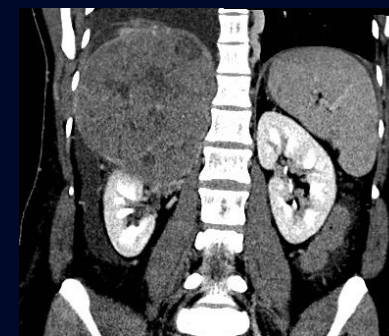
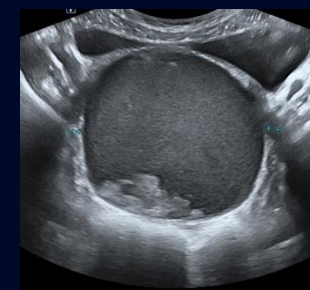
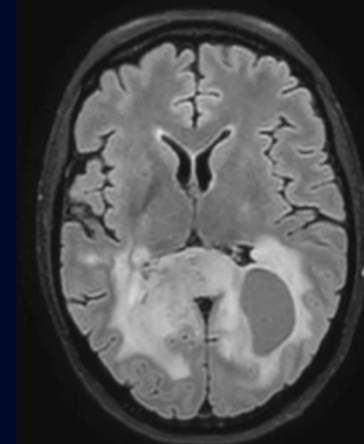


60^e
ANNIVERSAIRE

Département de
radiologie,
radio-oncologie
et médecine nucléaire
Faculté de médecine



Cas de la semaine # 354

3 mars 2025

Préparé par Dr Huynh Peter Lac _{R3}

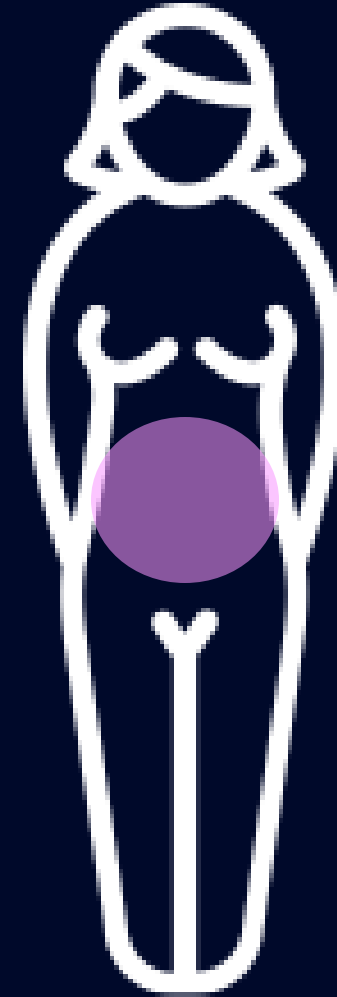
Dr Ahmed Bentriddi _{MD}

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM)

Histoire Clinique

- Raison d'admission: anémie sévère secondaire à spoliation gastro-intestinale
- Antécédents personnels: MCAS, fibrillation auriculaire, hypertension artérielle, dyslipidémie, insuffisance rénale chronique
- Anti coagulée (Eliquis)
- Hb = 52 → Transfusions de culots globulaires

Bilan hépatique perturbé → investigation en imagerie débutée



79 ans

Scan abdominal (2022)

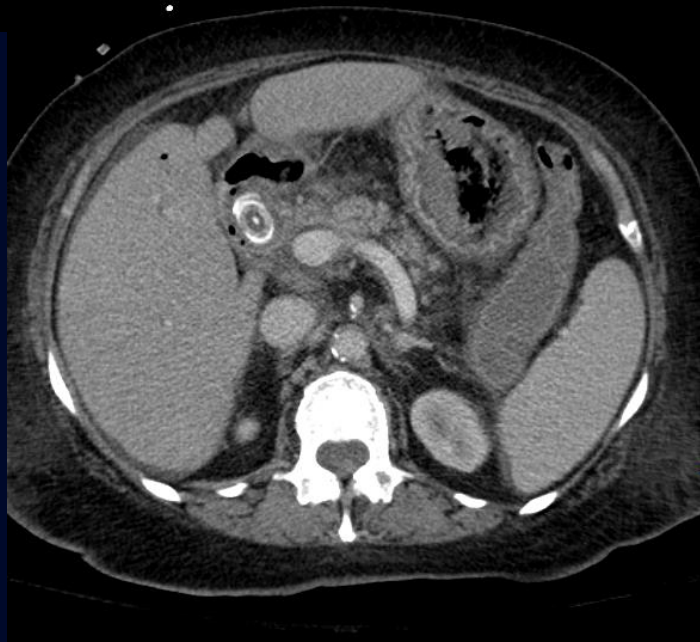
Examen antérieur



Antécédent de
cholécystectomie

Large lithiase dans le
moignon cystique

Scan abdominal C+



Scan abdominal C+ (suite)



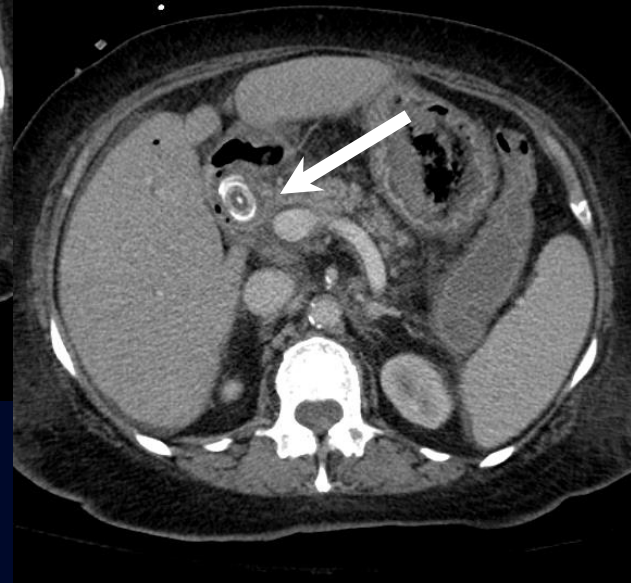
Scan abdominal C+



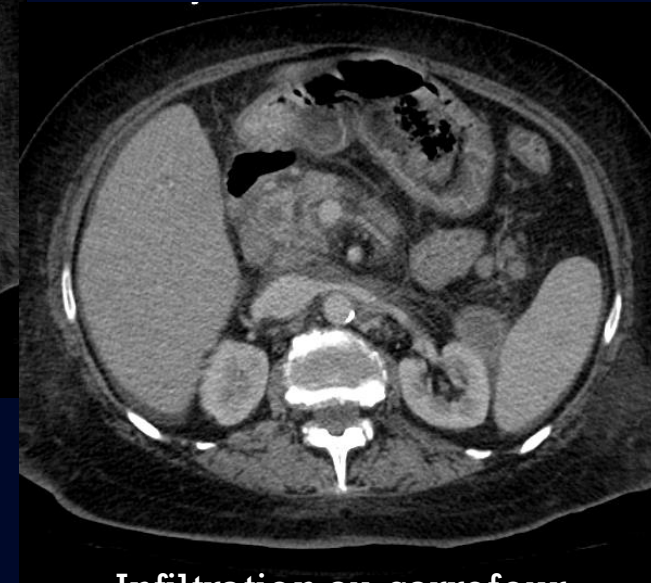
Progression de l'aérobilie



Liquide libre péri-
hépatique



Lithiase au moignon
cystique de taille et de
localisation inchangée



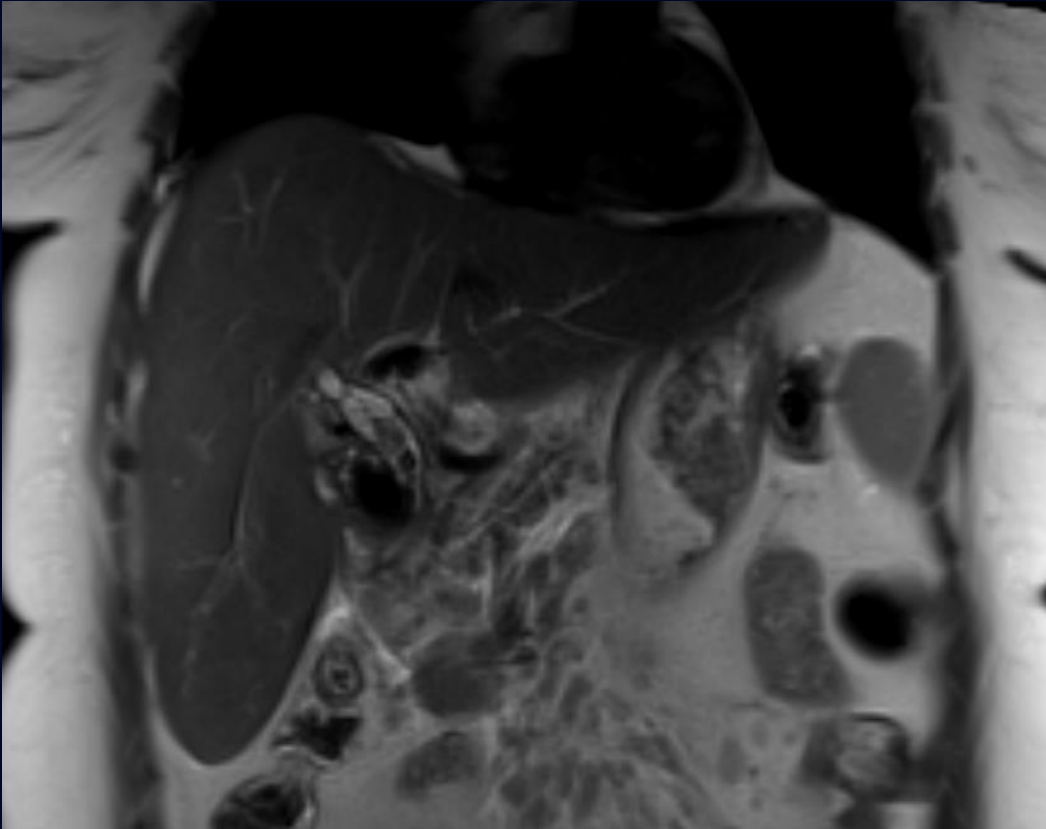
Infiltration au carrefour
pancréatico-duodénal

Scan abdominal C+ (suite)



Nouvelle dilatation du cholédoque

MRCP

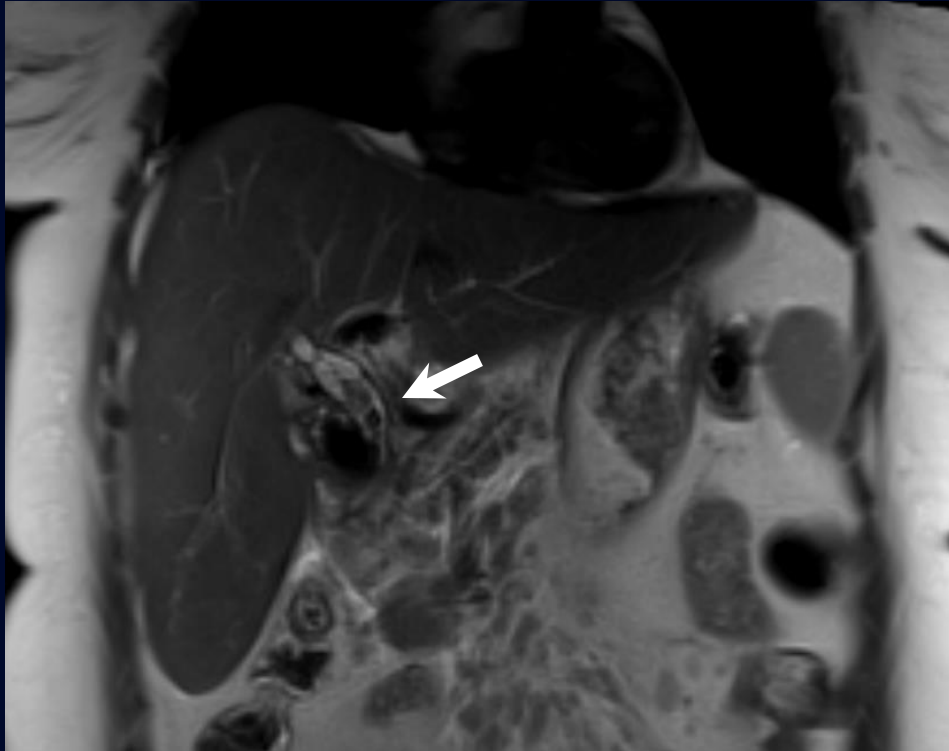


Coronal T2

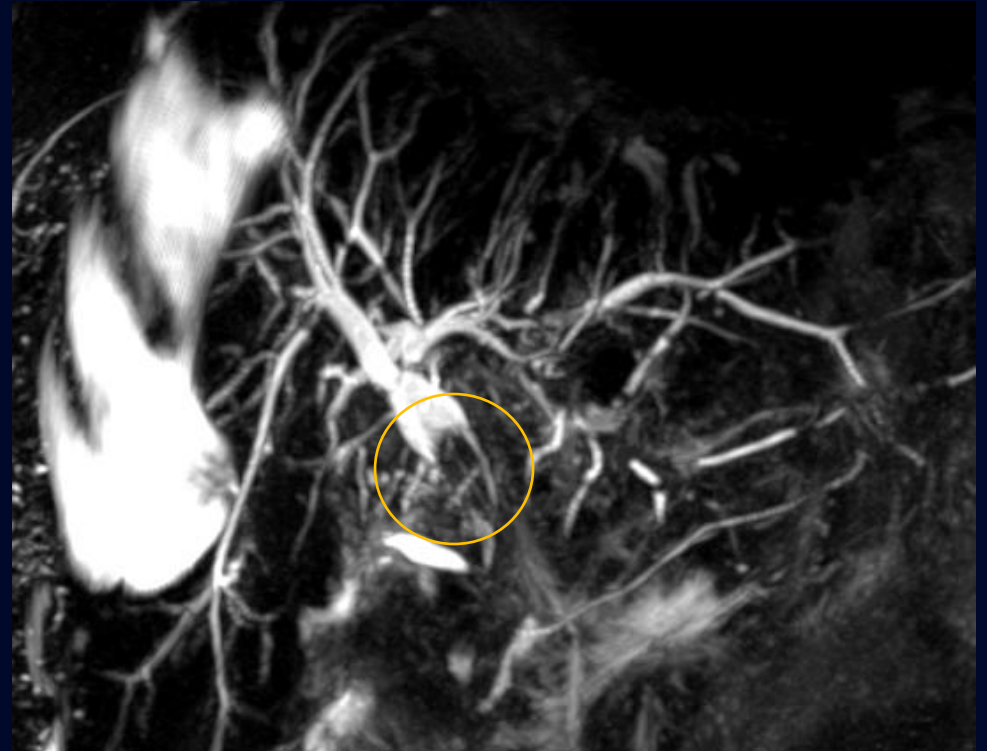


MRCP MIP

MRCP



Coronal T2



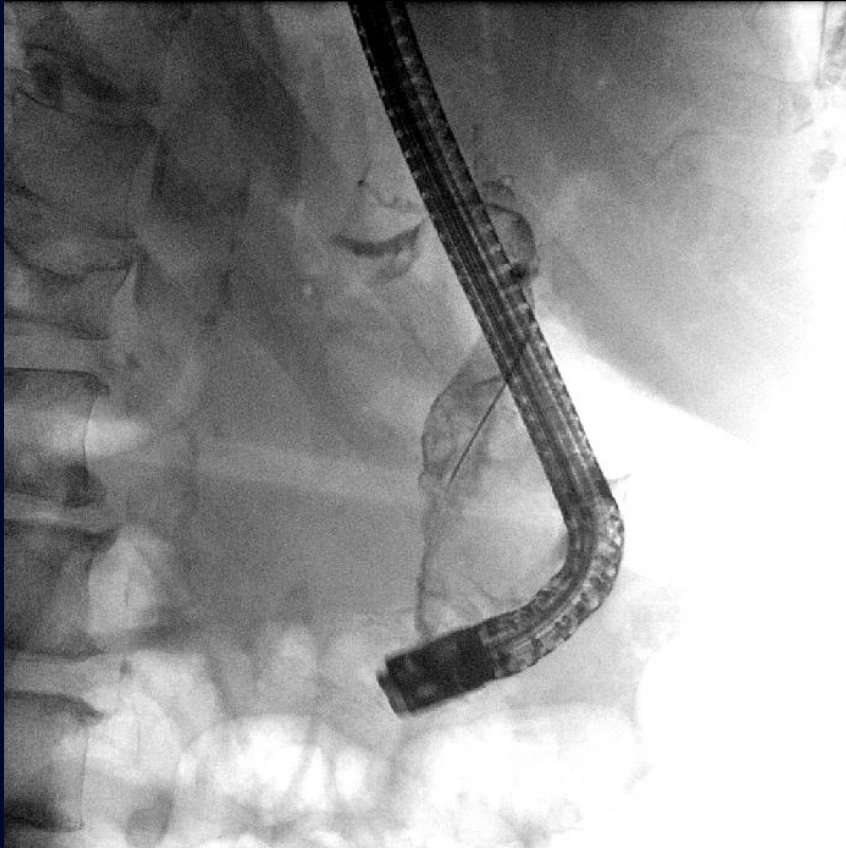
MRCP MIP

Matériel endoluminal fortement hypointense T2 suggestif de cholédolithiases avec possibles bulles d'air

Diagnostic

Cholangite aigüe de grade III

CPRE



Mise en place d'une endoprothèse cholédocienne
Hémobilie visualisée per-intervention

POST-CRPE



Hypotension et chute de l'hémoglobine

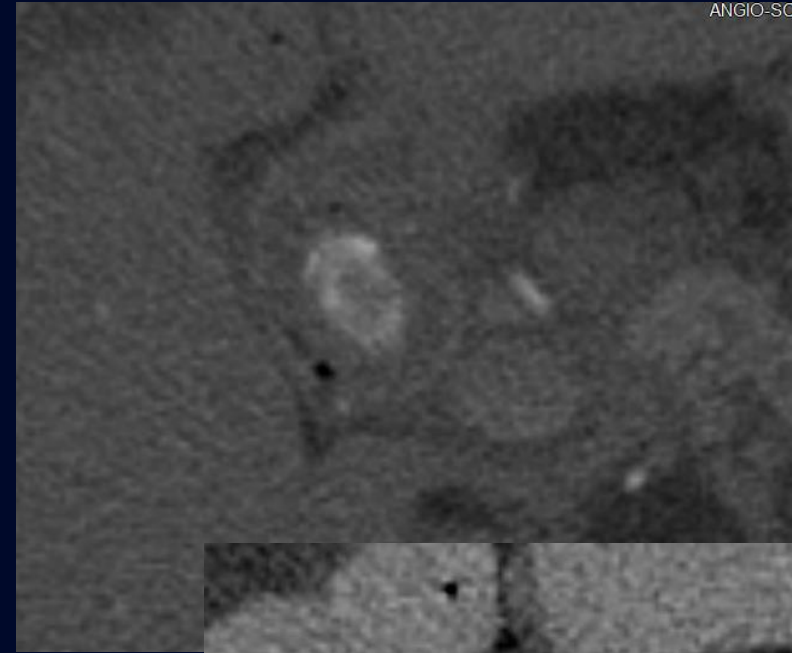
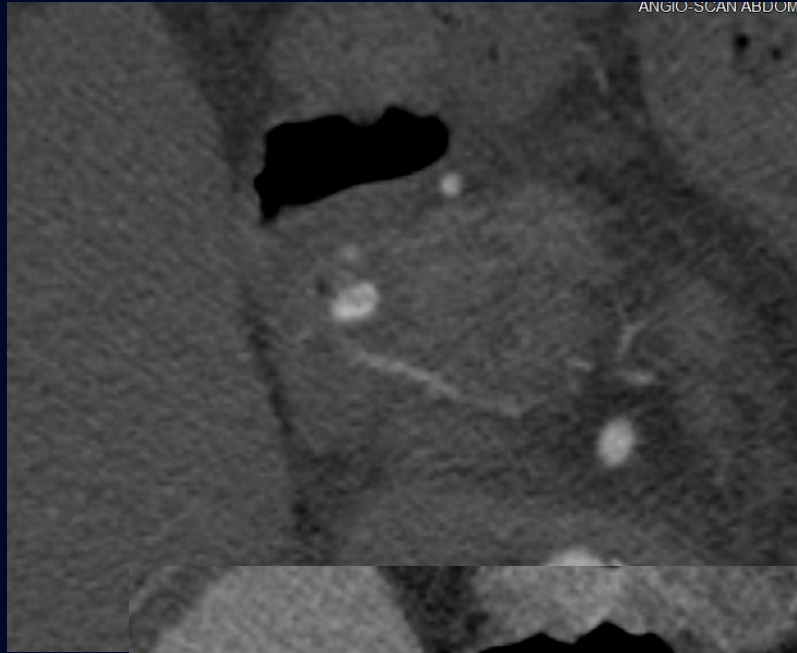
Hb 93 → 72

Saignement suspecté

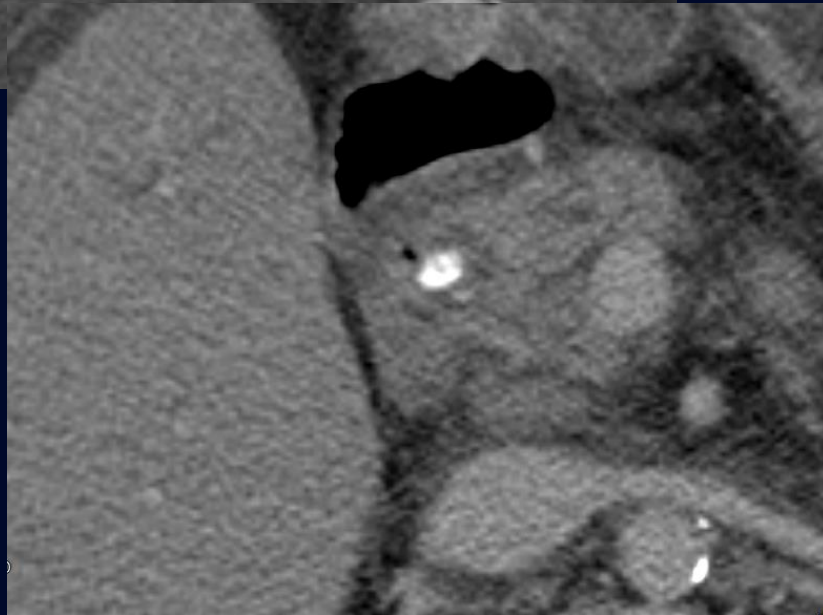
Angioscan abdomino-pelvien demandé

Angioscan abdominal

Phase artérielle

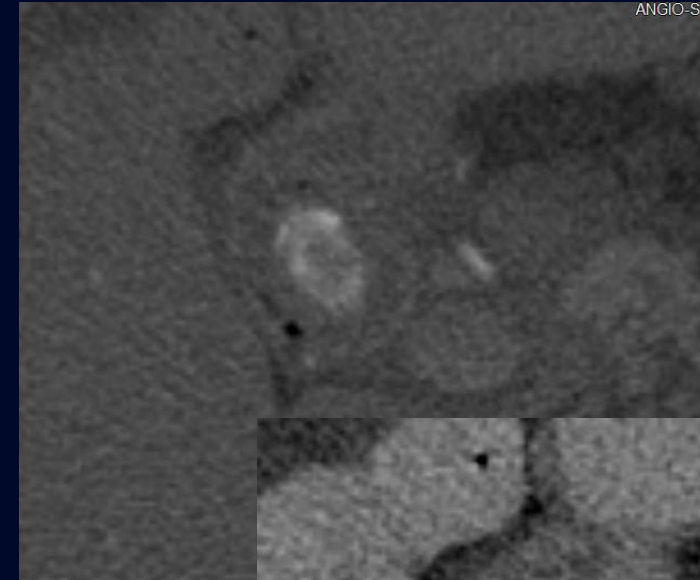


Phase veineuse



Angioscan abdominal

Phase artérielle



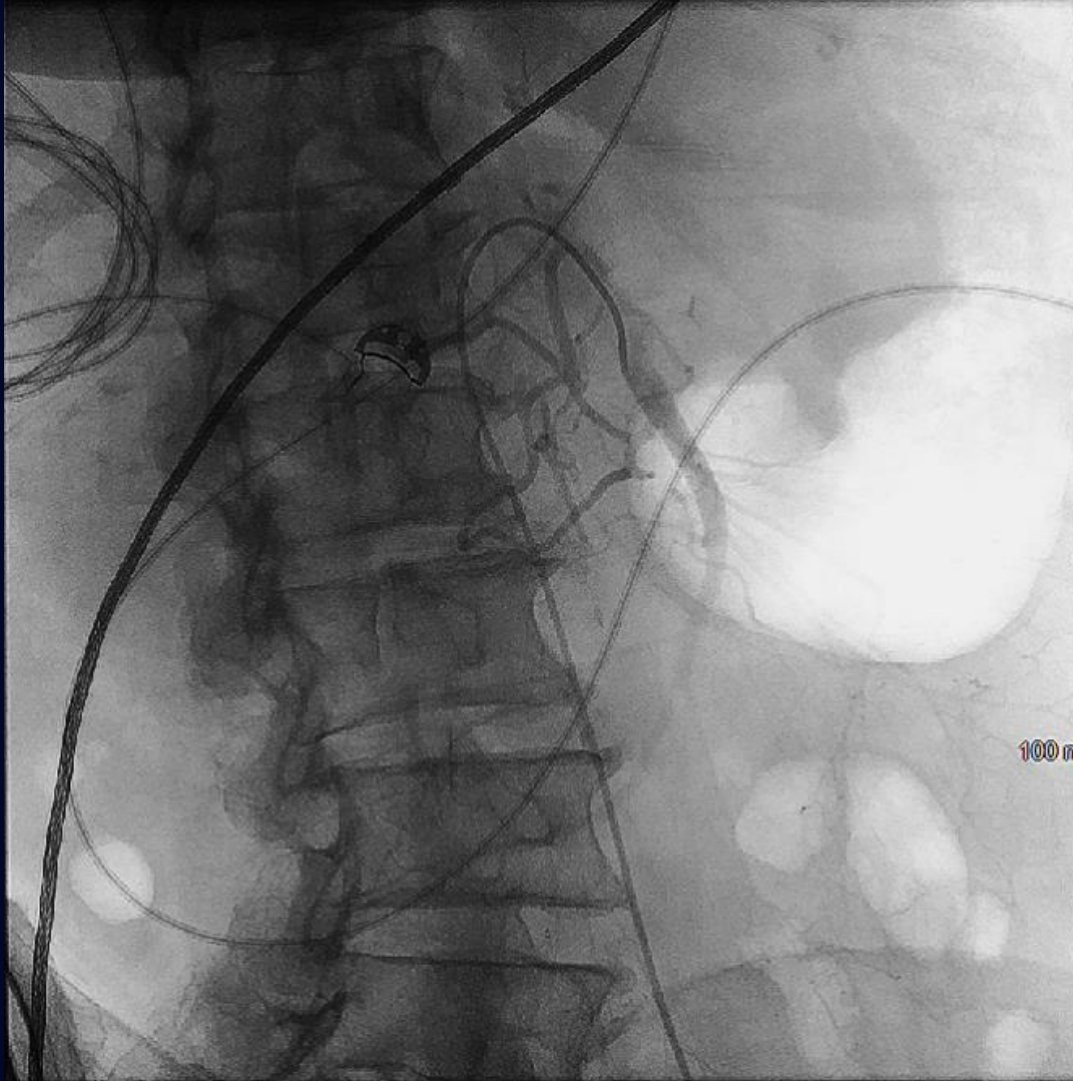
Phase veineuse



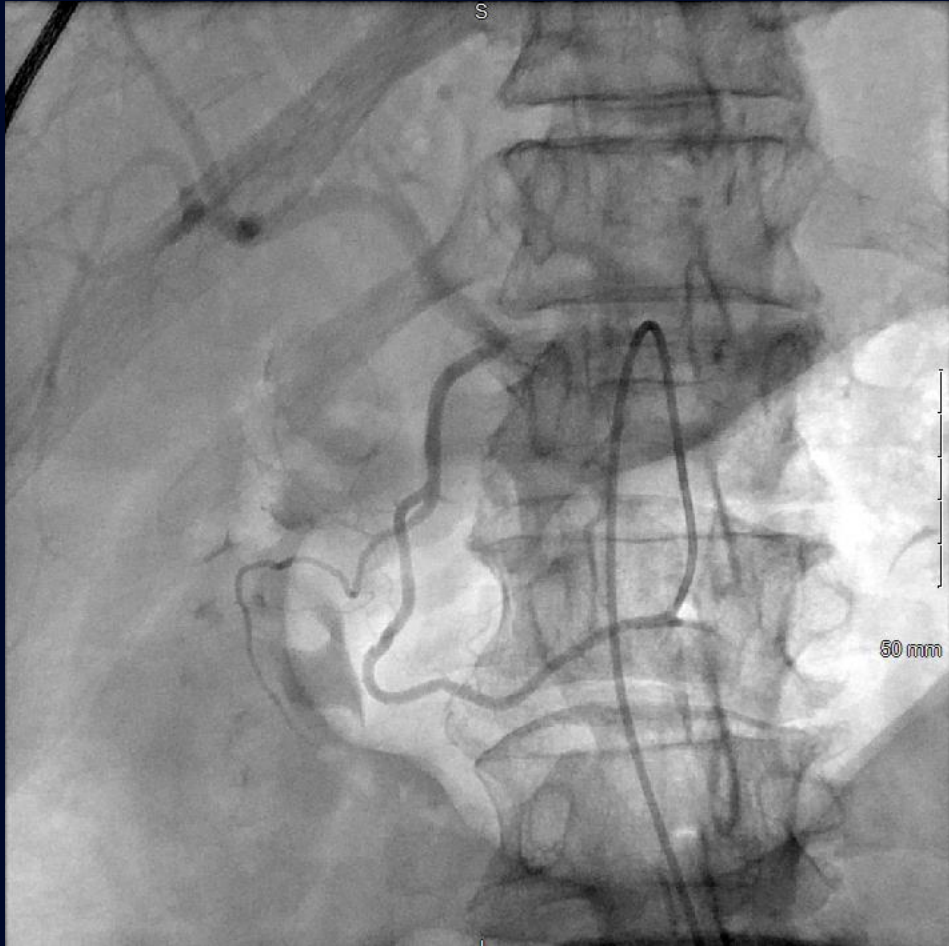
Accumulation de contraste dans le moignon cystique et le cholédoque évoquant un saignement actif

Angiographie

Angiographie par cathétérisme
de l'artère mésentérique
supérieure



Angiographie



Angiographie d'une branche pancréatico-duodénale inférieure

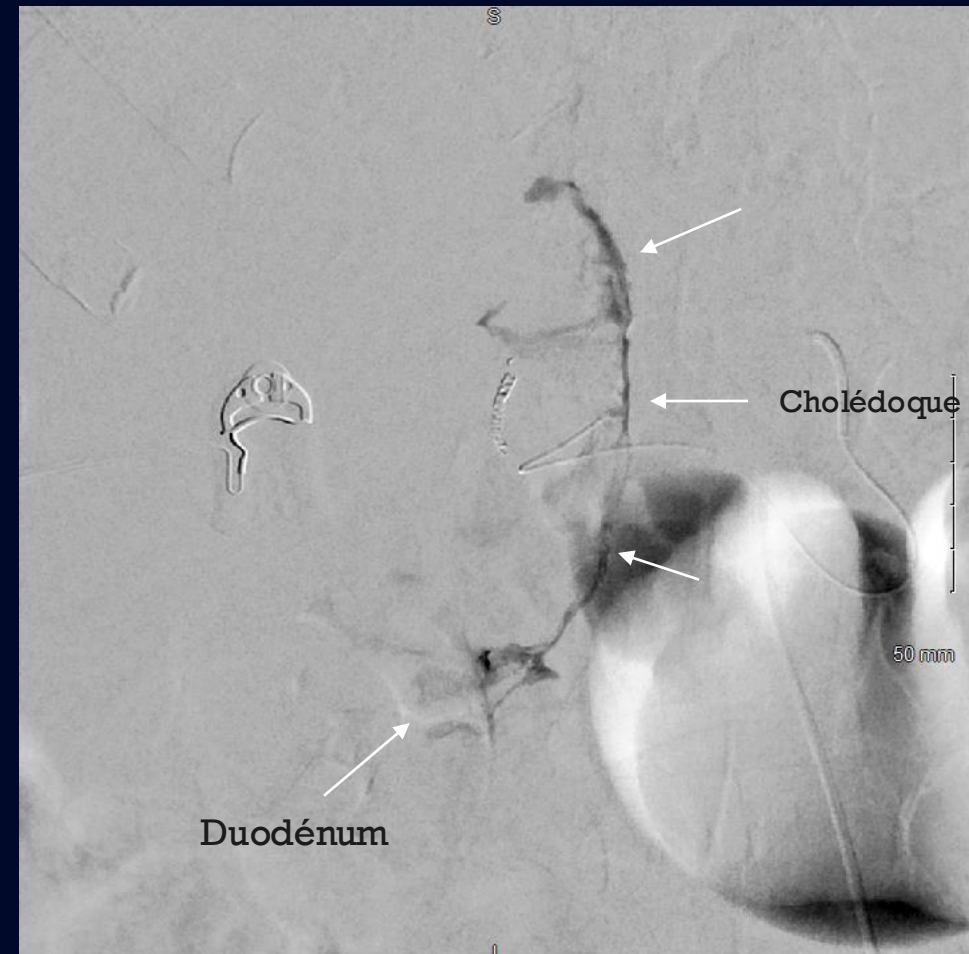


Embolisation d'une branche pancréatico-duodénale supérieure et mise en évidence d'un pseudo-anévrysme d'une branche horizontale de l'arcade pancréatico-duodénale

Angiographie

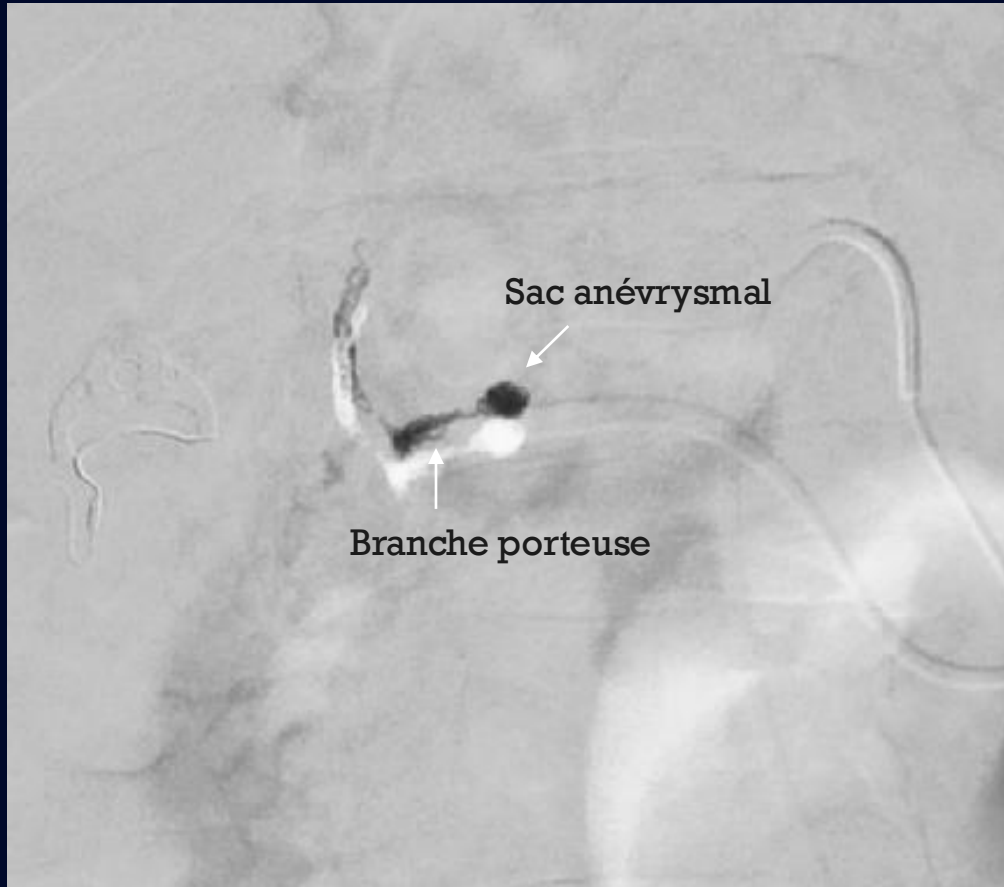


Cathétérisme supra-sélectif de cette branche horizontale qui démontre une opacification du cholédoque suivi du duodénum



Saignement actif dans la lumière du cholédoque

Angiographie



Embolisation du sac anévrysmal à l'aide de *packing coil* et embolisation de la branche porteuse



Angiographie sélective de l'artère hépatique commune

Synthèse radiologique

- Cholangite aigüe sur cholédocholithiases, traitée par endoprothèse cholédocienne
- Migration de l'endoprothèse
- Minime saignement actif intra-cholédocien à l'angio-TDM sur la phase veineuse
- Pseudo-anévrysme d'une branche de l'arcade pancréatico-duodénale et saignement actif dans le cholédoque visualisé uniquement à l'angiographie
- Saignement traité par embolisation



79 ans

Diagnostic final

**Hémobilie secondaire à
un saignement sur
pseudo-anévrisme
suite à l'installation
d'une endoprothèse
cholédocienne**

Pronostic + Traitement

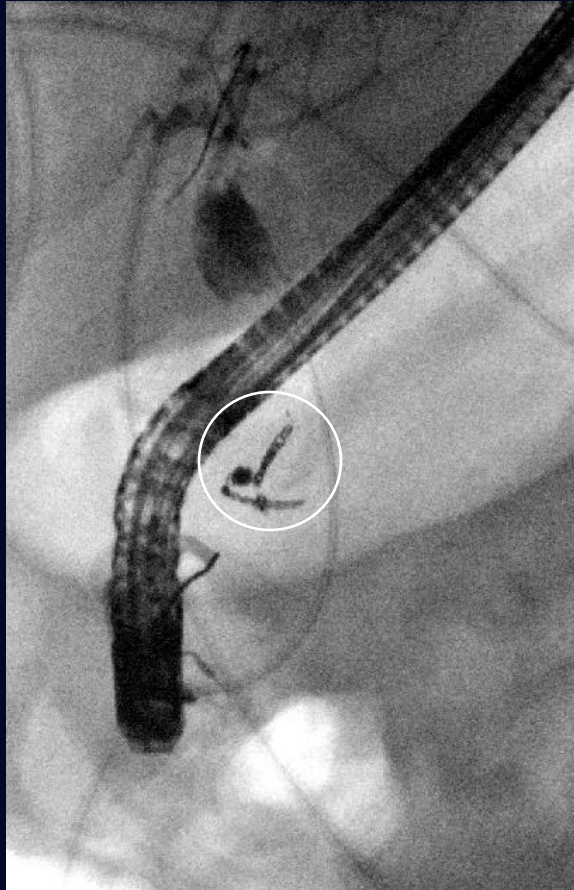
Traitement :

- Arrêt des anticoagulants oraux
- Embolisation du pseudo-anévrisme

Pronostic :

- Bon pronostic post traitement du pseudo-anévrisme et stabilisation de l'état hémodynamique.

CPRE – post embolisation



On revoit le matériel
d'angio-embolisation



Extraction de
cholédocholithiases et de
caillot sanguin du
cholédoque.

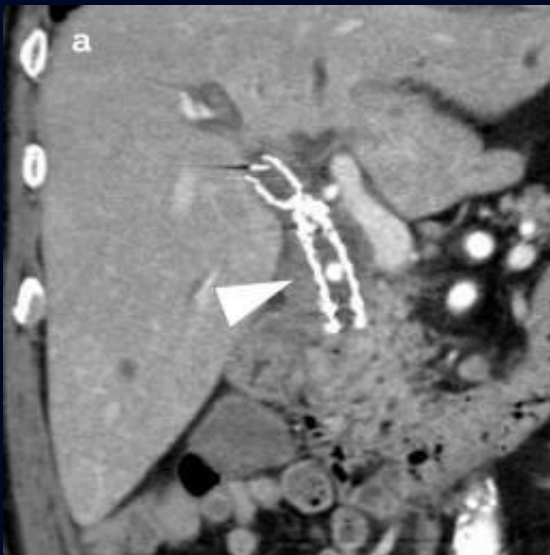
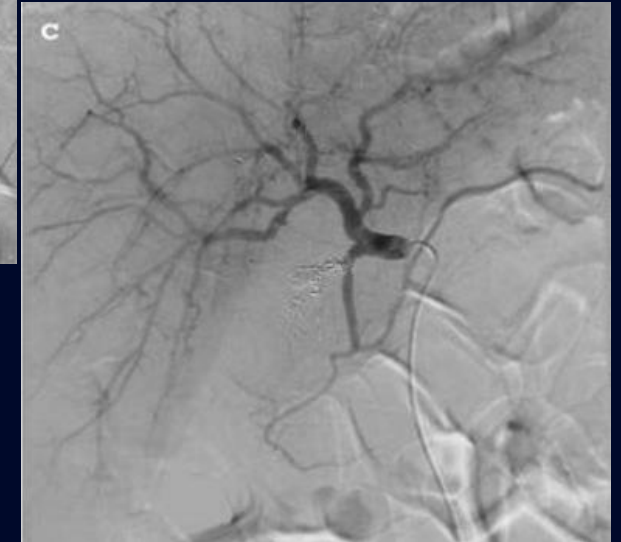
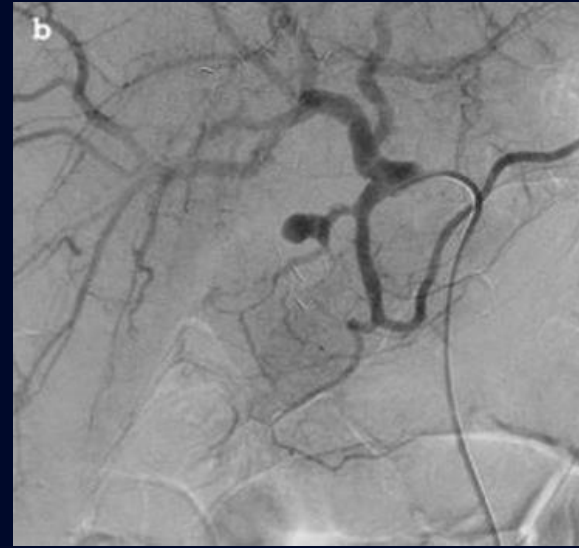
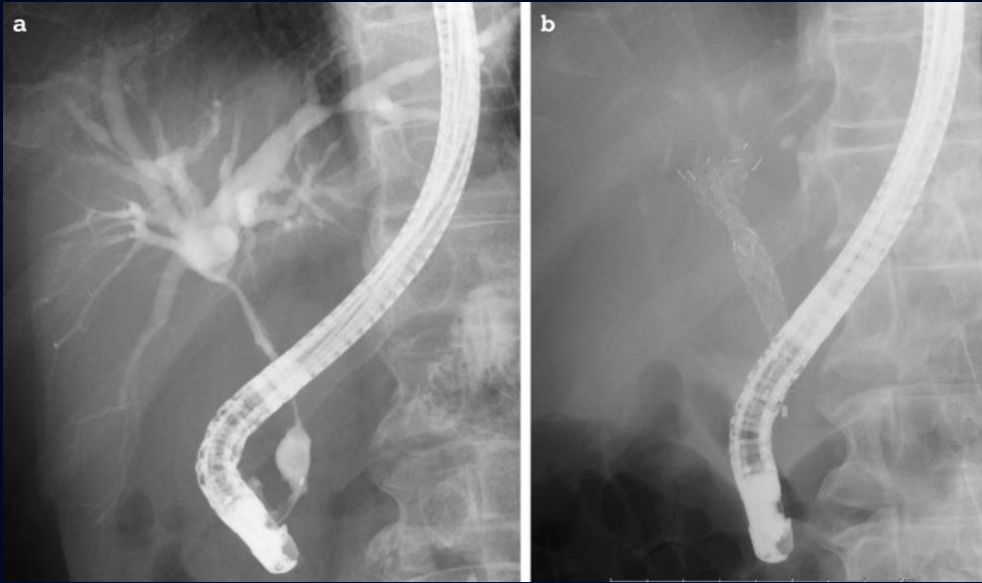
Insertion d'une
endoprothèse métallique
biliaire totalement couverte
pour drainage biliaire et
tamponade de récurrence
d'hémobilie.

CPRE prévue dans 2 mois
pour lithotripsie par
technologie Spyglass.

Pseudo-anévrismes post-installation d'endoprothèses biliaires

- Complication rare (quelques *case reports*)
- Plus fréquent avec les endoprothèses métalliques (vs plastiques)
- Diagnostic parfois difficile, nécessitant une angiographie
- Traitement par angio-embolisation
 - Le scanner permet de préciser l'anatomie de l'apport artériel du cholédoque et de planifier ainsi le geste d'embolisation.
- Signes et symptômes: saignement gastro-intestinal (+++), ictère, douleur abdominale, fièvre

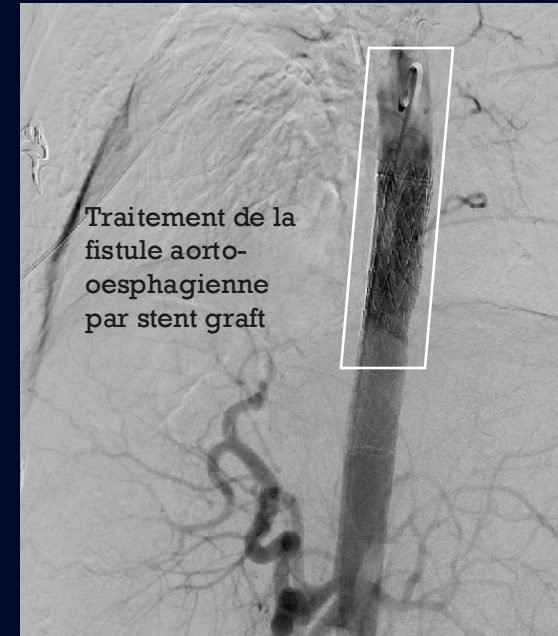
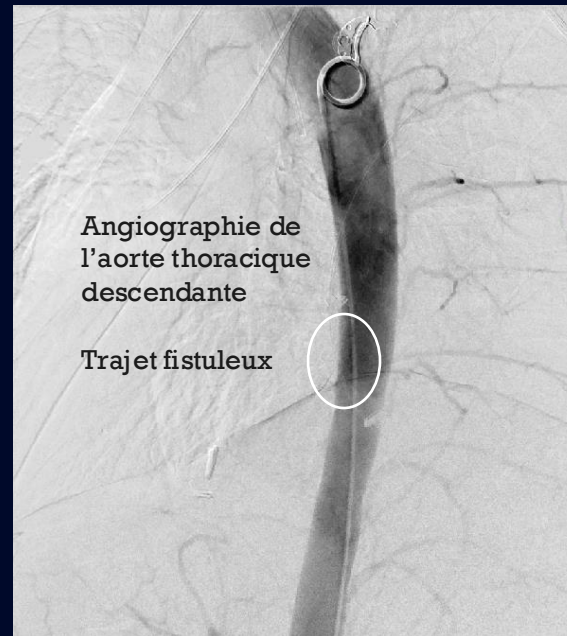
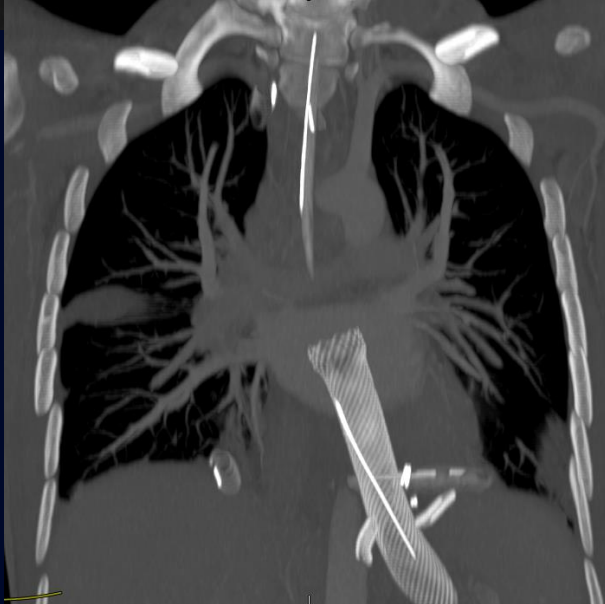
Cas compagnon #1



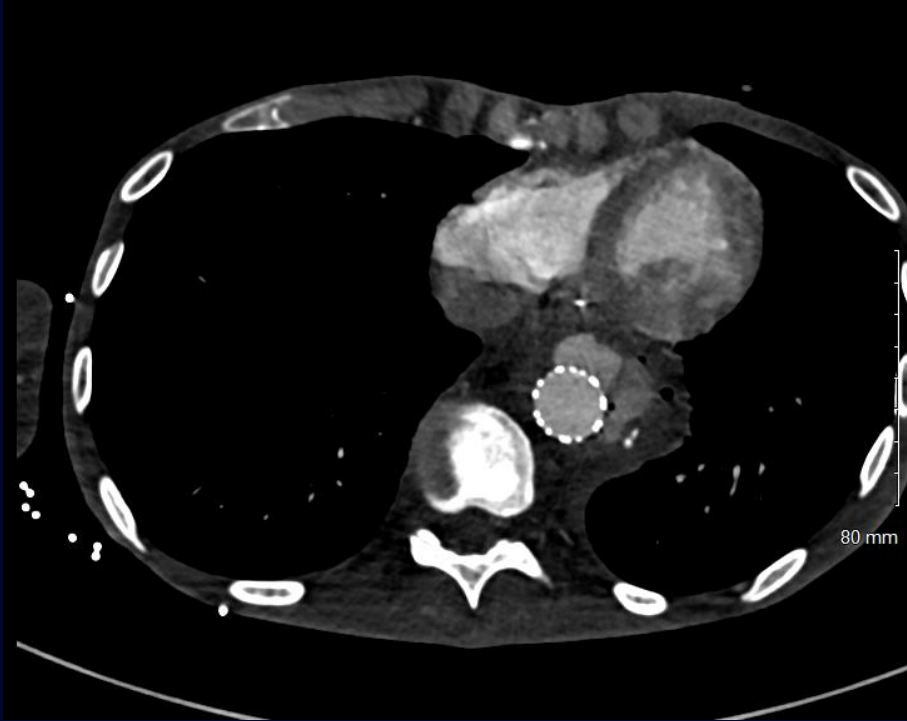
- H70 avec cholangiocarcinome métastatique
- Sténose sévère du cholédoque traitée avec 2 endoprothèses métalliques auto-expansibles
- Une semaine post procédure → douleur épigastrique, méléna et hématurie
- À la TDM : pseudo-anévrisme de la branche supéro-postérieure de l'artère pancréatico-duodénale qui fait protrusion dans l'endoprothèse
- Angiographie et pseudo-anévrisme embolisé par *coils*
- Patient décédé par hématurie 2 mois après l'embolisation, probablement suite à une récurrence du pseudo-anévrisme.

Cas compagnon #2

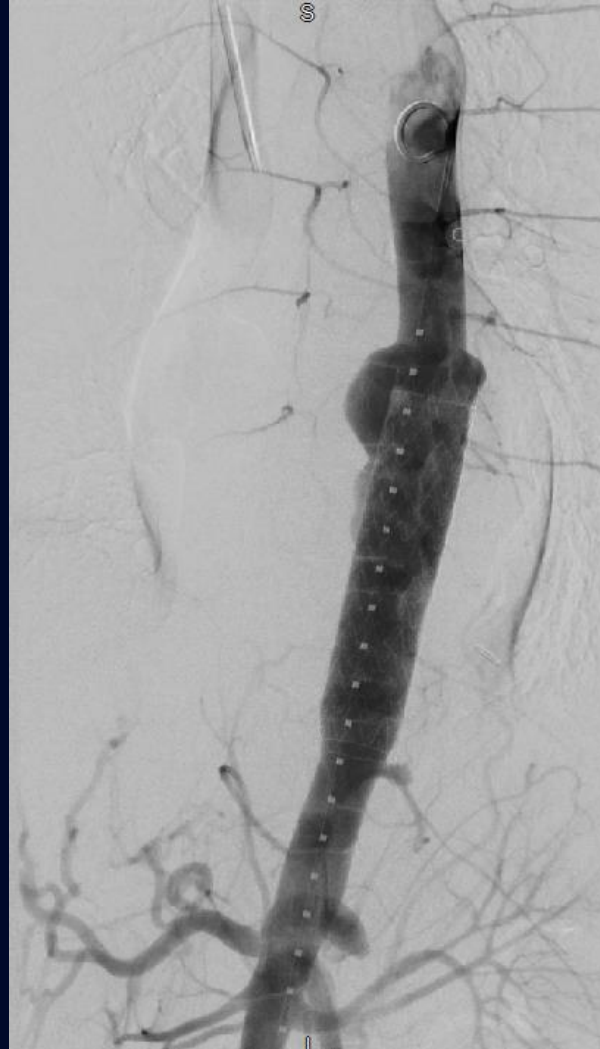
- H33 avec perforation oesophagienne – syndrome de Boerhaave
- Traité par stent oesophagien
- Fuite persistante post-stent oesophagien
- Développement d'une fistule aorto-oesophagienne post-stent qui a par la suite été traitée par stent graft aortique



Cas compagnon #2 (suite)

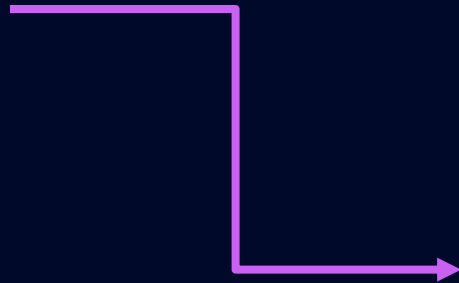


- Quelques mois après l'installation du stent graft aortique, fuite de contraste avec bulle d'air au pourtour du stent évoquant une extravasation active vs pseudo-anévrisme mycotique
- Traité par apposition d'un second stent



Messages à retenir

- Inflammation chronique
- Microtraumatismes (e.g. endoprothèses)
- Procédures interventionnelles (manipulations)



Facteurs de risque pour développer des lésions vasculaires de type pseudo-anévrisme ou fistule artérielle dont le diagnostic est parfois difficile et nécessitant une investigation par angiographie

Références

1. Loon, Erica, et al. "Pseudoaneurysms after biliary stenting: a comprehensive literature review." *Gastrointestinal Endoscopy* 99.6 (2024): AB695.
2. Satoh, Tatsunori, et al. "Rupture of pseudoaneurysm after biliary metallic stent placement." *Internal Medicine* 58.10 (2019): 1453-1457.