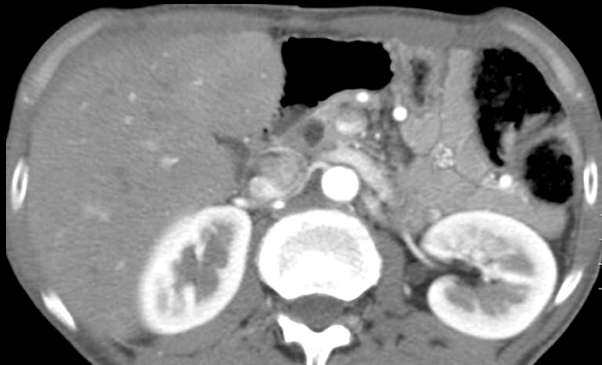
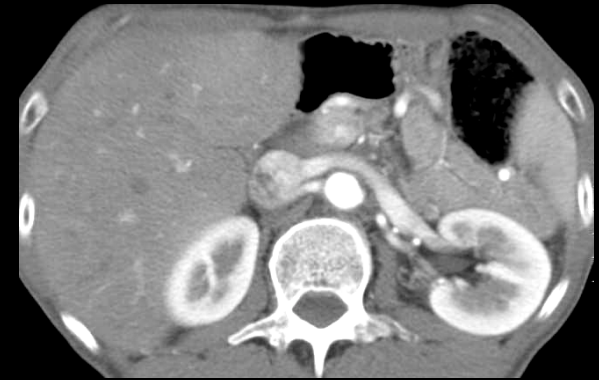
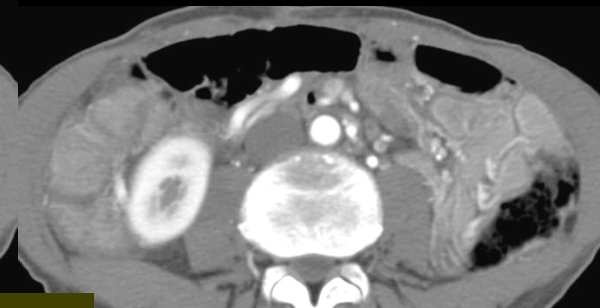


patient de 60 ans, tabagique, douleurs abdominales postprandiales, "peur de manger"
amaigrissement 20 kg. Quels éléments sémiologiques significatifs dans ce contexte doit on retenir
chez ce patient





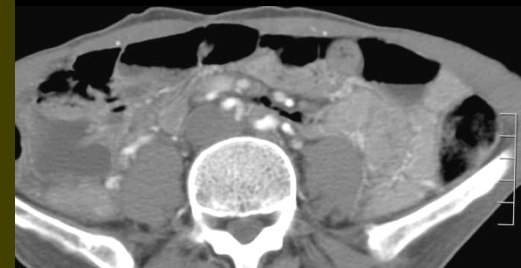
il n'y a pas de masse pancréatique ni d'infiltration postérieure comme on pouvait le craindre chez ce patient , en raison des facteurs de risque et de la symptomatologie .

mais il ya des éléments plus subtils :

- le **segment proximal, juxta ostial du tronc coeliaque** n'est jamais visible alors que ses 3 branches sont très bien rehaussées

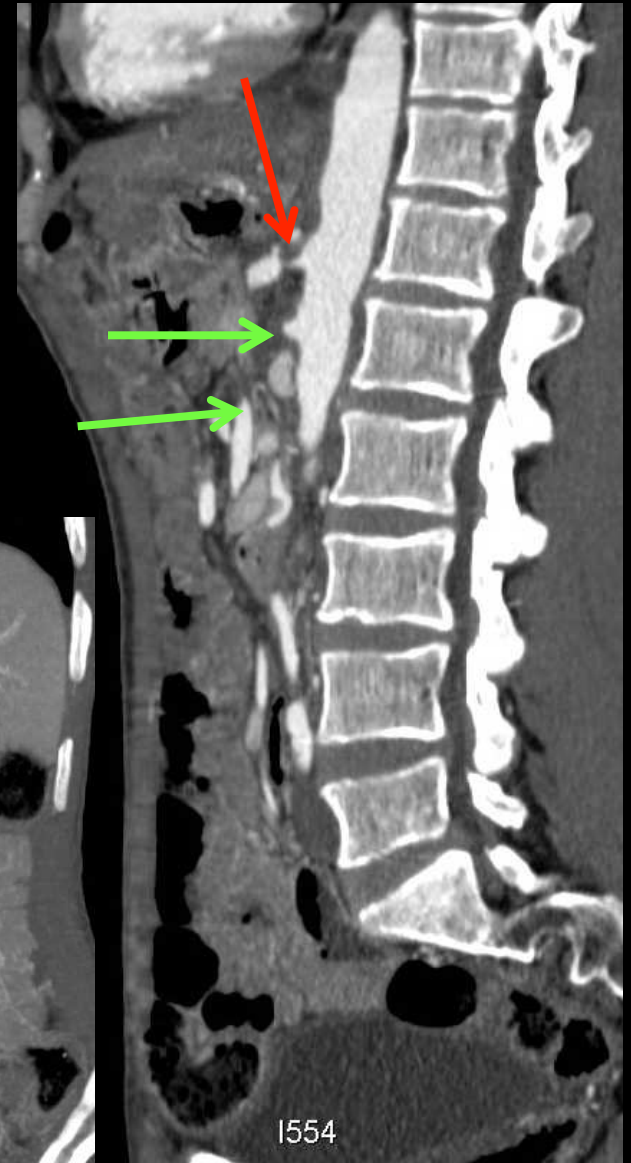
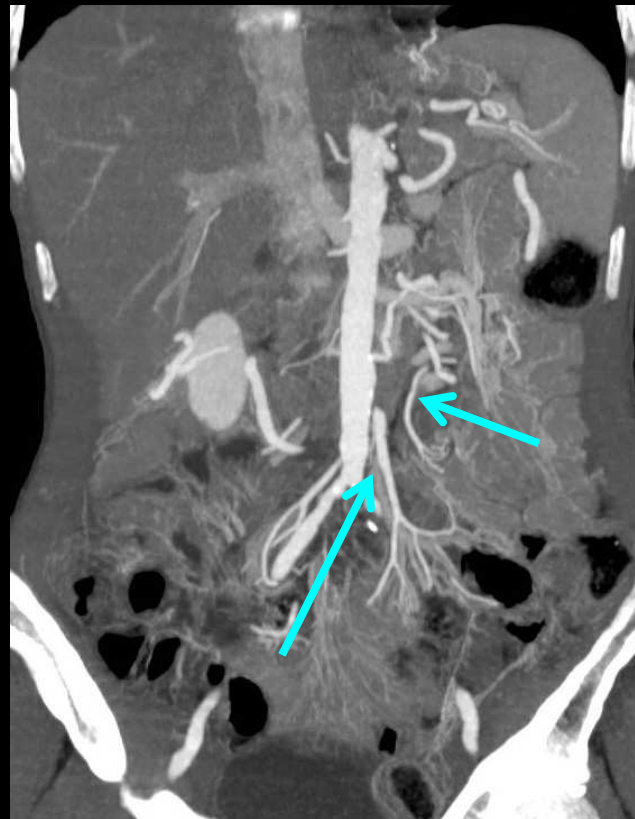
- le **tronc de l'AMS** n'est pas visible dans les 4 premiers centimètres mais il y a des branches artérielles inhabituelles , de gros calibre et bien rehaussées dans la région coeliaque qui correspondent à des réseaux vicariants

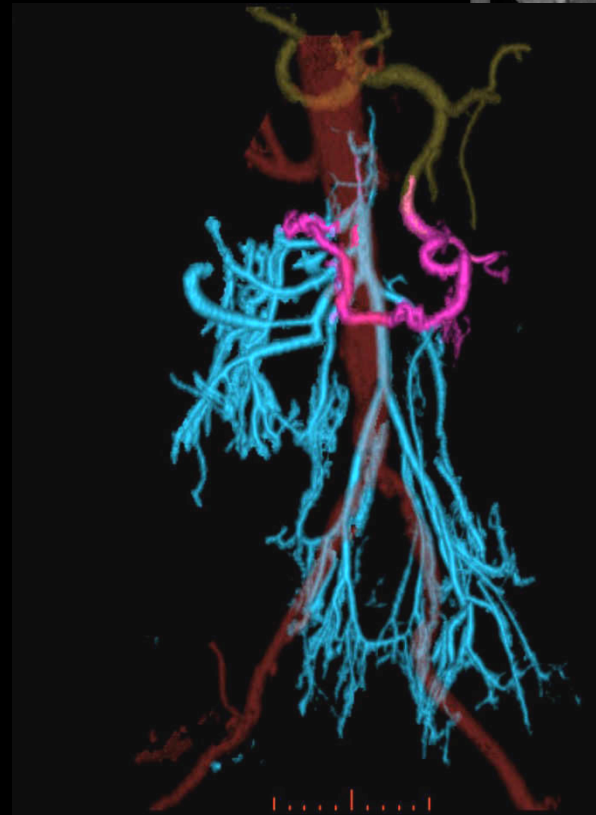
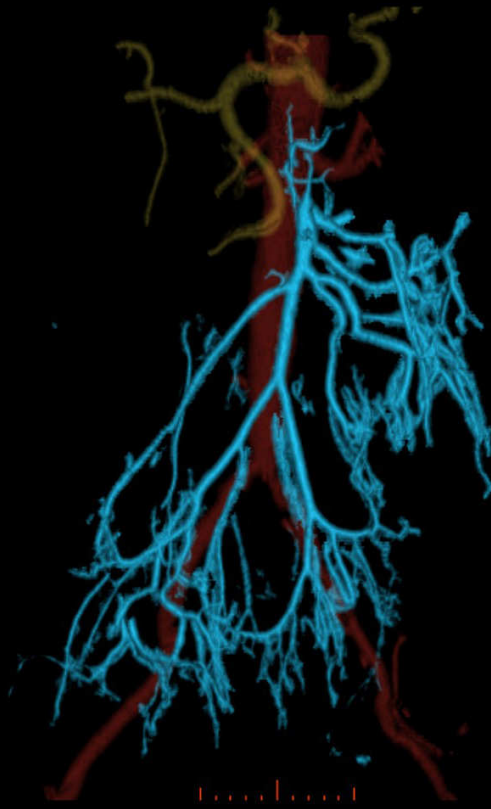
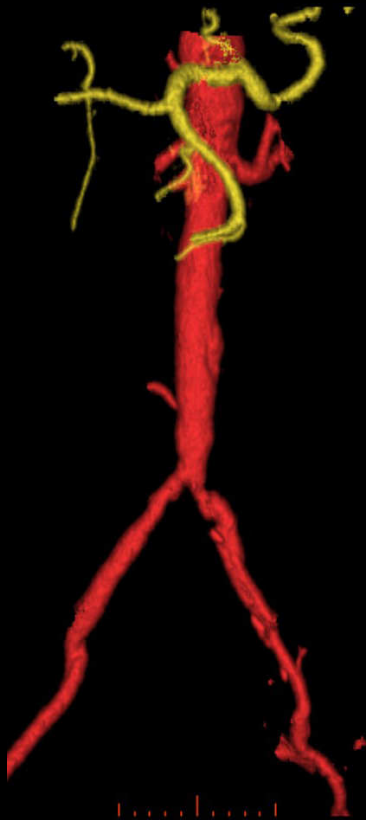
- par contre l'**AMI** est très hypertrophiée et opacifiée de façon synchrone à l'aorte abdominale on voit au devant l'arcade de Riolan dilatée

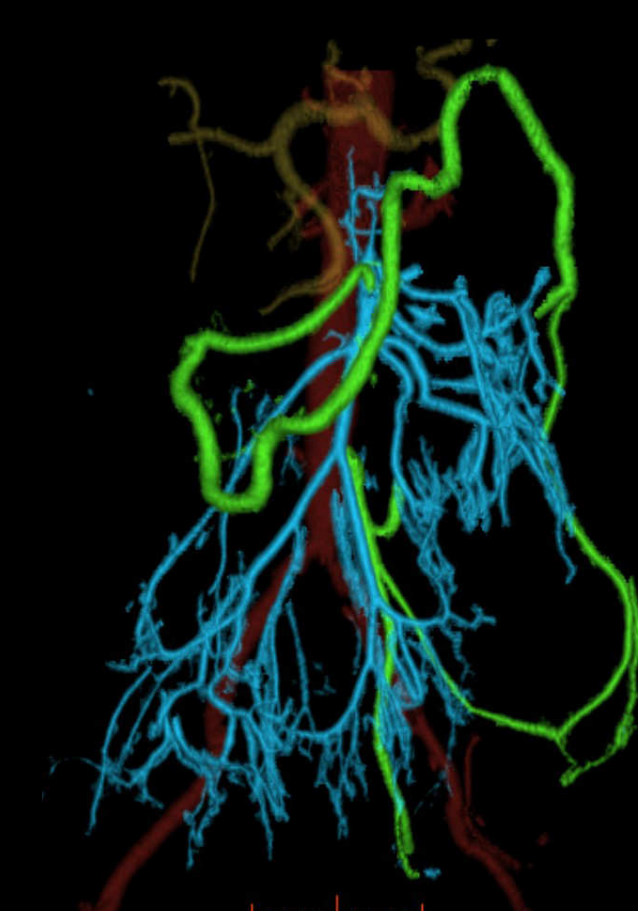
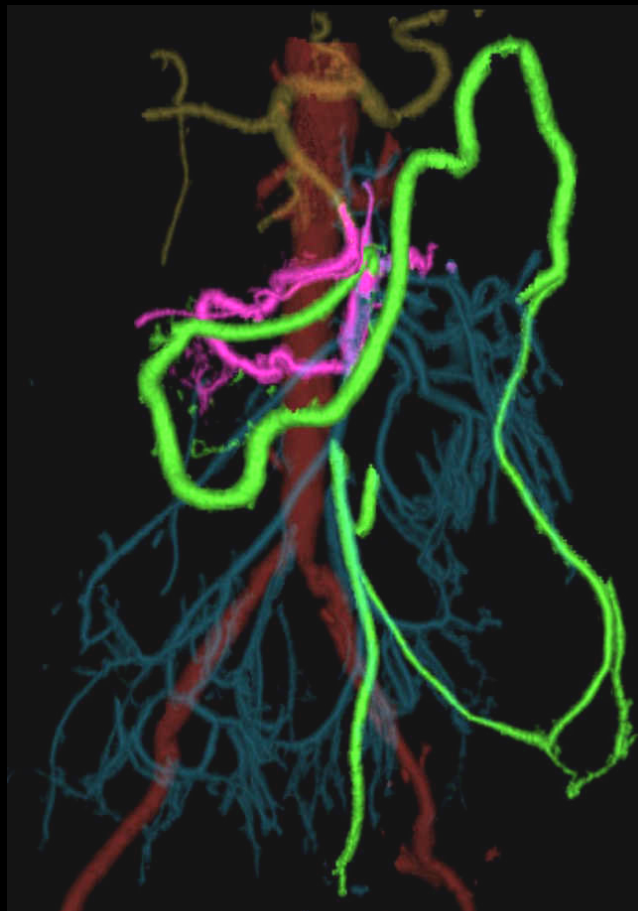


pour y voir plus clair , il faut d'abord faire une **reformation sagittale de l'aorte abdominale sous rénale** qui nous confirme:

- la **sténose serrée juxta ostiale du tronc cœliaque d'allure athéromateuse** (sans "coup de hache" évocateur d'une compression antérieure par le ligament arqué médian)
- la présence d'une obstruction tronculaire proximale étendue de l'AMS
- l'AMI est de très fort calibre et injecte à contre courant une grosse arcade de Riolan



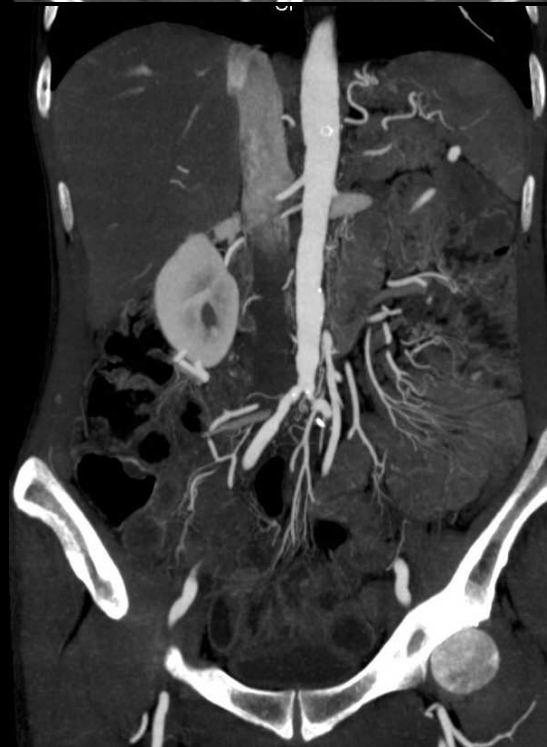


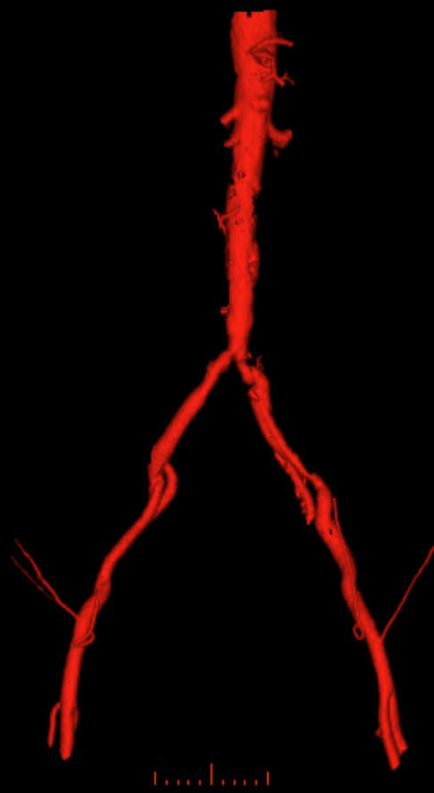


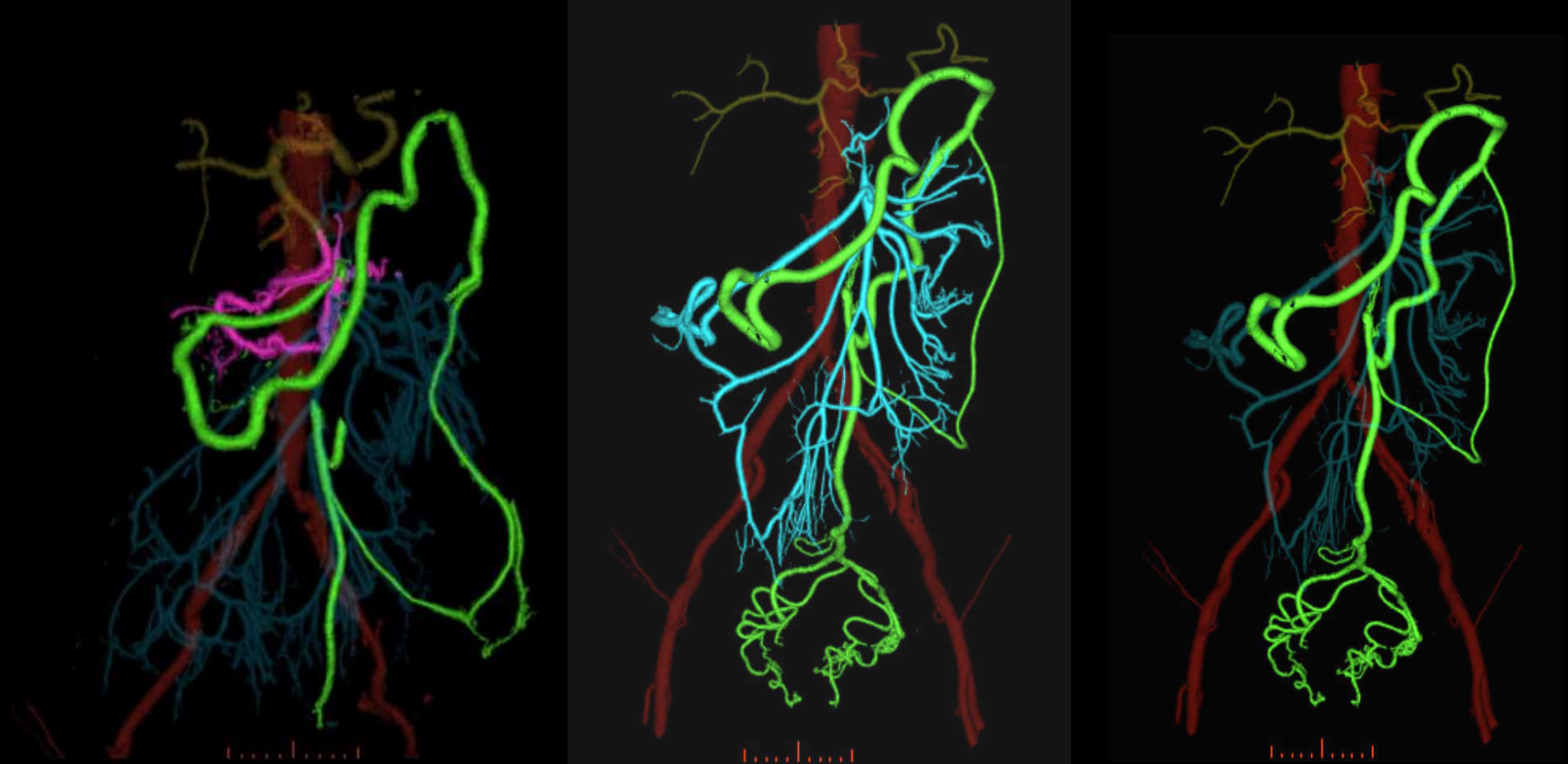
le diagnostic est sans équivoque ; il s'agit d'une ischémie intestinale (ou mésentérique) chronique, en relation avec 2 sténoses athéromateuses proximales serrées intéressant respectivement le tronc coélique et l'AMS .Le tableau clinique typique (**angor mésentérique**) associe douleurs abdominales postprandiales, amaigrissement, peur de manger

c'est l'AMI qui assure la perfusion de tous les viscères abdominaux par l'intermédiaire d'une très grosse arcade de Riolan pour l'AMS puis de grosses arcades pancréatico-duodénales et de la gastro-duodénale perfusées à contre courant , comme l'artère hépatique commune pour le TC.

il est décidé de pratiquer une angioplastie-stenting du tronc coeliaque avec succès fonctionnel immédiat ; 2 mois après récidence douloureuse . Contrôle : le stent coeliaque est thrombosé ,la situation hémodynamique étant revenue à son état initial ...







la situation hémodynamique est revenue à son point de départ (mais a-t-elle été modifiée par le stent du TC ?) ce geste était-il logique ...a priori c'est la sténose mésentérique supérieure qu'il faudrait traiter chirurgicalement ou par technique endovasculaire

sur cet examen l'opacification des branches distales de l'AMI est de meilleure qualité et la quasi-totalité du rectum est perfusée par cette artère

il faut espérer pour ce patient qu'il n'y ait pas chez lui une pathologie néoplasique nécessitant une résection sigmoïdienne ou colique gauche ...

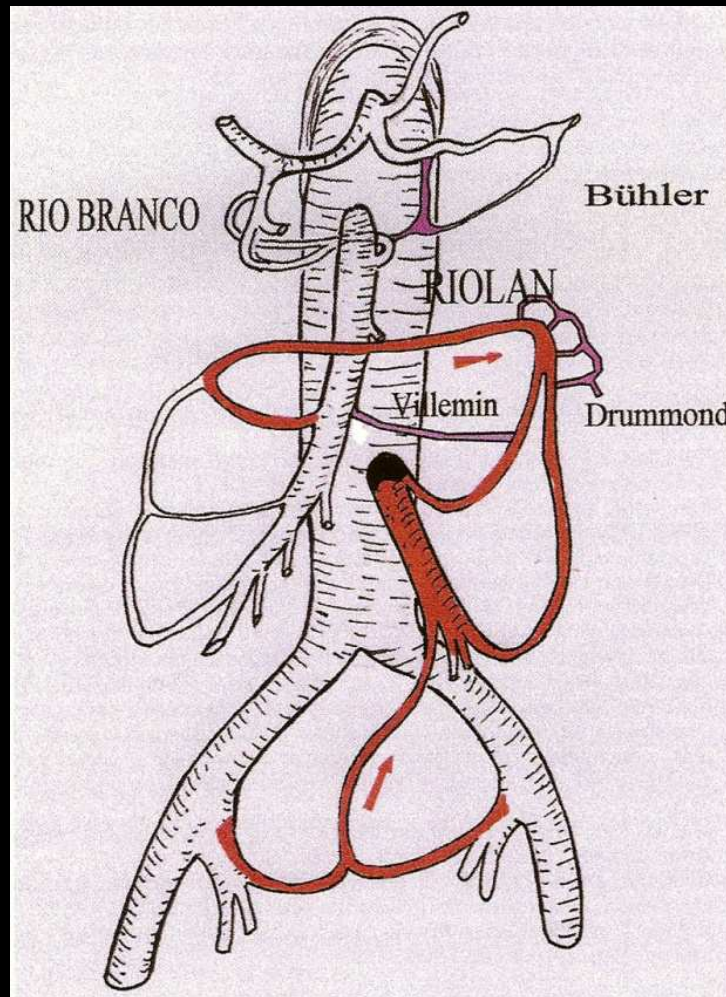
principaux réseaux vicariants artériels viscéraux de l'abdomen

Entre TC et AMS :

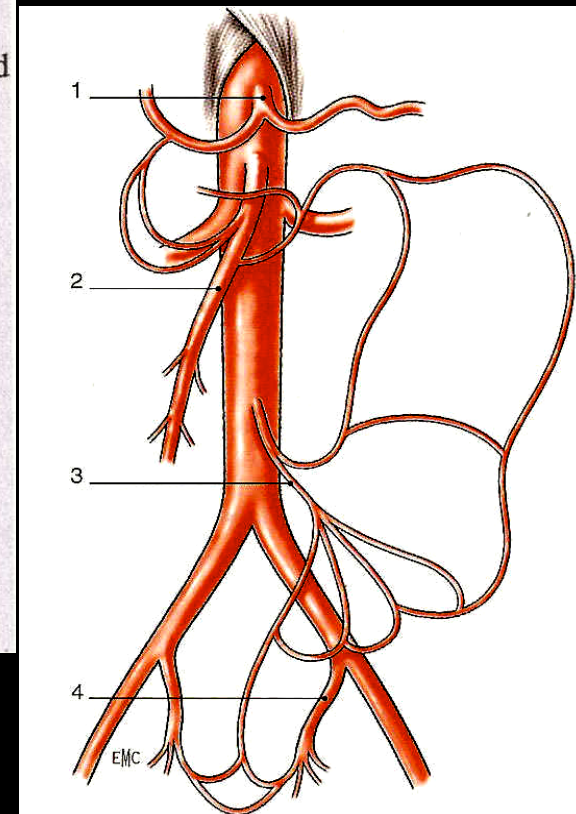
- Arcade de Rio Branco
- Arcade de Bühler

Entre AMS et AMI :

- Arcade de Riolan
- Arcade paracolique de Drummond
- Arcade inter
mésentérique de
Villemin



Entre AMI et les A. iliaques internes :
Art rectales moyennes et inférieures

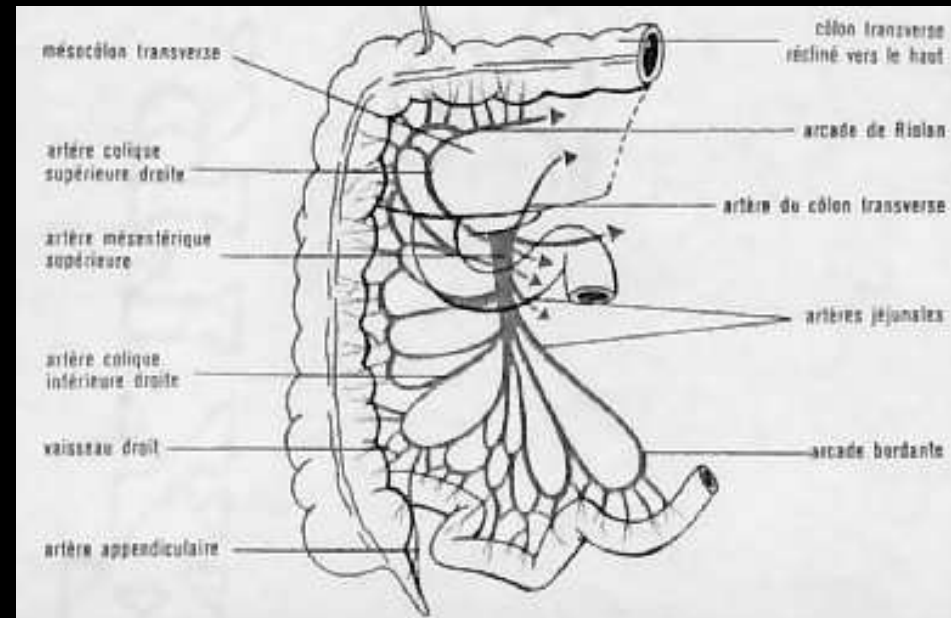


Jean Riolan(d)

Anatomiste français, 1580-1657
Co-créateur du Jardin des Plantes
Instigateur de l'Académie Française



" Les différents vaisseaux réalisent une arcade bordante le long de la paroi colique, d'où naissent des vaisseaux droits pour le côlon lui-même; cette arcade s'anastomose en bas avec la dernière artère iléale et, dans le mésocolon transverse, avec l'artère colique supérieure gauche, branch de la mésentérique inférieure, réalisant *l'arcade de Riolan*". Cette arcade n'est visible que "lorsqu'un obstacle se présente à l'une des extrémités"



- Si obstruction isolée du TC : irrigation des viscères sus-mésocoliques reprise par l'AMS par l'intermédiaire :
 - des arcades céphaliques du pancréas à D (arcades pancréatico-duodénales)
 - de l'artère pancréatique dorsale à G (collat de l'A. splénique)
- Si obstruction isolée de l'origine de l'AMI :
 - vascularisation du colon G par l'AMS, par l'intermédiaire de l'arcade de Riolan
 - le rectum est vascularisé par les A. rectales moyennes et inférieures, branches de l'AII (artère iliaque interne ou hypogastrique).
- Si oblitération des 3 troncs digestifs :
 - en amont : reprise par les A. phréniques inférieures, les branches pariétales intercostales et thoraciques internes
 - en aval : reprise par le système iliaque interne, par l'intermédiaire des A. rectales moyennes et inférieures qui rejoignent l'A. rectale supérieure, terminaison de l'AMI.

take home message

l'ischémie intestinale chronique est l'affection consécutive à une **artérite oblitérante** (athéromateuse, inflammatoire ou radique) d'au moins deux des trois principales artères digestives.

ses symptômes sont responsables d'un **angor mésentérique** associant progressivement :

- une douleur abdominale postprandiale
- une peur alimentaire
- et une perte de poids

les examens morphologiques gastro-entérologiques (endoscopie haute, coloscopie, échographie) sont le plus souvent normaux, conduisant un important retard diagnostique et au risque de survenue une ischémie mésentérique aiguë.

le diagnostic est du ressort de l'**angioscanner abdominal** dont la lecture est délicate car il faut connaître l'anatomie des réseaux vicariants artériels sur l'imagerie en coupes. Les **reformations sagittales sur l'aorte abdominale** sont impératives dans les tableaux douloureux aigus ou chroniques de l'abdomen

lorsque l'ischémie intestinale devient symptomatique, le pronostic s'assombrit significativement avec des taux de mortalité pouvant atteindre 70 %.

En conséquence tous les patients avec symptômes et anomalies morphologiques scanographiques et/ou angiographiques compatibles avec le diagnostic d'ischémie intestinale devraient avoir une revascularisation mésentérique dès que possible