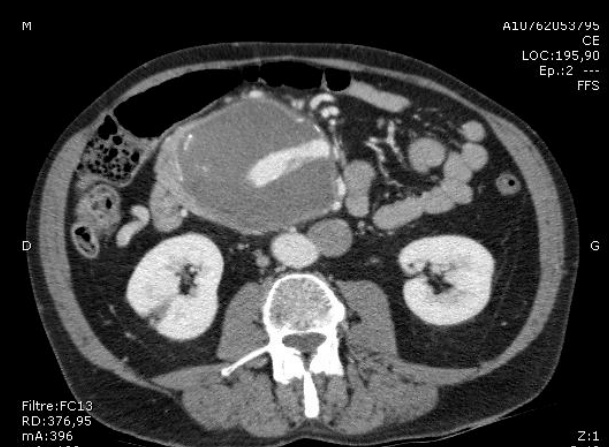
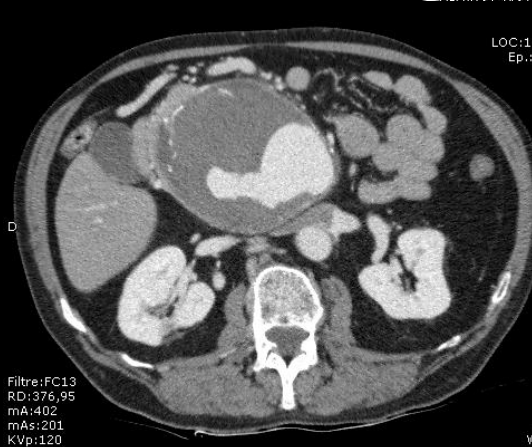
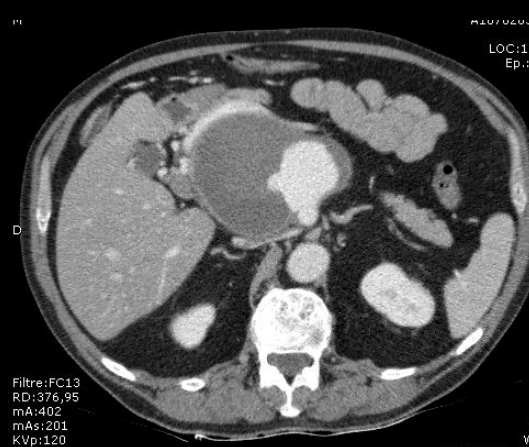
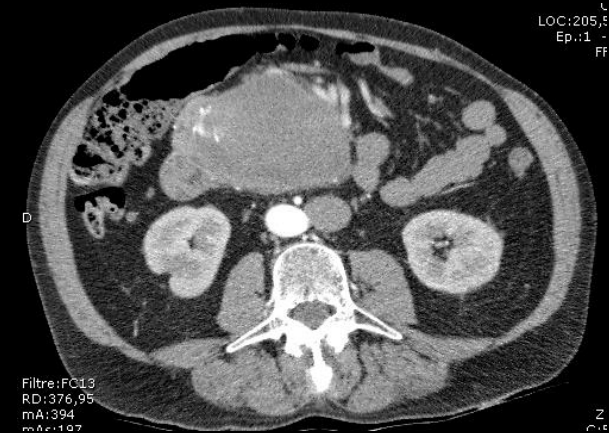
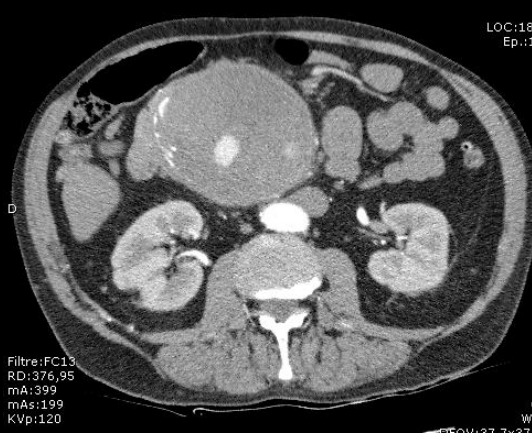
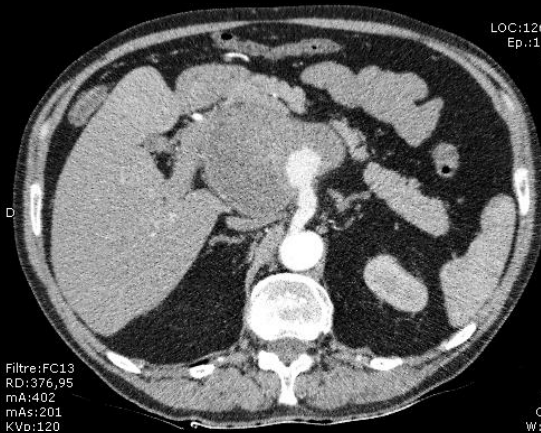
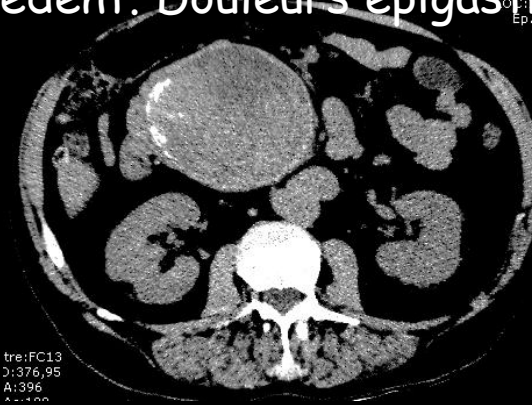
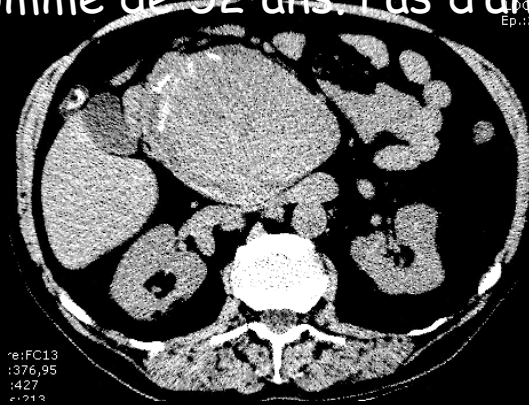
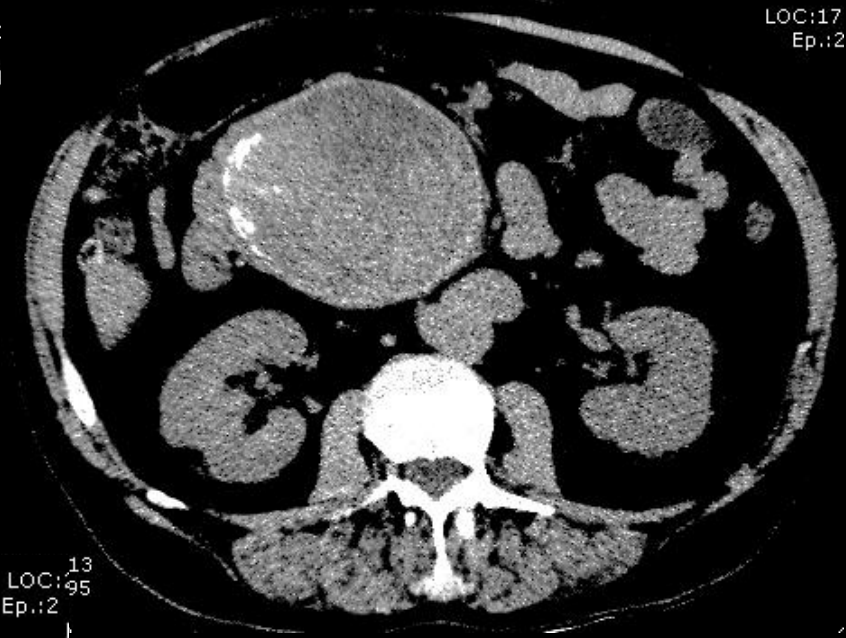
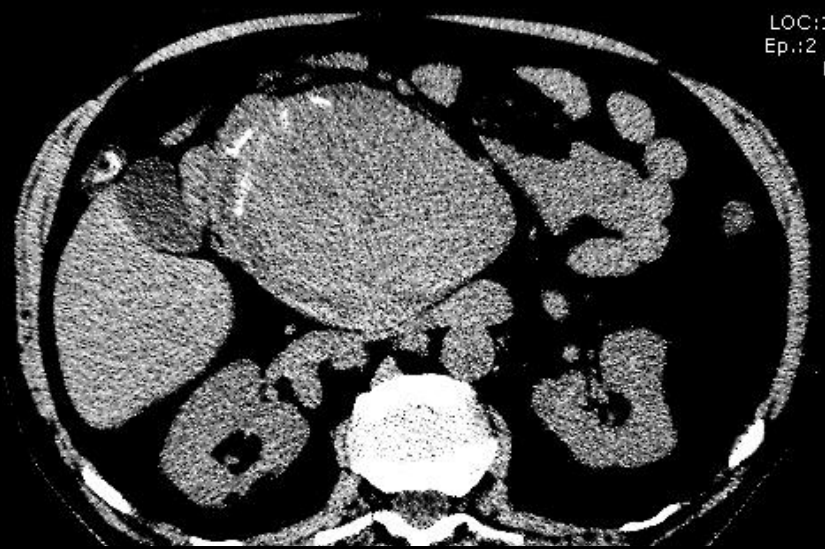


Homme de 52 ans. Pas d'antécédent. Douleurs épigastriques. Bilan avant fibroscopie

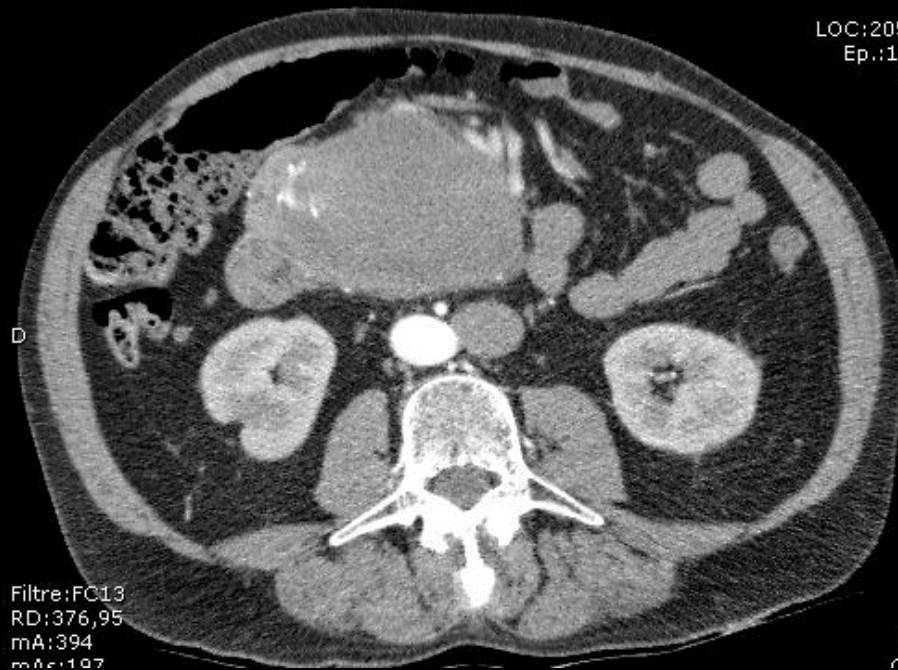
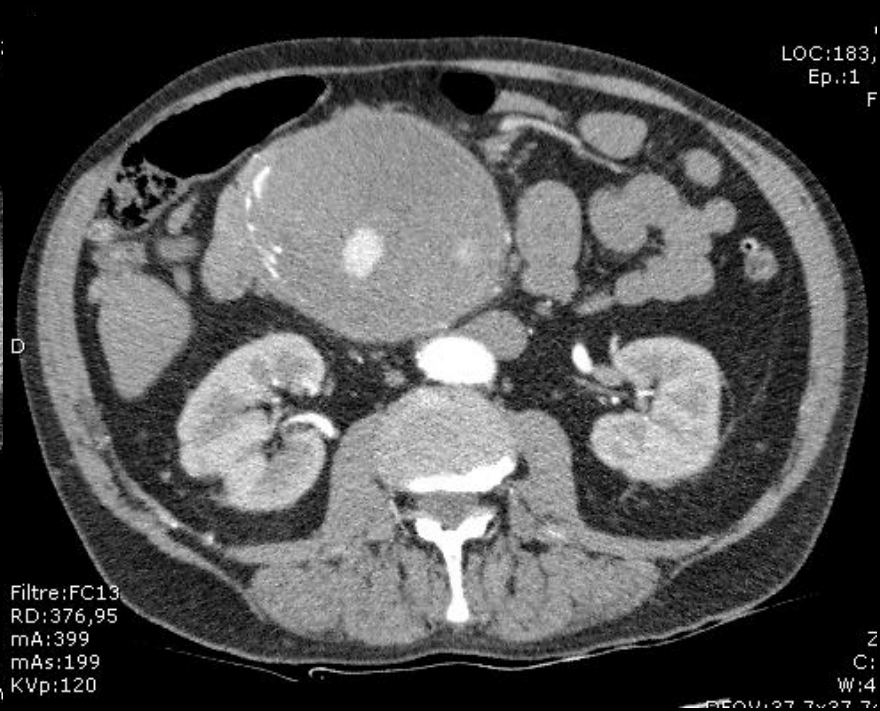
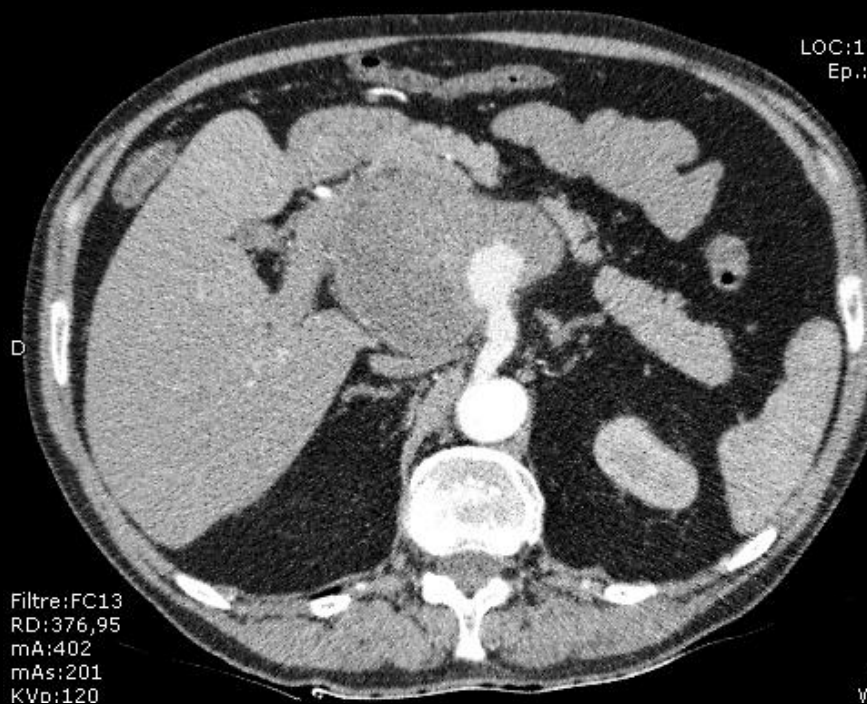


Homme **de 52** ans. Pas d'antécédent vasculaire. Douleurs épigastriques. CT avant injection de produit de contraste

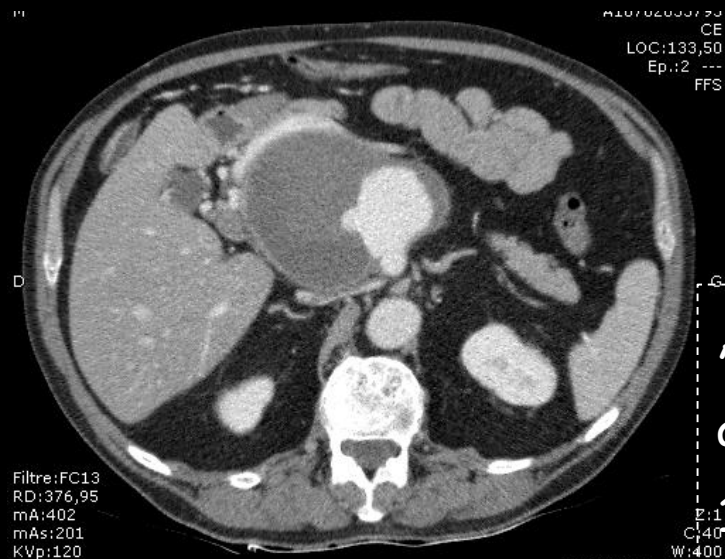
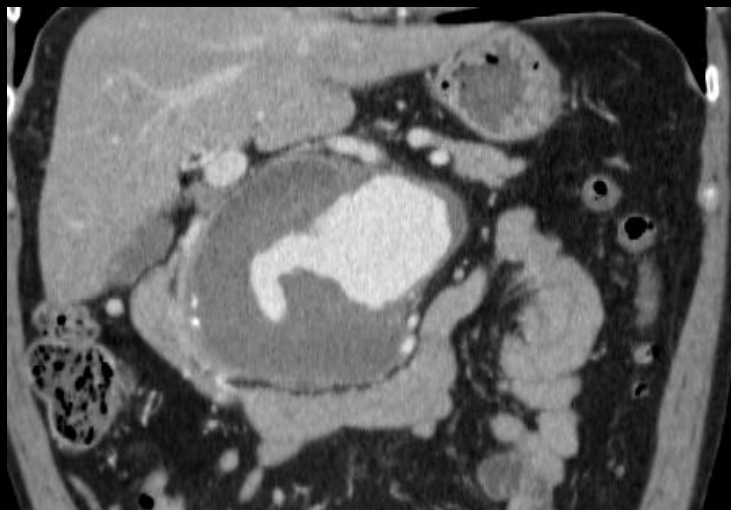


masse épigastrique à contenu spontanément hyperdense hétérogène, avec calcifications arciformes, très évocatrice d'un anévrisme d'une branche viscérale antérieure de l'aorte abdominale



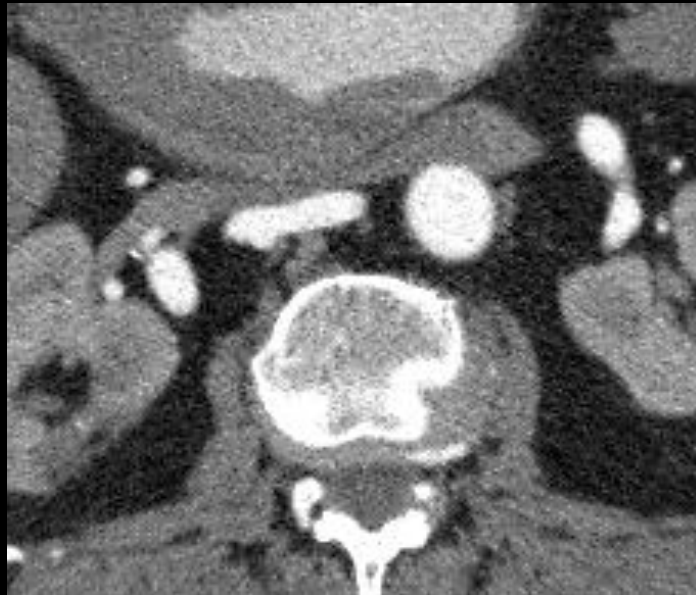
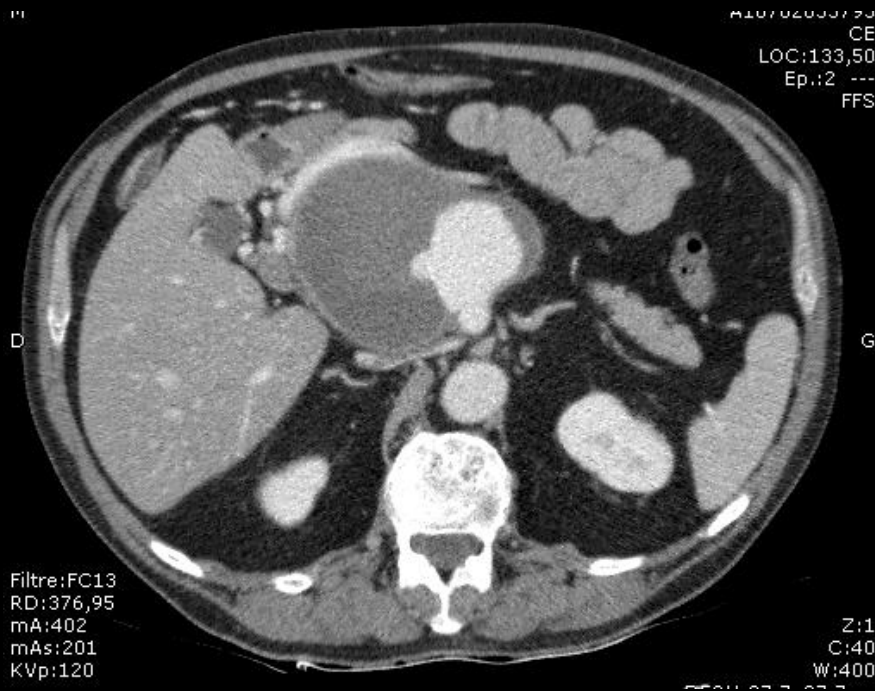


au premier passage, le chenal perméable  
a une taille proche de celle de l'aorte  
abdominale sous rénale normale; il est  
relativement bien centré avec un  
thrombus mural épais, siège de **volutés  
hyperdenses (crescent sign) en relation  
avec une "déstabilisation"** augurant d'une  
fissuration proche.



Anévrisme de l'artère mésentérique supérieure  
 avec volumineux thrombus mural, mesurant 125 x  
 105 x 110 mm

Calcifications athéromateuses arciformes  
 Effet de masse sur le tronc porte



Le tronc coeliaque est lui aussi le  
siège d'une dilatation fusiforme  
avec perte du parallélisme de ses  
bords

# les anévrysmes des branches viscérales de l'aorte abdominale

Anévrysmes des artères viscérales :

**Rares** : 0,2% de la population

AMS : 5,5% des anévrysmes

*Carter R, O'Keeffe S, Minion DJ, Sorial EE, Endean ED, Xenos ES:*

*Spontaneous superior mesenteric artery dissection: report of 2 patients and review of management recommendations. Vasc Endovascular Surg 2011, 45:295-298.*

**Bien faire la distinction +++++ entre**

**-les anévrysmes vrais** ;(athéromateux - ou - dysplasiques) lentement évolutifs

Dilatation localisée de plus de 1,5 fois le diamètre de l'artère

Leur paroi comporte les 3 couches normales : intima, média, adventice

**-les faux anévrysmes** : susceptibles d'évoluer vers la rupture en quelques jours à quelques semaines

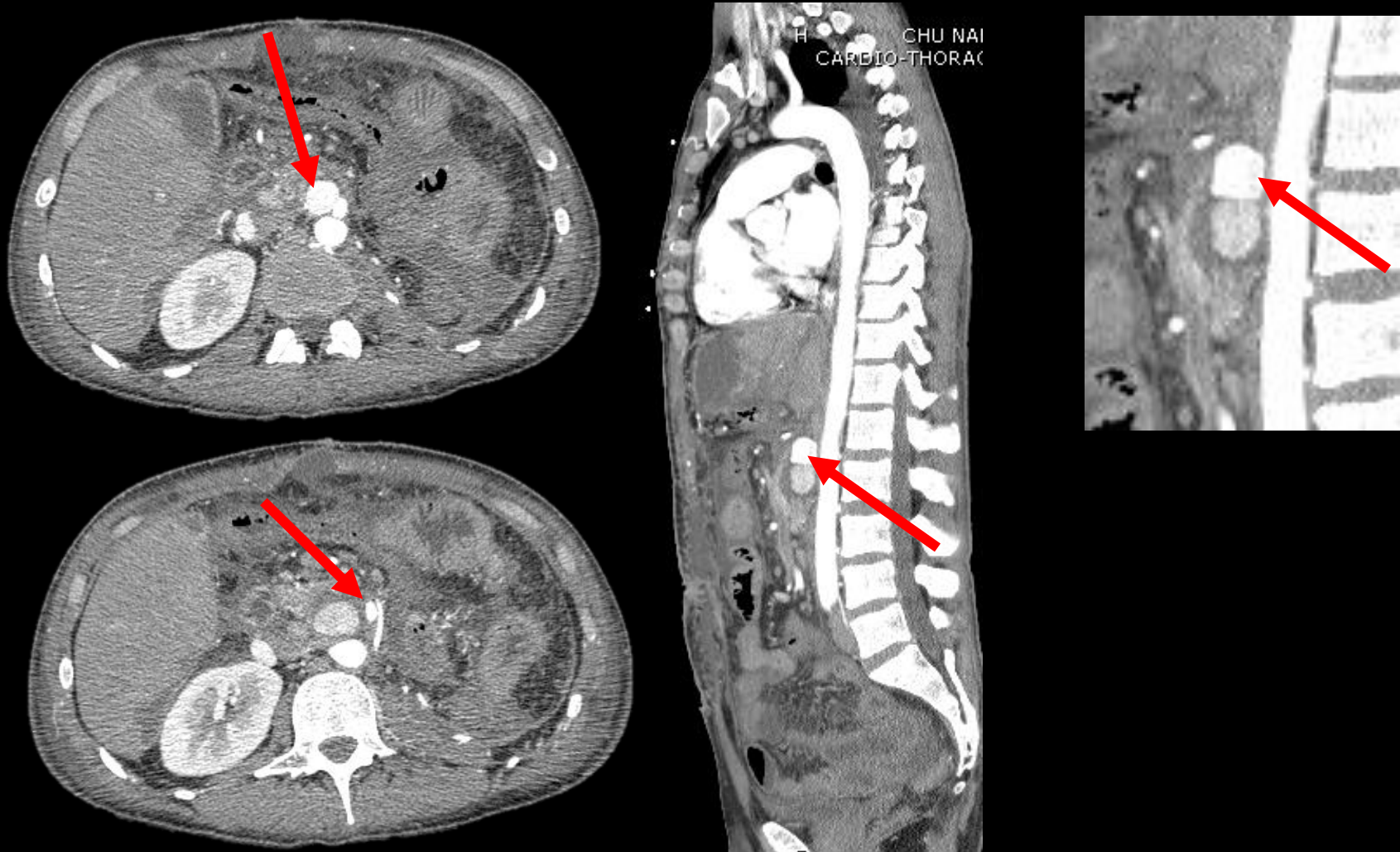
conséquence d'une destruction **subtotale** (préservant l'adventice) **ou totale** de la paroi artérielle (traumatisme perforant, infection par bactériémie, embolie septique, vascularite ...) avec formation d'une néo paroi par les tissus mous avoisinants.



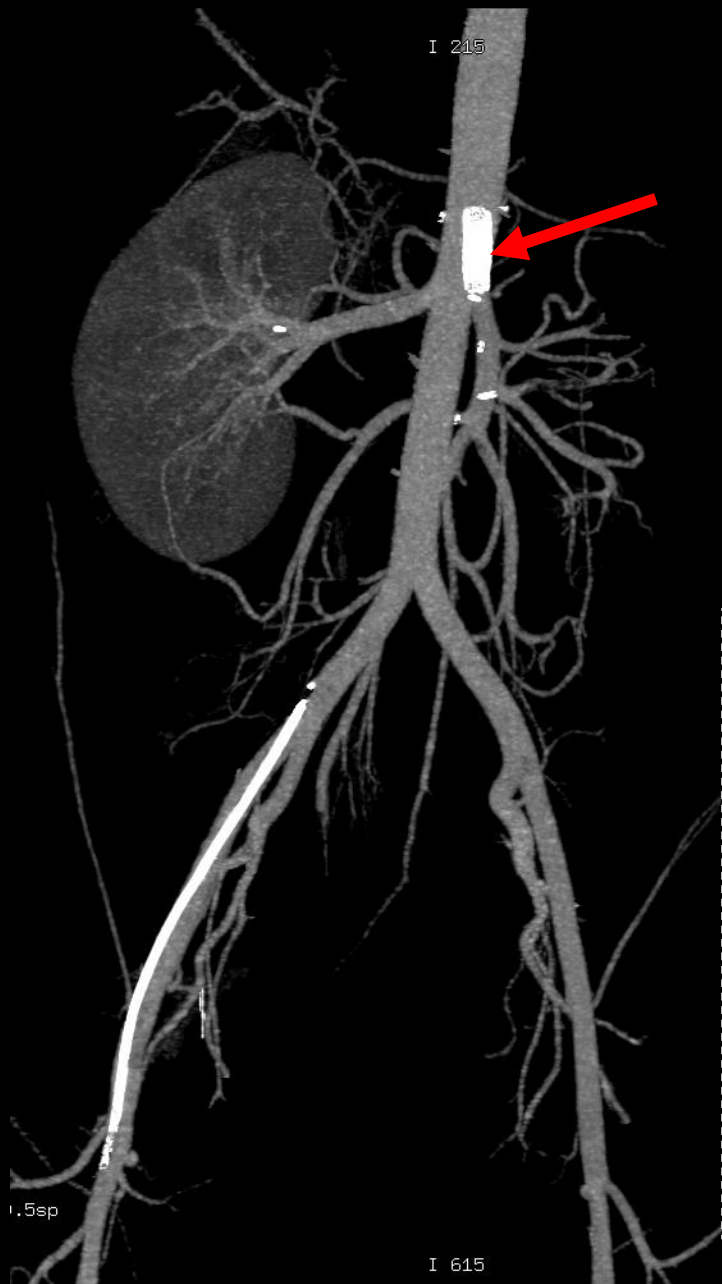
Patient de 23 ans . Masse rétro péritonéale: métastases ganglionnaires  
d'une tumeur testiculaire agressive (choriocarcinome)



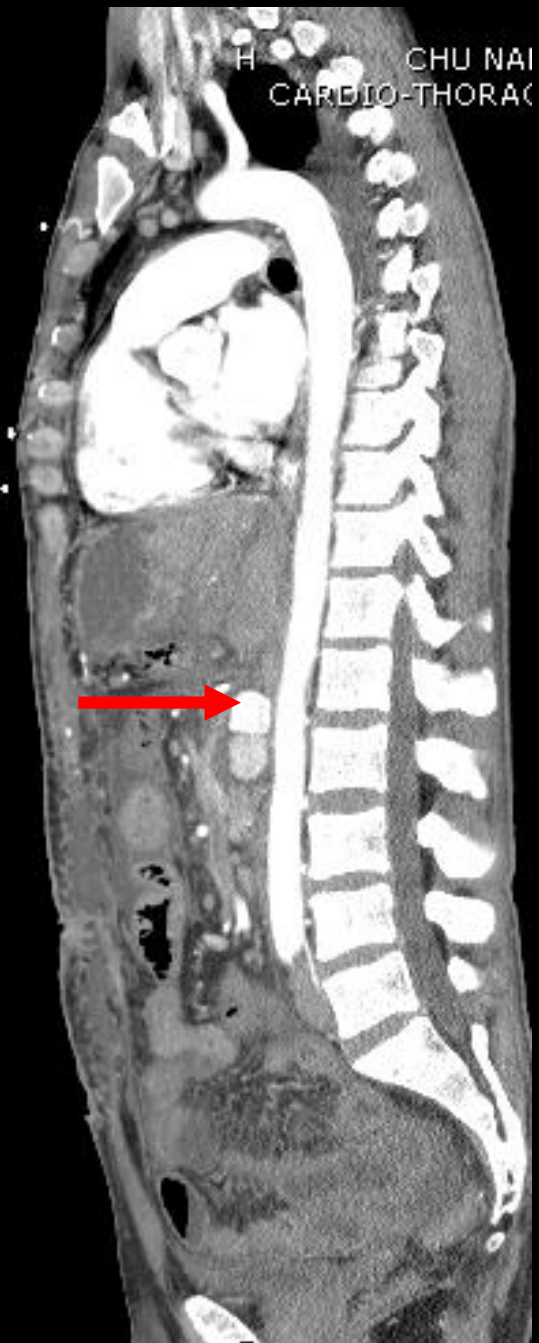
L'exérèse chirurgicale d'un résidu tumoral après radio-chimiothérapie se complique d'une surinfection bactérienne et d'un **faux anévrisme infectieux** (terme préférable à celui d'anévrisme mycotique) de l'AMS







L'exclusion du faux anévrysme est obtenue par mise en place par voie endovasculaire d'un stent couvrant le collet,



# bases physio-pathologiques des anévrysmes de l'AMS

- siègent entre 15 et 30 mm de son origine :
  - Zone de contraintes mécaniques maximum
  - Transition entre segments fixe et mobile
- asymptomatiques parfois
- se compliquent :
  - rupture :
    - AMS :
      - 60% des ruptures des artères viscérales
      - Indépendante de la taille
      - 22 à 40% de mortalité
  - thrombose
  - fistule duodénale exceptionnelles
  - projection d'embols

*Wagenhäuser MU, Sagban TA, Witte M, Duran M, Schelzig H, Oberhuber A. Isolated dissection of the superior mesenteric artery treated using open emergency surgery. World Journal of Emergency Surgery. 2014;9(1):47.*

# Etiologie des anévrysmes et faux anévrysmes de l'AMS

- **Athérosclérose** : 40 %
- **Endocardite** : 33%
  - Anévrysme mycotique
  - Staph Aureus, Streptocoque Hémolytique, Salmonelles
    - Triade fièvre, douleurs abdominales, masse pulsatile
    - Augmentation rapide de volume, pas de calcification, polylobé
- **Pancréatite** 12%
- Traumatisme
- Plus rare :
  - Vascularites (Behcet, Périartérite noueuse)
  - Syndrome d'Ehlers-Danlos type IV, dysplasie fibromusculaire



# Traitements

- Pas de consensus
- Traitement chirurgical Vs traitement endovasculaire

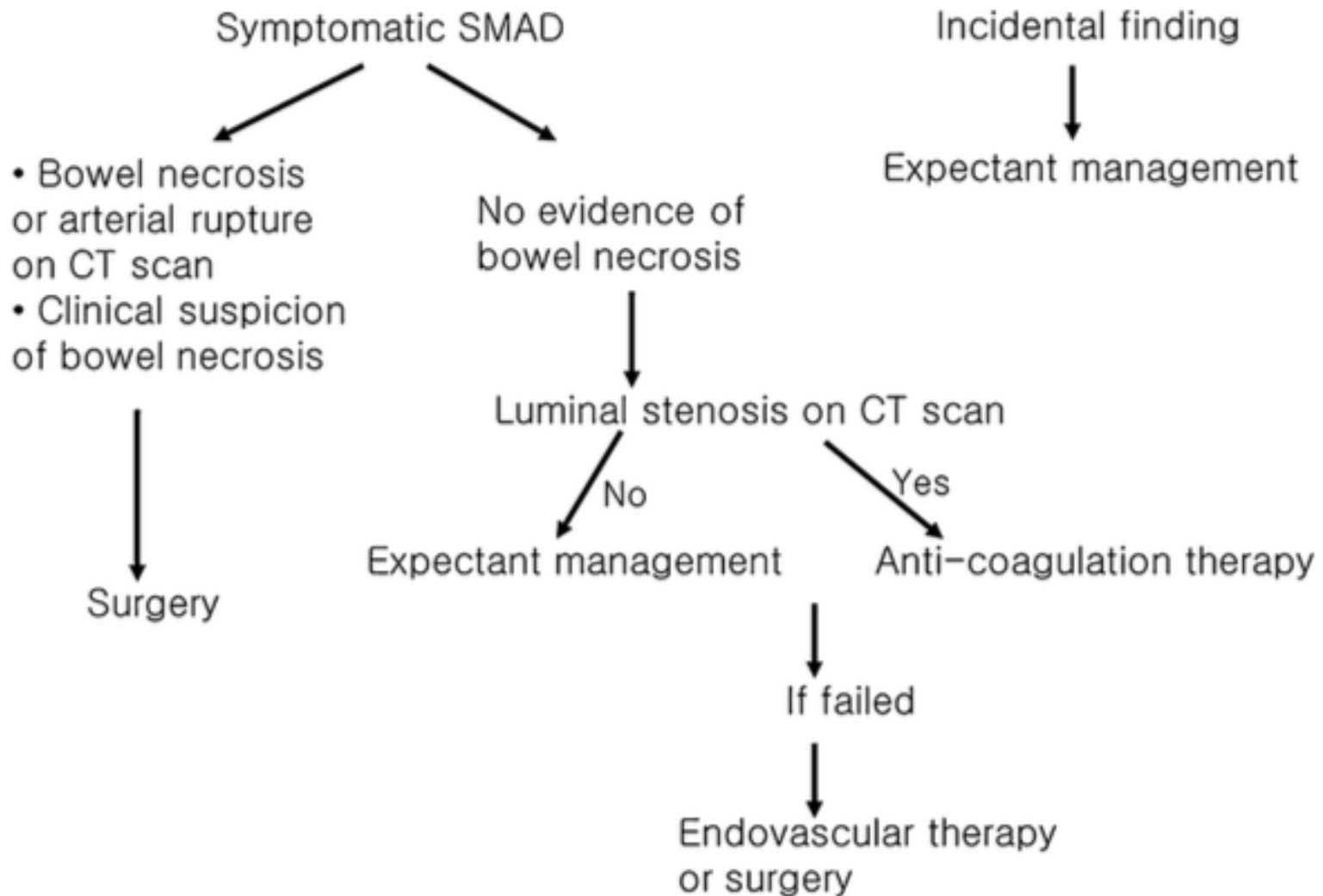


**Figure 10.** Variétés de pontages rétrogrades.

**A.** Pontage aortohépatique.

**B à D.** Pontage aortomésentérique : le risque de plicature a fait proposer différents trajets : pontage court rétrograde (B), pontage court antérograde (C), pontage long en C (D).

**E à G.** Pontages iliomésentériques en C : simple (E), par la droite (F), cravatant la rénale gauche (G).



Cho BS, Lee MS, Lee MK, Choi YJ, Kim CN, Kang YJ, et al. Treatment Guidelines for Isolated Dissection of the Superior Mesenteric Artery Based on Follow-up CT Findings. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2011 Jun;41(6):780-5.

# Conclusion

Anévrysmes des artères digestives

Touchent principalement l'AMS

Rupture indépendante de la taille

Prise en charge chirurgicale précoce

Mortalité importante

Urgence chirurgicale



*Amahzoune B et al. Manifestations artérielles de la maladie de Behçet : à propos de 5 cas opérés. Arch Mal Coeur Vaiss 2002*

*Buchs NC et al. Mycotic aneurysm of the superior mesenteric artery. Surgery 2013*

*Messina LM, Shanley CJ. Visceral artery aneurysms. Surg Clin North Am 1997*

*Silver SE. Ruptured mycotic aneurysm of the superior mesenteric artery that was due to cardiobacterium endocarditis. Clin Infect Dis 1999*

*Tijani Y et al. Anévrysme infectieux d'une branche de l'artère mésentérique supérieure. Journal des Maladies Vasculaires. 2014 Feb*