



**11-12
SEPT.
2025**

- Radiologie Interventionnelle
- Chirurgie Vasculaire
- Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique
- Médecine vasculaire

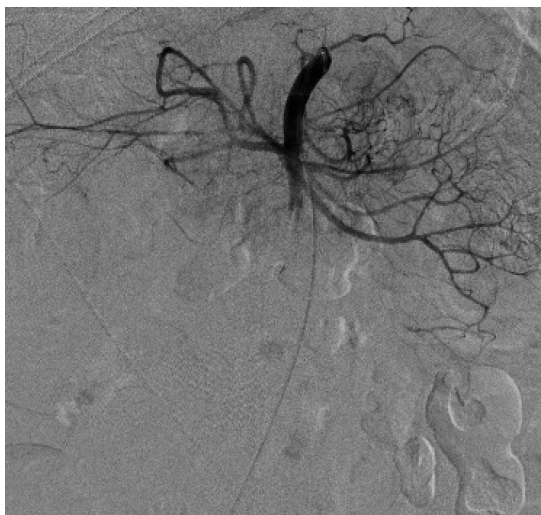
PALAIS DU PHARO
MARSEILLE

www.sres-symposium.org



Ischémie mésentérique

Résultats de la fibrinolyse / thromboaspiration



Dr Lorenzo Garzelli

Radiologie

Hôpital Saint Antoine, APHP, Paris

Radiologie Interventionnelle, Sorbonne Université



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 /

Mark J. Koele
Alexander Go
Frederico Basi
Olivier Corcos

Recommendation 37			Unchanged
Endovascular revascularisation should be considered as first line therapy in patients with acute mesenteric ischaemia due to thrombotic or embolic superior mesenteric artery occlusion.			
Class	Level	Referen	
Ila	B	Kärkkäi Murphy Salsano Shi <i>et al.</i> Raupach Shi <i>et al.</i> (2022), Li <i>et al.</i> (2022) ¹⁶⁴	

i, Jorg L. de Bruin,
ders Wanhainen,

Cardiovasc Intervent Radiol (2025) 48:1091–1103
<https://doi.org/10.1007/s00270-025-04080-0>



CIRSE STANDARDS OF PRACTICE GUIDELINES

ARTERIAL INTERVENTIONS

CIRSE Standards of Practice for the Interventional Radiology Management of Acute and Chronic Arterial Mesenteric Ischaemia

Romarc Loffroy¹ · Antonio Basile² · Edit Dósa³ · Geert Maleux⁴ · Bora Peynircioglu⁵ ·
Olivier Chevallier¹

First-line endovascular revascularisation for patients with stable haemodynamics and no CTA evidence of transmural necrosis or peritonitis

Endovascular treatments

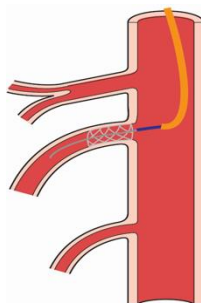
- Atherosclerosis: Stenting
- Embolism: Thrombus aspiration

Additional procedures may be required (catheter-directed thrombolysis, stenting)

- Traiter l'ischémie = nécrose non transmurale = viable
- Prévenir la nécrose intestinale = transmurale = non viable

Urgence**Limiter ou sursoir à la résection intestinale**

	<u>Nécrose non transmurale</u>	<u>Nécrose transmurale</u>
<i>Lactate</i>	< 2 mmol/l	> 2 mmol/l
<i>Défaillance d'organe</i>	Non	Oui
<i>Dilatation intestinale (> 25 mm)</i>	Non	Oui
<i>Objectif clinique</i>	Intestinal	Survie (« palliatif intestinal »)
<i>Traitement curatif</i>	Revascularisation Centre tertiaire	Résection +/- revascularisation Centre secondaire



Ne pas se tromper d'urgence



Sepsis sévère ou péritonite

- Principale limite: **cohortes mixtes** embolique / thrombotique
 - Plusieurs thérapies endovasculaires
- Evaluation de la technique
 - Qualité de la revascularisation: **Pas de score** de recanalisation/reperfusion

Timing de l'évaluation (*thrombolyse*)

Prise en compte **viabilité intestinale**

- Succès clinique
 - Mortalité (J30) ? Absence de résection ?
 - Echelle de morbi-mortalité

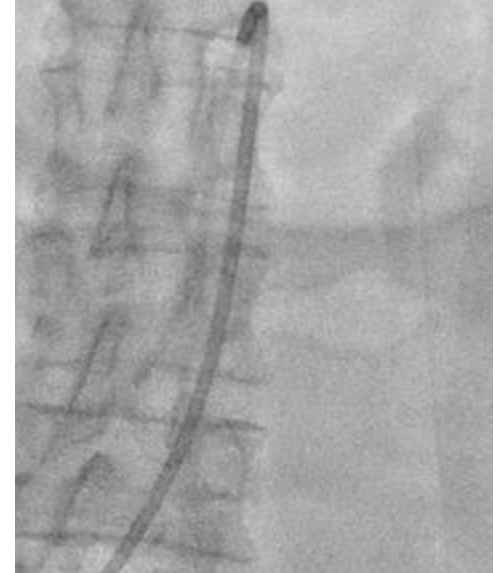
Table 3: Details of Endovascular Revascularization Procedures

Parameter	All Patients (n = 117)
Endovascular revascularization modality	
Thrombus aspiration	38 (32)
Intra-arterial thrombolysis	41 (35)
Stent placement	62 (53)

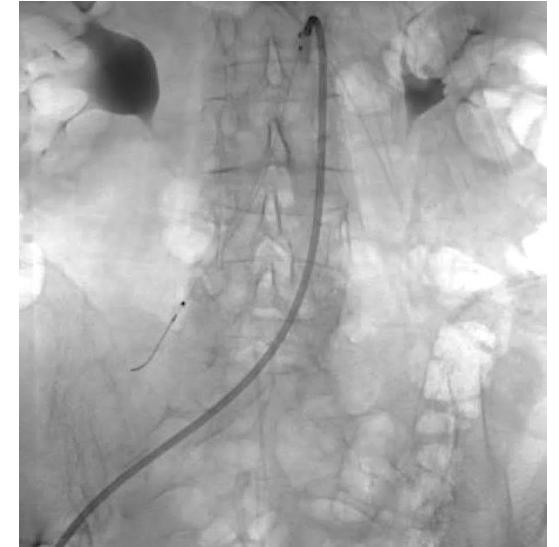
Echelle	Description
1	Absence de résection digestive
2	Résection digestive
3	Syndrome de grêle court
4	Décès

- **Critères pronostics hétérogènes**
 - Mortalité 30 J : 10-30%
 - Recanalisation complète : 22-29%
 - Recanalisation partielle + complète : 73-100%

Nécrose non-transmurale +/- transmurale



- Souvent associé à la thrombectomie
- alteplase: bolus 8 mg puis 1 mg/h
 - *Demi-vie courte < 10 min*
- Cathéter multi-perforée
 - *Extrémité AMS distale / Iléo-caecale*
 - Durée: 6 – 12 – 24 heures



Faible risque pré-opératoire de nécrose TM

Comment évaluer la thrombolyse ?

Comment évaluer la thrombolyse ?

- Succès clinique

- Survie
- Absence de résection intestinale

Survie sans résection

75 patients

Survie sans resection (J7) = 65%

80% de cause embolique

93% à faible risque de nécrose TM 60% alteplase Durée moyenne: 20 heures 50 % associé à la thromboaspiration

**LACTATE < 1.4 mmol/l
GB < 14 G/L**

Survie sans resection (J7) = 100%

Quelle urgence : revascularisation ou résection ?

Toujours **thromboaspiration** first si faisable

Thrombolyse si

- Absence de revascularisation complète après thromboaspiration
- ET faible risque de nécrose transmurale
- Surtout si : GB < 14 et/ou Lactate < 1.4

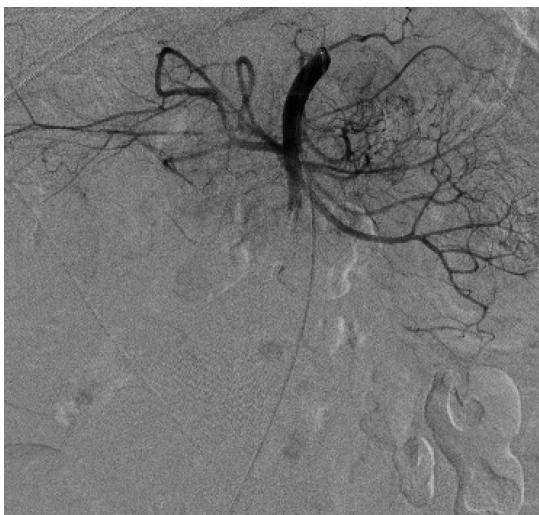


**11-12
SEPT.
2025**

- Radiologie Interventionnelle
- Chirurgie Vasculaire
- Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique
- Médecine vasculaire

PALAIS DU PHARO
MARSEILLE

www.sres-symposium.org



lorenzo.garzelli@aphp.fr



Dr Lorenzo Garzelli

Radiologie

Hôpital Saint Antoine, APHP, Paris

Radiologie Interventionnelle, Sorbonne Université

