embolisation) et des réparations chirurgicales ouvertes [1,10]. Actuellement les techniques endovasculaires constituent le traitement de choix pour la majorité des auteurs. Ces techniques ne sont pas encore disponibles au Mali. La seule technique disponible reste la chirurgie conventionnelle.

En chirurgie conventionnelle, l'abord chirurgical peut être Transpéritonéal ou rétropéritonéal [11]. Nous avons réalisé une laparotomie médiane sus et sous ombilicale permettant une bonne exposition de l'anévrisme et une exploration des viscères abdominaux. Le geste a consisté en la mise à plat de l'anévrisme et la ligature de l'artère iliaque interne gauche à son origine. Rezziki et al réalisaient également la mise à plat de l'anévrisme et ligature artérielle chez leur patient [9].

Cependant, la ligature ou l'occlusion de l'artère iliaque interne n'est pas anodine. En effet, c'est cette artère qui apporte du sang

oxygéné aux organes pelviens (rectum, vessie et organes reproducteurs) et aux muscles pelviens. Son occlusion est à l'origine des complications ischémiques du territoire pelvien telles qu'une claudication des fesses, une dysfonction sexuelle, une colite ischémique, une nécrose fessière et des lésions de la moelle épinière [1].

Une revue récente rapportait une claudication des fesses dans 29,2 % et 30,3 % des cas respectivement après l'occlusion unilatérale et bilatérale de l'artère iliaque interne, ainsi qu'un dysfonctionnement sexuel dans 10 % et 16,9 % des cas respectivement après l'occlusion unilatérale et bilatérale de l'artère iliaque interne [1].

Les suites opératoires ont été simples chez notre patient. La thrombose progressive de l'anévrisme aurait permis aux artères collatérales de se développer.

Le traitement antituberculeux est systématique dans le but d'éradiquer l'infection sous-jacente. La durée de ce traitement est encore mal définie. Elle doit cependant être poursuivie durant au moins six mois [4]. Notre patient a observé un traitement antituberculeux de 6 mois. L'évolution était favorable. Il a eu un gain de poids après les six mois de traitement avec une nette amélioration de son état général.

CONCLUSION

Les anévrismes mycotiques en particulier tuberculeux de l'artère iliaque interne sont rares, d'évolution lente. La Symptomatologie clinique n'étant pas spécifique, le diagnostic est fait le plus souvent au stade des complications nécessitant une prise en charge urgente.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

REFERENCES

1. Sousa LHD, Baptista-Silva JC et al. Internal iliac artery revascularisation versus internal iliac artery occlusion for endovascular treatment of aorto-iliac aneurysms. Cochrane Vascular Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 2020;(7):3-9.
2. Lee ES, Dawson DL. Prise en charge d'anévrismes hypogastriques bilatéraux volumineux en utilisant l'oxymètre colique T-stat. Ann Chir Vasc. 2010;24(1):129.e1-129.e4.
3. Raherinantenaina F, Rajaoharimalala TG, Harioly MOJ et al. Traitement chirurgical d'un anévrisme rompu de l'artère iliaque commune gauche chez un patient présentant une tuberculose miliaire. JMV-J Médecine Vasc. mai 2019;44(3):216-27.
4. Mechchat A, Idrissi R, El Mahi O et al. Multiples anévrismes aortiques d'origine tuberculeuse chez un enfant. À propos d'un cas. J Mal Vasc. déc 2008;33(4):218-20.
5. Andrianah EPG, Rajaonarison Ny Ony Narindra LH, Razafindrahova A et al. Giant isolated aneurism of the internal iliac artery hydronephrosis source: about two cases. Sang Thromb Vaiss. mai 2018;30(3):133-6.
6. Tbessi R, Hamdi MS, Boukhris I et al. Compression nerveuse par un anévrisme artériel : penser à la maladie de Behçet. Rev Médecine Interne. juin 2021;42:A156.
7. Köhli M, Lecommandeur S, Fidalgo C et al. Une douleur abdominale sourde et aveuglante. Forum Méd Suisse. 2023;23(39):1328-31.
8. Delaval L, Goulenok T, Achouh P et al. Diagnostic et prise en charge des aortites tuberculeuses en 2000 : analyse rétrospective de 11 cas. Rev Médecine Interne. déc 2016;37:A107-8.
9. Rezziki A, Ouledtaib A, Elhoumaïdi A et al. Faux anévrisme de l'artère iliaque interne au cours de l'évolution d'une maladie de Behçet. J Mal Vasc. mai 2015;40(3):196-9.
10. Davaine J. Anévrismes de l'artère iliaque interne. CHU Pitié-Salpêtrière, Paris 2023, 2p. [Internet]. Disponible sur: cardiologie-pratique.com/interventionnel/article/anevrismes-lartere-iliaque-interne
11. James DL, Abdoulaye M, Bako H et al. Prise en charge des anévrismes artériels dans un centre africain non spécialisée. Eur Sci J ESJ. 2018;14(3):573.

ANNEXE



Figure 1 : patient en décubitus dorsal avec une tuméfaction importante de la fosse iliaque gauche (flèche).



Figure 2 : coupe coronale tomodensitométrique montrant l'anévrisme de l'artère hypogastrique gauche (flèche).



Figure 3 : coupe axiale tomodensitométrique. Compression digestive avec déviation colique gauche à droite (flèche).

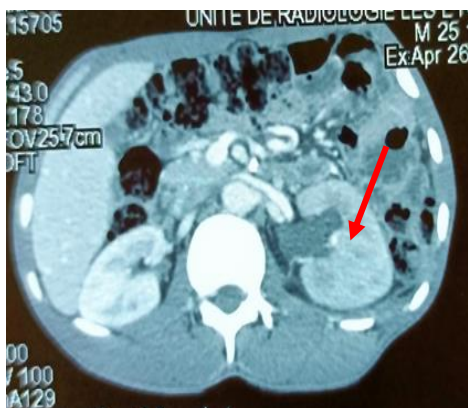


Figure 4 : coupe axiale tomodensitométrique montrant une hydronéphrose gauche (flèche).

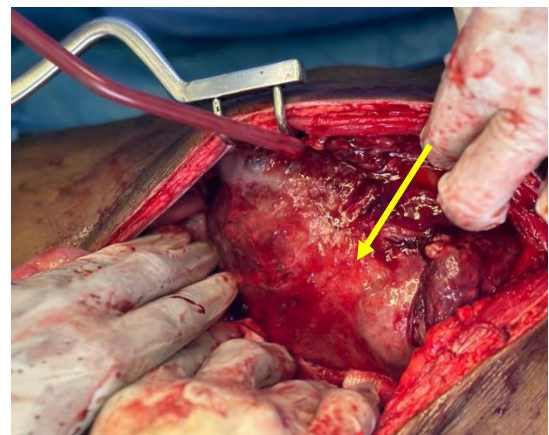


Figure 5 : vue per opératoire de l'anévrisme de l'artère iliaque interne gauche (flèche)

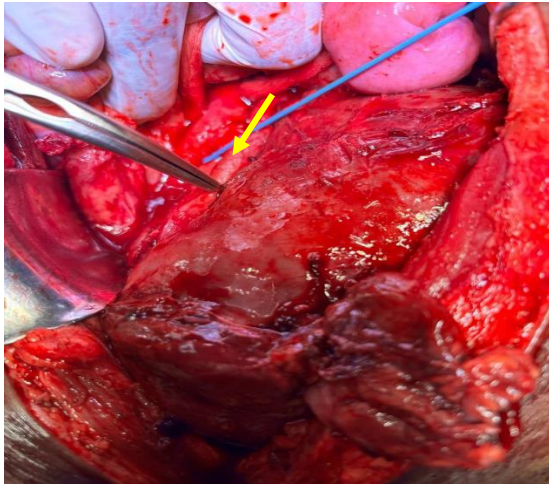


Figure 5 : vue per opératoire de l'anévrisme de l'artère iliaque interne gauche (flèche)