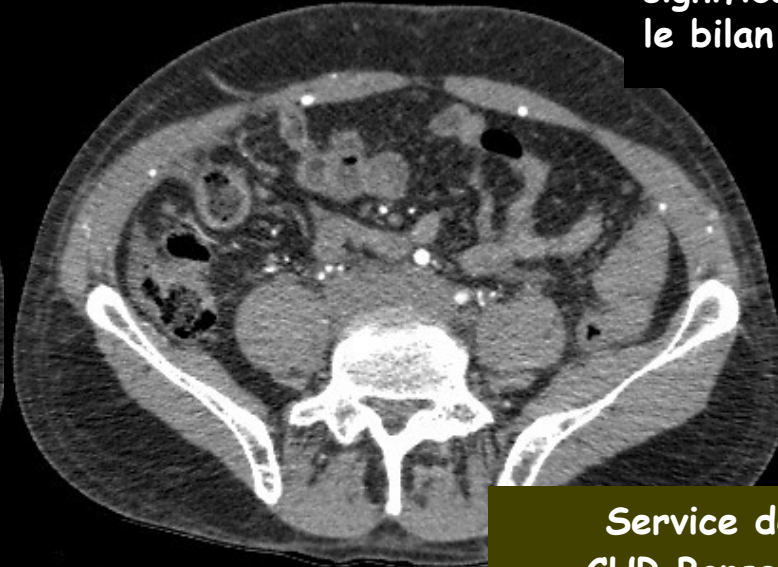
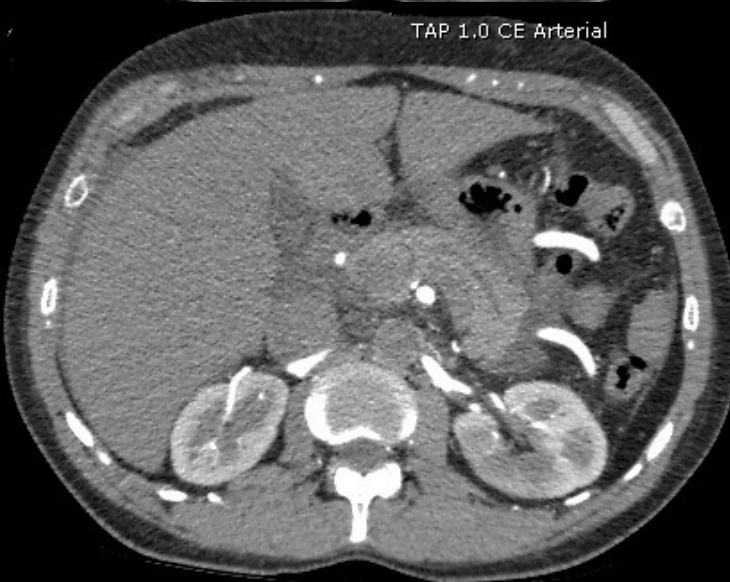
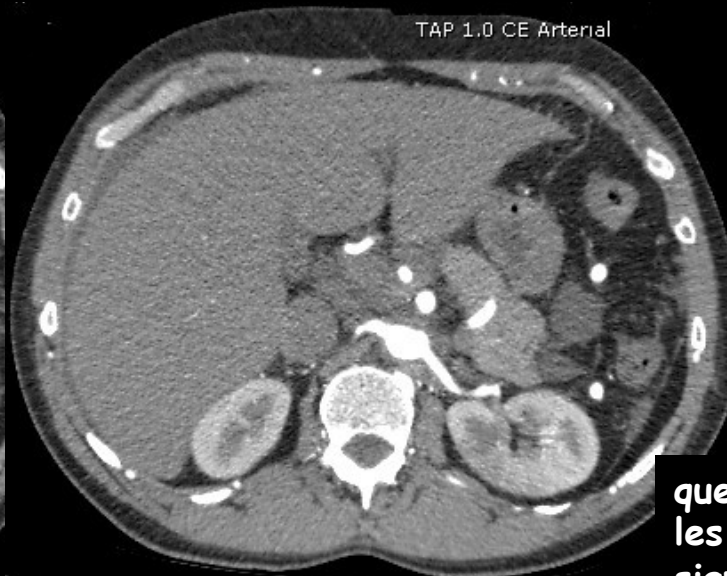
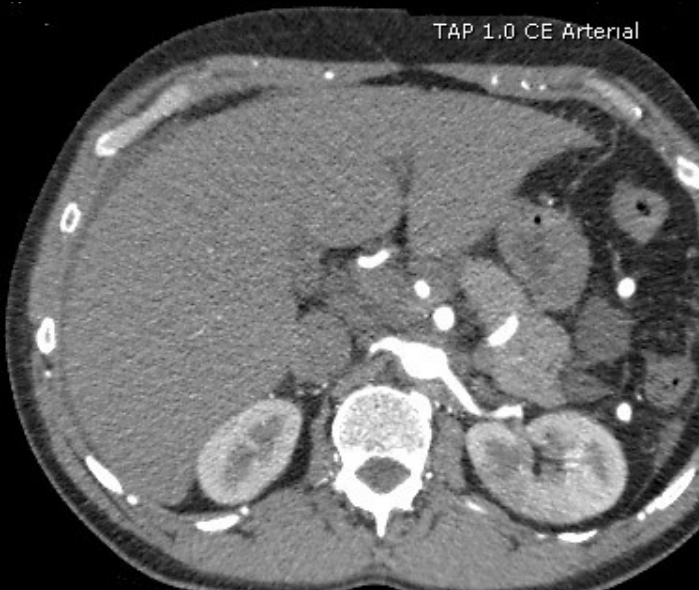


Homme de 48 ans, tabagique actif, ayant présenté un 1^{er} épisode de SCA ST+.
ingambe, pas de plainte fonctionnelle particulière.
Bilan lésionnel de l'atteinte athéromateuse par angioscanner ...



quels sont dans ce contexte,
les éléments sémiologiques
significatifs à retenir pour
le bilan pré-thérapeutique



Duprès Rémi IHN

Service de Radiologie
CHR Bonsecours - Metz

ITINERAIRES *Bis*



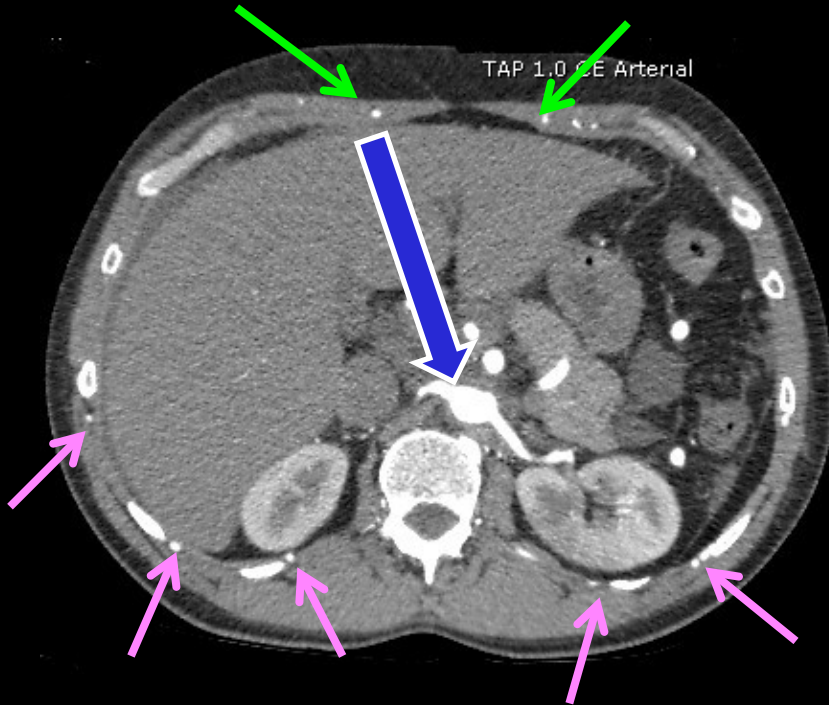
comme dans tout problème de circulation il importe non seulement de connaître les sites encombrés mais également de savoir utiliser à bon escient les voies de dérivation vicariantes permettant la suppléance et fournissant une cartographie "morpho-fonctionnelle" du réseau d'aval.

pour ce faire il est nécessaire d'effectuer une lecture attentive des coupes axiales et de la compléter par des reformations sagittales et coronales appropriées



A. Epigastriques
supérieures

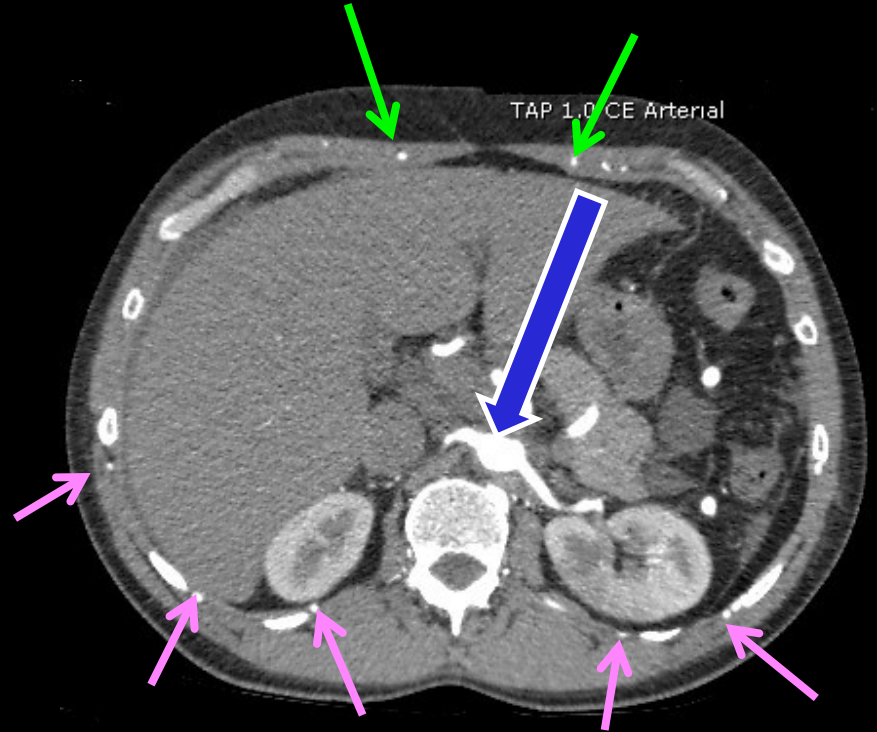
TAP 1.0 CE Arterial



A. Intercostales
inférieures

A. Epigastriques
supérieures

TAP 1.0 CE Arterial



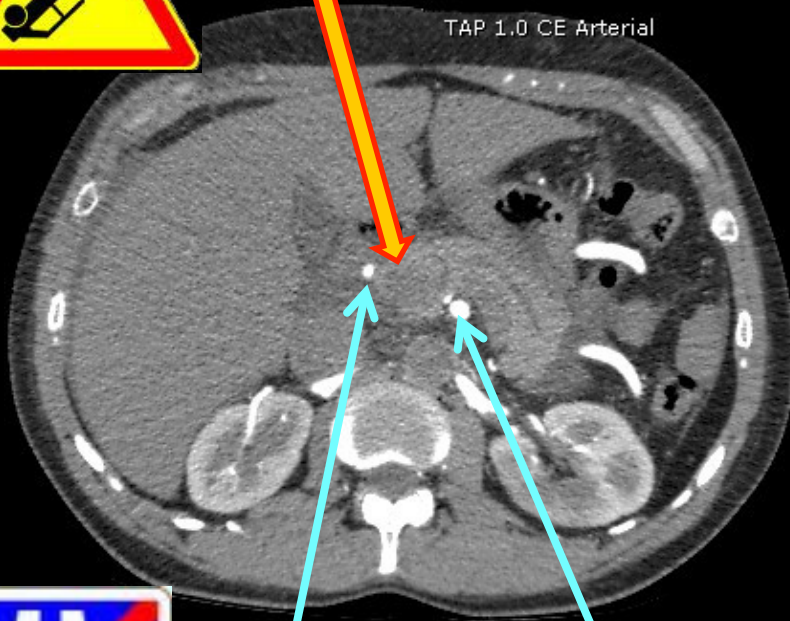
A. Intercostales
inférieures

apprenez à chercher les **voies de dérivation** là où elles se trouvent et en premier lieu dans les **parois thoraco-abdominales**. Ce seul signe indirect présage déjà de ce que vous allez découvrir ensuite...Bison futé vous recommanderait de les emprunter !



Thrombose de l'aorte
abdominale sous rénale

TAP 1.0 CE Arterial

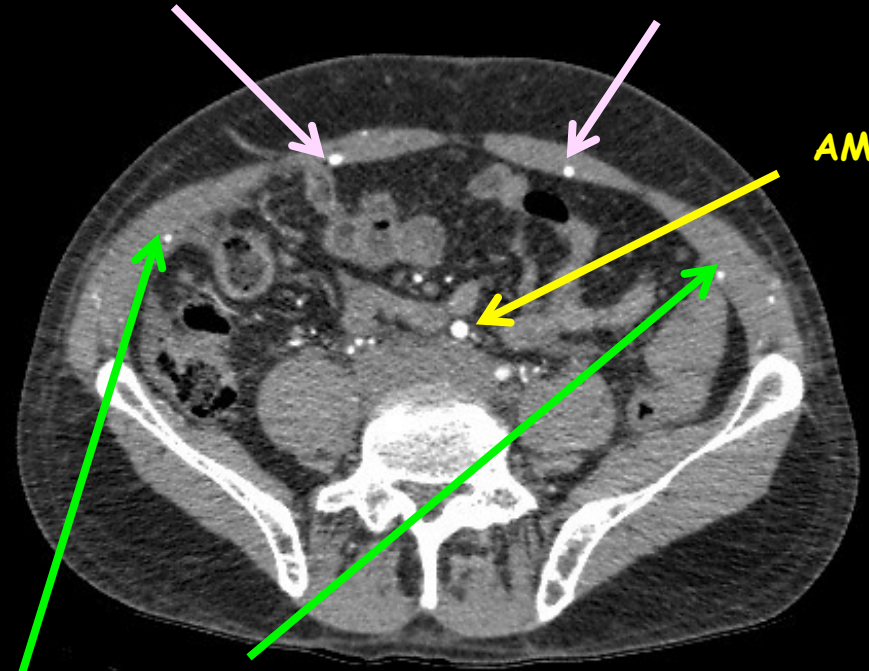


artère gastro-
duodénale

AMS



A. Epigastriques inférieures



AAI

A. Circonflexe
iliaque profonde

à noter la présence d'un infarctus rénal gauche postérieur.

A. circonflexe
iliaque profonde

A. Epigastrique
inférieure

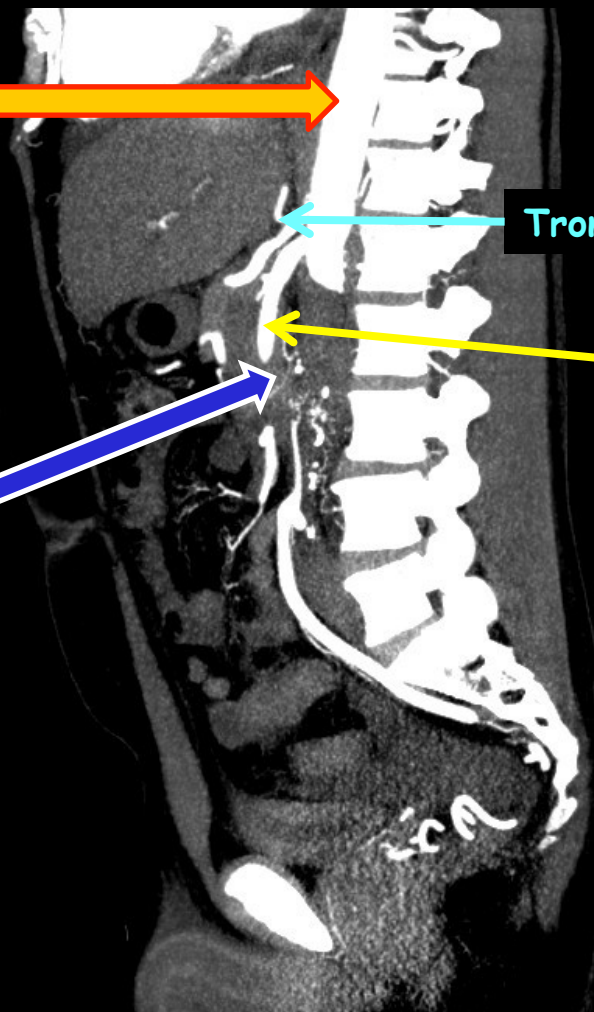
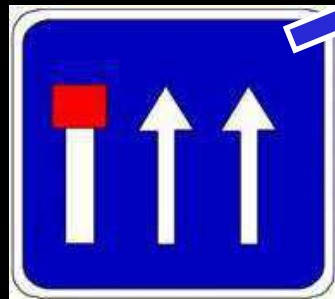
A. Iliaque interne

A. Iliaque externe

A. circonflexe
iliaque profonde

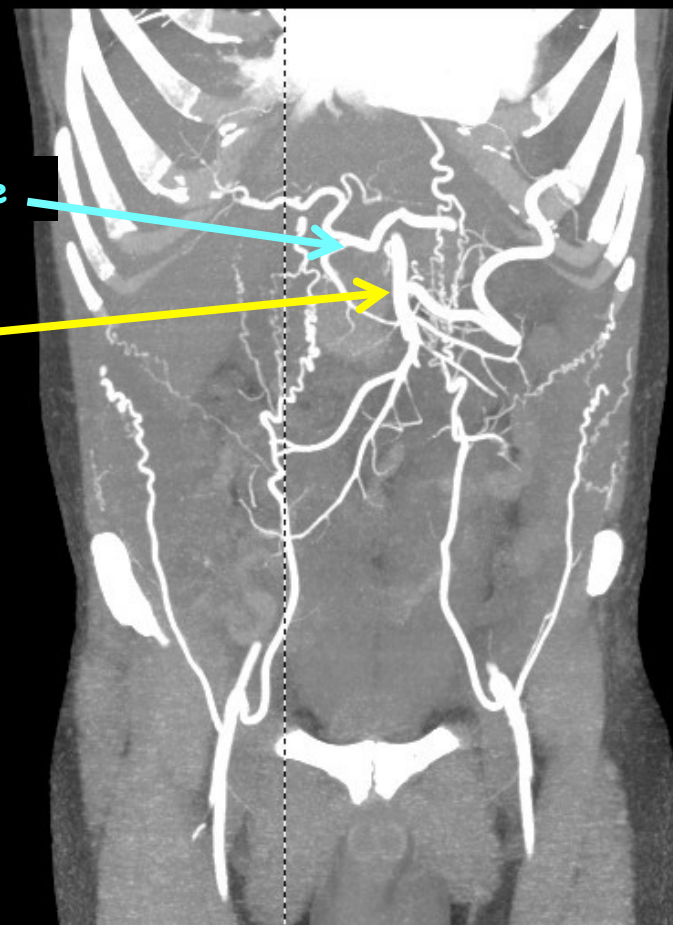


**ROUTE
BARRÉE**



Tronc coeliaque

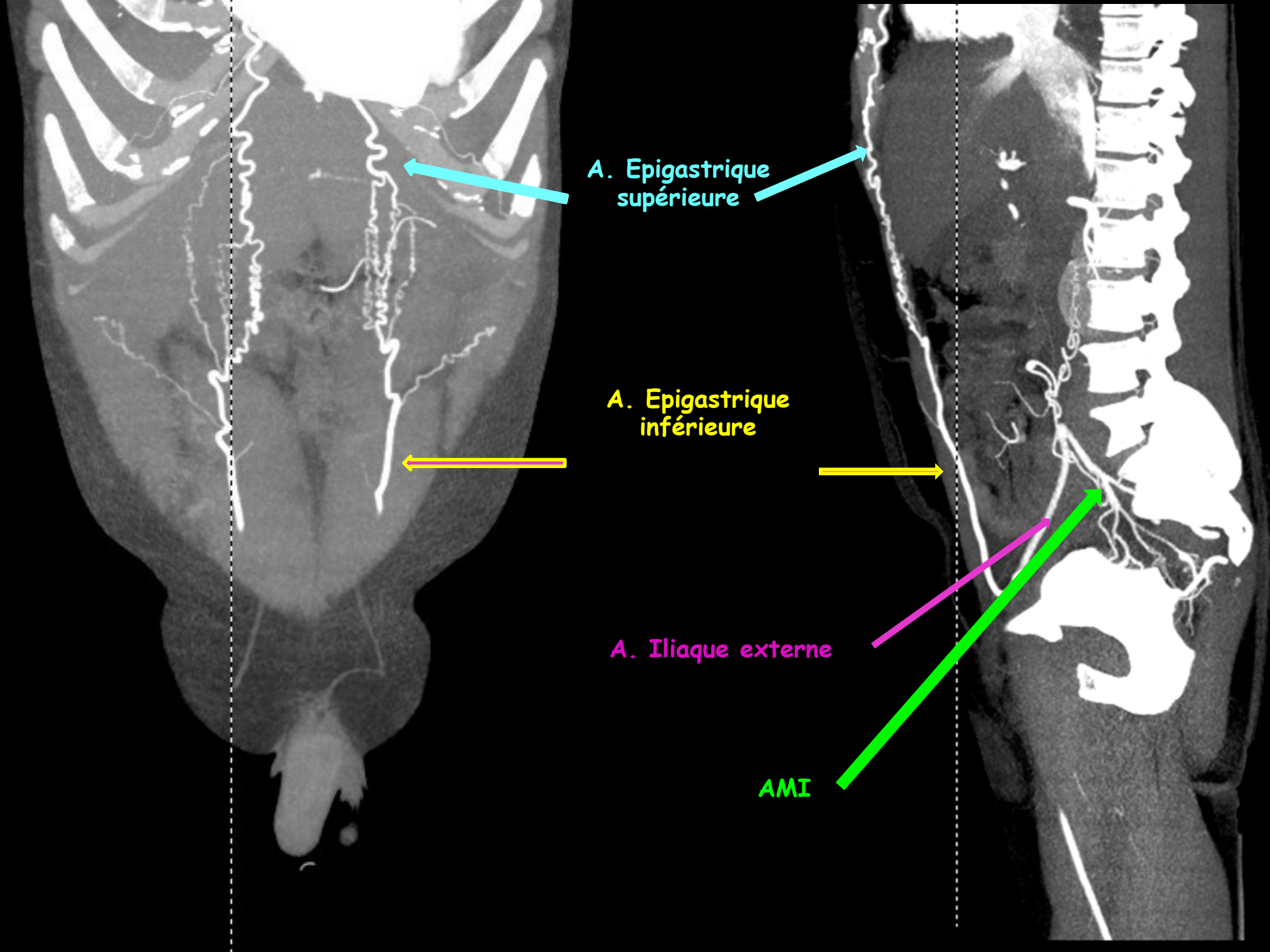
AMS

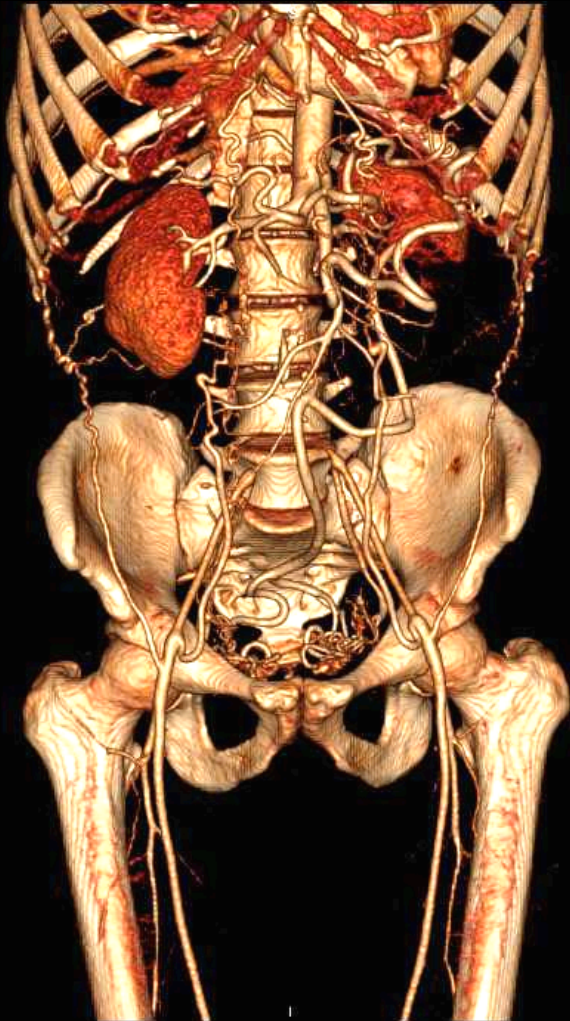


Obstruction progressive du réseau artériel profond principal



Relais pris en charge par les réseaux superficiel et profond accessoires

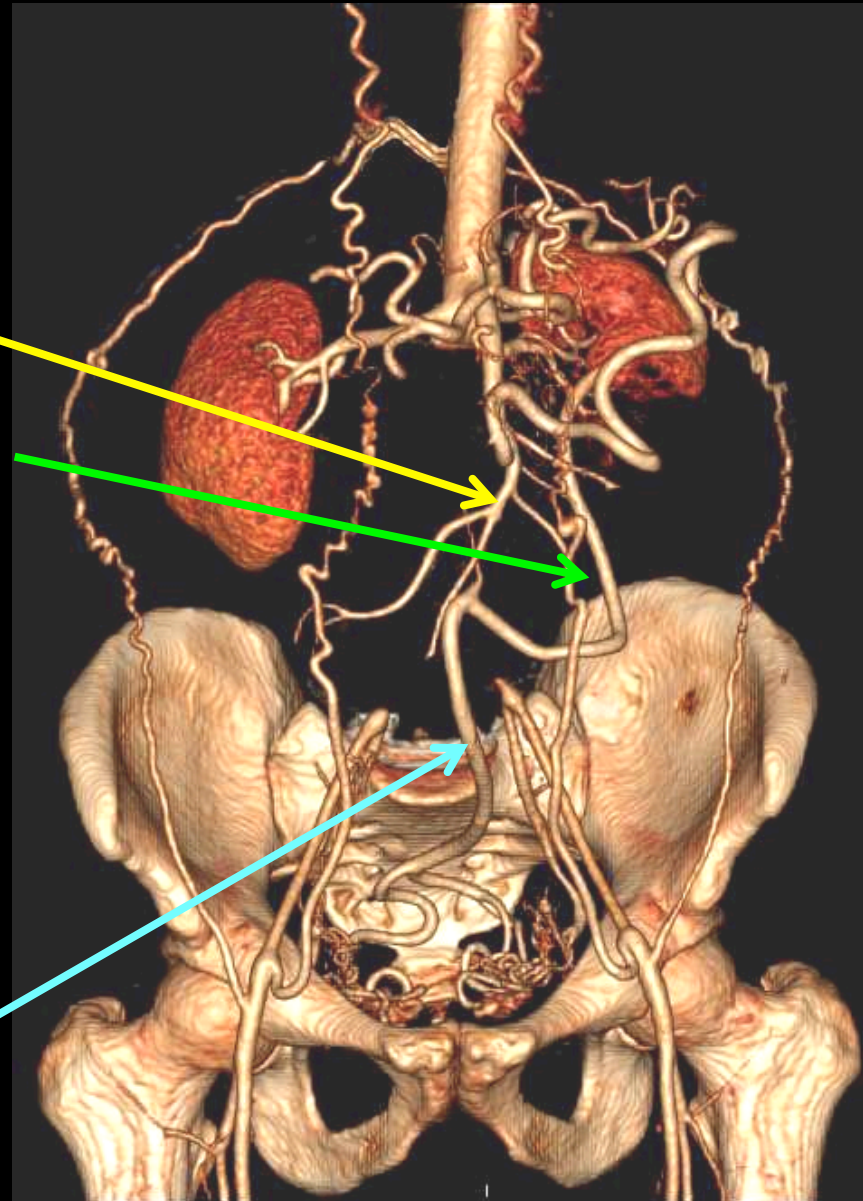


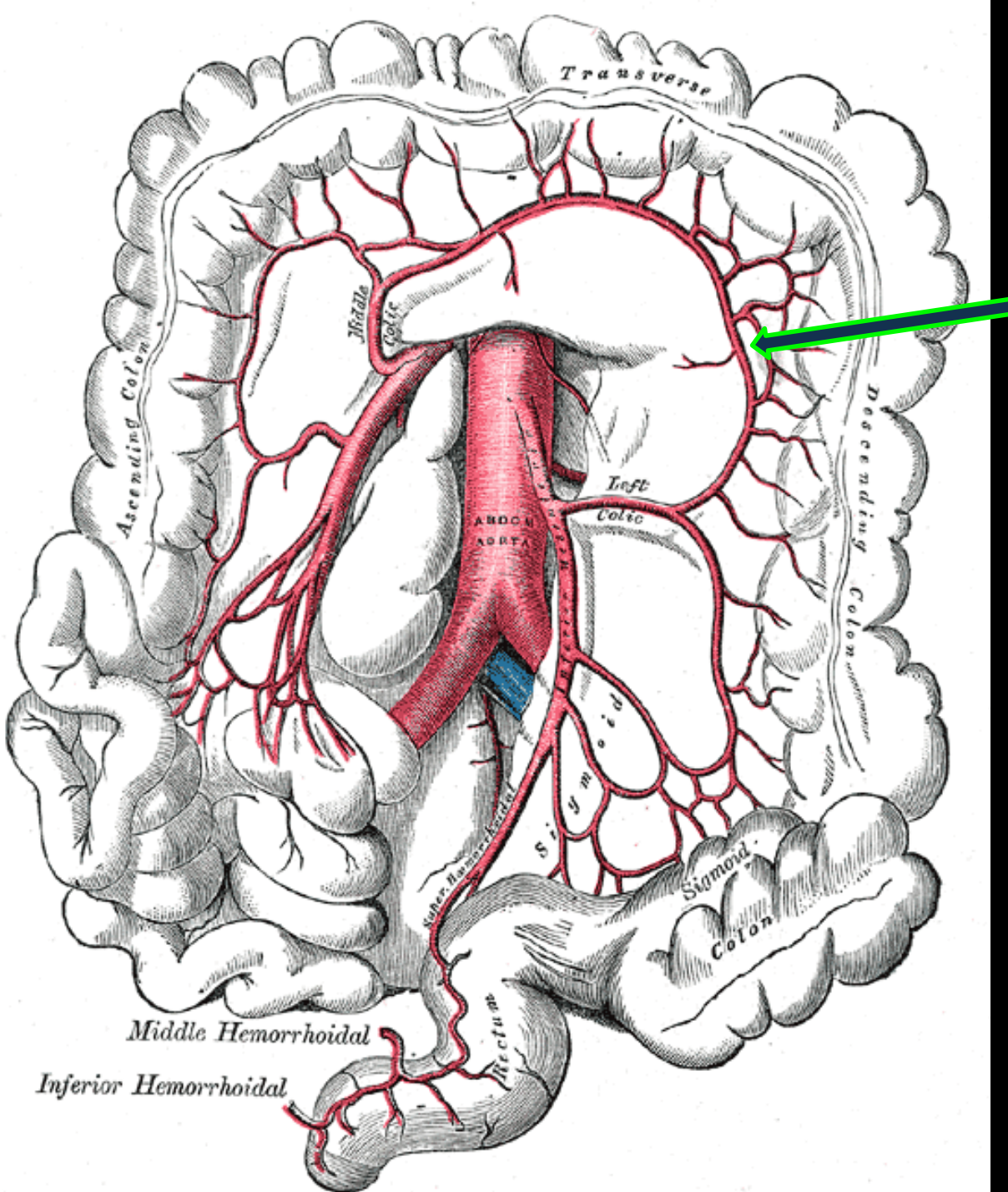


AMS

Arcade de Riolan

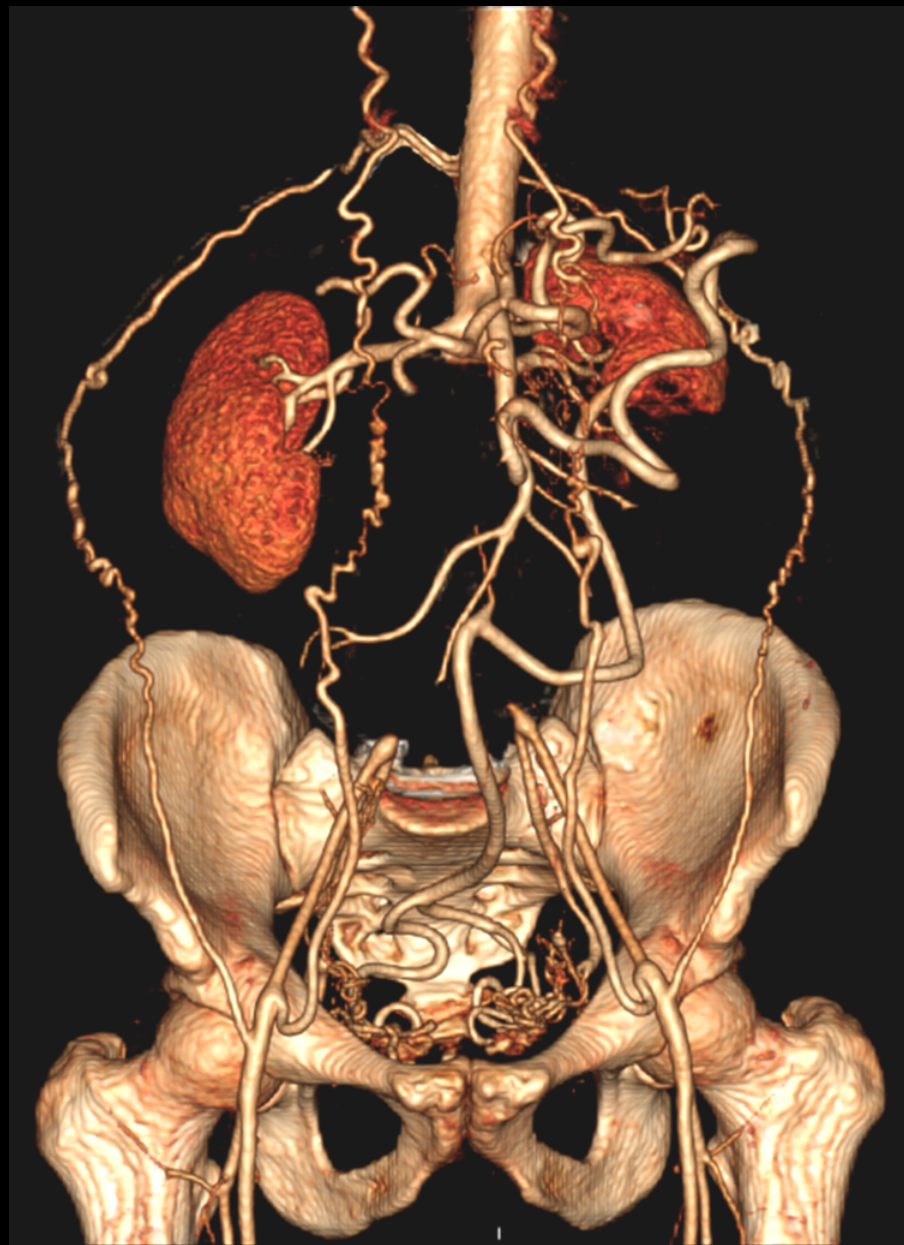
AMI

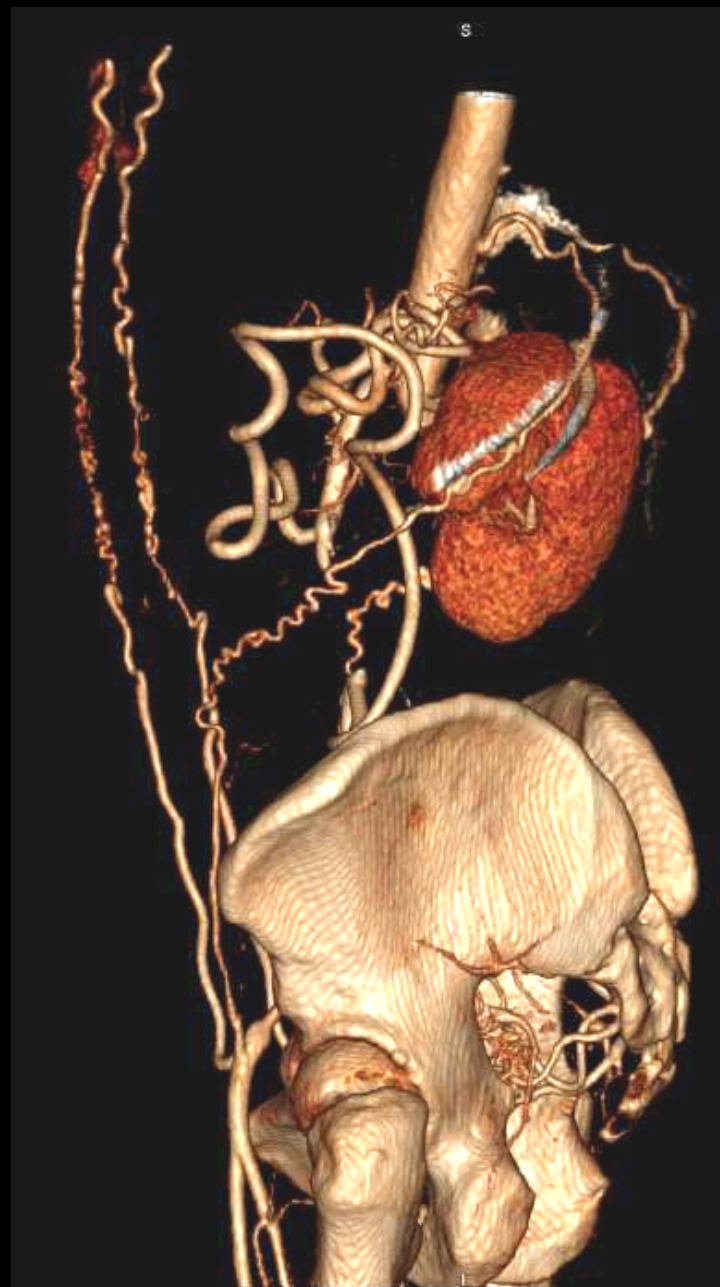




Arcade de Riola

Anastomose entre l' AMS et l'
AMI
(A. Colique transverse - A.
Colique gauche)





Règle de Mikkelsen

Une ischémie digestive (angor intestinal) peut survenir quand au moins 2 troncs artériels digestifs sont le siège de sténoses significatives .

Exception :

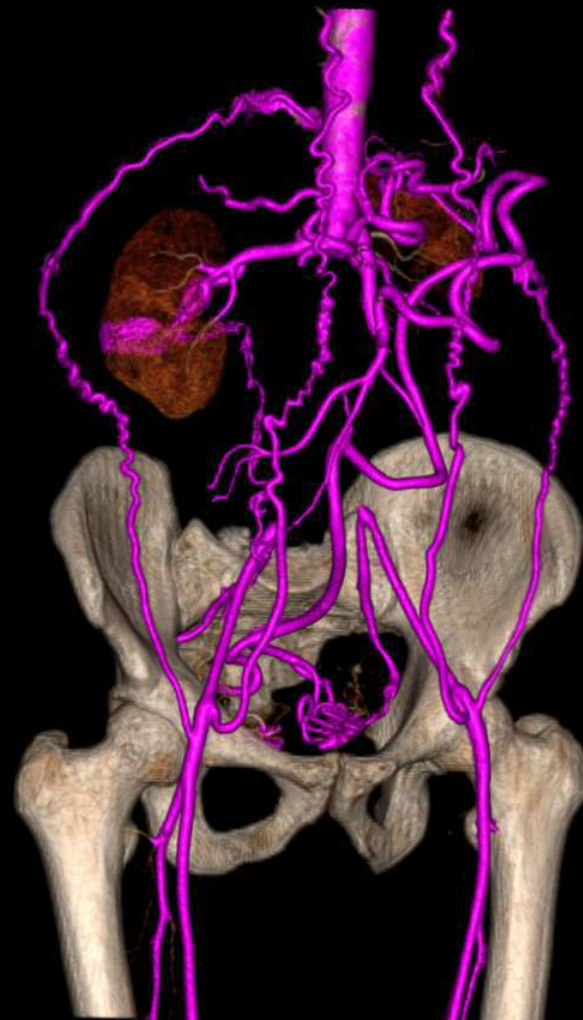
L'artère mésentérique supérieure vascularise 80% du tube digestif.

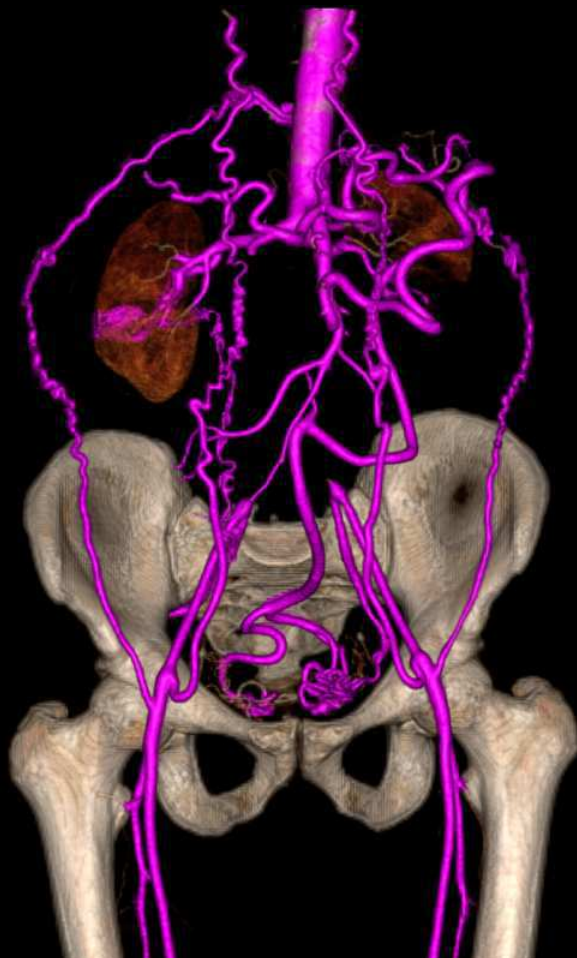
Son obstruction brutale (en particulier par embolie) peut entraîner un infarctus intestinal , même si les 2 autres troncs sont perméables.



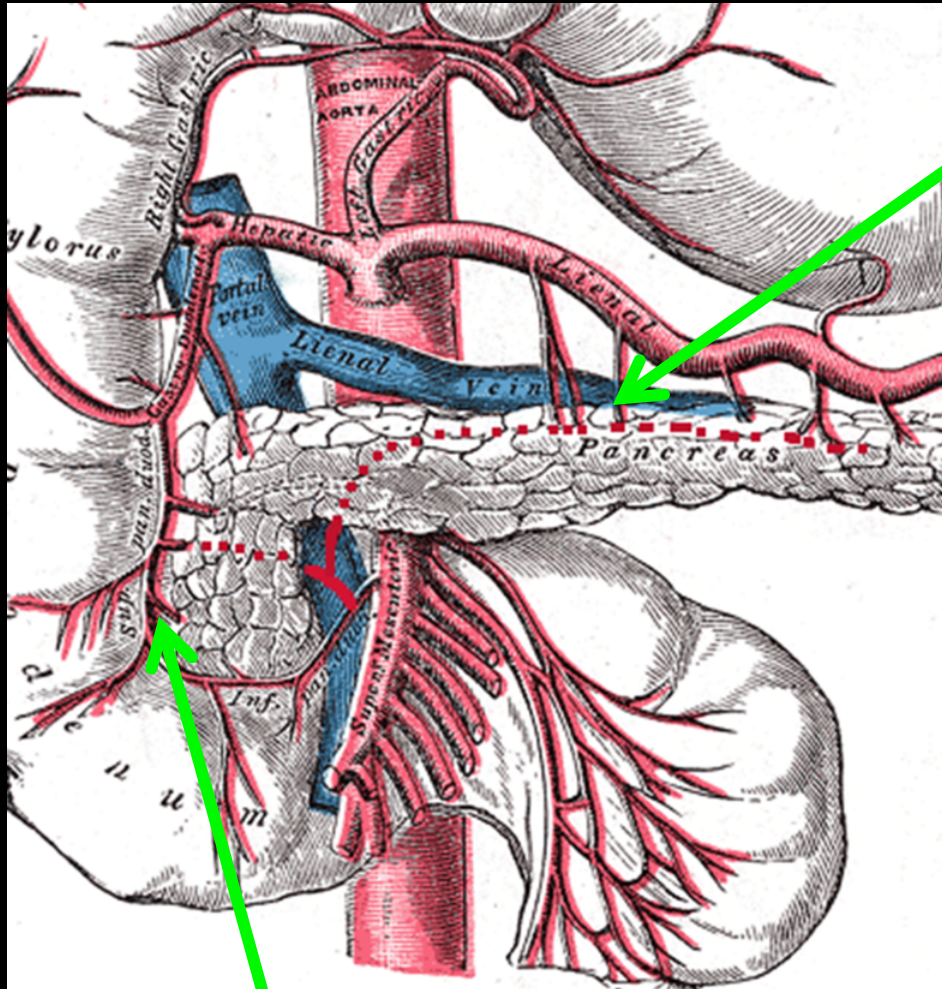
Bonne perméabilité des axes
fémoro-poplités et du réseau
d'aval des membres inférieurs







Autres "itinéraires Bis"



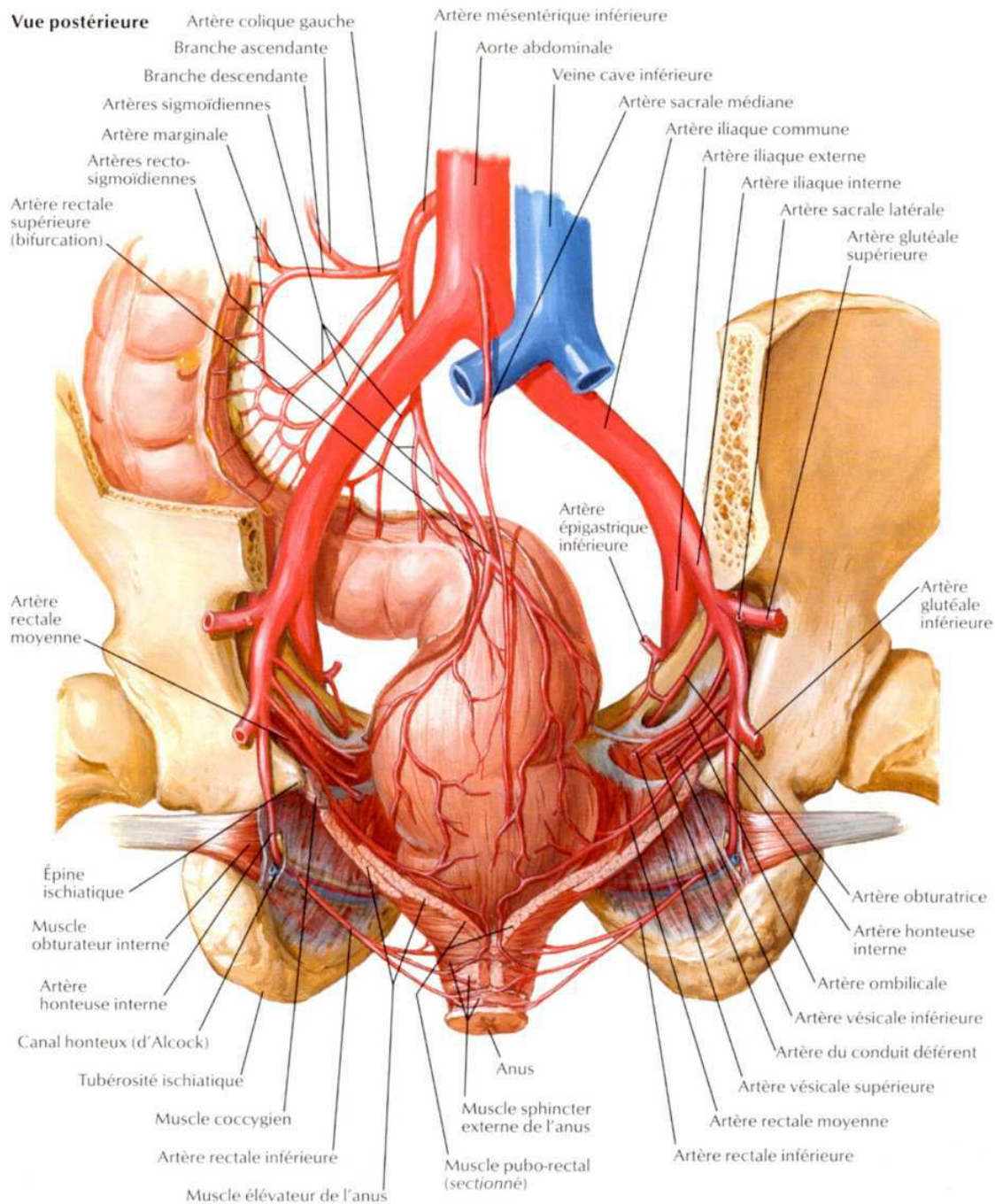
Arcade de Kirk

Anastomose établie par les branches de l'a.pancréatique transverse entre le pancréas droit et le pancréas gauche

Arcades de Rio Branco

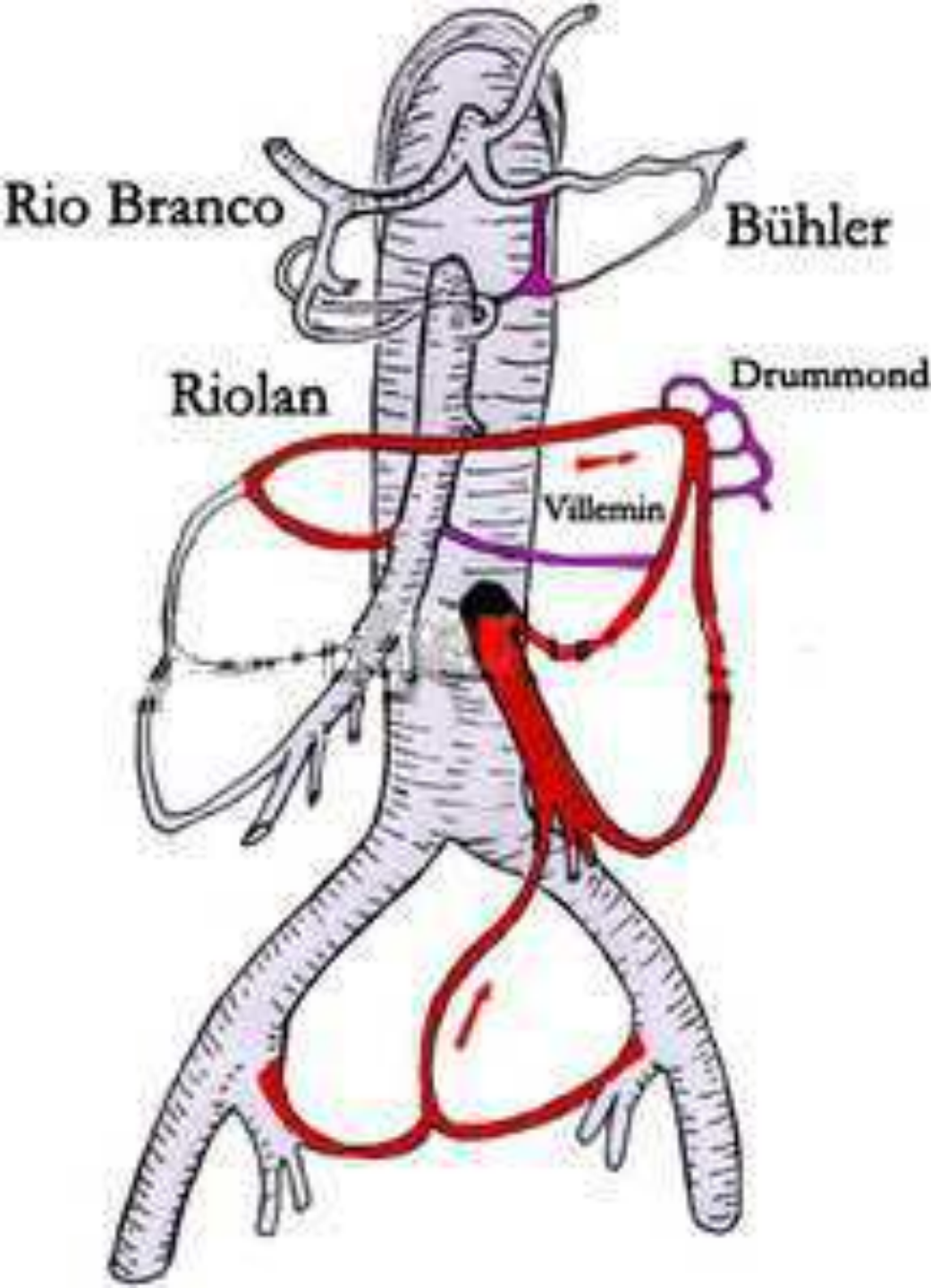
arcades pancréatico-duodénales

Vue postérieure



Anastomoses rectales

A. Rectale Sup (AMI) - A. Rectales moy et inf (A. Iliaque int)



arcade de **Buhler** : TC-AMS

arcade de **Tandler** : A. Hépatique-AMS
(Persistance de l'anastomose verticale unissant les 12^{ème} et 13^{ème} a. segmentaire au cours de l'organogénèse)

arcade de **Villemin** : Anastomose directe AMS-AMI

arcade de **Drummond** : Anastomoses périphérique en réseau AMS-AMI

Take home message

-une **sténose proximale significative de 2 des trois troncs viscéraux digestifs** de l'aorte abdominale **peut être** à l'origine du tableau clinique d'angor intestinal ou angor mésentérique (ischémie mésentérique chronique) caractérisée par la triade symptomatique décrite par Mikkelsen :

- .douleurs abdominales postprandiales précoces
- .amaigrissement notable (plus de 10 kg))
- .peur alimentaire

chez un patient en général porteur de **facteurs de risques d'athérome** (tabagisme, HTA, hyperlipidémie...) et/ou en ayant déjà présenté des complications (syndrome coronarien aigu, artérite oblitérante des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral transitoire ou constitué ...)

mais il existe de **nombreuses formes asymptomatiques de sténoses bi voire tri tronculaires**, et à l'inverse des tableaux cliniques d'angor associés à une atteinte sténosante d'un seul tronc destinée digestive.

-lorsque **coexistent** les signes cliniques évocateurs et des **images de sténoses significatives** des troncs digestifs c'est-à-dire s'accompagnant d'une **dilatation des anastomose classiques** (arcades de Rio-Braco et de Kirk pour les atteintes coelio-mésentériques; arcade de Kirk , de Buhler , de Tandler ; arcade de Riolan pour les atteintes mésentériques supérieures et inférieures) ,un traitement doit être envisagé pour éviter la survenue d'un infarctus intestino-mésentérique.

D'une façon générale une solution chirurgicale (pontage, réimplantation), sera préférée pour les sujets jeunes tandis qu'une angioplastie sans stenting sera adoptée chez les sujets âgés.