

ciw

WORLD

CHALLENGES & INNOVATIONS IN VASCULAR WORLD

31 MARS **2026**
1^{ER} AVRIL

MÉRIDIEN ÉTOILE
PARIS



CIV
WORLD
CHALLENGES & INNOVATIONS IN VASCULAR WORLD

31 MARS
1^{ER} AVRIL **2026**

MÉRIDIEN ÉTOILE
PARIS



Les recommandations de l'ESVS sur les ischémies digestives : "j'écoute, mais je n'en tiens pas compte"

Pr Olivier Corcos

SURVI

Structure d'URgences Vasculaires Intestinales

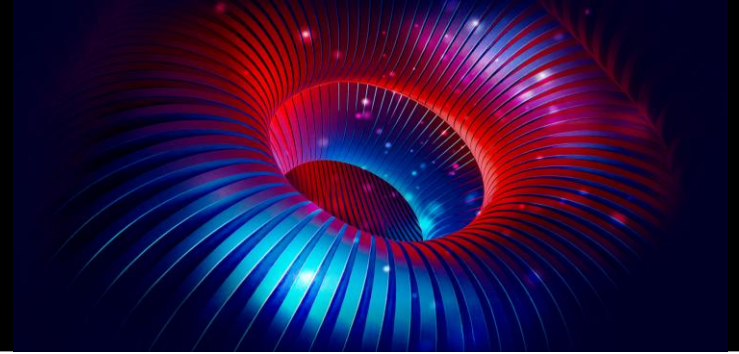


@inteststroke

LinkedIn SURVI

www.survi.fr

Conflits et liens d'intérêts



- J'ai, ou j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation, des intérêts financiers ou des liens d'intérêts de tout ordre avec les firmes suivantes, ou j'ai reçu des compensations financières ou des honoraires, des bourses de subvention ou de recherche émanant des companies suivantes :

- MSDAvenir

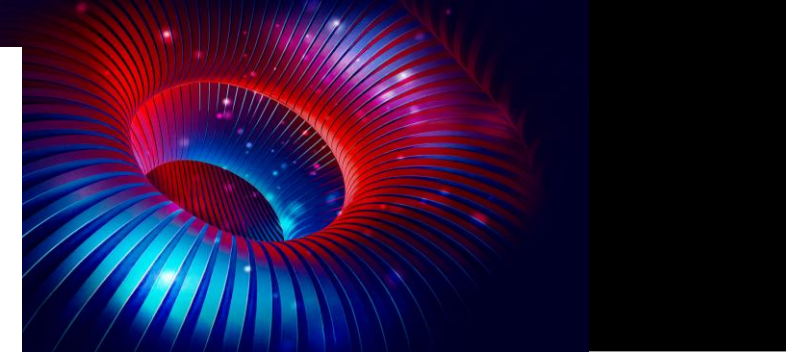
CLINICAL PRACTICE GUIDELINE DOCUMENT
Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2025 Clinical Practice Guidelines on the Management of Diseases of the Mesenteric and Renal Arteries and Veins[☆]

Mark J. Koelemay, (Chair)^{*}, Robert H. Geelkerken, (Co-chair), Jussi Kärkkäinen, (Co-chair), Nicola Leone, (Co-chair), George A. Antoniou, Jorg L. de Bruin, Alexander Gombert, Anders Gottsäter, Elena Iborra, Sonia Ronchey, Konstantinos Spanos, Jos C. van den Berg, Sabine Wipper, Frederico Bastos Gonçalves, Martin Björck, Raphael Coscas, Sandro Lepidi, Timothy A. Resch, Jean-Baptiste Ricco, Riikka Tulamo, Anders Wanhainen, Olivier Corcos, Thomas S. Huber, Alexander Oberhuber, Annika Reintam Blaser, Matti Tolonen[†]

Table 2. European Society for Vascular Surgery (ESVS) clinical practice guidelines class of recommendation grading system.

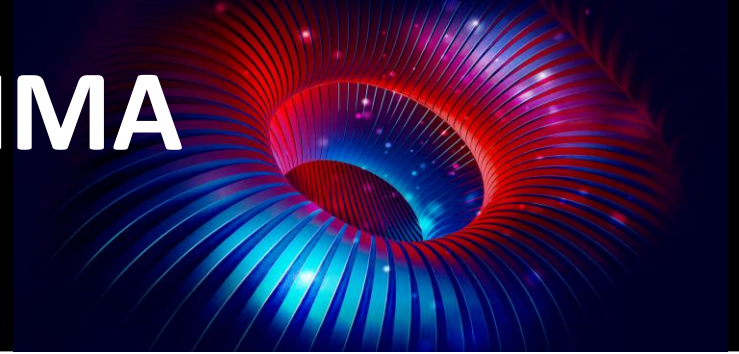
Class	Definition	Wording
I	Evidence and or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective	is or are recommended
II	Conflicting evidence and or divergence of opinion about the usefulness or effectiveness of the given treatment or procedure	
IIa	Weight of evidence or opinion is in favour of usefulness or effectiveness	should be considered
IIb	Usefulness or effectiveness is less well established by evidence or opinion	may be considered
III	Evidence or general agreement that a given treatment or procedure is not useful or effective, and in some cases may be harmful	
IIIa	The given treatment or procedure is not necessarily useful or effective	is or are not indicated
IIIb	The given treatment or procedure may be dangerous or harmful to patients	is or are not recommended

- Celles que j'applique
- Celles que je n'applique pas
- Celles qui n'y sont pas



Ischémie mésentérique aiguë IMA

→ Diagnostic

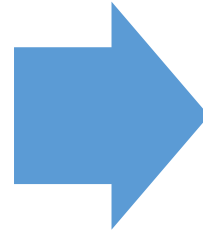


Recommandation	Intitulé	Ce que j'en pense
R32 – Classe I	Mentionner la suspicion d'IMA sur la demande de scanner	OUI++
R33 – Classe I	AngioTDM urgent (artériel + portal) chez tout patient suspect	OUI mais avec temps sans injection++
R31 – Classe IIIb	Dosage isolé de biomarqueurs (lactate, D-dimères) NON recommandé pour diagnostic	VRAI pour le diagnostic d'IMA FAUX pour le diagnostic de nécrose

Ischémie mésentérique aiguë IMA

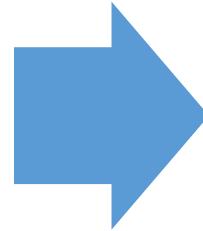
→ Ce qui manque

Quels critères cliniques doivent conduire à la suspicion d'IMA?



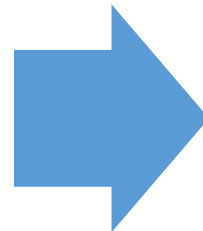
- Age, terrain CV connu: OUI
- Sujet jeune, sans terrain CV connu?
→ Douleur brutale, morphino-requêrante++

Comment faire le diagnostic d'IMA précoce (sans nécrose) Vs tardive (avec nécrose)?



Score SURVI
défaillance/lactate/dilatation intestinale

Un scanner intestinal décrit comme normal n'élimine pas une IMA



IMA super-précoces
A refaire devant DA+ lésions vasculaires

Ischémie mésentérique aiguë IMA

→ Ce qui manque

Toute douleur abdominale aiguë nécessitant un scanner injecté doit donner lieu à une description des vaisseaux dans le compte-rendu

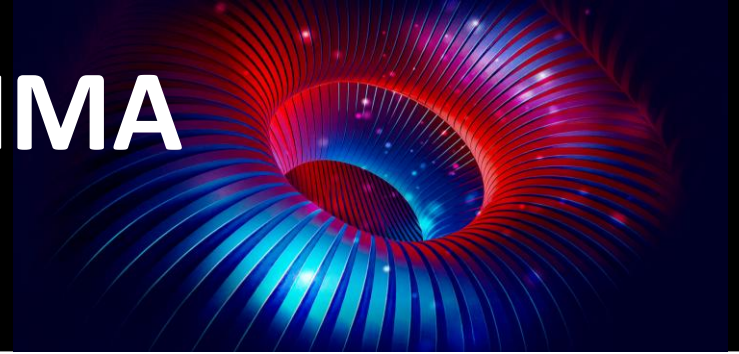
Toute colite droite doit donner lieu à un angioscanner avec description de l'AMS

Une IMA avec abdomen souple, lactate normal et bonne tolérance reste une urgence thérapeutique



Ischémie mésentérique aiguë IMA

→ Ce qui manque



PLUS LE MALADE “VA BIEN”, PLUS L'IMA EST URGENTE !

Car avant la nécrose :

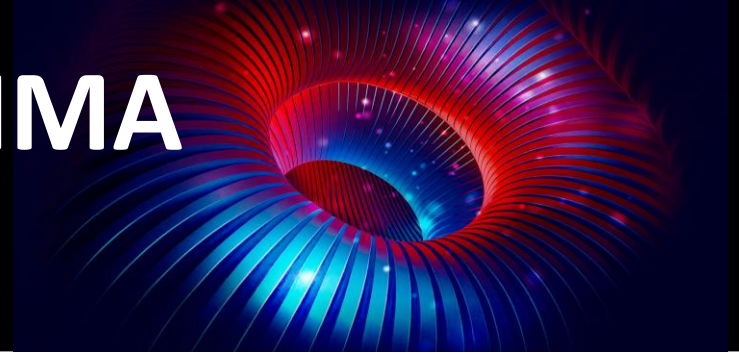
- pas de défense
- pas de lactate
- pas de défaillance.

L'ischémie précoce est une super-urgence vasculaire



Ischémie mésentérique aiguë IMA

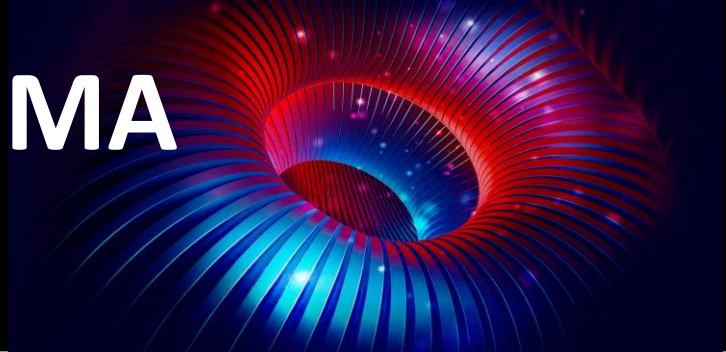
→ Traitement



Recommandation	Intitulé	Ce que j'en pense
R34 – Classe I	Prise en charge dans centre expert 24/7 multidisciplinaire	OUI
R41 – Classe I	Antibiothérapie recommandée	OUI mais...
R35 – Classe IIa	Revascularisation avant résection intestinale si possible	OUI sauf si résection urgente
R40 – Classe IIa	Résection sans anastomose + second look recommandé	OUI mais second look pas toujours indispensable
R39 – Classe IIb	immunofluorescence possible pour évaluer la viabilité intestinale	OUI mais...
R38 – Classe IIb	Stenting rétrograde ouvert si endovasculaire impossible	OUI mais...

Ischémie mésentérique aiguë IMA

→ Traitement- Ce qui manque



Traitement médical

- Repos digestif et nutrition entérale
- Anticoagulants
- Anti-agrégants
- Antibiothérapie orale +/- IV

Revascularisation

- Thrombolyse intra-artérielle dans les IMA emboliques
- Les techniques dépendent des causes

Résection intestinale

- Préservation du colon en cas de résection intestinale étendue
- Résection intestinale étendue possible+++
- Mesure de l'intestin restant
- Stomies mêmes orifices

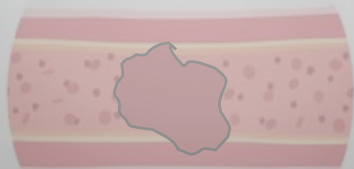
Antibiotiques per os?

Premier essai randomisé essai ORIAMI

ORal antibiotics In Acute Mesenteric Ischemia PHRC national 2021

Randomized controlled trial, double-blinded

186
patients with
arterial AMI
over 36 months



Gentamicine 240mg/d
+
Metronidazole 1500mg/d



N=93

Double placebo



N=93

Composite primary outcome = transmural necrosis or death at day 30

Ischémie mésentérique chronique IMC

→ Diagnostic



Recommandation	Intitulé	Ce que j'en pense
R1 – Classe I	IMC si symptômes + sténose >50% SMA + autre axe	NON Rechercher un diagnostic différentiel
R2 – Classe IIb	Possible IMC si sténose SMA isolée >70%	NON Rechercher un diagnostic différentiel
R4 – Classe I	Doppler à jeun = examen de première ligne	NON angioscanner (notamment pour rechercher un diagnostic différentiel)
R5 – Classe I	Angioscanner = examen de référence pour diagnostic et planification	OUI

Douleur abdominale= Gastroentérologie

Angor méésentérique

Douleur post-prandiale

Peur alimentaire

Perte de poids

Diarrhée

Négativité des explorations endoscopiques

} 20%

Fréquence des symptômes non spécifiques pris pour de l'angor et qui n'en sont pas

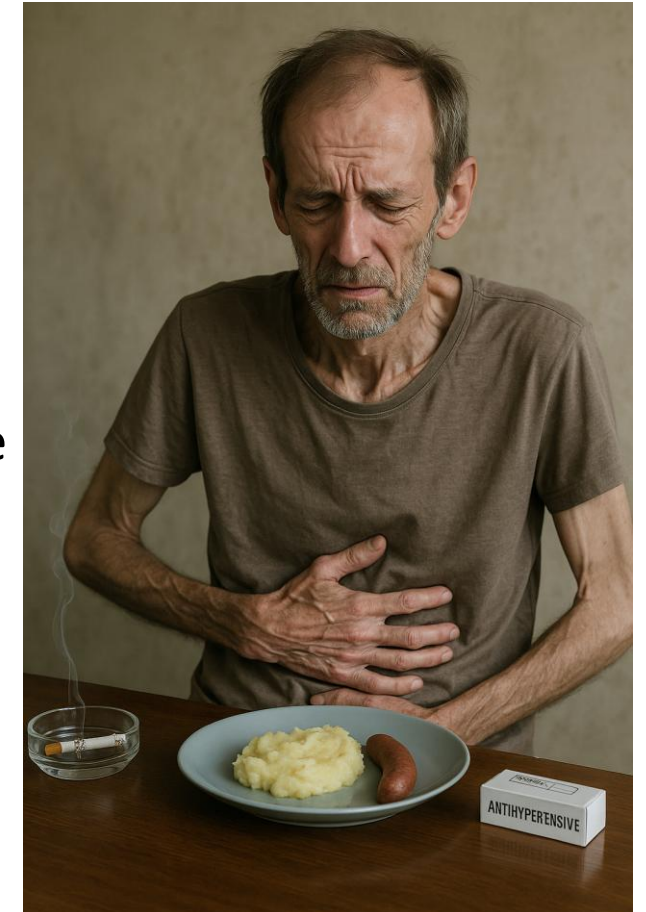
Neuropathiques

Troubles transit

Dyspepsie post-prandiale

Cancers..

Doppler ne répond pas à la question des diagnostics différentiels



Ischémie mésentérique chronique IMC

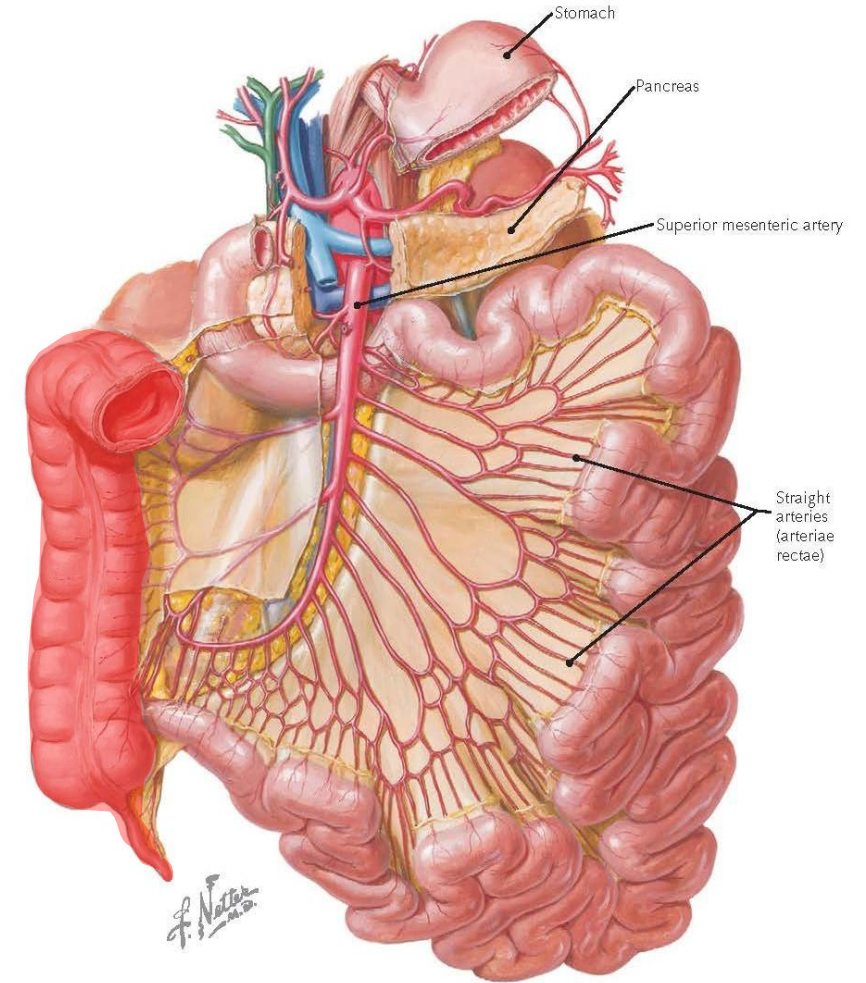
→ Ce qui manque

Quel bilan élémentaire réaliser devant une suspicion d'IMC?

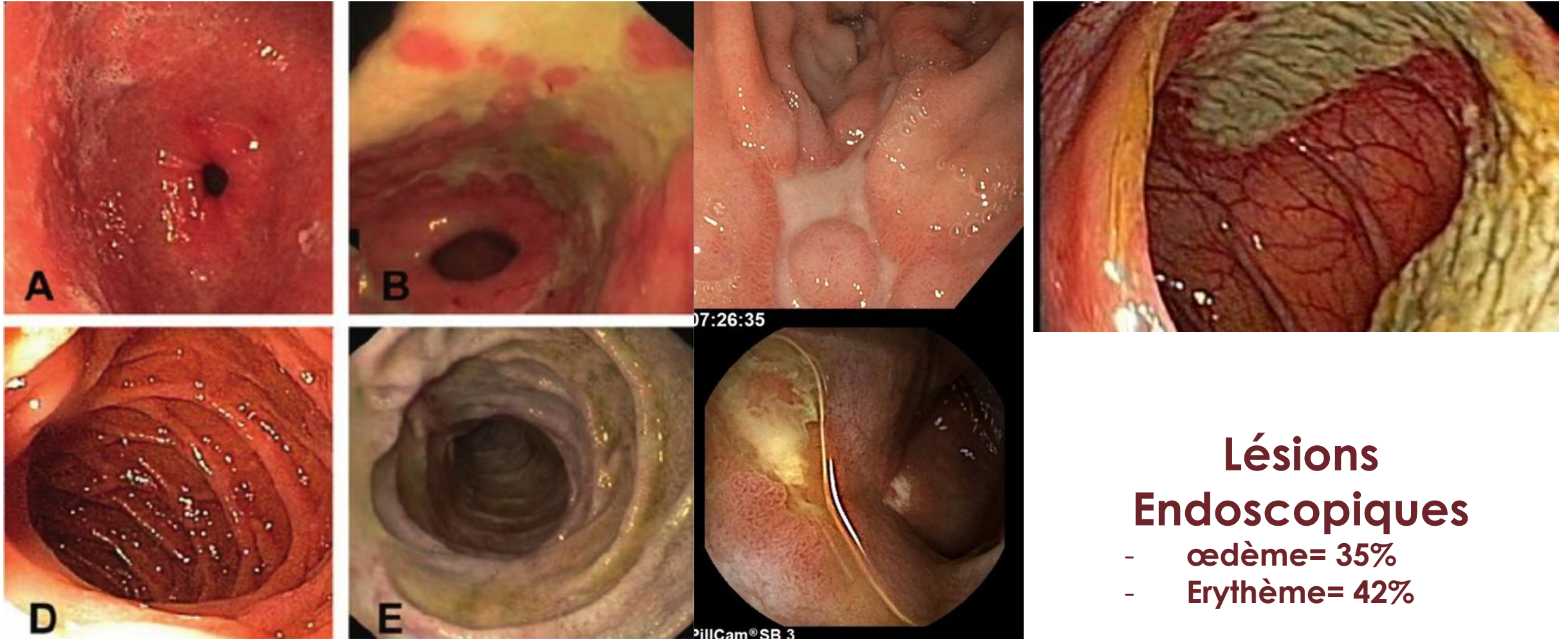
- Evaluation clinique spécialisée
- Endoscopies digestives
- Tests fonctionnels? VLS, doppler pré/post-prandial

Toute colite droite doit donner lieu à un angioscanner avec description de l'AMS

Toute douleur abdominale chronique nécessitant un scanner injecté doit donner lieu à une description des vaisseaux dans le compte-rendu



Lésions digestives endoscopiques= réaliser un angioscanner



Lésions Endoscopiques

- œdème= 35%
- Erythème= 42%

Ischémie mésentérique chronique IMC

→ Indications de la revascularisation

Avant revascularisation		
R13-Classe IIIb	Renutrition non recommandée avant revascularisation en cas de syndrome de menace	OUI

La revascularisation		
Est recommandée (Classe I)	Chez les patients avec occlusions artérielles multiples et IMC	OUI
	Pour au moins l'AMS chez les patients avec occlusions artérielles multiples et IMC	OUI
Devrait être considérée (Classe IIa)	Chez les patients <i>avec IMC liée à une atteinte isolée de l'AMS</i>	OUI à condition que...
Pourrait être considérée (Classe IIb)	Chez les patients suspects d'IMC liée à une atteinte isolée du TC	OUI à condition que...

Ischémie mésentérique chronique IMC

→ Techniques de revascularisation



R14 – Classe I	Stratégie endovasculaire en première intention	OUI
R15 – Classe I	Stenting systématique plutôt que angioplastie seule	OUI
R16 – Classe IIa	Stents couverts préférés <25 mm	Probablement
R17 – Classe IIb	Stents nus pour lésions longues	??
R19 – Classe IIa	Chirurgie si échec ou impossibilité endovasculaire	OUI
R20 – Classe IIb	ROMS si accès antérograde impossible	Pas seulement
R24 – Classe IIa	Revascularisation endovasculaire pour resténose symptomatique	OUI
R25 – Classe IIb	Revascularisation possible pour resténose asymptomatique >70%	NON

Ischémie mésentérique chronique IMC

→ Après la revascularization



Recommandation	Intitulé	Ce que j'en pense
R18 Classe IIb	Bithérapie aspirine/clopidogrel > 1 mois pourrait être considéré pour diminuer le risque de rethrombose de stent	Au minimum ou AAG/ anticoagulant
R21 Classe IIa	Suivi clinique + imagerie la première année	Pas seulement
R22 Classe IIa	DUS en cas de récurrence après revascularisation	Pas seulement
R23 Classe I	AngioTDM en 2e ligne après DUS pour resténose	Pas vraiment
R3 – Classe I	Prise en charge en centre expert multidisciplinaire	OUI
R7 – Classe I	Évaluation du risque CV et prévention secondaire	OUI
R8 – Classe I	Information des patients asymptomatiques multivaisseaux	OUI

Ischémie mésentérique chronique IMC

→ Traitement- Ce qui manque

Revascularisation du TC en cas de:

- AMS non accessible
- Echec
- persistance des symptômes après stenting AMS

Après revascularisation endovasculaire un scanner de contrôle doit être réalisé à J1 à la recherche de complications sur le point de ponction artérielle

