

MISE AU POINT / *Cardiovasculaire*

Vascularisation artérielle hépatique pratique en radiologie interventionnelle[☆]

S. Favelier^{a,*}, T. Germain^a, P.-Y. Genson^a,
J.-P. Cercueil^{a,b}, A. Denys^c, D. Krausé^a, B. Guiu^{a,b,c}

^a Département de radiologie diagnostique et interventionnelle, unité digestif, thoracique et oncologique, CHU de Dijon, 14, rue Paul-Gaffarel, BP 77908, 21079 Dijon cedex, France

^b Unité Inserm U866, faculté de médecine, 7, boulevard Jeanne-d'Arc, BP 27877, 21078 Dijon cedex, France

^c Département de radiologie interventionnelle, CHU Vaudois, rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne, Vaud, Suisse

MOTS CLÉS

Anatomie ;
Vascularisation ;
Foie ;
Angiographie ;
Radiologie
interventionnelle

Résumé La diffusion des thérapeutiques intra-artérielles hépatiques (radio- et chimioembolisation, chimiothérapie intra-artérielle hépatique) a incité les radiologues à parfaire leurs connaissances de l'anatomie artérielle hépatique. Ces procédures parfois complexes nécessitent le plus souvent un cathétérisme artériel sélectif. La connaissance des différentes artères du foie et des organes périphériques est donc primordiale pour optimiser le geste et éviter les complications. L'objectif de ce travail est de décrire l'anatomie utile de la vascularisation artérielle hépatique et de ses variantes, de l'appliquer aux images d'angiographie, et de comprendre l'implication de telles variations sur les procédures de radiologie interventionnelle. © 2014 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les avancées récentes dans le traitement endovasculaire des tumeurs hépatiques donnent à la radiologie interventionnelle (RI) hépatique une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique. L'administration de drogues et/ou d'agents embolisants nécessite le plus souvent un cathétérisme supra-sélectif du ou des pédicules artériels nourriciers de la tumeur afin d'optimiser le traitement et d'épargner le foie non tumoral [1].

Ces procédures (radioembolisation, chimioembolisations, chimiothérapie intra-artérielle hépatique) nécessitent une parfaite connaissance de l'anatomie artérielle modale et de ses variantes pour planifier et réaliser la meilleure approche possible et ainsi

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2013.12.001>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sylvainfave@hotmail.com (S. Favelier).

minimiser les risques de complication per- et post-interventionnelles. Ainsi, l'embolisation de la mauvaise branche artérielle peut conduire au traitement incomplet de la lésion cible ou à l'exposition toxique de parenchyme hépatique ou d'organes sains.

Cet article didactique est avant tout destiné aux internes de radiologie souhaitant se former à la radiologie interventionnelle hépatique. L'objectif de ce travail est de décrire l'anatomie utile de la vascularisation artérielle hépatique et de ses variantes, de l'appliquer aux images d'angiographie, et de comprendre l'implication de telles variations sur les procédures de radiologie interventionnelle.

Tronc cœliaque et branches artérielles à destinée hépatique

Anatomie modale du tronc cœliaque

L'irrigation artérielle sus-mésocolique naît du tronc cœliaque, issue de la face antérieure de l'aorte à hauteur de la 12^e vertèbre thoracique (repère pour le cathétérisme) (Fig. 1). Il donne généralement trois branches majeures : artère gastrique gauche (anciennement appelée artère coronaire stomacique), artère splénique et artère hépatique commune.

Artère hépatique commune

Elle naît du tronc cœliaque, a un trajet oblique en avant et vers la droite, décrivant depuis l'aorte une courbure à concavité supérieure. L'artère hépatique commune chemine vers la droite, le long du bord supérieur du pancréas jusqu'au flanc gauche de la veine porte. Puis elle se divise à hauteur du foramen épiploïque en artère gastroduodénale et artère hépatique propre.

Artère hépatique propre

Branche terminale de l'artère hépatique commune, elle monte vers le foie dans le ligament hépato-duodénal, se dirigeant vers le haut et la droite, le long du bord antérieur du foramen épiploïque. L'artère hépatique propre se divise en branche droite et branche gauche de l'artère hépatique.

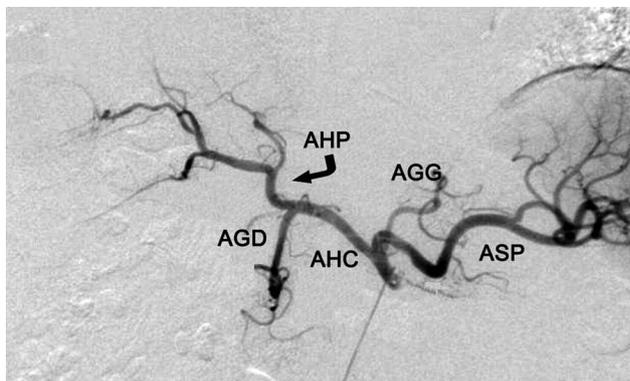


Figure 1. Anatomie artérielle modale du tronc cœliaque : artère gastrique gauche (AGG), artère splénique (ASP), artère hépatique commune (AHC), artère hépatique propre (AHP) et artère gastroduodénale (AGD).

Ainsi, les appellations « artère hépatique droite » et « artère hépatique gauche » seront réservées à la description des variantes anatomiques de l'artère hépatique.

Artère splénique

L'artère splénique rejoint le bord supérieur du corps pancréatique, puis se dirige vers la gauche soit en arrière soit au-dessus du pancréas pour rejoindre le hile splénique. Une de ses branches terminales donne l'artère gastro-épiploïque gauche destinée à la vascularisation de la grande courbure gastrique. Cette dernière forme le cercle artériel de la grande courbure gastrique par l'anastomose avec l'artère gastro-épiploïque droite issue de l'artère gastroduodénale.

Artère gastrique gauche (ou coronaire stomacique) [2]

Naît à la face supérieure du tronc cœliaque, elle décrit une arche à concavité inférieure jusqu'au bord droit du cardia. Cette anatomie particulière nécessite l'utilisation de cathéters susceptibles de se déboucler vers le haut (par exemple, sondes de type Simmons, SOS...) pour réussir à cathétériser cette artère. L'artère gastrique gauche se divise ensuite en deux branches terminales (antérieure et postérieure) à destinée de la petite courbure gastrique. La branche postérieure s'anastomose avec son homologue issu de l'artère gastrique droite pour former le cercle artériel de la petite courbure gastrique. Il est donc possible de cathétériser l'artère gastrique droite via la branche postérieure de l'artère gastrique gauche.

L'absence de visualisation de l'artère gastrique gauche résulte souvent d'une position trop distale du cathéter au sein du tronc cœliaque, au-delà de son orifice. En cas de débit d'injection faible lors de l'artériographie, le reflux de contraste est insuffisant, ne permettant pas l'opacification de l'artère gastrique gauche.

Variations anatomiques du tronc cœliaque

Une trifurcation cœliaque est retrouvée dans 89% des cas dans la série de Michels (Fig. 2a-f) [3]. Selon cette étude, 15 types de variations sont décrits dont trois majeures [4] : un tronc hépatosplénique (4,5%), un tronc hépato-mésentérique et gastrosplénique (2,5%), un tronc cœlio-mésentérique (1%).

Variation de l'artère hépatique

Artère hépatique droite

Une artère hépatique droite est présente chez 10 à 30% de la population (Fig. 3). Elle naît de l'artère mésentérique supérieure (96% des cas) ou du tronc pancréatico-duodénal (4%). Elle a un trajet au sein de la pince inter-mésentérico-cave (Fig. 4). L'artère hépatique droite est la première grosse artère qui émerge de l'artère mésentérique supérieure. Lorsqu'elle est présente, elle donne quasiment toujours l'origine de l'artère cystique principale ou accessoire.

Artère hépatique gauche

Elle est présente chez 12 à 21% de la population (Fig. 5). Elle naît de l'artère gastrique gauche et chemine au sein du sillon

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663532>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663532>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)