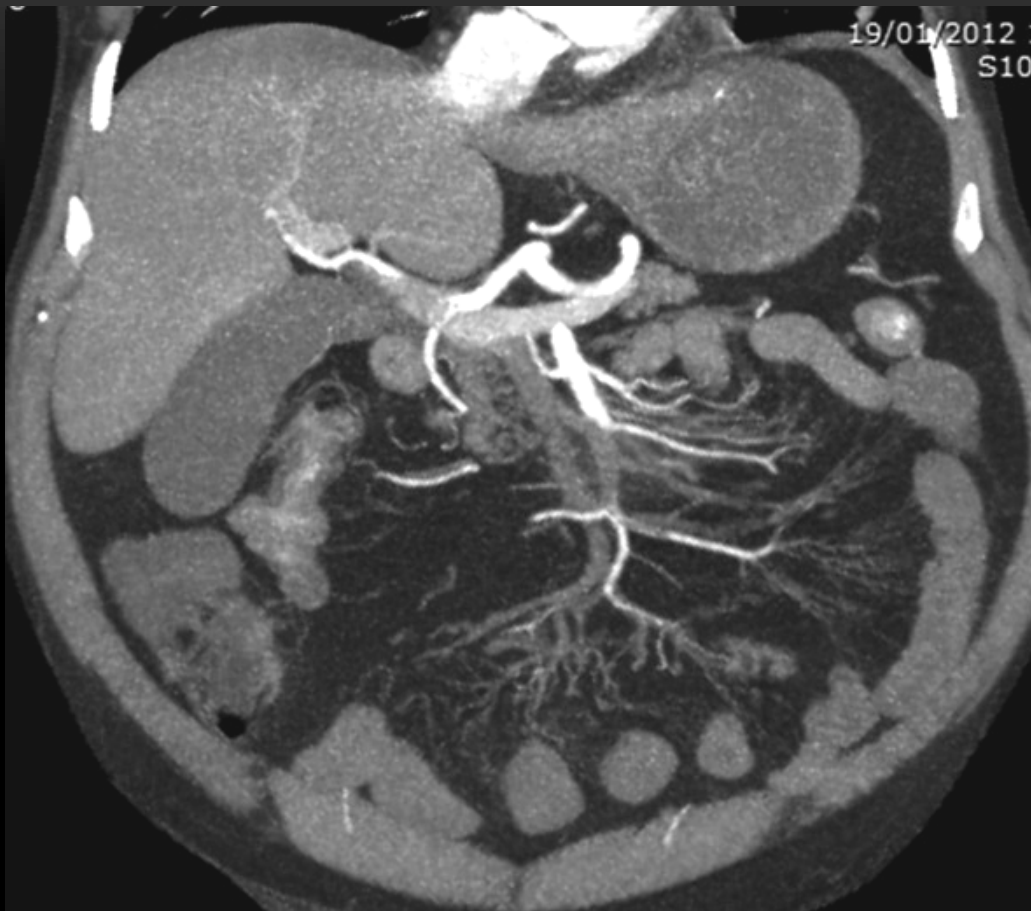


Homme, 63 ans; AEG (-8 kg) et douleur thoracique depuis 1 mois .Douleur du flanc gauche et sd infectieux



quel est votre diagnostic **précis** , devant ces **images pathognomoniques** et en tenant compte du contexte clinique.

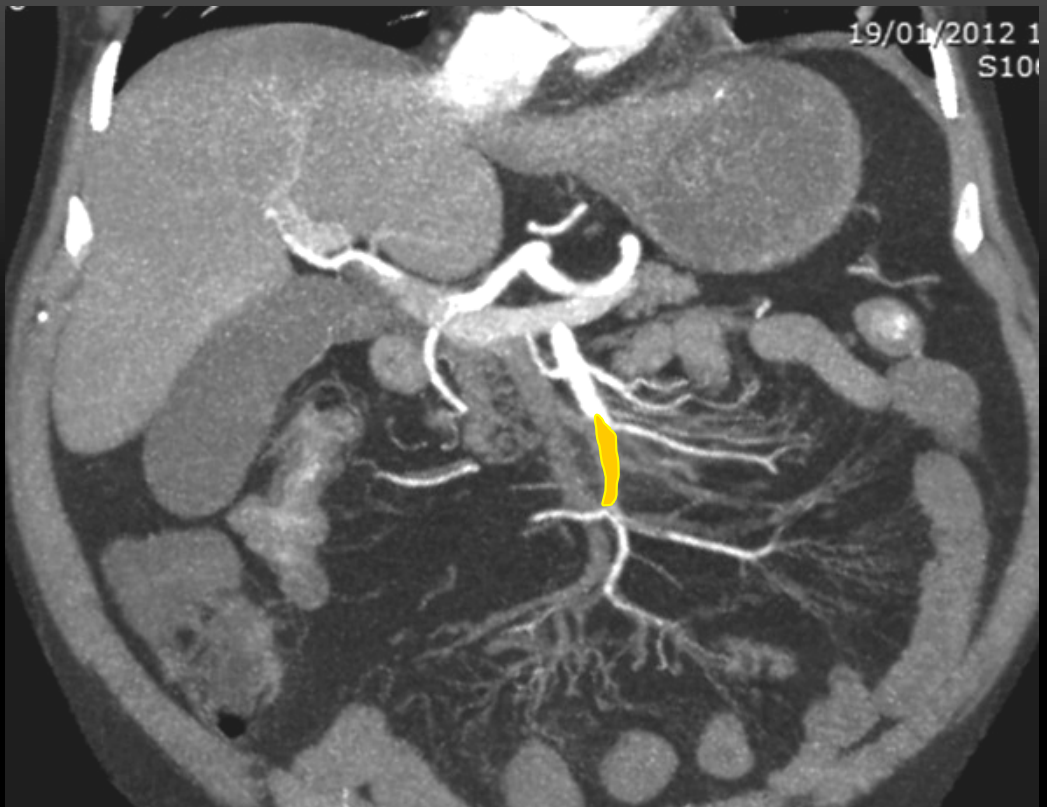


Andres HUERTAS (IHN)

Service de radiologie

Hôpital Bonsecours

CHR Metz-Thionville

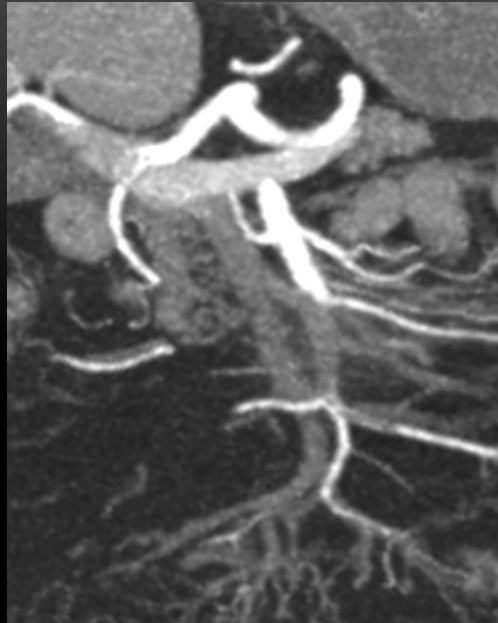


-il s'agit bien sûr d'une **embolie de l'artère mésentérique supérieure**. Ce diagnostic peut être affirmé :

.par le fait que l'obstacle endoluminal se situe à distance de la région tronculaire proximale (où siègent habituellement les thromboses aiguës et les lésions athéromateuses calcifiées)

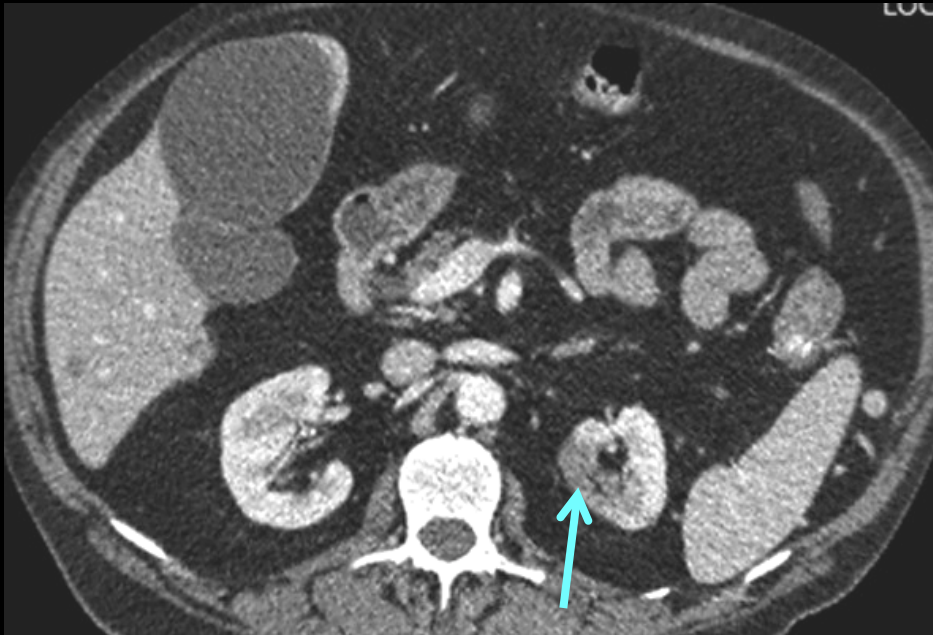
.les arguments statistiques sont également en faveur puisque dans une obstruction artérielle périphérique, un processus embolique est en cause dans près de 70 % des cas

- la survenue d'un processus embolique dans un **contexte fébrile** doit faire évoquer une **endocardite** et rechercher des facteurs de risques ainsi qu'une porte d'entrée de l'atteinte infectieuse.



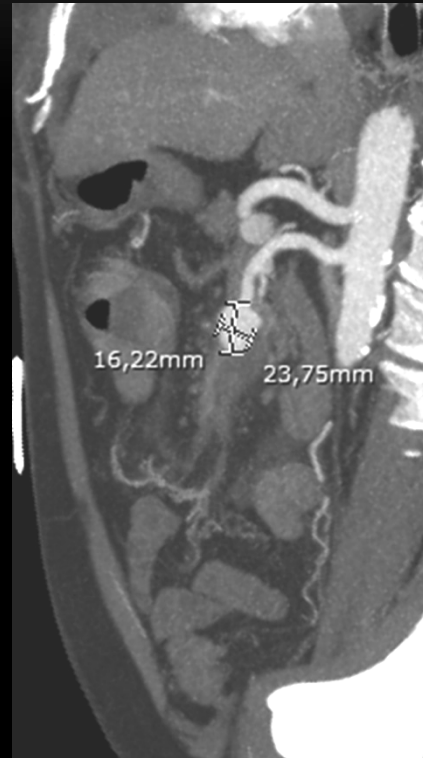
-le caractère flou des contours du segment vasculaire obstrué, en faveur d'une réaction inflammatoire sévère et un argument supplémentaire pour un **embole septique**

-les réseaux vicariants ont permis une réinjection très partielle du lit d'aval de l'artère mésentérique supérieure.



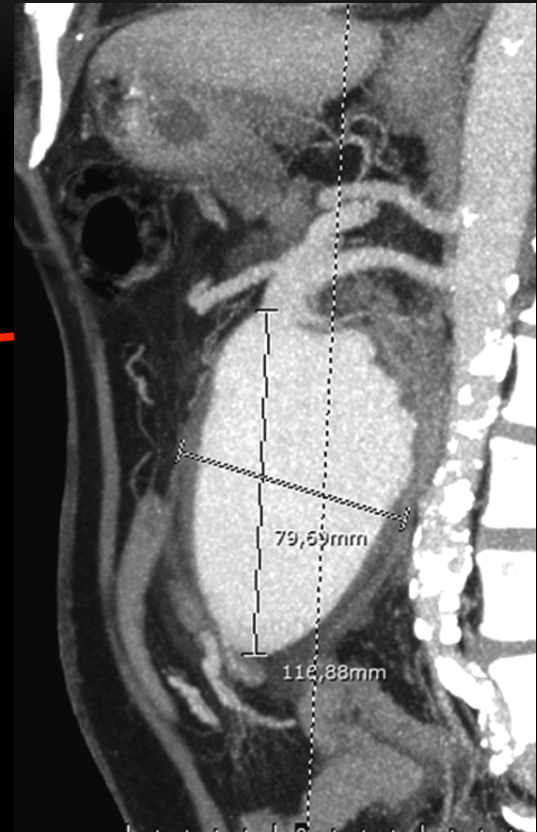
-la recherche d'autres images d'embolie viscérale, abdominales (rate) et/ou rétro péritonéales (reins) fait partie du bilan d'une endocardite infectieuse. Il existe ici un **infarctus postérieur du rein gauche**.

le bilan confirme la présence d'une endocardite aortique qui est opérée . Dans les suites : douleurs abdominales, majoration du sd inflammatoire
scanner abdomino-pelvien pratiqué à J+21.



-apparition d'une ectasie luminale traduisant le développement d'un **faux anévrisme infectieux** (ou anévrisme mycotique) de l'artère mésentérique supérieure

une surveillance clinique est instituée ; difficile à assurer chez un malade peu compliant.
; réapparition d'un syndrome douloureux abdominal à J+78, avec palpation d'une masse épigastrique
réalisation d'un nouveau scanner (J plus 57 par rapport au précédent).



- la taille du faux anévrisme a été multipliée par quatre en deux mois
- la paroi des anses grêles du flanc gauche est très épaissie témoignant une ischémie subaiguë marquée

les faux anévrismes infectieux de l'artère mésentérique supérieure

- sont les plus fréquents des faux anévrismes infectieux des branches viscérales de l'aorte abdominale
- s'observent essentiellement dans le contexte d'endocardites bactériennes, à porte d'entrée digestive ou pulmonaire le plus souvent. Ils peuvent t compliquer des endocardites du cœur droit chez les drogués par voie veineuse. Ils ont également été rapportés associés à des infections lentes de type tuberculose et brucellose ainsi qu'à des processus agressifs locaux en particulier pancréatite aiguë.
- comme tous les faux anévrismes infectieux ils se caractérisent par leur propension à se développer très rapidement et à se rompre dans 38 à 50 % des cas. Ils doivent donc être considérés comme de véritables urgences qui imposent une surveillance resserrée et un traitement chirurgical rapide.
- les autres variétés d'anévrisme de l'artère mésentérique supérieure sont essentiellement les anévrismes dysplasiques qui sont généralement associés à une sténose serrée proximale du tronc coélique et/ ou de l'artère mésentérique supérieure , avec hypertrophie des réseaux vicariants, notamment des arcades pancréatico-duodénales de Rio-Branco et les anévrismes athéromateux . Leur évolution est beaucoup moins rapide ; il s'agit d'anévrismes vrais dont les parois comportent les trois tuniques artérielles, modifiées par le processus pathologique les ayant atteints.

Buchs et al, Surgery 2011

A.Raymond et al, Feuillet de Radiologie 2011

-la dénomination de "mycotique" due à Sir William Osler 1885 est liée à l'**aspect macroscopique nécropsique** de ces faux anévrismes infectieux qui leur confère la forme d'un champignon dont le "chapeau" correspond à la néo-adventice créée par les tissus mous avoisinants et le "pied" à la partie intra profonde de la lésion

-la physiopathologie fait évoquer **quatre processus possibles d'inoculations septique de la paroi artérielle** :

.micro-emboles septiques dans les *vasa vasorum* de l'artère → inflammation puis nécrose de la media et de l'adventice

.infection d'une intima pathologique lors d'une septicémie (ulcère athéromateux profond par exemple)

.atteinte par **extension d'un foyer infectieux contigu** au vaisseau

.inoculation directe par traumatisme de la paroi (iatrogénie++)

-la **clinique** associe:

. douleur abdominale

. **sd infectieux +++++**

.masse abdominale

.**antécédent d'endocardite +++++**

-le traitement : Chirurgie +++++

.ligature

.exérèse

.reconstruction vasculaire

.traitements endovasculaires

l'antibiothérapie à forte dose et prolongée peut-être choisie chez les patients présentant un très haut risque chirurgical et sous réserve d'une surveillance resserrée

Buchs et al, Surgery 2011

A.Raymond et al, Feuillet de Radiologie 2011

take home message

-tout accident vasculaire aigu constatée lors d'une exploration scanographique abdominale, doit faire évoquer avant tout un processus embolique et rechercher des arguments en faveur, notamment la présence d'infarctus spléniques et d'infarctus rénaux.

-s'il existe un contexte infectieux et/ou un syndrome inflammatoire, il faut s'attacher à rechercher une endocardite bactérienne (échocardiographie trans œsophagienne mais aussi analyse des cavités cardiaques sur l'examen scanographique, même s'il n'a pas été pratiqué avec synchronisation à l'ECG)

-la présence en regard de l'embole vasculaire de manifestations inflammatoires de la paroi où la disparition du parallélisme des bords du vaisseau sont les premiers signes de développement d'un faux anévrisme infectieux dont l'évolution volumique et vers la rupture peut-être très rapide. En pareil cas le traitement chirurgical s'impose le plus rapidement possible sauf en cas de terrain très défavorable une antibiothérapie efficace fondée sur l'isolement du germe cause sera instituée. La place des traitements endovasculaires reste à définir

-la notion d'endocardite impose la recherche d'une porte d'entrée cutanée, O.R.L. ou dento-maxillo-faciale, pulmonaire, digestive, urinaire....

