

ARTÉRIOPATHIE DIGESTIVE

Conférence

Pr :Boucherit Abdelhakim

Année universitaire 2019/2020

PLAN

- Objectifs pédagogiques
- Définition
- Population a risque
- Epidémiologie
- Rappel anatomique
- Physiopathologie
- Diagnostic

Clinique
Examens complémentaires

- Traitement
- conclusion

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Savoir définir
- Savoir identifier les populations a risques
- Diagnostiquer et proposer un traitement

definition

L'arteriopathie digestive est une oblitération chronique ou aiguë des artères digestives **le plus souvent d'origine athéromateuse.**

On distingue classiquement deux tableaux:

l'ischémie chronique

l'ischémie aiguë

- L'artère mésentérique supérieure est de loin la plus contributive à la perfusion artérielle digestive. Son atteinte est responsable de l'essentiel des artériopathies digestives. Celles-ci ne se limitent cependant pas à ce vaisseau. Des pathologies non artérielles ou développées à partir d'autres vaisseaux (tronc cœliaque) peuvent donner des tableaux similaires

Population a risque

- La maladie athéromateuse est la plus fréquente
- .L' artériopathie digestive est l'expression locale d'une maladie systémique dont le pronostic est conditionné par les complication cardiaques et cerebrovasculaires .
- La connaissance des facteurs de risques Cardio vasculaire est importante pour la prise en charge clinique et thérapeutique.

EPIDÉMIOLOGIE

- Urgence Vitale : chirurgie le plus souvent
- Incidence en augmentation

1/1000 à 1/200 hospitalisations pour douleur abdo

Chang, Ann Vac Surg, 2003

Martinez, Emerg Med Clin North, 2004

- Grave : mortalité 50 à 70 % (selon étiologie) :
 - 59 % si embolie artérielle
 - 62 % si thrombose artérielle

Endean et Al , Ann Surg 2001

Shoots, BRJ Surg, 2004

ANATOMIE

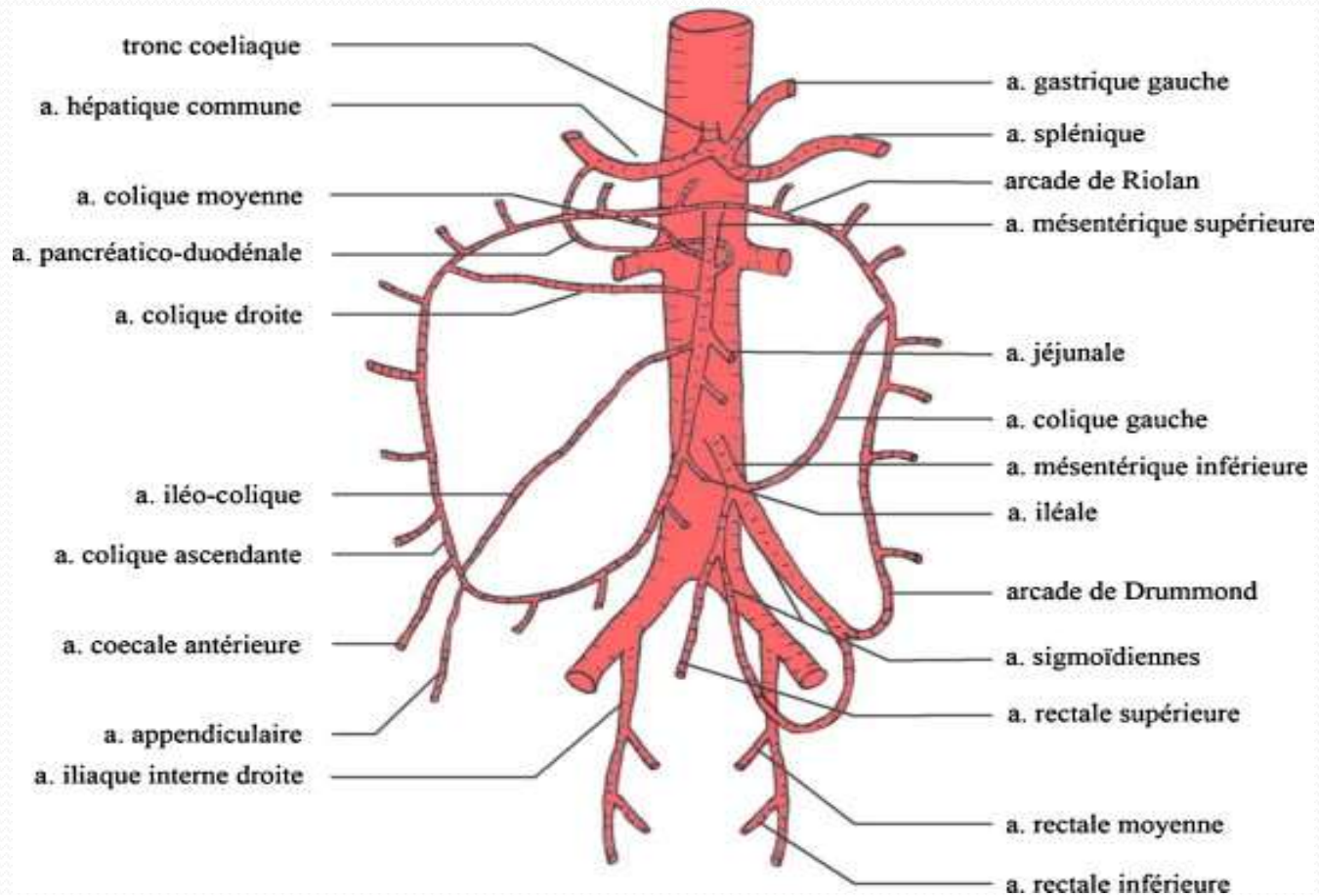
- Les tronc coeliaque:
 - . le tronc cœliaque, qui naît au niveau de D12 sous l'orifice aortique du diaphragme, donne successivement l'artère gastrique gauche, puis se divise en hépatique et splénique, et assure la vascularisation de l'étage sus-mésocolique

ANATOMIE

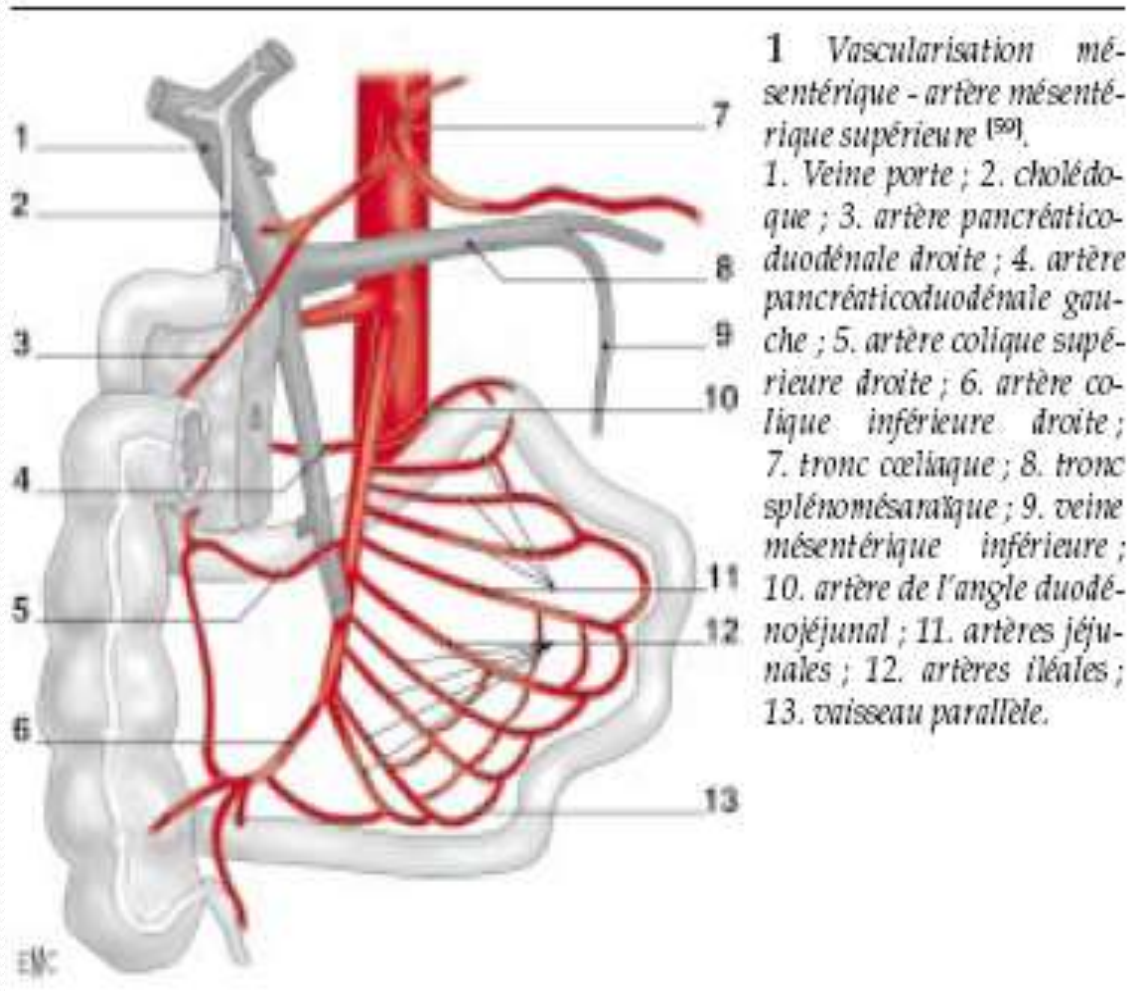
- **Artère mésentérique supérieure:** l'artère mésentérique supérieure (AMS) naît au niveau de L₁, peu avant les artères rénales. Elle pré croise la veine rénale gauche en arrière du pancréas dont elle croise le bord inférieur pour passer en avant du troisième duodénum et cheminer dans la racine du mésentère pour donner des branches jéjunales, iléales et se terminer en iléo-cæco-appendiculaire en participant à la vascularisation du pancréas et du côlon droit jusqu'au transverse, et en donnant la vascularisation de l'ensemble du grêle

ANATOMIE

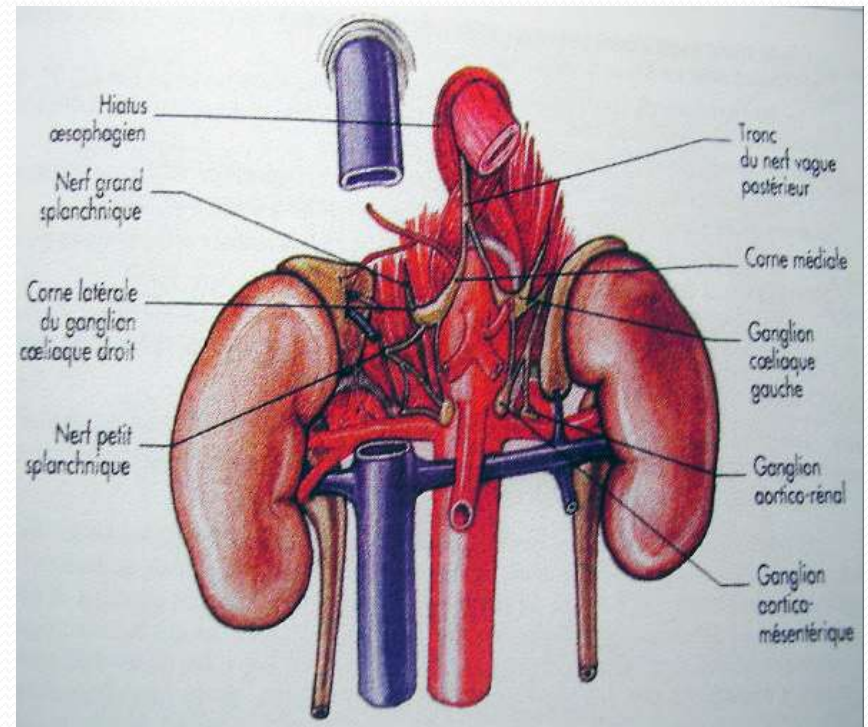
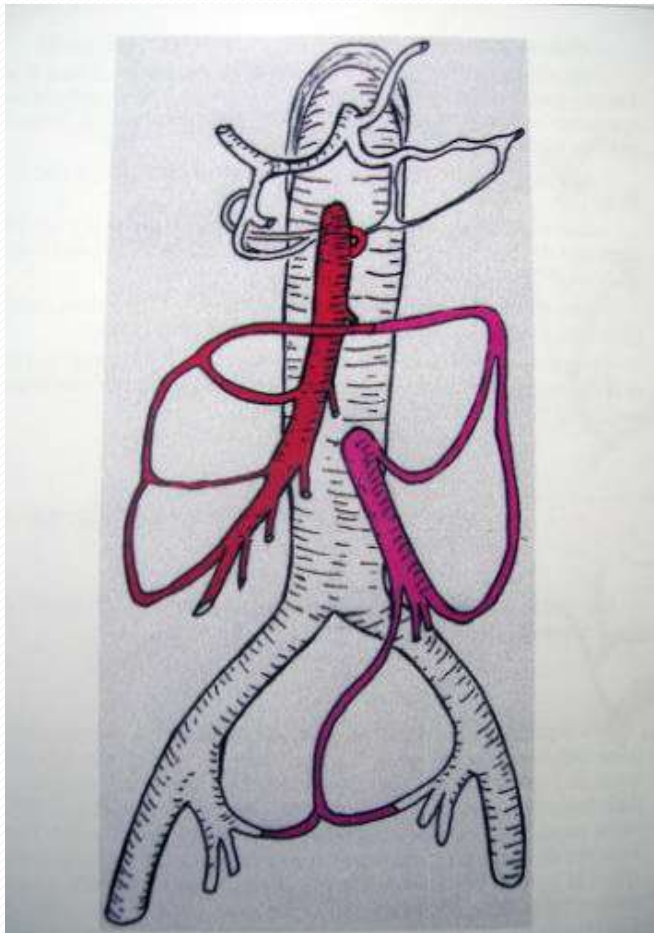
- **Artère mésentérique inférieure:** l'artère mésentérique inférieure (AMI) naît en regard de L3 pour se diviser d'emblée dans le méso côlon gauche qu'elle vascularise depuis le transverse jusqu'au rectum, où elle se termine en artère hémorroïdale supérieure, anastomosée avec les hémorroïdales moyennes, branches de l'hypogastrique
- les artères hypogastriques droite et gauche, naissant de la bifurcation iliaque primitive, participent à la vascularisation colorectale et assurent la vascularisation pelvienne.
- En sachant qu'il ya beaucoup de variations anatomiques



ANATOMIE



ANATOMIE



VASCULARISATION SPLANCHNIQUE

Troncs principaux	Branches artérielles	Territoire vascularisé
Tronc coélique	Art. Gastrique gauche Art. Splénique Art. Hépatique	Estomac, duodénum, Pancréas, rate, foie
Art. Mésentérique Supérieure	Art. Pancréatico duodénale inf. Art. Colique transverse Art. Colique droite Art. Jéjunales et iléales Art. Iléo colique	Jéjunum, iléon, colon droit Et moitié droite du colon Transverse.
Art. Mésentérique Inférieure	Art. Colique gauche Art. Sigmoidiennes Art. Hémorroïdale sup.	Colon gauche et moitié Gauche du colon transverse, Sigmoides et haut rectum .

physiopathologie

ischémie intestinale chronique

Le débit sanguin digestif dépend des besoins métaboliques du

Tractus digestif et représente entre 20 et 35 % de la consommation totale de l'organisme en oxygène. Lorsque la demande métabolique augmente en période post prandiale, le débit sanguin splanchnique est donc majoré. L'hyperémie est maximale dans l'heure qui suit l'arrivée des aliments ingérés et elle dure environ 5 heures.

En cas d'obstruction artérielle, l'hypoperfusion post-prandiale relative explique l'ischémie responsable des douleurs.

L'intensité des symptômes et leur durée sont proportionnelles au volume, à la composition des aliments ingérés

physiopathologie

ischémie intestinale aiguë

- lors d'une occlusion artérielle aiguë ou un bas débit une ischémie permanente aboutit à un infarctus

PHYSIOPATHOLOGIE

Bas débit  **Ischémie**

Infarctus  **Nécrose**


Décès

DIAGNOSTIC

- ISCHÉMIE CHRONIQUE

- L'ischémie digestive chronique touche le sujet âgé, et prédomine chez la femme elle est peu fréquente et témoigne d'une maladie athéromateuse évoluée et diffuse

Ischémie mésentérique artérielle aiguë	Douleurs brutales péri ombilicales, en FIDt, paroxysmes, vomissements, ténésmes, ventre souple, plat sans défense, BHA +++
Infarctus mésentérique	Douleurs diffuses, diarrhées sanglantes, AEG, déshydratation, état choc, abdomen distendu, silencieux avec défense
Thrombose mésentérique veineuse	Douleurs progressives, nausées, gêne pesanteur, abdomen météorisé avec défense, perception d'un boudin
Ischémie aiguë non occlusive	Douleurs abdominales dans un contexte de défaillance circulatoire aiguë
Ischémie mésentérique chronique	Epigastralgies, douleurs péri ombilicales intenses 15-30mn postprandiales, disparition progressive, atténuées par la TNT, amaigrissement

CLINIQUE

Signes fonctionnels C'est la triade

- Douleur abdo post prandiale : elle correspond à la claudication du grêle, précoce et constante et le plus souvent péri ombilicale. Son intensité augmente avec l'évolution des lésions
- Crainte de s'alimenter = dénutrition
- Amaigrissement.

Signes physiques

un souffle abdominal inconstant et peu sensible

DIAGNOSTIC

ISCHEMIE INTESTINALE AIGUE

Elle est définie par l'interruption de la vascularisation digestive en rapport avec une occlusion artérielle aiguë par embolie, thrombose ou dissection sa prise en charge est une urgence absolue

Le problème de fond est celui de faire un diagnostic précoce au stade d'ischémie réversible

Et les populations à risque sont des sujets plus de 60 ans, antécédents de maladie athéroscléreuse connue et cardiopathie emboligène

Le traitement est une urgence absolue, le pronostic très mauvais et dépend de l'étendue de la nécrose intestinale.

Signes physiques

Stade réversible : douleur intense et absence de signes péritoneaux

Stade constitué : douleur permanente sans occlusif et état de choc



LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Examens biologiques manquent de spécificité et de sensibilité.
- Les examens radiologiques :
 - 1/l'examen écho-doppler: recherche une sténose ou occlusion du tronc cœliaque et des artères mésentériques. et recherche d'autres localisations de la maladie atheromateuse
 - 2/l'angio TDM: pose le dg des lésions artérielles ,etudies les differentes vascularisations de suppléance et permet d'éliminer d'autres étiologies (pancratite, tm pancreas, tm rétro péritonéale) et indiquer en urgence

- 
- 3/angio IRM est réalisée en cas de contre indication au scanner(insuffisance rénale non dialysée)
 - 4/l'arteriographie :garde son importance dans les artériopathies digestives , est indiquée surtout quand on décide de procéder à un traitement endovasculaire.



RADIOLOGIE

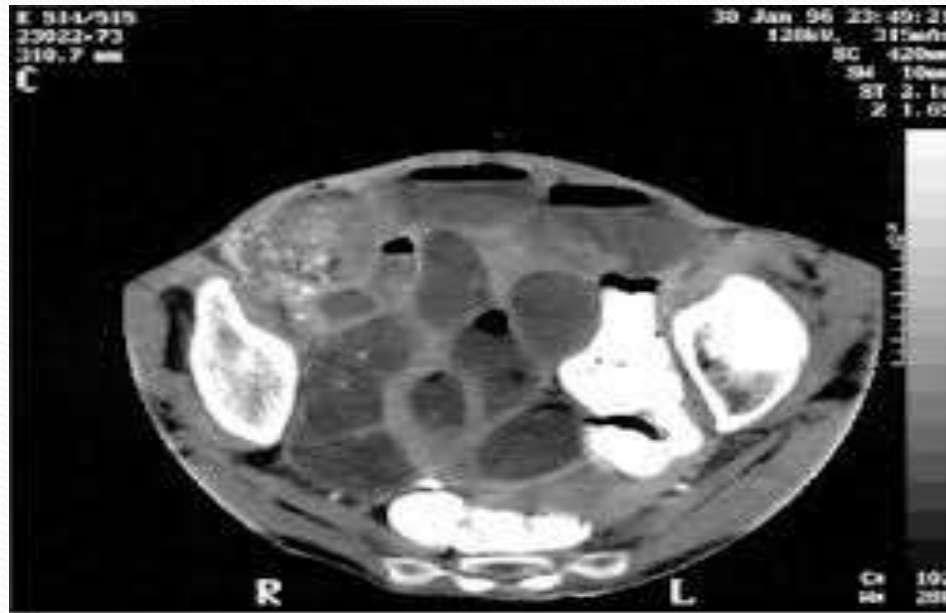


ANGIOSCANNER MÉSENTÉRIQUE

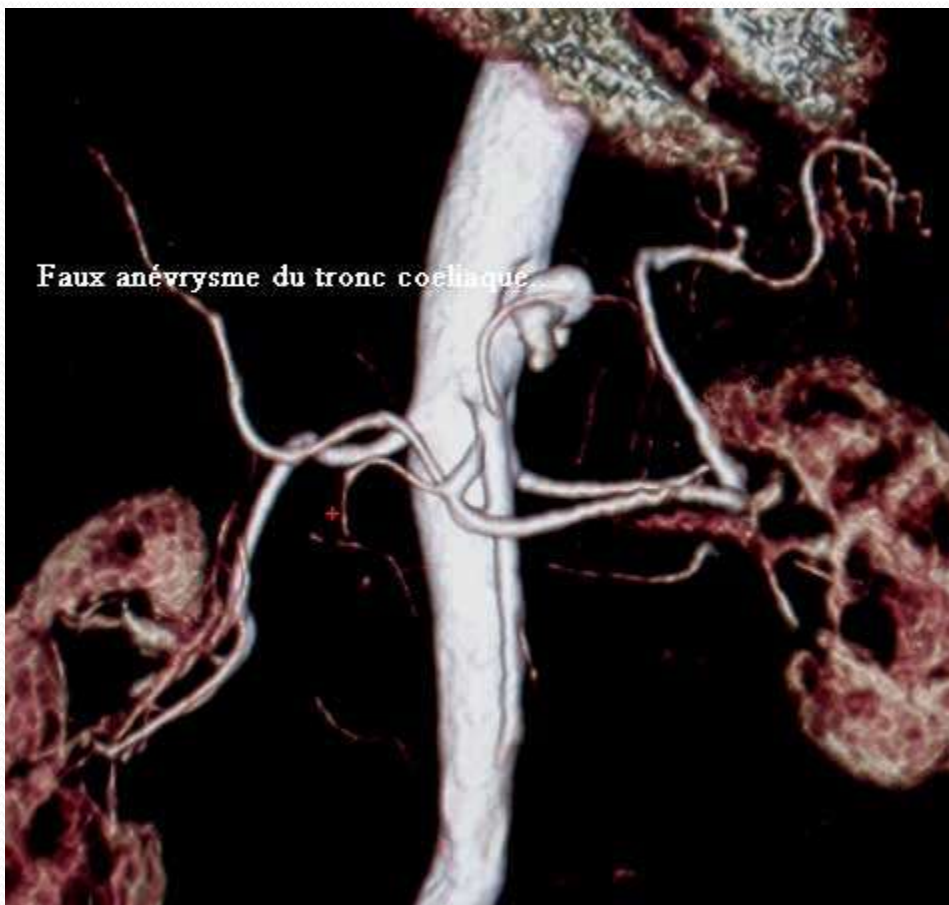


[illegible]

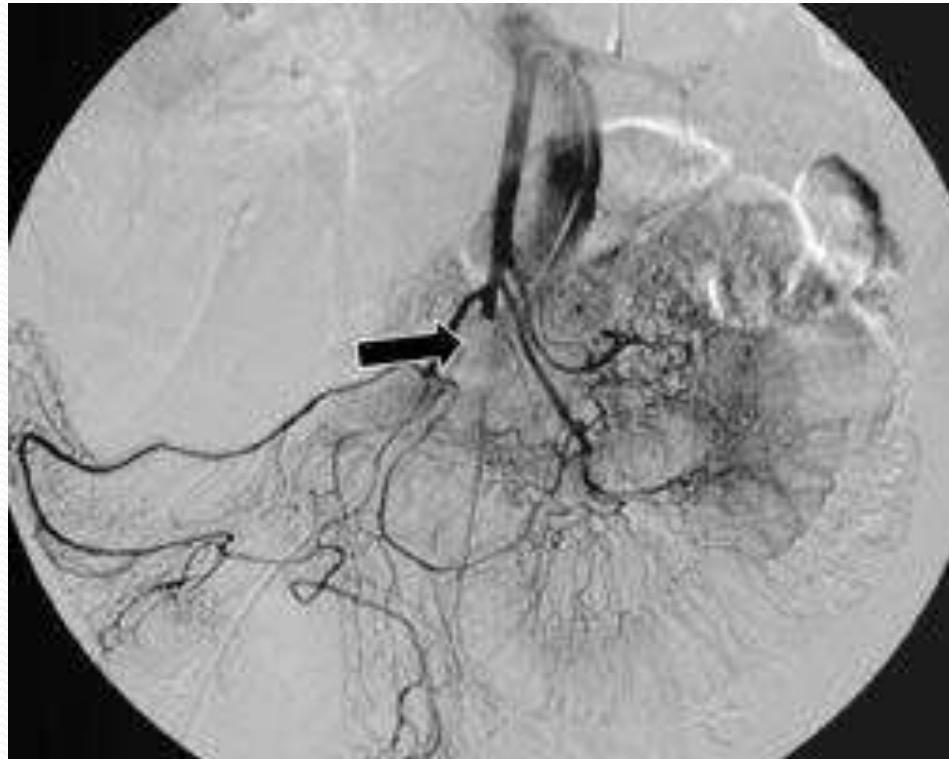
SCANNER



Faux anévrysme du tronc coeliaque



ARTÉRIOGRAPHIE MÉSENTÉRIQUE



ETIOLOGIE

- *embolie
- *sténose athéromateuse
- *anévrisme aortique associé à des lésions des a. digestives
- *dissections aortiques
- *Takayashu
- *anévrisme isolé d'une artère digestive
- *dissection isolée (AMS)

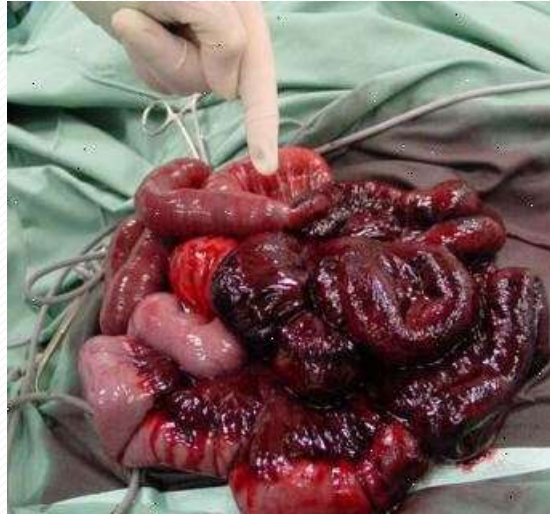
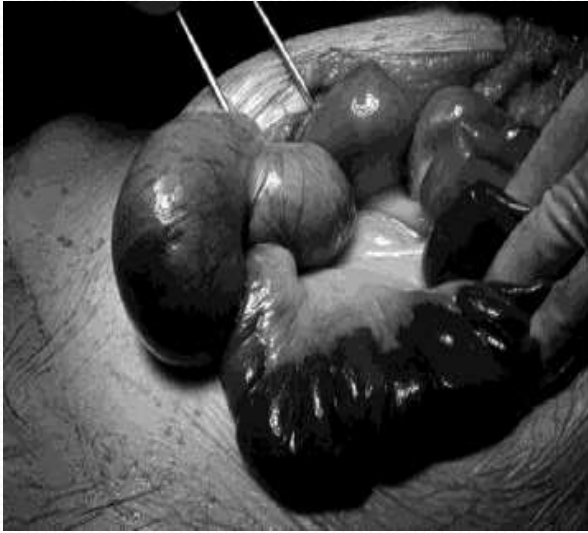


TRAITEMENT

TRAITEMENT

- REVASCULARISATION DES ARTERES DIGESTIVES CONTEXTE
- Indications assez rares
- Contexte clinique très varié
- Pronostic vital engagé
- Alternative CHIR vs ATL

TRAITEMENT



TRAITEMENT



TRAITEMENT

- Réanimation : optimiser oxygénation splanchnique
 - Expansion volémique , correction acidose et troubles ioniques
 - Amines
 - Antibiotiques préventif : ATB anti-anaérobie Antibiotiques curatif à large spectre: si péritonite
 - Héparinothérapie
- Nutrition parentérale

TRAITEMENT

- Le traitement d'urgence lors d'une ischémie digestive c'est la désobstruction par la sonde de fogarty.
- **Thromboendartériectomie**
- Elle s'adresse aux lésions ostiales de l'AMS et du tronc cœliaque, qui sont le plus souvent athéroscléreuses et prolongent une plaque d'athérome aortique. La plaque aortique peut être bourgeonnante et calcifiée

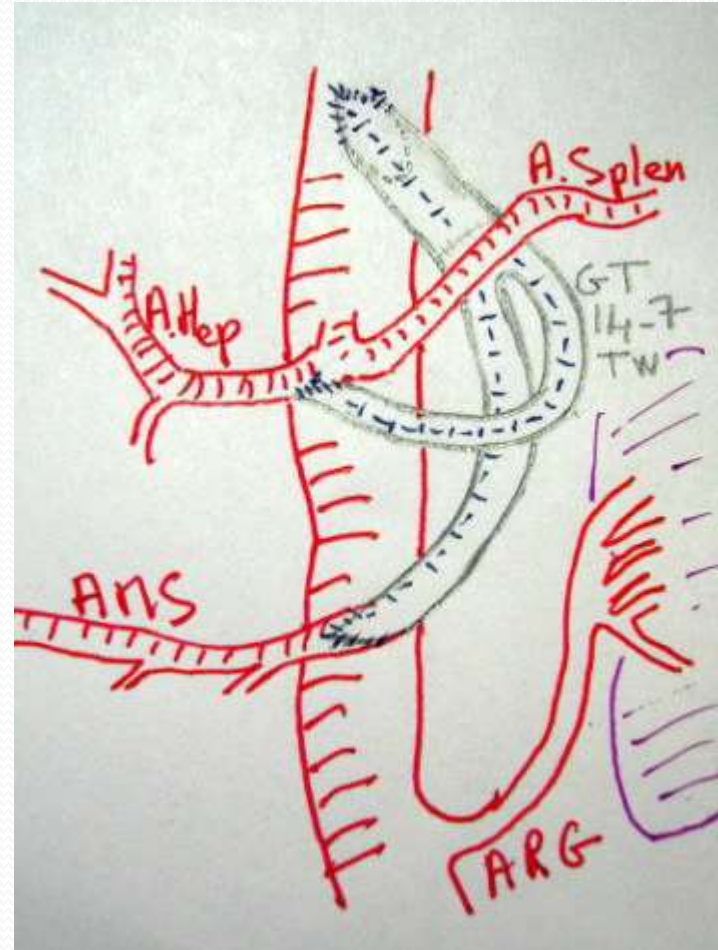
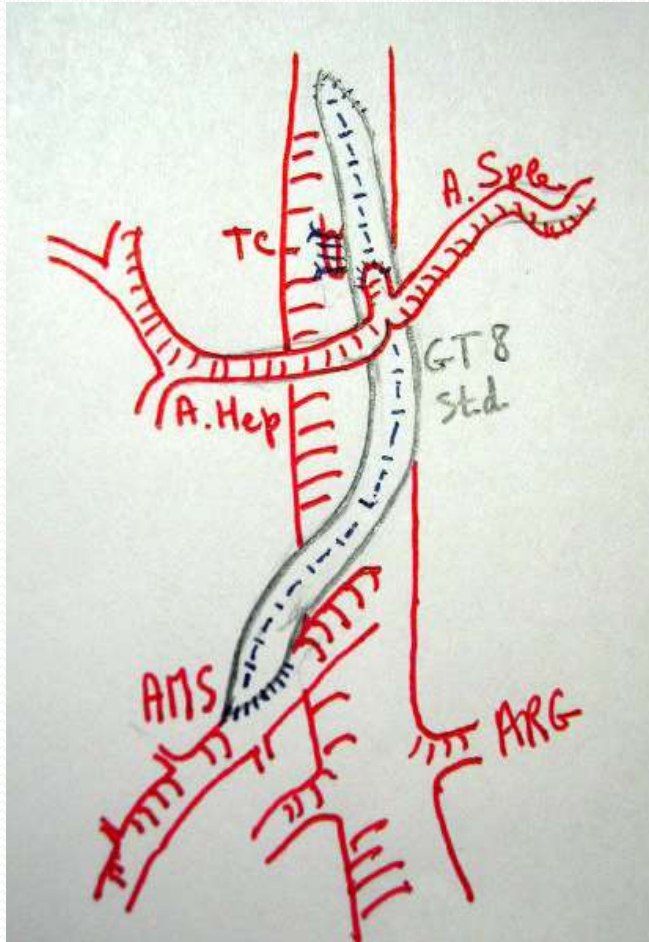
TRAITEMENT

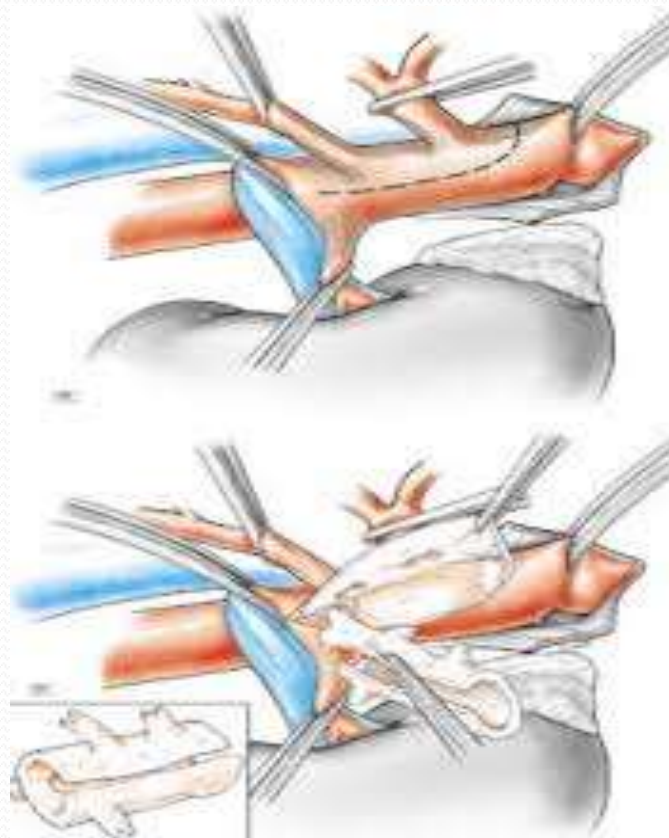
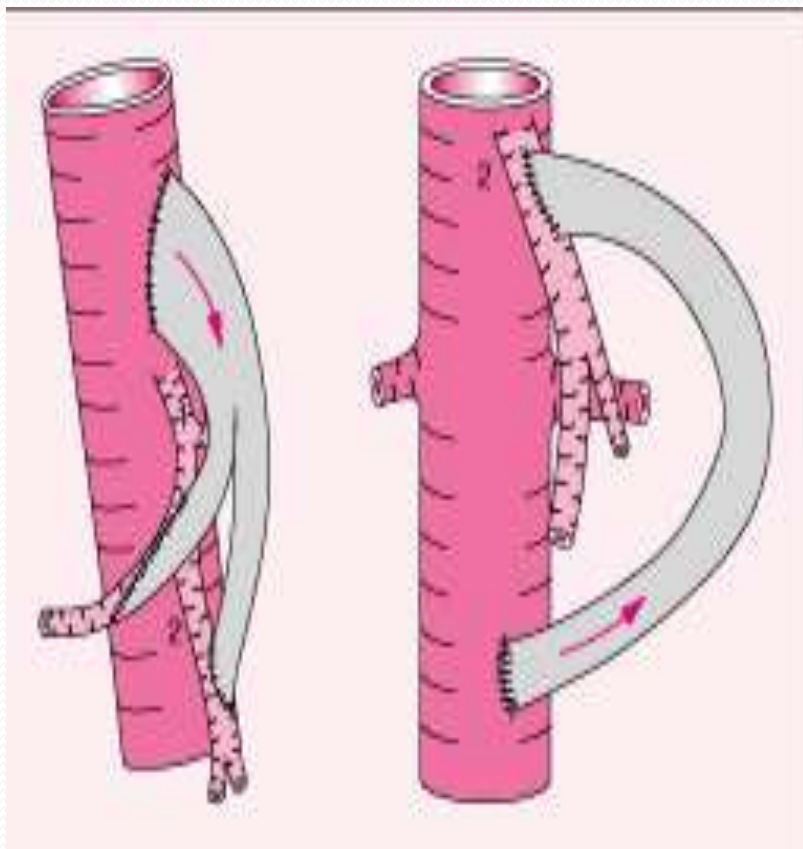
- **Les pontages antérogrades** :partent le plus souvent de l'aorte supra cœliaque ils sont indiqués chez les patients en bon état général leur trajets exposent moins au plicatures que les pontages rétrogrades
- **Les pontages rétrogrades** :leurs points de départ est l'aorte sous rénale et les iliaques se font en veine ou en prothèses

Le choix du matériel prothétique se fait en fonction de chaque cas généralement en prothèse sauf s'il ya une infection le chirurgien optera pour une veine généralement la saphène interne.

Les complications des pontages sont les occlusions précoces et tardives et les hémorragies par lâchage anastomotique: intérêt de l'angioscanner

PONTAGES ANTEROGRADES

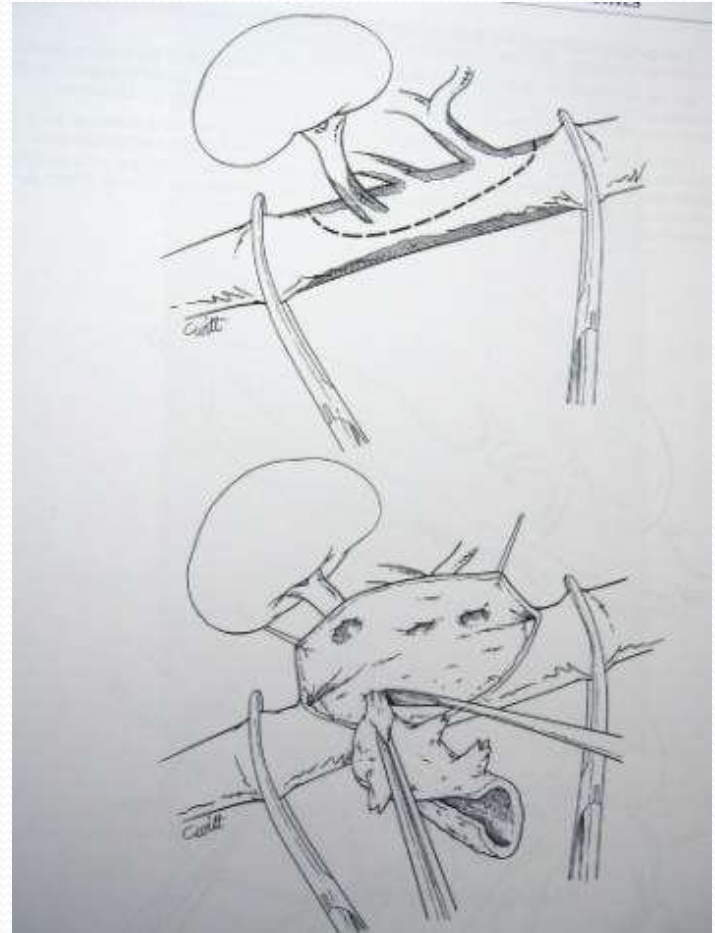
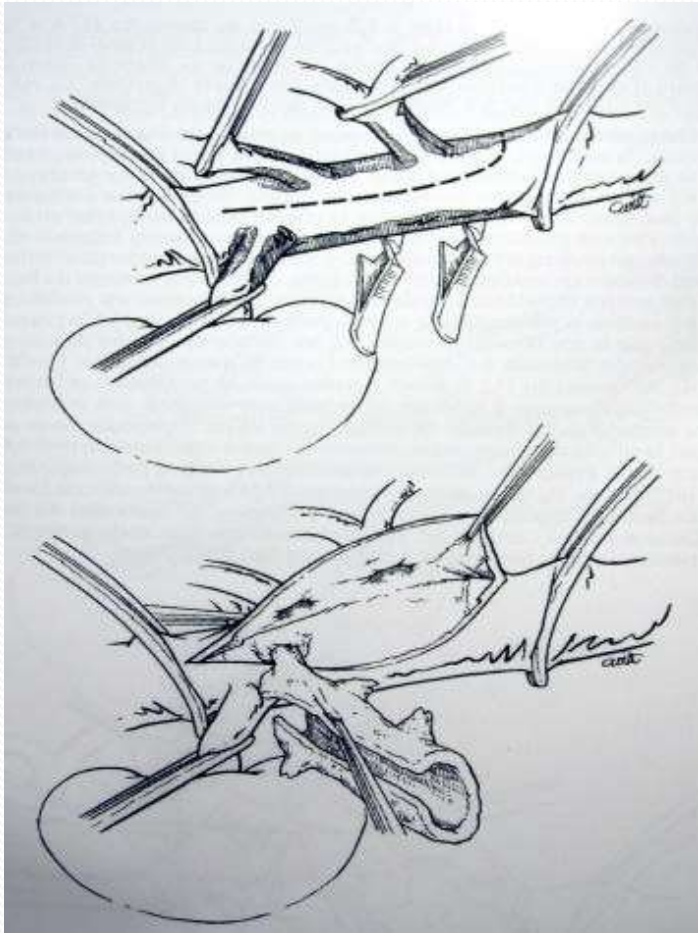




REIMPLANTATION DE L'AMS



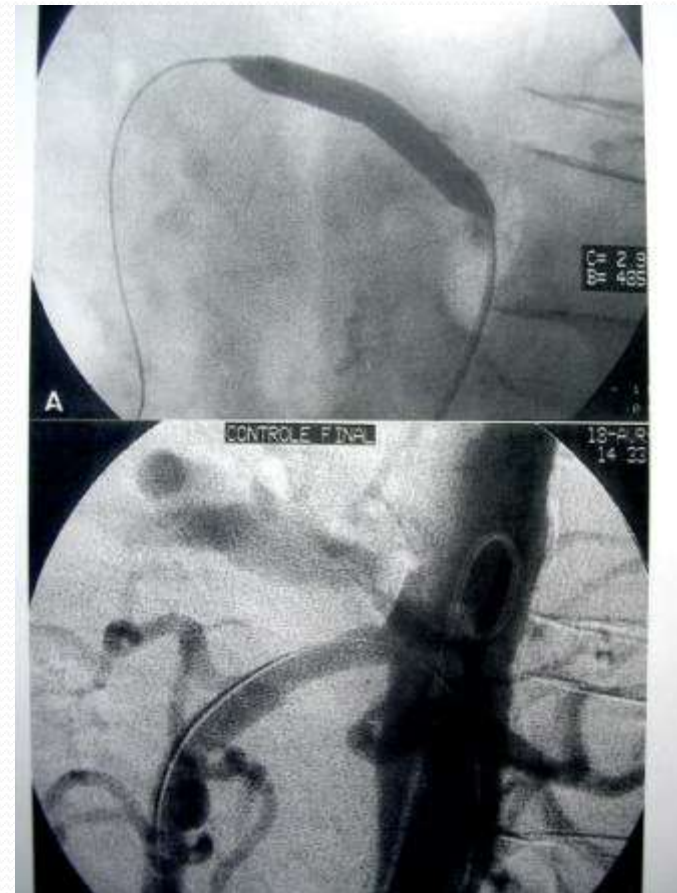
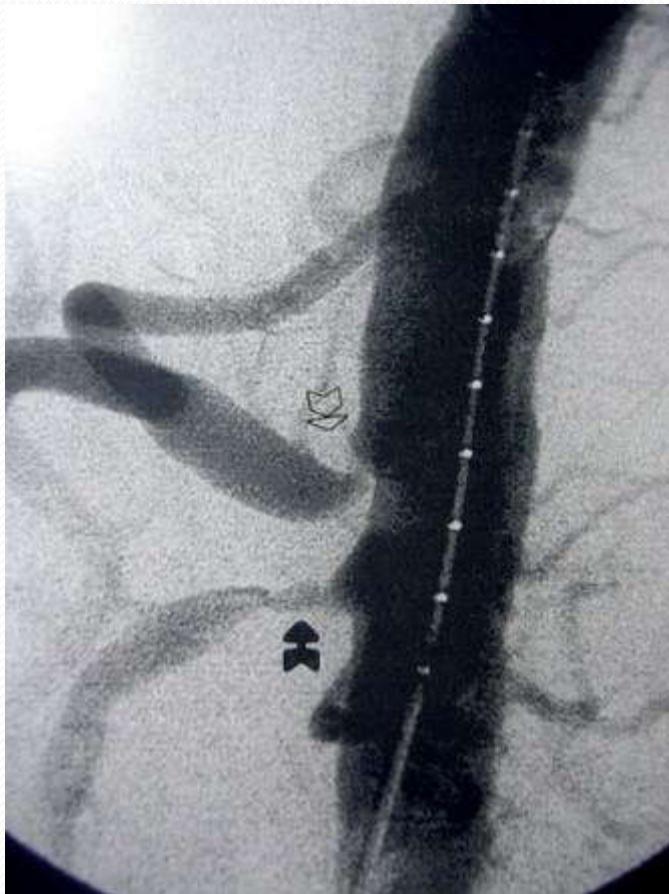
Endartériectomie Trans Aortique



TRAITEMENT

- Le traitement endovasculaire des lésions des artères digestives a une place certaine à côté de la chirurgie conventionnelle. Les progrès de l'imagerie ont permis de mieux définir les lésions accessibles à un traitement endovasculaire, même dans les situations d'urgence. L'angioplastie et le *stenting* des artères viscérales permettent de traiter des lésions segmentaires, dont l'étiologie est le plus souvent athéromateuse, devant une ischémie mésentérique chronique, et même dans certaines circonstances aiguës. Il se fait généralement par cathétérisme fémoral ou radiale en cas de lésion du carrefour ilio fémoral
- Les lésions sont en général dilatées et stentées (dilatations stenting)

TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE AMS



TRAITEMENT

complications du traitement endovasculaire :

- -thrombose et embolie
- -spasme artériel qui peut donner une thrombose
- -ruptures artérielles(bloc en urgence)
- Et la complication redoutée du traitement en général demeure la colite ischémique et la rectite post opératoire d'où la nécessité de faire une recto coloscopie au moindre doute.+++++

SUITES POST OP

*chir majeure, clampage supra-coeliaque ,ischémie

Viscérale :

*syndrome général et digestif post- revascularisation++

POST ATL:

*absence d'évaluation intestinale pré et post procédure

*dg et conséquences d'une resténose ou occlusion post
procédure?

CHOIX DE LA TECHNIQUE

ATL de préférence:

Terrain (coeur, age)

Lésion unique de l'AMS

Contre indique l'ATL: Le ligament arqué

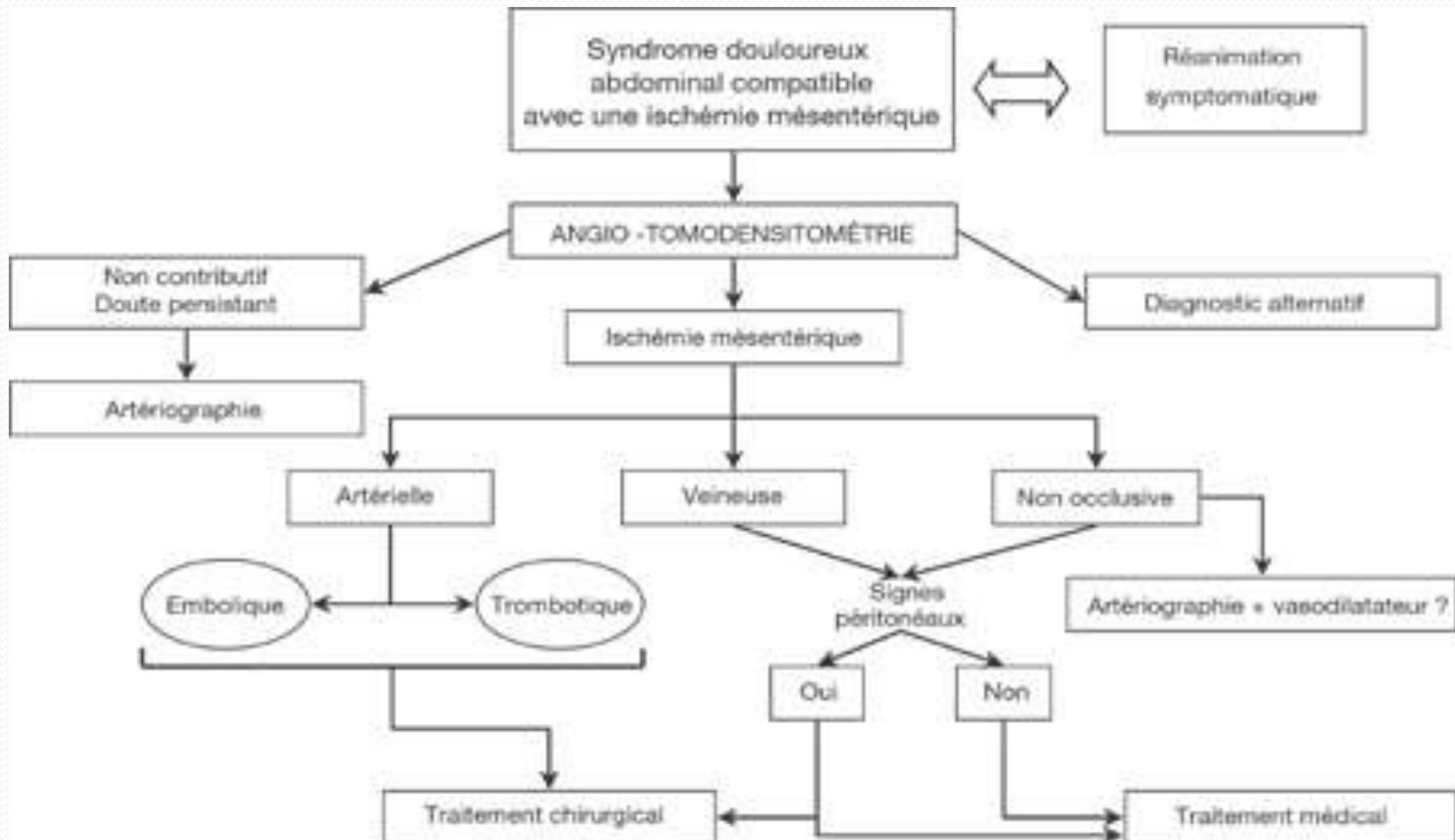
Revasc chir si:

Sujet jeune, revasc multiples

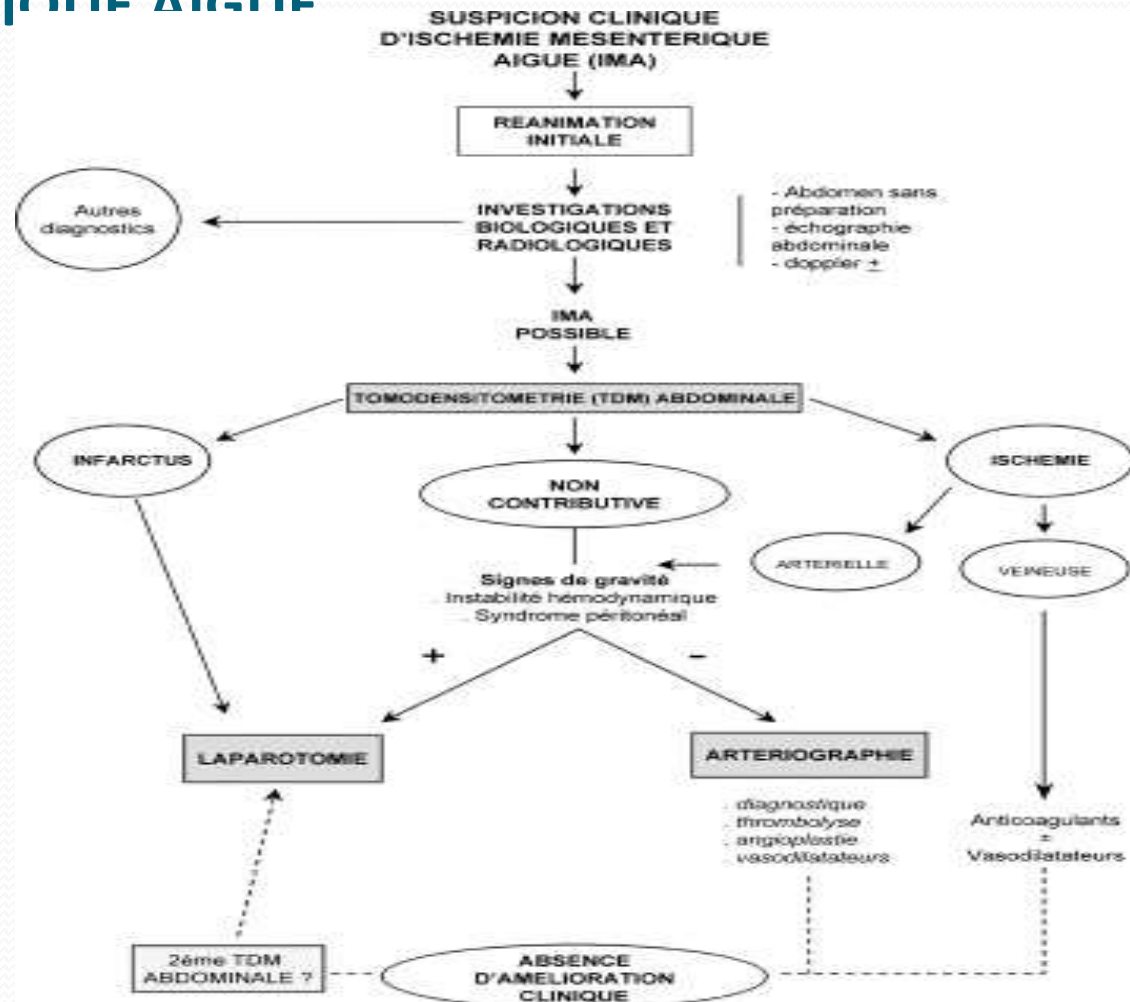
Lésions emboligènes

Laparo explo nécessaire

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DEVANT UN SYNDROME DOULOUREUX ABDOMINAL SUSPECT D'ISCHÉMIE MÉSENTÉRIQUE AIGÜE



DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DEVANT UN SYNDROME DOULOUREUX ABDOMINAL SUSPECT D'ISCHÉMIE MÉSENTÉRIQUE AIGUË



CONCLUSION

- Amélioration du pronostic par : un diagnostic précoce, une prise en charge diagnostique et thérapeutique agressive et rapide

- Y penser !!

Douleurs abdo aiguës +

- ATCD chirurgie Aorte
- Terrain vasculaire connu
- Âge
- Valvulopathie
- Contexte bas débit cardiaque

CONCLUSION

L'arteriopathie digestive reste une maladie grave dont le pronostic est conditionné par la précocité du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique. La place des moyens d'imageries modernes est fondamentale dans son aspect diagnostic. le traitement est traditionnellement chirurgical ou endovasculaire .