

CHIRURGIE VASCULAIRE/VASCULAR SURGERY

LES ARTERITES DU NOIR AFRICAIN : UNE EXPÉRIENCE CHIRURGICALE IVOIRIENNE

H. YANGNI-ANGATE¹., G. AYEGNON¹., C. MENEAS¹., A. BIEKRE¹.

Département de Chirurgie Cardio-vasculaire et Thoracique CHU Bouaké (Côte d'Ivoire)
et Institut de Cardiologie d'Abidjan (Côte d'Ivoire).

Correspondance : Yangni-Angaté Hervé
01 BP 5119 Abidjan 01 Côte d'Ivoire
E-mail : yangniangate@hotmail.com

RÉSUMÉ

Le but de ce travail est de rapporter une expérience chirurgicale ivoirienne des artériopathies inflammatoires du Noir Africain. Cinq cas de maladie de Takayashu, 5 cas d'artériopathies infectieuses et 4 cas aorto-artérites inflammatoires non spécifiques ont été colligés. La chirurgie de restauration artérielle a consisté en un pontage veineux ou prothétique (n=8), une aneurysmectomie (n=1) une embolectomie par ballonnet (n=2), une aneurysmectomie (n=1), une angioplastie (n=1) et une mise à plat-greffe (n=1). Les suites opératoires ont été simples 13 fois et un décès opératoire a été noté.

Mot clés : Artérites, Takayashu.

SUMMARY

The aim of this study is to report an ivorian surgical experience with inflammatory arteriopathies in Black Africans. Takayasu's arteritis (5 cases), infective arteriopathies (5 cases) and idiopathic aorto-arteritis (4 cases) were listed. Reconstructive surgical procedures were autologous vein by-pass or prosthetic graft by-pass (n=8), aneurysmorrhaphy (n = 1) or aneurysmal sac resection (n=1) or embolectomy (n=2) or angioplasty (n= 1) or a femoral graft anastomosis (n = 1). There was an early death and the hospital surgical results were excellent.

Key word : Arteritis, Takayasu's disease.

INTRODUCTION

Par artérite, nous entendons une atteinte inflammatoire des artères ; elle peut être infectieuse, spécifique ou non ; elle peut encore être nécrosante ou à cellules géantes ou enfin être associée à un granulome extravasculaire¹. A cette énumération, nous ajouterons une entité rarement décrite : l'aortite idiopathique du noir africain^{2,3}. En parcourant la littérature médicale, l'on observe en Afrique, la quasi-inexistence d'études d'ordre épidémiologique, clinique, diagnostique voire thérapeutique des artérites du noir africain. C'est la raison essentielle de ce travail dont l'objectif est de rapporter une expérience chirurgicale des artériopathies inflammatoires chez le noir africain à travers quelques observations relatives à la maladie de Takayasu, aux artérites secondaires, à une endocardite infectieuse et aux artériopathies inflammatoires idiopathiques du noir africain.

I- OBSERVATIONS

Concernant la Maladie de Takayasu

Observation 1 : D Minata est une ivoirienne âgée de 20 ans qui a présenté des troubles visuels. L'examen clinique révèle une hypertension artérielle (HTA) permanente à 210/150 mmHg, un souffle systolique para-ombilical droit. Le fond d'œil est au stade IV. A la biologie, on note une élévation de la créatininémie à 173 ml/l et une albuminurie importante. A l'électrocardiogramme, une hypertrophie ventriculaire gauche existe. A l'urographie intra-veineuse (UIV) : le Rein Droit est muet. L'artériographie montre une sténose de l'artère rénale droite très localisée. A l'intervention chirurgicale, un pontage veineux saphénien aorto-rénale termino-latérale droit est pratiqué. Les suites opératoires sont simples. L'artériographie de contrôle est bonne et la tension artérielle se normalise.

Observation 2 : G. M... de nationalité ivoirienne, est âgée de 17 ans. Elle se plaint de céphalées occipito-frontales, de vertiges et de douleurs thoraciques. A l'examen : il est noté une HTA sévère à 210/120 mmHg, une abolition des pouls fémoraux et un souffle continu à renforcement systolique para-vertébrale gauche. L'artériographie par la technique de Seldinger montre un rétrécissement fusiforme peu serré, excentré de 5 cm de long en regard de T8 et T9 évoquant une Maladie de Takayasu. A l'intervention chirurgicale, il a été retrouvé une coarctation aortique à 10 cm de l'orifice aortique du diaphragme. Cette coarctation est longue d'environ 2 à 3 cm avec un aspect inflammatoire et succulent de la paroi

aortique. Un pontage aorto-aortique enjambant la zone coarctée est réalisé par un tube de Dacron de 12 mm de diamètre. Les suites opératoires sont simples. L'étude histologique d'un ganglion péri-aortique révèle la présence d'une adénite subaiguë associée à un follicule tuberculoïde.

Observation 3 : D M...Burkinabée est âgée de 23 ans ; elle présente des vertiges et des céphalées ; l'examen révèle une HTA sévère à 270 / 130 mmHg aux 2 bras, une absence de pouls fémoral. A l'auscultation, il est perçu un souffle systolique thoracique gauche maximum dans le dos. L'aortographie réalisée par la méthode de Seldinger montre une hypoplasie de l'aorte thoracique de T7 à T9 suivie d'une sténose courte en diaphragme à hauteur de T9-T10 (fig. 1). A l'intervention chirurgicale : il est observé un aspect inflammatoire de l'aorte thoracique descendante sur toute sa longueur avec une adventice épaisse ; il est pratiqué un pontage entre l'artère sous-clavière gauche et la partie basse de l'aorte à hauteur de la zone sous-structurale par un tube de Dacron n° 16. Les suites opératoires sont simples ; la tension artérielle s'est normalisée à 120/80 mmHg et les pouls fémoraux sont perçus.

Observation 4 : L.M. est un jeune homme de 22 ans, Mauritanien, il est au stade fonctionnel II (NYHA), sa tension artérielle est élevée à 160/100 mmHg, tous les pouls périphériques sont faiblement perçus. A l'auscultation, est entendu un souffle diastolique d'insuffisance aortique 3/6. L'aortographie selon la technique de Seldinger montre une ectasie irrégulière de l'aorte thoracique ascendante, un rétrécissement des artères sous-clavière et axillaires droites. A gauche : il y a un rétrécissement de l'artère sous-clavière, un rétrécissement et une dilatation de l'artère carotide commune puis une sténose ostiale filiforme d'environ 95 à 98% de l'artère rénale (fig. 2). Les images sont évocatrices d'une artérite de type Takayasu. L'intervention chirurgicale est réalisée ; elle permet de constater une aorte abdominale inflammatoire épaisse. Un pontage aorto-rénale termino-latérale par un tube de Gore-Tex de 8 mm de diamètre est pratiqué. Les suites opératoires sont simples.

Observation 5 : Mademoiselle X est âgée de 15 ans, elle se plaint de douleurs abdominales depuis 5 mois. A l'examen : tous les pouls du membre supérieur droit sont abolis; une masse épigastrique douloureuse battante est palpée. L'échographie abdominale révèle une masse épigastrique digestive. La tomodynamométrie affirme la présence d'un anévrysme sacciforme de l'artère hépatique commune

d'environ 50 mm de diamètre, associé à une dilatation de l'aorte abdominale englobant les deux artères iliaques primitives. L'aortographie selon la technique de Seldinger montre un anévrysme sacciforme de l'artère sous-clavière droite et une sténose de cette même artère à 70%; il existe aussi un anévrysme de l'artère hépatique commune, un anévrysme et une sténose de l'artère mésentérique supérieure, une dilatation et des sténoses étagées des 2 artères iliaques primitives. Il s'agit d'une aorte inflammatoire de type Takayasu. L'évolution se fait vers un tableau de rupture de l'anévrysme de l'artère hépatique commune. L'intervention chirurgicale en urgence est réalisée : une endo-anévrysmorrhaphie et une gastro-jejuno-stomie d'alimentation sont pratiquées. Les suites opératoires sont compliquées d'un tableau d'ischémie sévère du membre inférieur gauche. La malade décède à J+2.

Concernant les Complications Vasculaires des Endocardites Infectieuses

Observation 6 : K.S. est de nationalité béninoise, elle a 24 ans. Elle consulte pour une ischémie aiguë du membre inférieur gauche, installée il y a 48 heures, sur une endocardite infectieuse de la valve mitrale connue depuis 4 semaines. L'examen physique met en évidence une fièvre à 39°C et un souffle systolique apexo-axillaire d'insuffisance mitrale. Au membre inférieur gauche : on note des phlyctènes, une cyanose et une gangrène sèche des orteils. Tous les pouls du membre inférieur gauche sont abolis. A l'artériographie selon le procédé de Seldinger il est diagnostiqué une oblitération artérielle iliaque primitive gauche d'origine embolique. L'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence : un pontage axillo-fémoral gauche latéro-latéral par un tube de Gore-Tex de 8 mm est fait. Les suites opératoires sont simples; les pouls périphériques du membre inférieur gauche sont réapparus. Dans un second temps, un remplacement valvulaire mitral par une bioprothèse est réalisé avec succès puis une amputation de l'extrémité distale du pied gauche.

Observation 7 : A.V. est une adolescente de 18 ans, de nationalité ivoirienne. Elle consulte pour une ischémie aiguë du membre inférieur gauche sur une endocardite infectieuse mitrale à porte d'entrée génitale. L'examen physique est marqué par une fièvre à 40°C, des leucorrhées fétides au toucher vaginal, le membre inférieur gauche est froid, les pouls fémoral, poplité, tibial postérieur et pédieux sont tous abolis à gauche. L'auscultation cardiaque permet de découvrir un souffle systolique d'intensité

3/6 d'insuffisance mitrale. L'échocardiographie montre une insuffisance mitrale par endocardite infectieuse végétante. L'artériographie du membre inférieur gauche selon le procédé Seldinger affirme la présence d'une obstruction de l'artère fémorale commune gauche d'origine embolique. L'intervention chirurgicale est décidée, une désobstruction artérielle fémorale au ballonnet de Fogarty est pratiquée. Les suites opératoires sont simples.

Observation 8 : A.A. est une patiente de 27 ans, de nationalité ivoirienne, elle a des antécédents d'accident vasculaire cérébral embolique sur des végétations de la valve mitrale. A l'admission, elle présente un tableau d'ischémie subaiguë de son membre inférieur droit, un déficit moteur de l'hémicorps gauche à prédominance brachiale. A l'échocardiographie existent des végétations de la grande valve mitrale. L'artériographie du membre inférieur droit révèle un anévrysme mycotique et une thrombose complète de l'artère iliaque externe. Il est pratiqué dans un premier temps un remplacement valvulaire mitral par une bioprothèse. Les suites opératoires ont été marquées par une fièvre continue à 37,8°C en rapport avec l'anévrysme mycotique iliaque externe droit. Une 2^{ème} intervention est donc réalisée : l'anévrysme a une taille d'environ 4 cm de long sur 3 cm de large ; il est très inflammatoire. On pratique une exérèse de la zone anévrysmale et un pontage veineux saphénien inversé termino-latéral ilio-fémoral extra-anatomique entre l'artère iliaque primitive droite et l'artère fémorale commune droite. Les suites opératoires sont simples.

Observation 9 : K.C., âgé de 44 ans, de nationalité ivoirienne, est admis à l'hôpital pour une ischémie aiguë du membre inférieur droit secondaire à la découverte échocardiographique d'une grosse végétation mitrale. A l'examen, le membre est froid, pâle ; il y a une absence complète des pouls fémoral, poplité et pédieux droits. A l'artériographie, est observée une obstruction d'origine embolique des artères iliaques primitives et externes droites (fig. 3). L'intervention chirurgicale a été une désobstruction artérielle selon le procédé de Fogarty. Les suites opératoires sont simples.

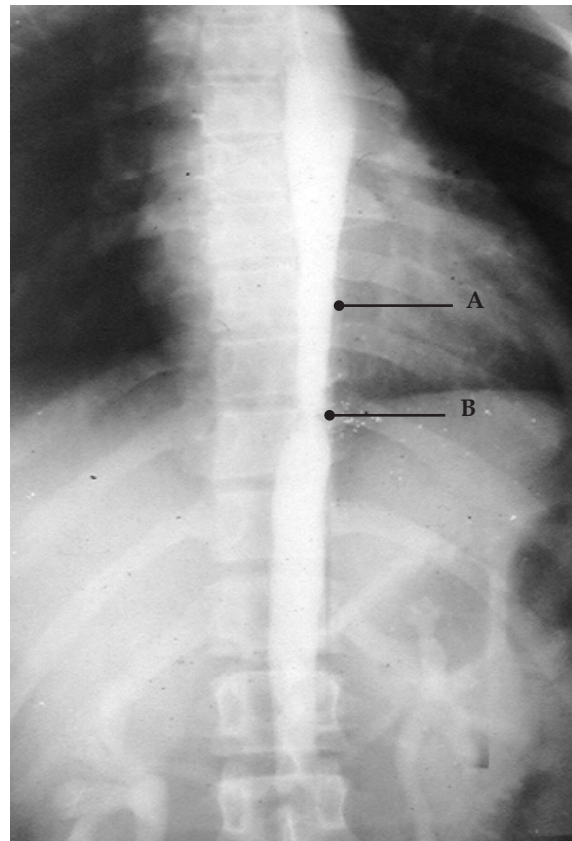
Observation 10 : K.D. est un homme de 60 ans, de nationalité ivoirienne, porteur d'une endocardite infectieuse mitrale. Il consulte pour des douleurs violentes d'installation brutale au mollet droit. A l'examen physique : la température est à 38,2°C; le mollet droit présente une tuméfaction douloureuse, non battante, soufflante. Les pouls tibial postérieur

et pédieux droits sont bien perçus. A l'auscultation cardiaque existe un souffle systolique d'intensité 2/6 apexo-axillaire d'insuffisance mitrale. A l'artériographie est diagnostiqué un anévrisme sacciforme mycotique de l'artère péronière droite. L'intervention chirurgicale a permis d'authentifier un faux anévrisme contenant d'abondants caillots infectés développés aux dépens de l'artère péronière droite. Un décaillotage et une exérèse de l'anévrisme et une ligature de l'artère péronière droite sont réalisés. Les suites opératoires sont simples.

Concernant les Aorto-Artérites inflammatoires idiopathiques nos spécifiques

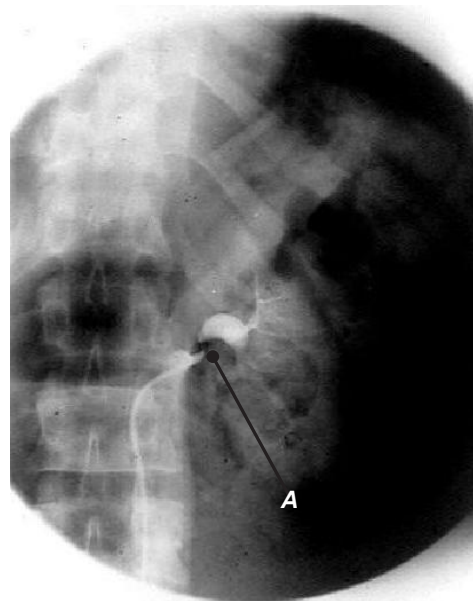
Observation 11 : D.P. est un ivoirien de 49 ans qui consulte pour une claudication intermittente causée par une artériopathie chronique oblitérante du membre inférieur droit au stade II de la classification de LERICHE. L'examen clinique révèle une absence des pouls fémoral, poplité, tibial postérieur et pédieux au membre inférieur droit. A l'artériographie : occlusion de l'artère fémorale superficielle (fig. 4) et thrombose distale de l'artère fémorale profonde à droite. L'artère poplitée droite est non opacifiée ; il existe une revascularisation du réseau jambier et tibial postérieur droits par une circulation collatérale. L'intervention chirurgicale a mis en évidence un aspect d'artérite inflammatoire, l'artère tibiale postérieure est oblitérée, l'artère tibiale antérieure est perméable. Un pontage veineux saphénien fémoro-tibial antérieur-latéro terminal est pratiqué. Les suites opératoires sont simples.

Observation 12 : F.B. est un homme de 55 ans, de nationalité ivoirienne, il présente une artériopathie chronique oblitérante du membre inférieur gauche au stade III de la classification de LERICHE avec une absence des pouls poplité, tibial postérieur et pédieux gauches. L'artériographie, selon la technique de Seldinger, révèle une thrombose totale des artères fémorale commune (fig. 5) et superficielle gauches ; une absence d'opacification des artères jambières. A la chirurgie, on retrouve au membre inférieur gauche, une thrombose fémoro-poplitée ancienne englobant le tronc artériel tibio-péronier, l'origine de l'artère tibiale antérieure et l'artère tibiale postérieure dans sa portion proximale. Il s'agit d'une artérite inflammatoire non infectieuse non athéromateuse. Il a été décidé un pontage veineux saphénien fémoro-tibial postérieur termino-latéral au tiers moyen de la jambe gauche. Les suites opératoires sont simples.



A : Aorte thoracique descendante hypoplasique
B : Sténose courte en diaphragme T9-T10

Figure 1 : Aortite inflammatoire de type maladie de Takayasu



A : Sténose de l'artère rénale gauche (position ostiale)

Figure 2 : Sténose de l'artère rénale gauche de type maladie de Takayasu



A : Obstruction complète d'origine embolique des artères droites : iliaque primitive et iliaque externe

Fig. 3 : Aspect artériographique d'une embolie artérielle septique

Observation 13 : X., 37 ans, de nationalité ivoirienne, est admis pour une masse de la cuisse gauche sans facteurs de risque d'athérosclérose, sans épisode d'infection bactérienne, ni virale, ni parasitaire dans ses antécédents. A l'examen physique, il est noté, à la face antéro interne de la cuisse gauche, une masse d'environ 12 cm de diamètre, battante, expansive et soufflante évoquant un anévrysme de l'artère fémorale superficielle. Tous les pouls périphériques du membre inférieur gauche sont perçus, il n'y a ni déficit sensitif, ni déficit moteur. L'évolution est marquée par une rupture interne anévrysmale. L'intervention chirurgicale a permis de confirmer le diagnostic d'anévrysme rompu d'allure inflammatoire ; il est pratiqué une mise à plat-greffe par l'interposition d'un tube de Gore-Tex fémoro-fémoral de 6 mm de diamètre. Les suites opératoires sont simples.



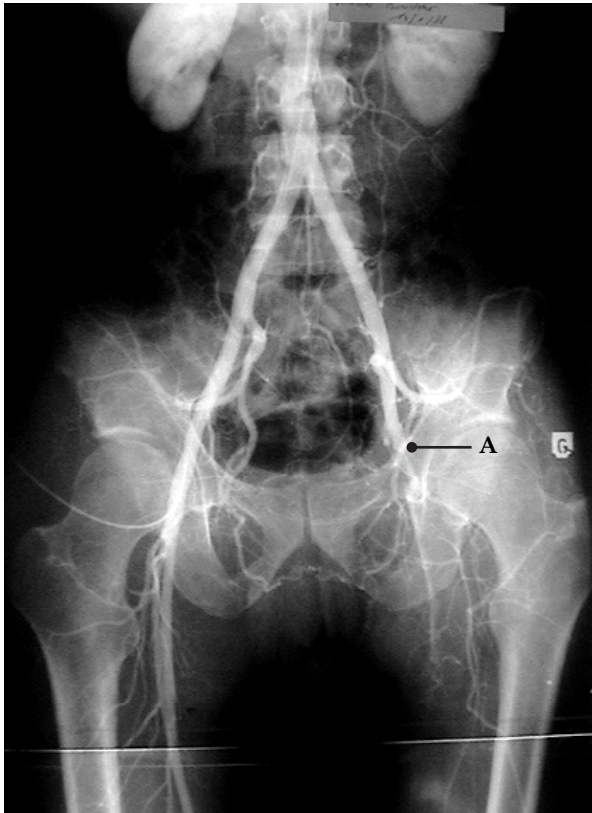
A : Artère fémorale superficielle droite occluse à son tiers moyen

B : Revascularisation de l'artère fémorale superficielle distale par circulation collatérale

Fig. 4

Observation 14 : Madame X. est une ivoirienne, de 60 ans. Elle consulte pour une tumeur vasculaire sous-claviculaire gauche extériorisée à la peau et compliquée d'une infection cutanée. Le télécœur radiographique met en évidence un élargissement du médiastin supérieur. Une intervention chirurgicale est réalisée en urgence. Il existe un anévrysme sacciforme en voie de rupture de la crosse de l'aorte thoracique entre le tronc artériel brachio-céphalique et l'artère carotide primitive gauche. Mise en route d'une circulation extra-corporelle partielle fémoro-fémorale. Résection du dôme anévrysmal saillant et angioplastie par interposition d'un patch en Dacron. Les suites opératoires sont compliquées d'une ostéite claviculaire gauche et d'une infection de la pièce en Dacron due à *pseudomonas aeruginosa*. Au cours de

l'évolution post-opératoire, surviennent une rupture, un choc hémorragique et un décès.



A : Thrombose artère fémorale commune et absence d'opacification de l'artère fémorale superficielle gauche

Figures 4 et 5 : Images artériographiques d'une artérite inflammatoire idiopathique chez l'Africain

II- DISCUSSION

Maladie de Takayasu

Elle est caractérisée par une atteinte inflammatoire de toutes les couches de l'aorte, de ses branches principales ou des artères pulmonaires. Elle réalise une véritable panartérite. La localisation et l'étendue des lésions permettent de déterminer 4 types anatomiques⁴.

Dans notre étude, différentes localisations artérielles ont été notées : l'aorte thoracique ascendante (1 cas), l'aorte thoracique descendante (2 cas), l'artère carotide primitive (1 cas), l'artère sous-clavière (3 cas), l'artère axillaire (1 cas), l'aorte abdominale (2 cas), l'artère hépatique commune, l'artère rénale (2 cas), l'artère mésentérique supérieure (1 cas), l'artère iliaque primitive (2 cas).

La clinique a été marquée par une prédominance du sexe féminin (4 cas), une HTA sévère et une asymétrie voire une abolition des pouls.

Les lésions artérielles angiographiques ont été à type de sténose (4 fois) d'ectasies ou d'anévrisme (7 fois). Dans notre expérience, l'expression anatomique, clinique et angiographique de la maladie de Takayasu se superpose à celle rapportée dans la littérature^{4,5}. Selon Kieffer⁶, le traitement chirurgical de la maladie de Takayasu repose sur les bases anatomo-cliniques suivantes :

- 1- la panartérite inflammatoire;
- 2- la difficulté à l'implantation proximale des pontages;
- 3- la possibilité de poussées inflammatoires;
- 4- le caractère jeune des sujets opérés.

Ce qui exige des restaurations artérielles à durabilité longue avec du matériel artériel ou veineux autologue. Ce même auteur souligne des principes chirurgicaux à observer, notamment la nécessité de donner la priorité thérapeutique à la lésion la plus parlante, l'option du pontage comme méthode de choix, la réalisation en un temps de plusieurs pontages si nécessaire et enfin la nécessité de réaliser les interventions à « froid » ou loin des poussées inflammatoires à l'exclusion des urgences telles les ruptures d'anévrismes ou les ischémies aiguës.

Une seule fois observée dans ce travail, la localisation à l'aorte ascendante est reconnue rare par Kieffer⁶ et il est relevé que cette localisation peut nécessiter 3 types d'intervention : un remplacement valvulaire aortique, un remplacement de l'aorte ascendante et un pontage aorto-coronarien.

La chirurgie des troncs supra-aortiques n'a pas été entreprise dans notre étude. En cas de sténoses, les gestes chirurgicaux décrits sont la résection-greffe, le pontage veineux ou synthétique carotido-axillaire ou aorto-axillaire ou aorto-carotidien⁶. En cas d'anévrismes, la chirurgie peut être soit une exclusion-pontage, soit une résection ou une mise à plat suivie d'un pontage.

Devant les lésions de l'aorte thoracique descendante à type de coarctation ou d'hypoplasie suivie d'une sténose, nous avons opté pour un pontage aorto-aortique (1 cas) ou un pontage entre l'artère sous-clavière gauche et l'aorte descendante (1 cas) car nos lésions étaient bien localisées ; cette attitude est celle recommandée par Parulka⁷.

La chirurgie des artères rénales et autres artères abdominales viscérales a été aussi pratiquée par nous. Devant le caractère isolé des lésions rénales de siège ostial, il a été choisi le pontage veineux (1 fois)

ou prothétique (1 fois) termino-latérale selon Kieffer⁶. Le mode d'anastomose termino-terminale distale est préconisé par d'autres⁸.

Après anastomose distale termino-latérale, nous avons, chez tous, constaté une évolution post-opératoire immédiate favorable. Dans un cas, il y a eu une dilatation de l'aorte abdominale et des iliaques primitives associée à une lésion anévrysmale et/ou sténosante des artères mésentérique supérieure et hépatique commune. A froid, ces lésions selon les auteurs^{6,10} sont l'objet d'une implantation d'une prothèse aorto-aortique ou aorto-iliaque avec implantation directe ou indirecte des artères viscérales lésées. Compte tenu de l'urgence dûe à la rupture de l'anévrysme hépatique, nous nous sommes uniquement intéressés au contrôle de l'hémorragie et à la réalisation d'une anévrysmorrhaphie artérielle hépatique, geste plus rapide.

Les résultats chirurgicaux de la maladie de Takayasu ont été largement publiés. Parulkar⁷ rapporte une mortalité immédiate à 21%, elle est d'environ 4% selon Prokovsky⁸ ; elle est nulle chez Weaver⁹, elle est à 4% selon Robbs¹⁰, Kieffer⁶ et Mwapatayi⁵.

Les Complications Vasculaires (CV) des Endocardites Infectieuses

Elles ont une incidence variant entre 15-35% ; elles constituent la complication la plus fréquente des endocardites infectieuses. Ces complications sont de type embolique ou anévrysmal¹¹.

Les 3 CV de type embolique de notre série ont toutes présenté un tableau clinique d'ischémie aiguë venant émailler l'évolution d'une endocardite infectieuse végétante connue, traitée et hémodynamiquement stable ; il s'agissait dans tous les cas d'une endocardite mitrale à germes non retrouvés et à porte d'entrée inconnue sauf dans un cas ayant présenté des leucorrhées fétides au toucher vaginal. La source principale des 3 embols septiques a été une végétation de grande taille (> 10 mm), mobile et de siège mitral confirmée par l'échocardiographie bidimensionnelle transthoracique ; l'artériographie selon le procédé de Seldinger a permis de confirmer une localisation des embols au membre inférieur gauche (2 cas) ou droit (3 cas) ; les artères concernées ont été l'iliaque primitive, l'iliaque externe et la fémorale commune.

Au plan chirurgical, la conduite et la chronologie des gestes ont été dictées par l'état cardiaque hémodynamique et le degré de sévérité de l'ischémie. Compte tenu du caractère fonctionnel stable du cœur et du caractère déjà constitué de l'ischémie aiguë, et pour prévenir toute amputation ultérieure, nous avons procédé initialement à une revascularisation artérielle

périphérique puis à un remplacement valvulaire (observation 6).

La complication anévrysmale, rencontrée 2 fois, est survenue en cours de traitement médical de l'endocardite infectieuse. Il s'agissait d'un vrai anévrysme (observation 8) et d'un faux anévrysme (observation 10). Le vrai anévrysme s'est compliqué d'une thrombose et d'une migration embolique à distance. Compte tenu du caractère subaigu de l'ischémie d'étiologie embolique, nous avons procédé en premier lieu à un remplacement valvulaire mitral puis à la cure de l'anévrysme mycotique. Le choix technique vis-à-vis de l'anévrysme a été le pontage extra-anatomique. La résection et la ligature artérielle ont suffi à la cure du faux-anévrysme. Deux théories pathogéniques peuvent expliquer la survenue du processus anévrysmal¹² : l'une en rapport avec l'obstruction artérielle et une destruction de l'intima par un embol septique, et l'autre est due à une artérite locale et une endartérite proliférante responsable d'un faux anévrysme. Cette dernière théorie est probablement celle qui est observée dans notre cas. Le choix technique opéré dans le traitement de l'anévrysme infecté a obéi à un principe classiquement énoncé : le contrôle du processus infectieux par une résection large de l'anévrysme, une ligature artérielle en zone saine, un débridement large du tissu infecté environnant, enfin une reconstruction artérielle passant par un lit vasculaire non infecté et utilisant si possible un matériel veineux autologue. Ce principe essentiel a justifié le choix du pontage veineux saphénien extra-anatomique que nous avons effectué (observation 8).

Les Aorto-artérites inflammatoires idiopathiques non spécifiques de l'Africain : y a-t-il une localisation non aortique ?

Elles sont une entité nosologique particulière d'allure anévrysmale ou sténotique touchant généralement les segments aortiques^{2,3,13}. Joffe³ en présente les caractéristiques : elle survient chez l'enfant ou l'adolescent de sexe masculin ou féminin, son siège électif est l'aorte abdominale et/ou thoracique avec une notion clinique d'hypertension artérielle, un syndrome inflammatoire biologique, une dilatation ventriculaire gauche radiologique et des images angiographiques de dilatation et de sténose de l'aorte abdominale sans signe d'athérosclérose ni d'antécédents infectieux spécifiques. Steiner¹³, dans une large série autopsique des aortopathies chez le noir africain ougandais, a également décrit des lésions artérielles à type d'épaississement adventitial et intimal, localisé ou étendu, touchant l'aorte ascendante ou descendante

ou abdominale. Aucune atteinte des artères des membres n'y a été mentionnée. Ces lésions, chez Joffe³ ou Steiner¹³, semblent celles que nous avons rencontrées au niveau de l'aorte ascendante (observation 14) et de l'artère fémorale (observations 11, 12 et 13); cette dernière localisation n'a été décrite ni par Joffe ni par Steiner. Les observations 11 et 12 ont été caractérisées par une artérite inflammatoire chronique sténosante des membres inférieurs et les cas 13 et 14 ont été marqués par un anévrisme inflammatoire de l'aorte ascendante ou de l'artère fémorale superficielle.

RÉFÉRENCES

- 1- **GAGNEF., GARNEAU., JEAN C., LAUMONIER R., ORCEL L., PAGES A.** Artères. In : Anatomie Pathologique, Maloine S.A Editeur Paris et Presses de l'Université Laval Québec, 1980 : 679 - 710
- 2- **ABRRAHAMS D.G., COCKSHOTT W.P.** Multiple non-luetic aneurysms in Young Nigerians. *Brit. Heart J.*, 1962, 24 : 83 - 91
- 3- **JOFFE N.** Aortitis of obscure origin in the African. *Clinical Radiology*, 1965, 16 : 130 - 140
- 4- **LONG A., FIESSINGER J.N.** Maladie de Takayasu. In : ROUFFY J., NATALI J. Arteriopathies périphériques non athéromateuses, Masson, Paris, 1990 : 202 - 217
- 5- **MWIPATAYI B.P., JEFFERY P.C., BENINGFIELD S.J., MATLEY P.J. and al.** Takayasu arteritis : Clinical Features and management : Report of 272 cases. *ANZ J. Surg* 2005 ; 75 : 112 - 117
- 6- **KIEFFER E.** Problèmes techniques posés par les artérites inflammatoires In : DUBOST Ch., CARPENTIER A. Actualités de Chirurgie cardio-vasculaire de l'Hôpital Broussais. Techniques de Chirurgie vasculaire, Masson, Paris, 1984 : 145 - 162
- 7- **PARULKAR GB, KELKAR M.D** : Non Specific aorto-arteritis. In : RUTHERFORD R.B (ed) : *Vascular Surgery*, 2nd ed. Philadelphia, W.B Saunders, 1984 : 731
- 8- **POKROVSKY A.V., M.D.** Non specific Aortoarteritis. In : RUTHERFORD Robert B. *Vascular Surgery Third Edition*. Philadelphia, PA W.B. Saunders, 1989 : 217 - 237
- 9- **WEAVER F.A., M.D., YELLIN A.E., M.D., CAMPEN D.H., M.D., OBERG J, M.D and al.** Surgical procedures in the management of Takayasu's arteritis. *J Vasc Surg* 1990 ; 12 : 429 - 39
- 10- **ROBBS J.V. HUMAN R. R., and RAJARUTHNAM P.** Operative treatment of non-specific aorto-arteritis (Takayasu's arteritis). *J Vasc Surg* 1986 ; 3 : 605-16
- 11- **BEARD Th, HANNACHI N., MEDDE B.I., DERBEL F. and al.** Complications vasculaires dans l'endocardite infectieuse. A propos de 86 cas. *Ann. Cardiol. Angéiol.*, 1992, 41 (3) : 127 - 135
- 12- **BRICAIRE F.** Artérites Infectieuses. In : ROUFFY J., NATALI J. Arteriopathies périphériques non athéromateuses, Masson, Paris, 1990 : 245 - 253
- 13- **STEINER I., THOMAS J.D., HUTT M.S.T.** Aortopathies in Ugandan Africans. *Journal of pathology*, 1973, 109, 4 : 295 - 305