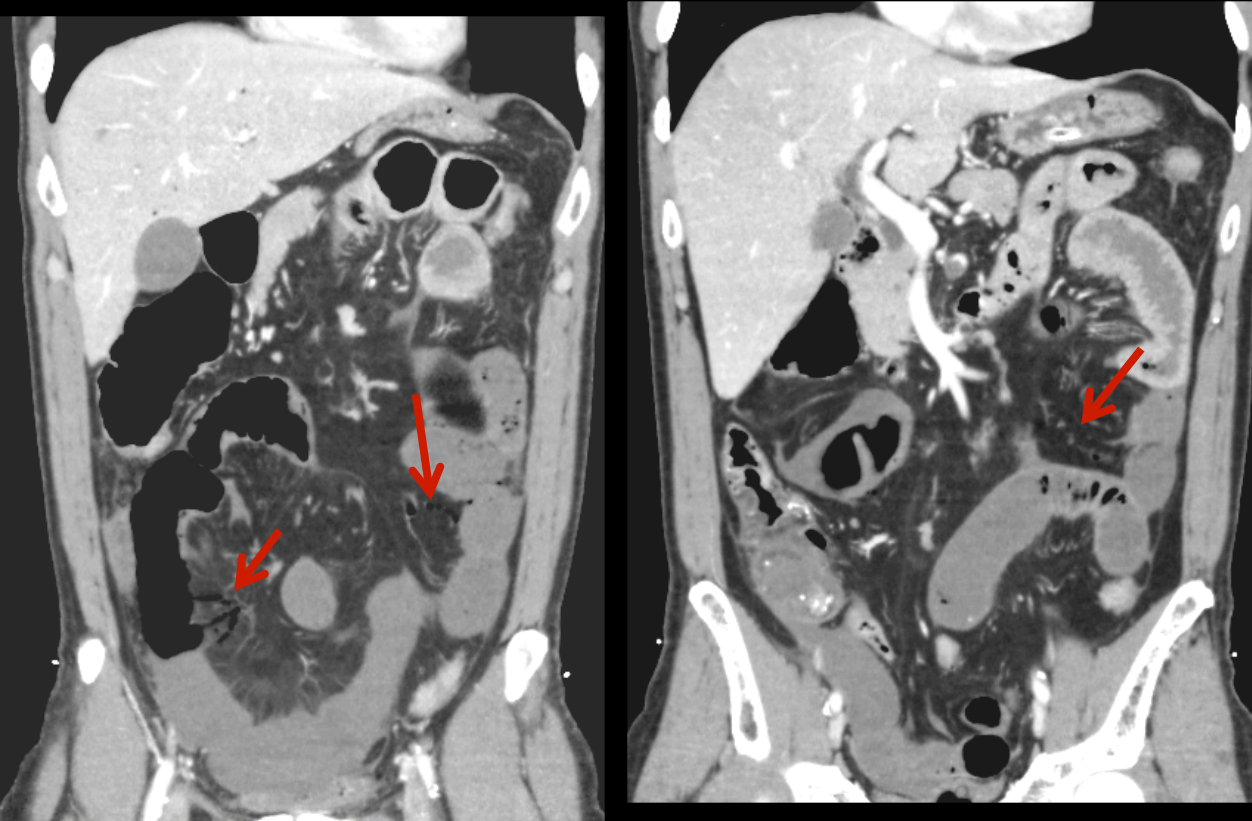


homme 73 ans, hypertendu connu ; douleurs abdominales aiguës intenses évoluant depuis 24 heures, ballonnement. Pas de signe d'irritation péritonéale. TA 9/7. Quels sont les éléments significatifs à retenir sur ces reformations frontales



-la lecture de toute image scanographique injectée doit commencer par une évaluation de la chronologie de l'acquisition par l'utilisation des "horloges biologiques" que sont les opacifications vasculaires -ici le rehaussement du tronc porte, du même niveau que celui des artères iliaques ; le rehaussement massif des sinusoides hépatiques avec opacification des branches veineuses efférentes segmentaires témoigne d'une acquisition à la phase d'équilibre c'est-à-dire **70 secondes après injection de produit contraste**

observation. Dr Ababacar Mbengue Dakar

-dans ces conditions, on peut affirmer l'absence de rehaussement des parois des anses idéales et jéjunales distales qui contraste avec un rehaussement normal des parois épaissies des premières anses jéjunales. Le contenu des anses à parois non rehaussées est de densité très élevée est hétérogène. Le colon ascendant a également des parois épaissies et rehaussées

-des images gazeuses d'aéromésentérie sont observés à divers niveaux des veines de drainage..

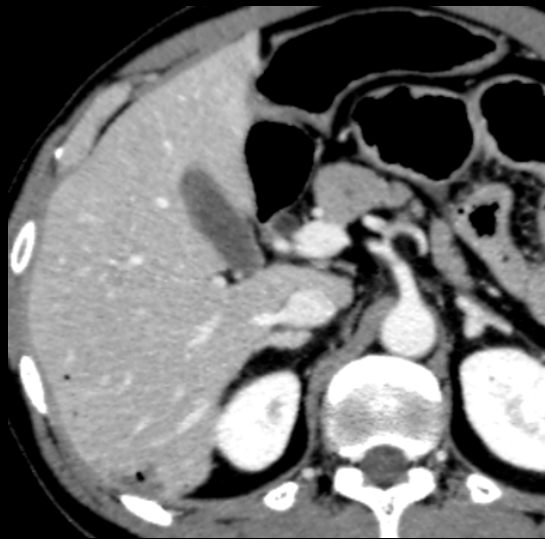
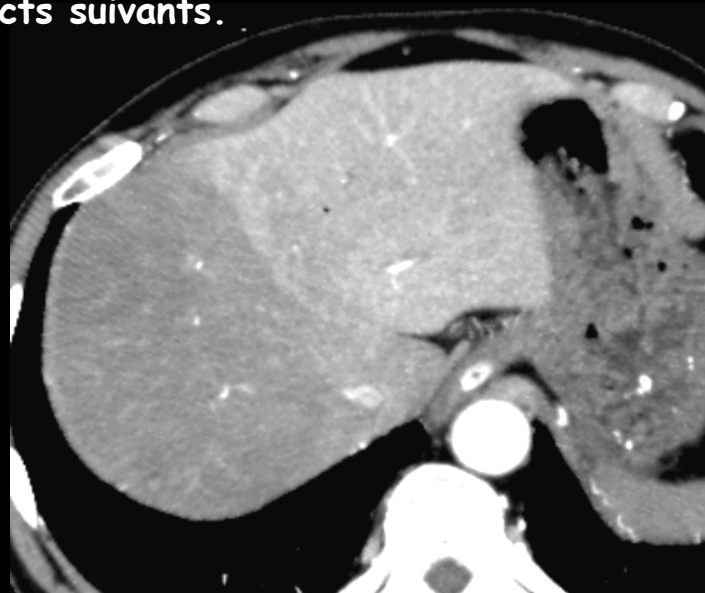
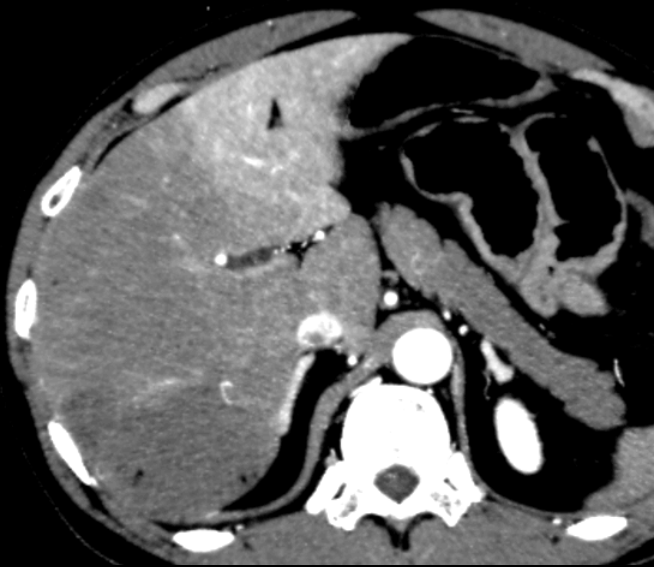


les reformations coronales MIP en coupe épaissies confirment l'absence de rehaussement des parois de la majeure partie des anses grêles (à l'exception de la première en jéjunale dont les parois sont épaissies), de même que celles du caeco-ascendant

la différence de densité du contenu de la lumière des anses aux parois non rehaussées est également parfaitement objectivée

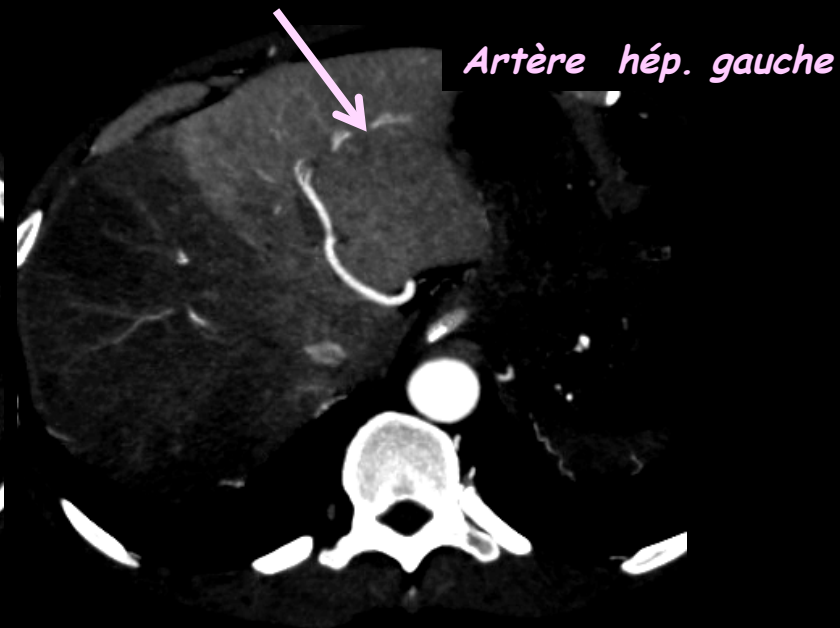
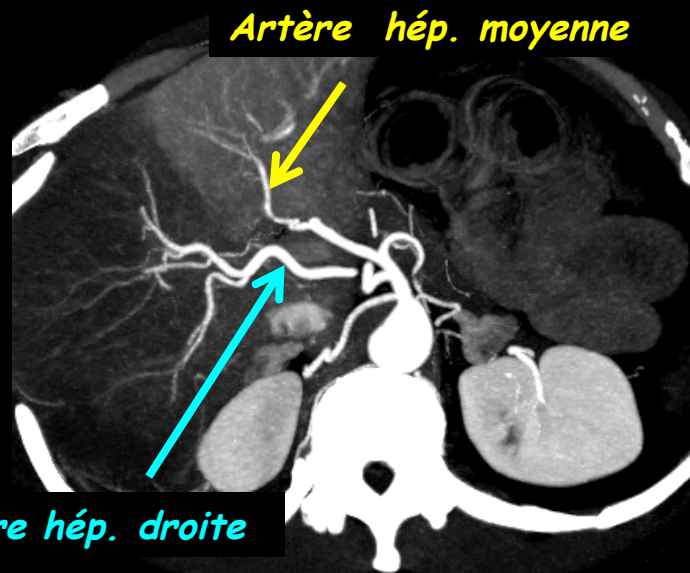
enfin l'opacification de l'axe veineux mésentérico-portal et des veines hépatiques est de bonne qualité, tandis que l'on constate une nette diminution de l'opacification des branches veineuses efférentes de l'ensemble des segments pathologiques.

au cours du même examen ,l' exploration de l'étage sus-mésocolique à la phase artérielle différée puis à la phase portale montre les aspects suivants.



comment peut-on expliquer les variations de perfusion du foie gauche et du foie droit observées à la phase artérielle différée qui disparaissent la phase portale





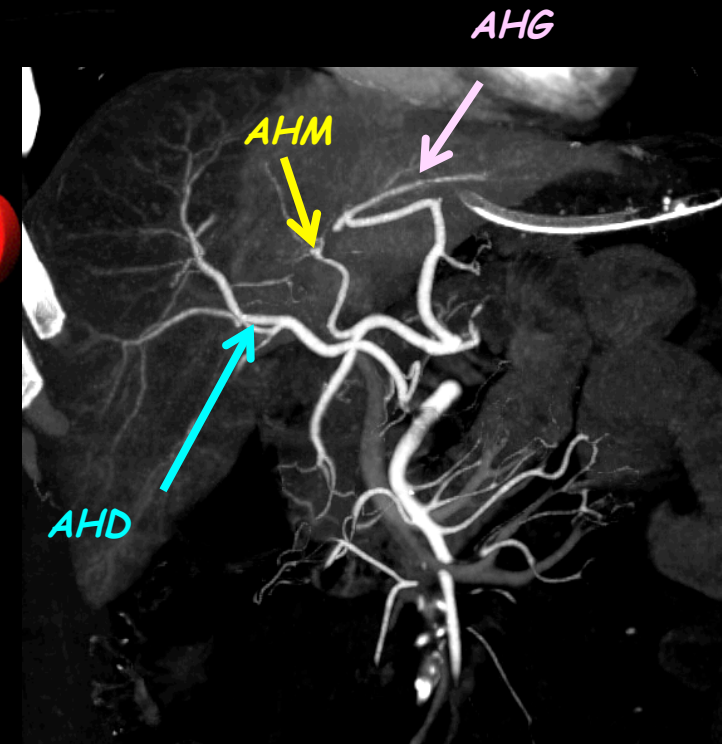
Artère hép. droite

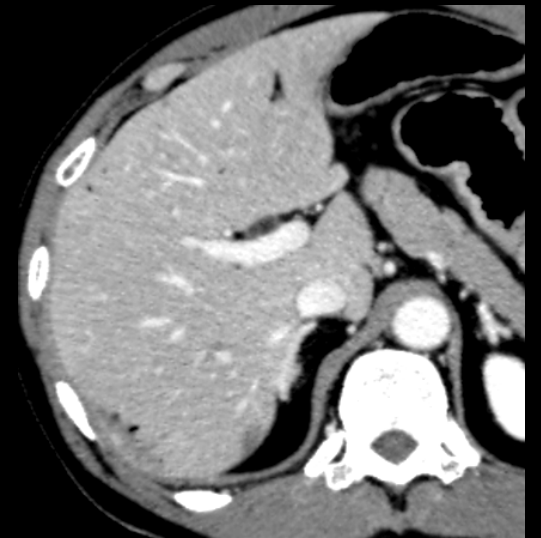
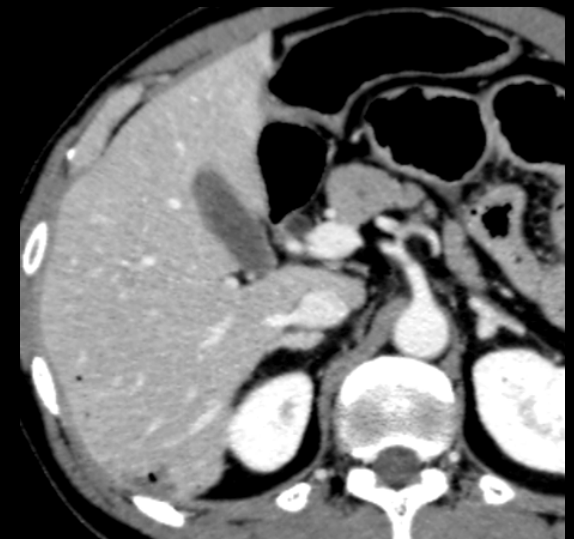
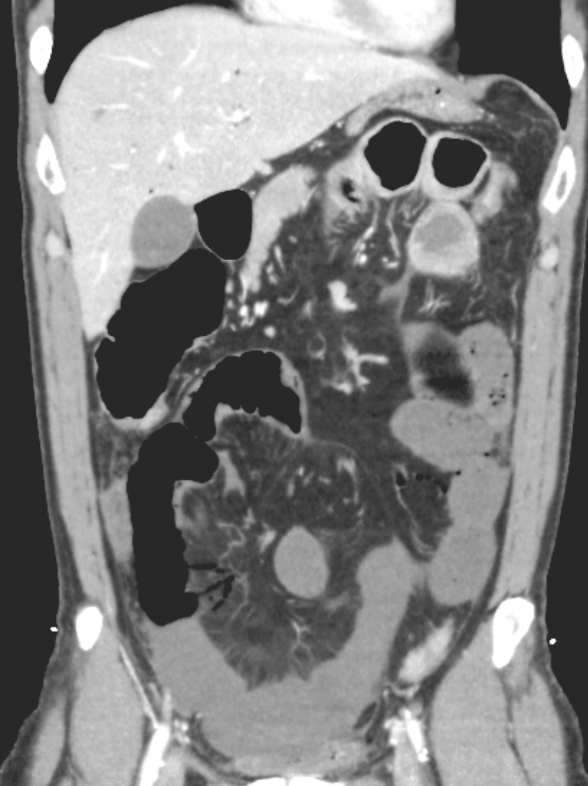
Artère hép. gauche

les coupes épaissies en MIP de l'étage sus-mésocolique, à la phase artérielle différée apportent déjà un élément d'explication

la reformation coronale MIP en coupe épaissie confirme bien sûr la présence de trois artères hépatiques.

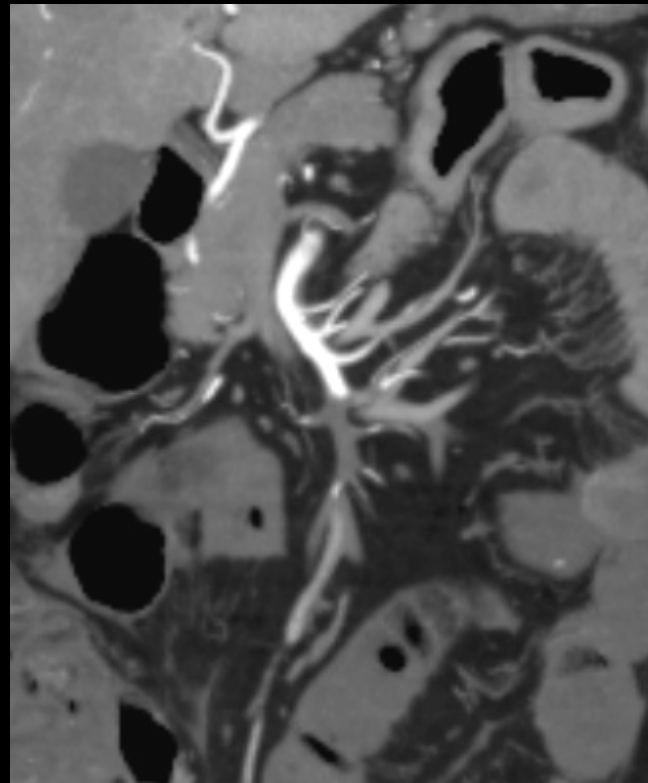
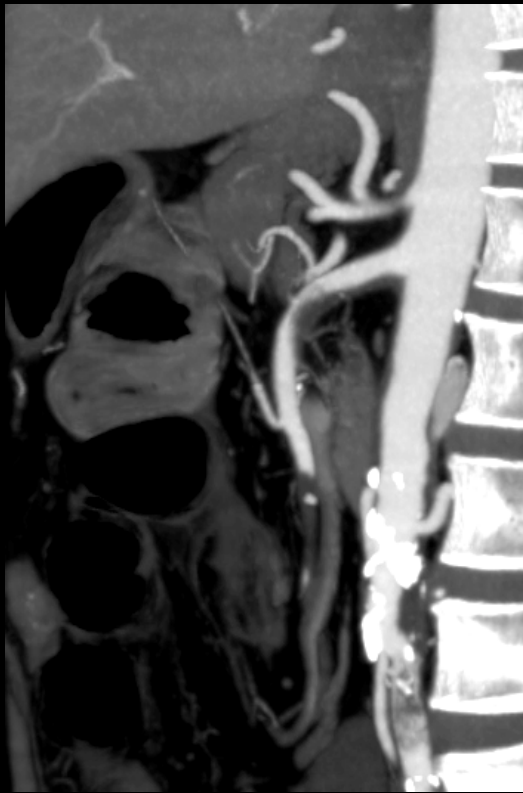
- .une artère hépatique droite (branche de l'AMS)- foie droit
- .une artère hépatique gauche (branche de la gastrique gauche)-foie lot gauche
- .une artère hépatique moyenne (branche du tronc coeliaque)-secteur médial gauche (segments IV et I)





-notre conclusion actuelle ne peut bien entendu être que celle d'une **ischémie majeure du territoire de l'artère mésentérique supérieure** avec infarctus transmural de la quasi-totalité du grêle et signe d'une souffrance ischémique subaigu des premières anses jéjunales ainsi que du caeco-ascendant.

-il ne s'y surajoute les signes ischémiques de l'étage sus-mésocolique avec en particulier de **petites zones périphériques d'infarctus sous capsulaire dans le segment VII**



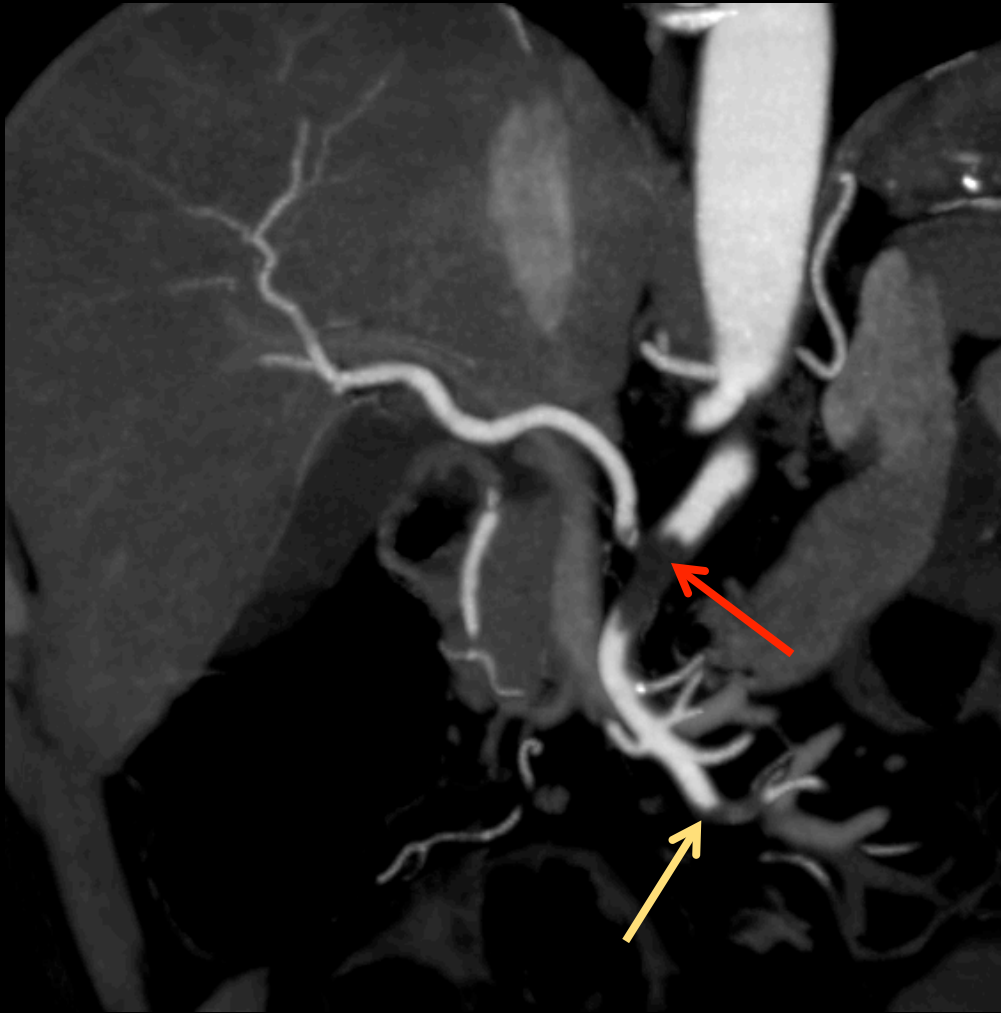
les reconstructions
en coupes épaissies
MIP au temps
artériel différé, à
orientation
vasculaire montre les
aspects suivants .
**Quel est votre
diagnostic étiologique**



-il s'agit bien sûr d'une **embolie du tronc de l'artère mésentérique supérieure** (et non d'une thrombose comme on le voit si souvent écrit dans les comptes-rendus).

-les arguments qui plaident en faveur sont :

- .le **siège tronculaire** et la morphologie de l'arrêt de la colonne opaque , brutal, dans une zone sans athérome calcifié pariétal.
- .les **arguments épidémiologiques** ; dans les ischémies aiguës, une **embolie est en cause dans au moins 50 % des cas** tandis que les thromboses aiguës ne sont en cause que dans 20 % des cas et siègent dans les régions tronculaires proximales, juxta-ostiales.



une étude plus détaillée montre un élément supplémentaire pour expliquer la sévérité des lésions ischémiques du foie droit.

en plus de la variante anatomique, il existe en fait **deux embolies**, l'un dans la partie moyenne du tronc de l'artère mésentérique supérieure, responsable des lésions ischémiques intestinales, l'autre plus proximal qui obstrue partiellement l'origine de l'artère hépatique droite.

messages à retenir

-un processus embolique est en cause dans plus de 50 % des ischémies aiguës viscérales et ceci doit toujours être présent à l'esprit car la recherche de la cause est impérative (TACFA , infarctus du myocarde avec migration d'un thrombus mural ,hypokinésie cardiaque , valvulopathies , embolie paradoxale par defect septal ou foramen ovale perméable...)

-l'embolie de l'artère mésentérique supérieure siège généralement dans la région tronculaire moyenne ; sa particulière gravité est liée au fait que l'embole obstrue toutes les branches jéjuno-idéales s'implantant à son niveau . De ce fait les réseaux vicariants ne peuvent être mis en œuvre.

A l'inverse, dans les thromboses aiguës de l'artère mésentérique supérieure, l'obstacle endoluminal est généralement proximal, juxta-ostial et , dans ces conditions , la vicariance par les arcades pancréatico-duodénales permettant la perfusion du réseau mésentérique par le tronc cœliaque, évite le plus souvent la constitution de lésions massives du grêle

-l'embolie de l'artère mésentérique supérieure est la cause qui , potentiellement , peut donner les meilleurs résultats par les traitements chirurgicaux ou endovasculaires de désobstruction. Le problème est essentiellement celui du diagnostic rapide et précis. Lorsqu'un tableau d'ischémie aiguë intestino-mésentérique survient brutalement chez un patient sans antécédents évocateurs d'une artérite chronique mésentérique (angor mésentérique : douleurs abdominales postprandiales précoces, peur alimentaire, perte de poids...) il est fondamental de recourir d'urgence à angio-scanner abdominal pour confirmer le mécanisme de l'ischémie (embolie de l'AMS ++, dissection...) ,et instituer le traitement adéquat (désobstruction ou , le plus souvent , résection des segments nécrosés).