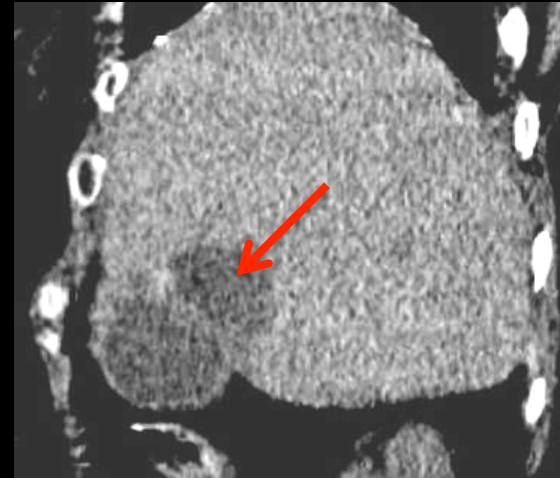


Patiente de 74 ans ; artérite oblitérante des MI sévère ; syndrome douloureux aigu fébrile de l'hypochondre droit à début brutal

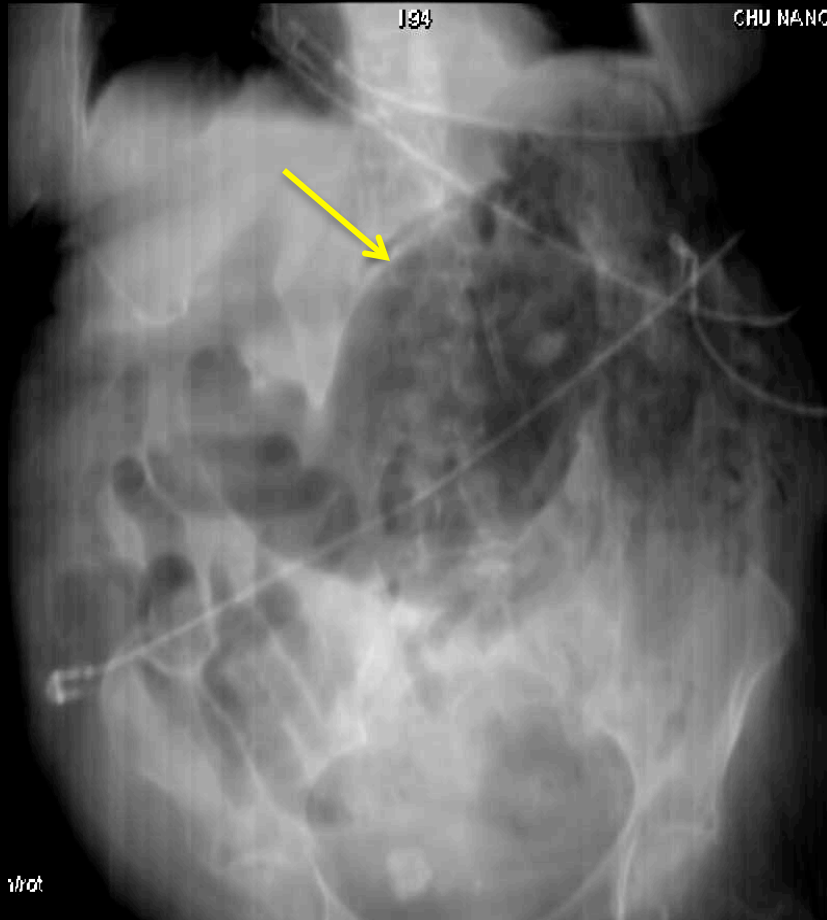


un premier scanner sans injection de produit de contraste en raison d'une fonction rénale très altérée, aboutit au diagnostic de cholécystite aiguë avec abcès du lit vésiculaire (segment V). en raison de l'état clinique il est décidé de réaliser un drainage scano guidé de la vésicule biliaire. ce traitement s'avère dans un premier temps efficace sur la douleur et le syndrome infectieux.



• R. Tonnelet (IHN)

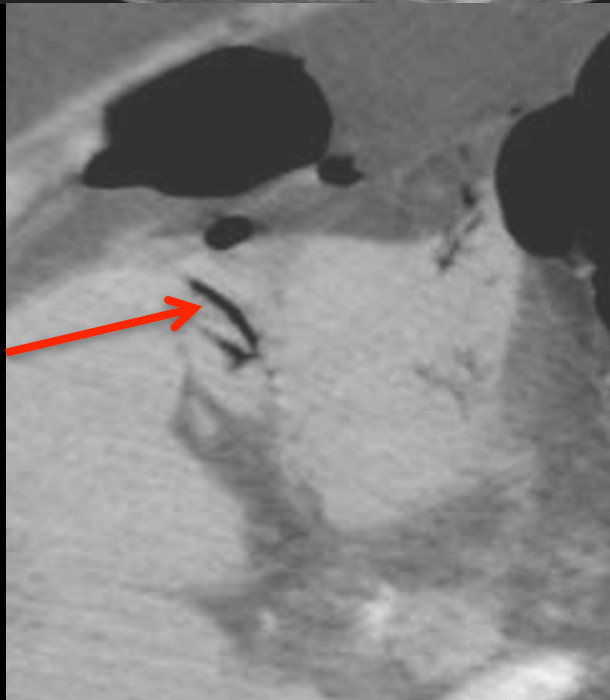
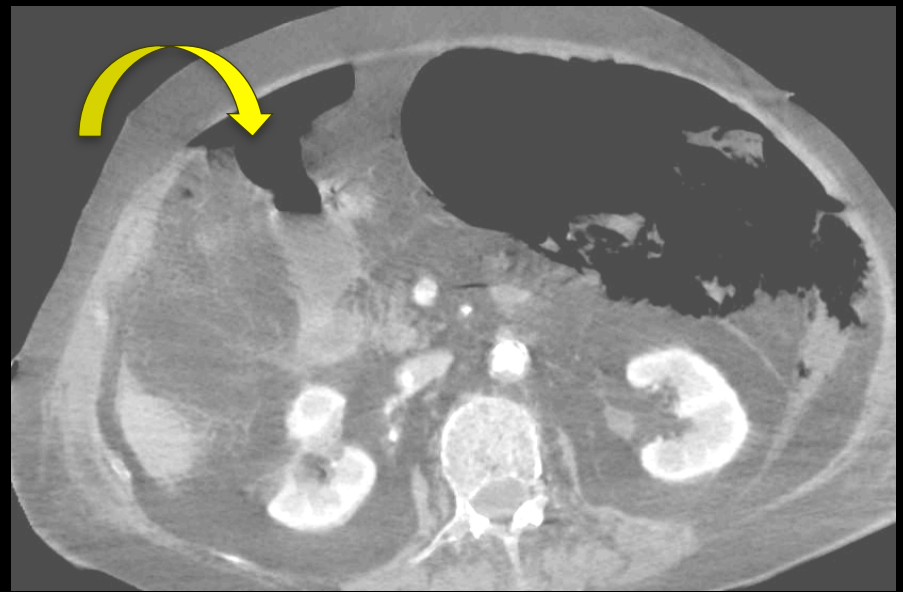
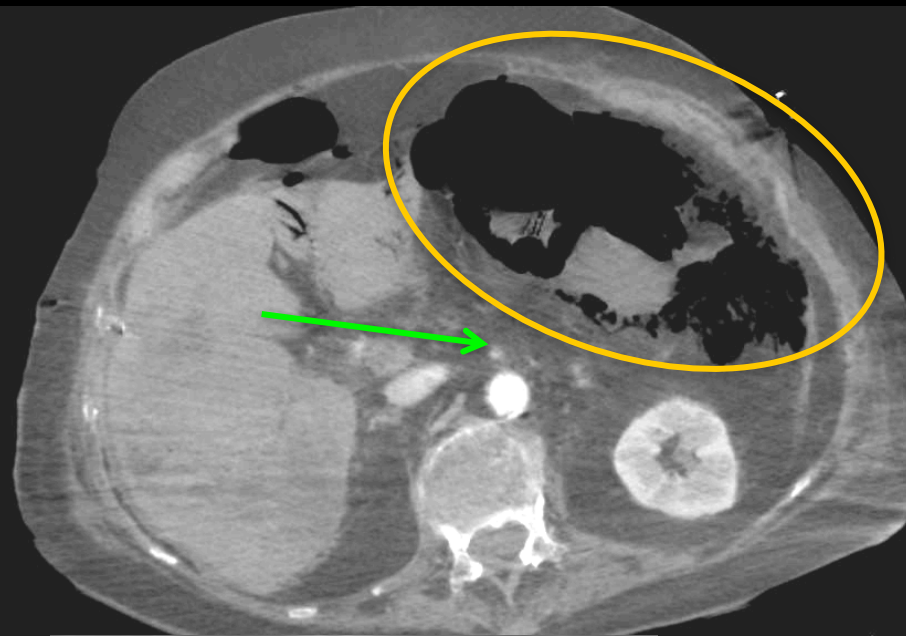
au 15^e jour: dégradation clinique ; état de choc septique; réalisation d'un cliché d'abdomen sans préparation en décubitus avec rayon directeur vertical



quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ce cliché



- l'élément le plus frappant est la distension gazeuse majeure de l'estomac et du duodénum.
- il existe en outre une image gazeuse linéaire a priori intra pariétale sur la petite courbure gastrique haute



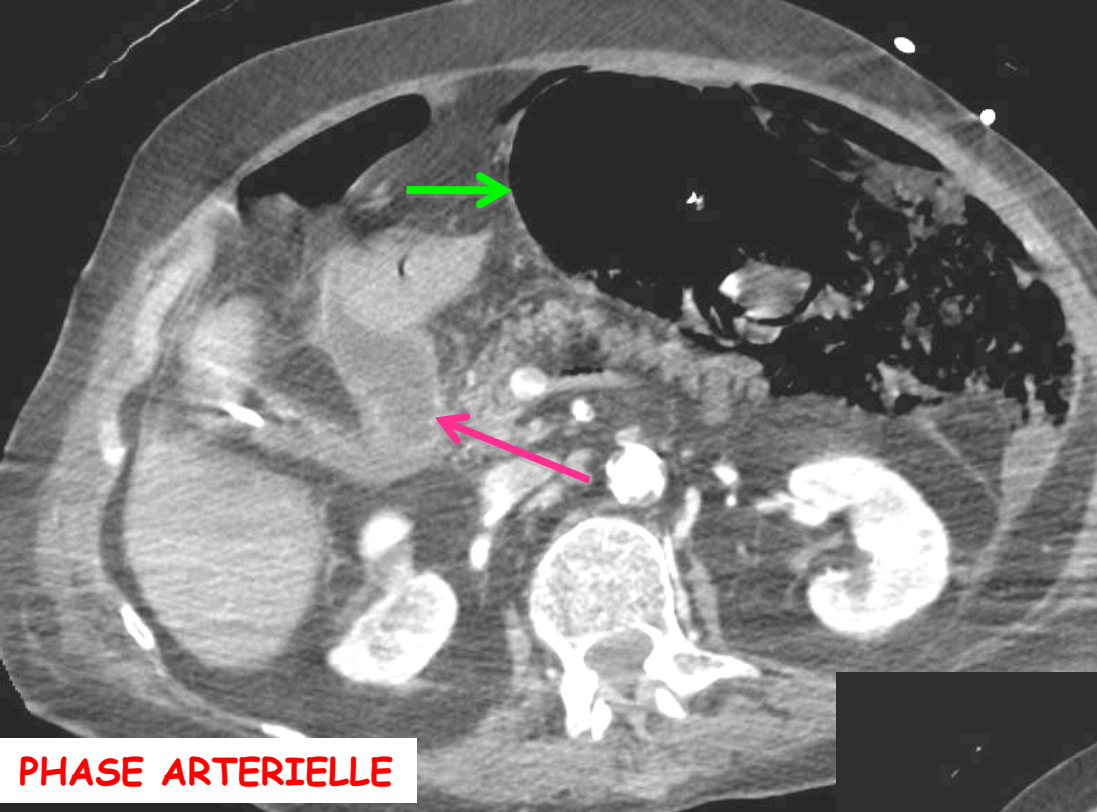
le scanner avec injection produit contraste montre :

- un pneumopéritoine

- une dissection gazeuse de toute la paroi gastrique au niveau de laquelle on n'observe plus aucune structure rehaussée

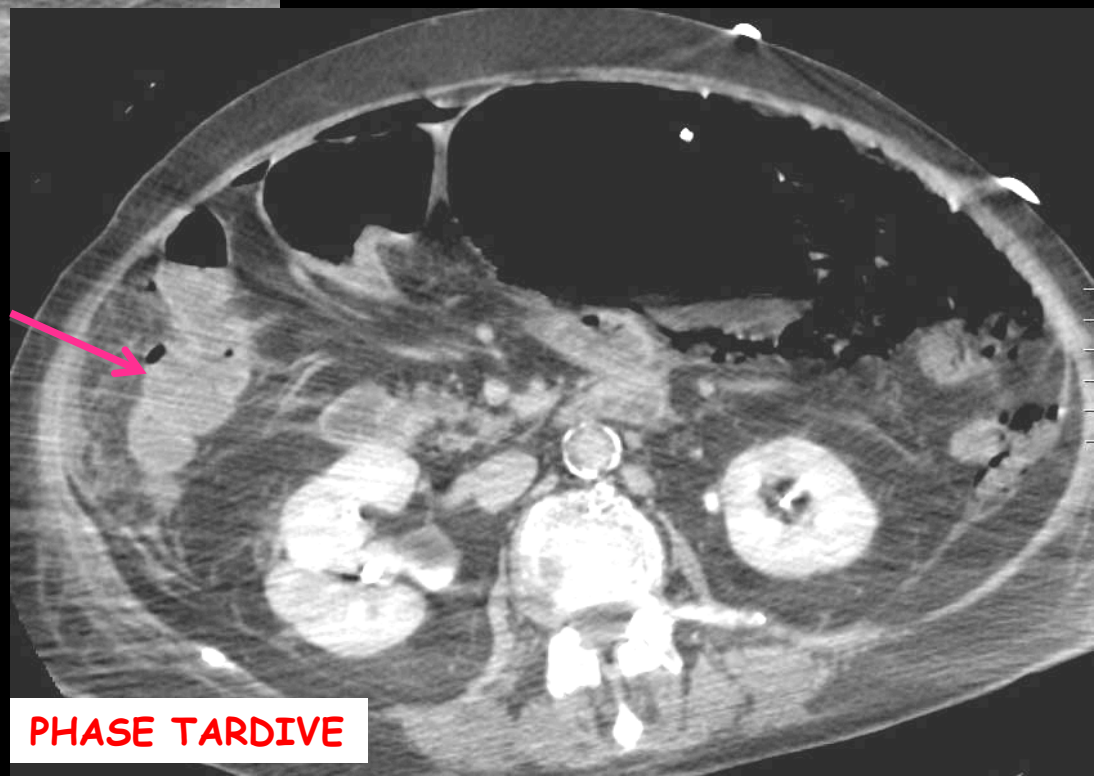
- des images gazeuses au niveau des branches portales du foie gauche (segment IV) ; aéroportie

- on peut également noter une absence de rehaussement du tronc cœliaque proximal, juxta ostial , par rapport à l'aorte.

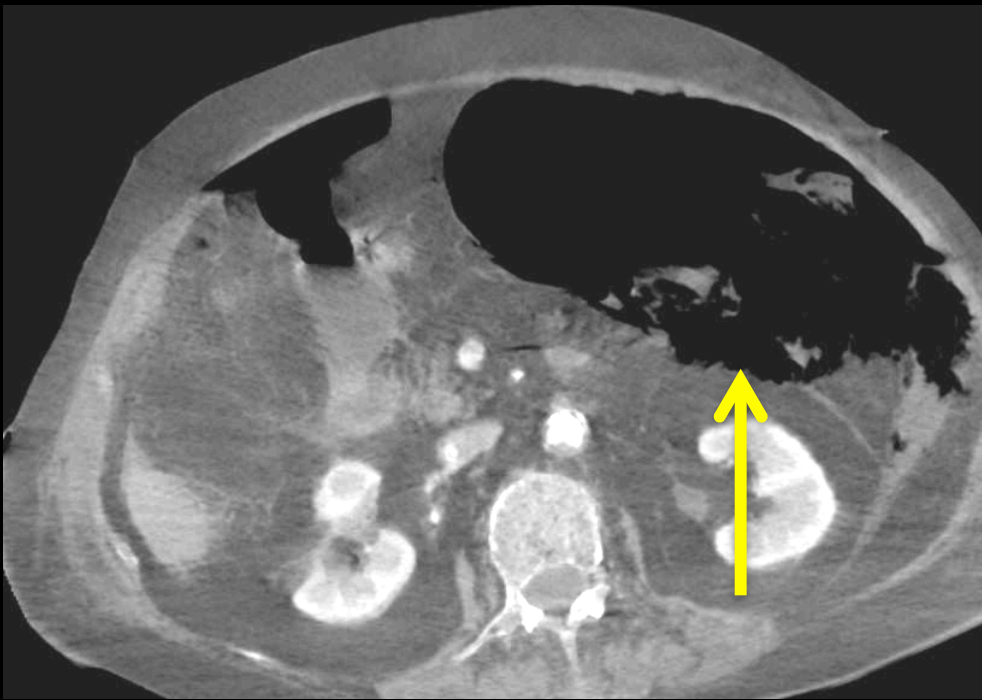


PHASE ARTERIELLE

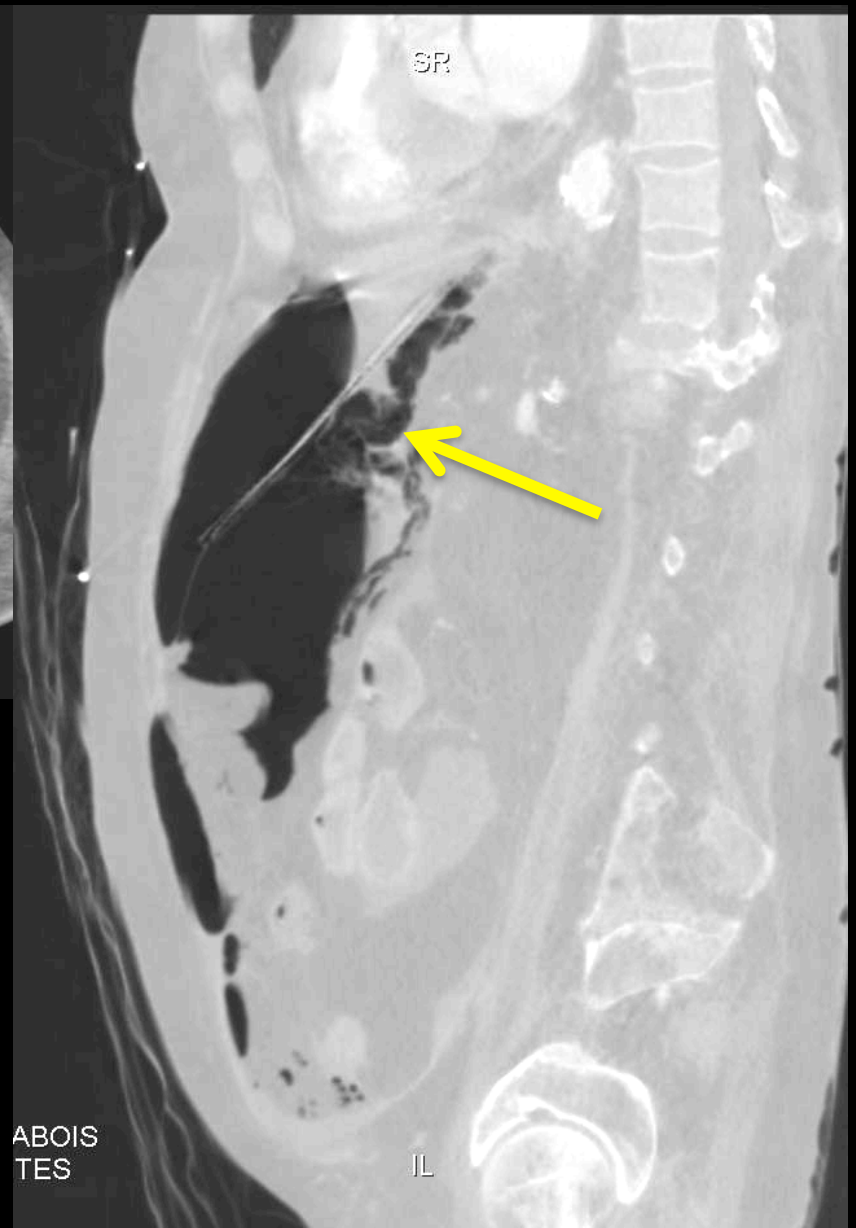
le défaut de rehaussement de la paroi gastrique contraste avec un rehaussement correct de la paroi du bulbe et des éléments visibles du cadre duodénal, ainsi que des parois coliques droites.



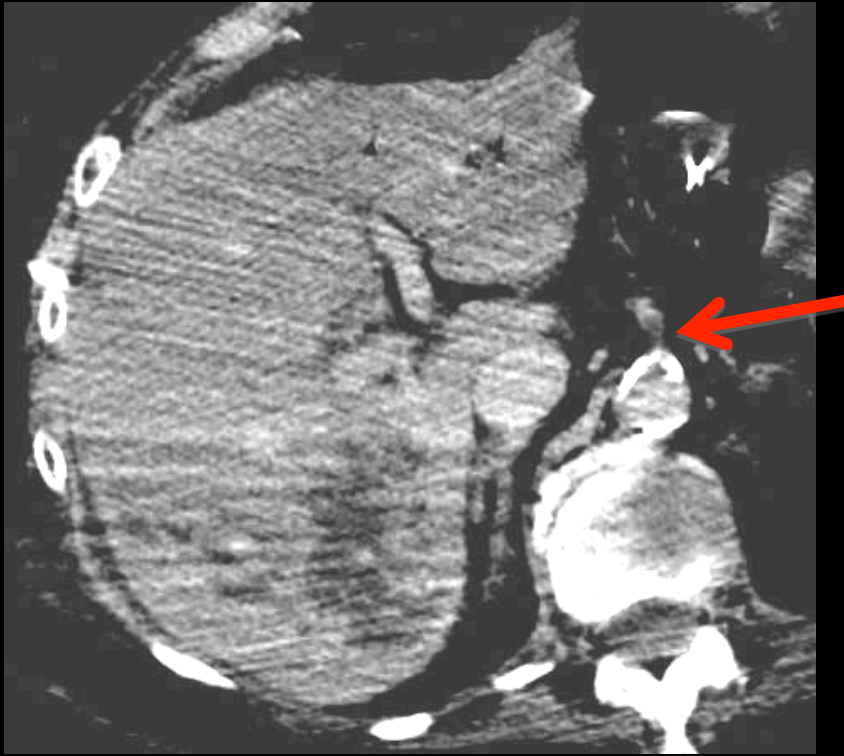
PHASE TARDIVE



sur la reformation para sagittale gauche, on objective très clairement une rupture de la paroi postérieure du fundus gastrique avec diffusion du gaz dans l'espace para rénal antérieur du rétropéritoine



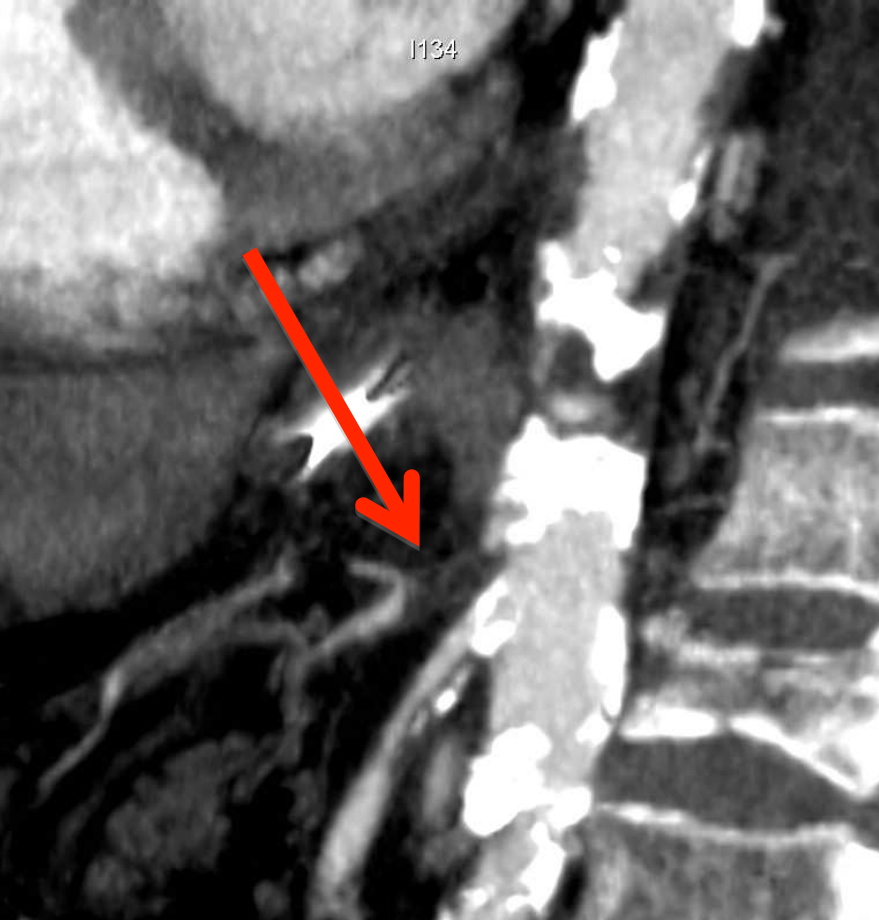
ABOIS
TES



sur les images en phase tardive, on constate :

- la présence de zones hétérogènes mal limitées , de moindre rehaussement ,dans le secteur postérieur du lobe droit, qui correspondent de toute évidence à un infarctus hépatique
- surtout il **existe un thrombus proximal, juxta-ostial , du tronc cœliaque**
- la rate est également le siège de multiples lésions d'infarctus

la patiente décède rapidement avant qu'une intervention chirurgicale n'ait pu être réalisée



la reformation sagittale confirme la présence de la thrombose proximale du tronc cœliaque qui s'étend sur 12 mm

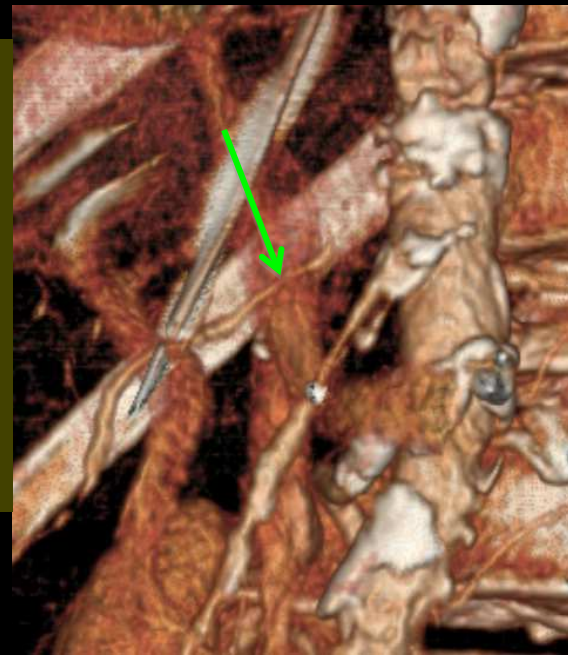
il existe en outre un important athérome calcifié de l'aorte abdominale et de ses branches en particulier des cinq premiers centimètres de l'artère mésentérique supérieure

la patiente avait bénéficié deux mois auparavant d'une angioMR de l'aorte et des membres inférieurs qui avait montré une sténose proximale du tronc cœliaque avec dilatation post-sténotique



la thrombose oculaire cœliaque complète
seules quelques branches de l'artère
gastrique gauche sont réinjectées

cette situation confirme que la circulation
collatérale qui aurait dû s'établir à partir de
l'artère mésentérique supérieure et via les
arcades pancréatico-duodénales ne s'est pas
développée, probablement en raison de
l'important athérome proximal de la MS



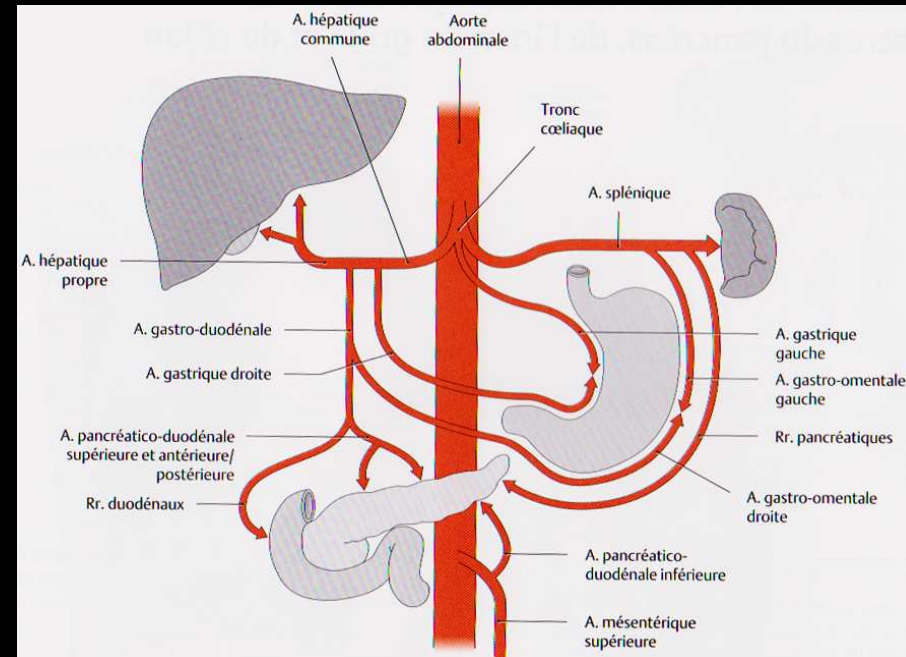
l'ischémie aiguë et chronique du tronc cœliaque existe-t-elle

il est communément admis que l'ischémie chronique intestinale est la conséquence de lésions obstructives d'au moins deux des trois troncs de l'aorte abdominale à destinée splanchnique: tronc cœliaque, artère mésentérique supérieure, artère mésentérique inférieure.

elle se traduit par le tableau classique associant douleurs postprandiales précoces, amaigrissement, peur alimentaire couramment désigné sous la terminologie **d'angor intestinal ou mésentérique**.

les sténoses **significatives** des artères digestives sont fréquentes puisque rencontrées chez 7 à 8 % des sujets âgés, le plus souvent (70 % des cas) sur l'artère mésentérique supérieure.

l'estomac est théoriquement protégé des complications aiguës des sténoses du tronc cœliaque grâce aux riches réseaux anastomotiques développés d'une part à partir de l'artère mésentérique supérieure, via les arcades pancréatico-duodénales et l'artère gastroduodénale ; d'autre part à partir de l'artère splénique via les artères gastro-omentalles (ex gastro-épiploïques) du cercle artériel de la grande courbure gastrique.



dans le cas présenté, malgré l'ancienneté et la sévérité de la maladie athéromateuse (en particulier au niveau des membres inférieurs), la patiente n'a pas développé de réseaux vicariants suffisant pour faire face à une probable chute de débit aortique ,conséquence d'un choc toxi-infectieux.

en témoignent les signes d'ischémie aiguë observés au niveau des parenchymes pleins de l'étage sus mésocolique de l'abdomen : foie et rate

faut-il pour autant traiter les sténoses athéromateuses significatives coelio- mésentériques ? et si oui par quels moyens ,



il est bien évident que seules les anomalies symptomatiques doivent être traitées ; il est donc impératif de rechercher par l'interrogatoire des signes évocateurs d'angor intestinal lorsque des examens d'imagerie et en particulier l'angioscanner ont montré une atteinte proximale significative des branches splanchniques de l'aorte abdominale

d'une façon générale, on préférera chez les patients âgés les gestes endovasculaires aux pontages chirurgicaux; le stenting signe n'ayant apparemment pas montré de supériorité par rapport à l'angioplastie simple. Le raisonnement inverse chez les sujets jeunes.

les sténoses significatives isolées du tronc cœliaque sont observées chez 2 % des patients adultes âgés et peuvent être à elles seules responsables d'un angor abdominal. Des études récentes utilisant des techniques très spécifiques et non diffusées en France de tonométrie gastro-jéjunale ont confirmé la fréquence des formes mono tronculaires d'angor abdominal

take home message

en raison de la fréquence avec laquelle elles sont observées, les sténoses du tronc cœliaque sont souvent regardées comme de simples anomalies sans conséquences cliniques, ceci en particulier en raison du grand nombre de sténoses par compression extrinsèque de la face antérieure du vaisseau par un ligament arqué médian du diaphragme.

Les sténoses **athéromateuses** du tronc cœliaque sont évidemment plus dangereuses en raison de l'**extrême fréquence avec laquelle les autres troncs splanchniques sont atteints**. Il est donc fondamental pour le clinicien **d'établir la responsabilité de ces lésions dans la symptomatologie clinique** et pour le radiologue d'évaluer la qualité anatomique et fonctionnelle des réseaux vicariants, en particulier par la perfusion du lit d'aval.

la prise en charge thérapeutique doit être discutée de façon collégiale entre cliniciens, chirurgiens vasculaires et radiologues interventionnels pour éviter les complications rares mais gravissimes de nécrose pariétale gastrique.

