

# Ischémie mésentérique aigue

*Dr WH Messai*

Service de Chirurgie Générale

CHU Sétif

# INTRODUCTION

# DEFINITION

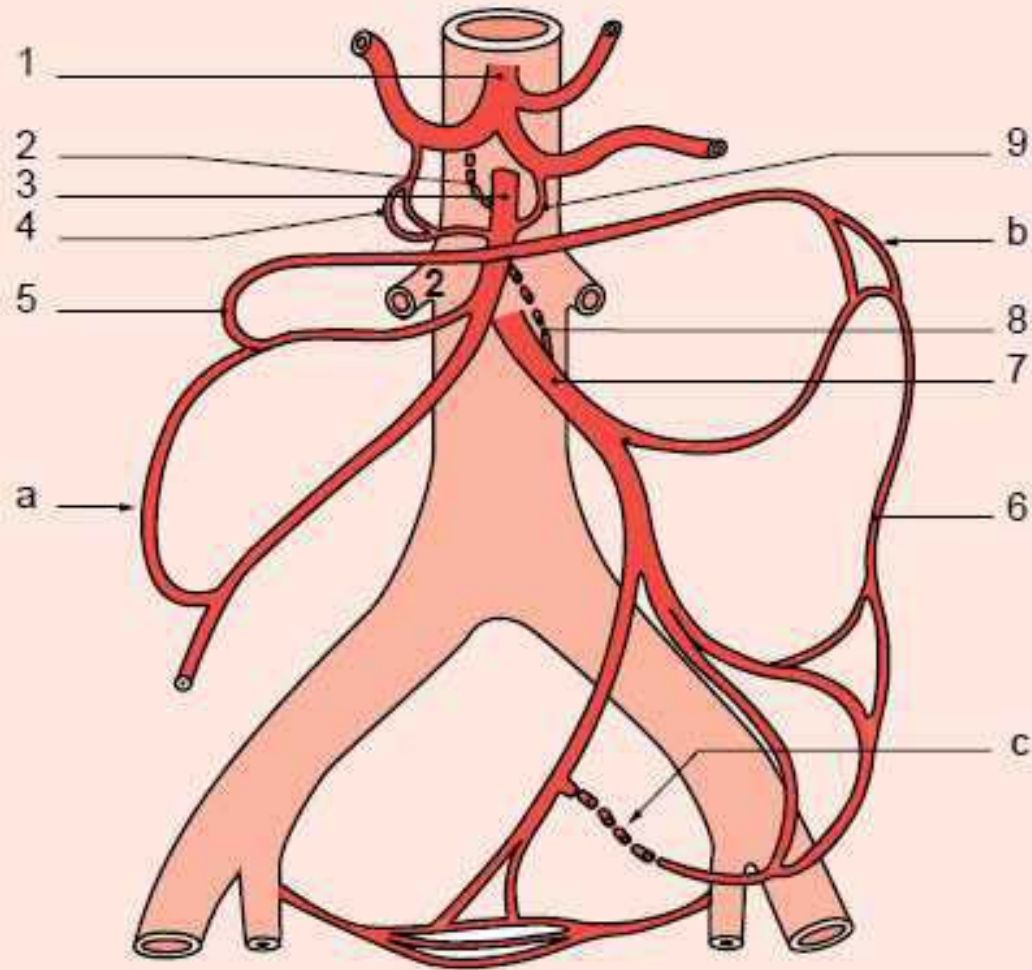
- Est à l'interruption ou la diminution brutale du flux sanguin splanchno-mésentérique ayant pour conséquence une souffrance intestinale
- IEM est la forme généralement connue des cliniciens >>> Pc sévère

- Urgence abdominale svt méconnue et cause rare de douleur abdominale
- Incidence en augmentation: 1H/1000
- Terrain: > 60ans  
Femme +++

# RAPPEL ANATOMIQUE

■ Les 3 principales artères digestives, branches antérieure de l' Aorte:

- Tronc cœliaque
- Artère mésentérique supérieure
- Artère mésentérique inférieure



**2** Anatomie de la circulation mésentérique.

1. Tronc cœliaque ; 2. arcade de Buhler ; 3. artère mésentérique supérieure (AMS) ; 4. arcade de Rio Branco ; 5. arcade de Riollan ; 6. arcade de Drummond ; 7. artère mésentérique inférieure (AMI) ; 8. arcade de Villemain ; 9. arcade intrapancréatique ; a. angle iléocœcal ; b. point de Griffith ; c. point de Sudeck.

# PHYSIOPATHOLOGIE

The image features a solid blue background. In the upper center, the word "PHYSIOPATHOLOGIE" is written in a bold, red, serif font. In the lower right quadrant, there are several overlapping, wavy, light blue lines that create a sense of motion or depth, resembling a stylized landscape or abstract pattern.



Baisse du débit sanguin  
=  
Baisse des apports en O<sub>2</sub>



Ischémie puis infarctus



Nécrose puis perforation



Décès

## Ischémie et baisse des apports en O<sub>2</sub>

Altération de la paroi intestinale

Translocation bactérie/endotoxine  
Consommation des plqt et du  
fibrinogène

Hypoxie et Métabolisme anaérobie

Production de lactates  
Acidose

Activation de l'inflammation locale et systémique

risque | d'emballement  
↓

Défaillance  
poly viscérale

# ETHIOPATHOGENIE

# ISCHEMIE ARTERIELLE AIGUE

- IEM et décès en qlq h/jrs
- Occlusion complète ou incomplète d'une seule artère digestive
- Peut succéder à une IMC

# Ischémie occlusive

## ■ Embolie 20%

- Trbl du rythme
- Pathologie ou prothèse VLV
- TRT endovasculaires
- Anévrisme

## ■ Thrombose

- trauma abd
- foyer infectieux intra-abd
- dissection aortique
- vascularite
- thrombophilie

# Ischémie non occlusive

- Hypo perfusion: 30%
  - Eta de choc
  - Déshydratation
  - Chirurgie cardiaque
  - Effort physique prolongé
  - Hémodialyse
  - Oesoprogestatifs, interactions pharmacologique
  - Immun modulateurs
  - Cocaine, digitaliques, alcaloïdes

# ISCHEMIE ARTERIELLE CHRONIQUE

- Artères pathologiques, terrain athéromateux
- Sténose d'au moins deux branches de l'aorte abd
- Se manifeste/ syndrome d'angor intestinal
- Peut se compliquer d'une IMA



# ISCHEMIE MESENTERIQUE VEINEUSE

- 5- 15% des ischémies mésentérique
- Liée a une thrombose mésentérique supérieure étendue ou pas au tronc porte
- De meilleur pc que IMA artérielle

- thrombose veineuse idiopathique
- Thrombophilie, trbl de la coagulation
- Trauma, foyer infectieux ou tumorale intra-abd

**DIAGNOSTIC  
POSITIVE**

# CLINIQUE

**CONTEXTE CLINIQUE**

**TERRAIN ET FACTEURS DE RISQUE**

# IMA précoce

- EG conservé, pas de T°<sup>o</sup>, pas de défaillances
- DL +++: aigue, intense et croissante, en continue, péri-ombilicale puis diffuse
- Vmst
- Diarrhée fréquente, parfois Hgie dig
- Examen abdominal subnormal : +/- distension

## Evoquer le Dg :

- Discordance entre l'intensité de la DL et la normalité de l'examen clinique
- Terrain et le contexte clinique+++

# IMA tardif

- AEG, teint grisâtre, haleine fétide, agitation, T<sup>o</sup>, polypnée, tachycardie et hypotension, oligurie
- défaillances viscérales, signes de choc
- DL très intense, continue, diffuse
- Diarrhée sanglante puis AMG
- Distension abdominale puis défense/contracture

# PARACLINIQUE





# Biologie

- Tardif
- Non spécifique
- Apprécie le retentissement et la gravité

- Hyperleucocytose, Anémie
- Syndrome inflammatoire
- Augmentation des L-Lactates à un stade tardif  
>>>> valeur Pc

# Imagerie

## ■ ASP:

- Peu d'intérêt, signes non spécifiques

Iléus reflex

Epaississement des paroi intestinal

## ■ Echographie couplée au doppler:

- Examen op-dépendant
- limité par le météorisme et la dl

Arrêt du flux sg

- Angioscanner multi barrettes:

## Examen de référence

Spécificité de 95-100% pour l'ischémie occlusive

Sensibilité de 50% pour l'ischémie non occlusive

- Permet un Dg:

- positif

- étiologique

- de gravité

>>> guide le TRT

## Signes commun à l'IMA

- Epaissement de la paroi digestive
- Œdème s/muq
- Rehaussement muqueux hétérogène, hyperhémie
- Absence de rehaussement de la paroi digestive
- Hgie intra murale
- Liquide intra-abdominal

## IMA précoce

Pas de complication

## IMA tardive

Perforation( epchmt, PNO)

Aspect de péritonite

Nécrose intestinale: absce de prise de contraste sur un intestin aminci, pneumatose, aeromésenterie/ aéroportie



## ■ Angiographie:

Perdu son intérêt Dg / scanner

Intérêt TRT +++++: revascularisation

# Endoscopie

- N' est pas nécessaire au Dg
- Lésions non spécifiques
- L' existence de nécrose contre indique la poursuite de l'examen

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIAL

- Anévrisme de l'aorte
- IDM inférieur
- Urgence chg abdominale: AP, OIA cholécystite/angiocholite, perforation digestive...
- Pancréatite aigue
- Lithiase urinaire
- Acidose lactique

# FORMES CLINQUES

# SELON LE MECANISME

## ■ Embolie:

- Survenue brutale
- ACFA 75%
- autre accident embolique contemporain 20%
- ATCD embolique 30%

## ■ Thrombose:

- ATCD de maladie athéromateuse
- Angore mésentérique précédent l'IMA 50%
- Dénutrition
- Souffle
- Abolition des pouls

■ IMA non-occlusif:

- Clinique: intolérance entérale, vomst, diarrhée,  
Hgie dig,

T°, hypotension

distension abd, défense



- Contexte clinique +++++

bas débit, état de choc

TRT hypovolémiant, vasoconstricteurs

Cocaïne

# SELON LA SEVERITE

- IMA non sévère:

- atteinte segmentaire
- Absence des critères ci-dessous

■ **IMA modérée:** 3 critères max

- Sexe masculin
- TAS < 90 mm hg
- Pouls > 100/min
- DL abd sans rectorragies
- Urée > 7mmol/l
- Hg < 12g/l
- LDH > 350U/l
- Na < 136MMOL/l
- GB > 15G/l
- Colite ulcérée à la coloscopie

■ **IMA sévère:** > 3 critères ci-dessus ou au moins un critère ci-dessous

- Péritonite

- pneumatose ou aéroportie

- Gangrène à la coloscopie

- Pancolite ou colite dte au canner ou a la coloscopie

# ETIOLOGIE

Sera réalisé **systematiquement**:

Bilan cardiaque

Bilan hématologique

- Cardiopathie emboligène: VLVpathie, trbl du rythme
- Thrombophilie héréditaire: déficit en protéine C/S, syndrome des anticorps anti phospholipides
- Syndrome myéloprolifératif
- Hémoglobinurie paroxystique nocturne

# TRAITEMENT



- Précoce
- Multidisciplinaire
- Stratégie d'autant plus agressive que le malade va bien

## La PEC comprend:

- Prévention d'une défaillance multi viscérale/TM spécifique
- Préservation de l'intestin ischémique non nécrotique/  
une revascularisation sans délais
- Résection des segments nécrotique

# TRT médical

Tjr de mise

- Remplissage vx mm si l'hémodynamique est conservé
- Décontamination digestive orale:
  - Gentamycine 80 mg/j
  - Métronidazole 1,5 g/j

- Héparinothérapie / HNF
- IPP en IV
- O2 thérapie
- Repos digestif complet

# Revascularisation radiologique

- Réalisée en 1ere intention chaque fois que c'est possible
- En absence de complication
- S/ HNF, aspirine et IPP
- Si persistance de la DL = échec de revascularisation

- Thrombolyse
- Thrombo-aspiration
- Désobstruction mécanique
- Stent
- Angioplastie
- Vasodilatateur intra-artériel

# TRT chirurgical

- Si suspicion de complication >>> chg en urgce
- Incertitude Dg
- Echec du TRT radiologique

## Comprend deux temps

### 1- Revascularisation chirurgicale:

chaque fois que possible

précède le temps intestinal



- Désobstruction mécanique
- Endarterectomie
- Réimplantation artérielle
- Pontage
- Patching

2- Temps intestinal:

a- Résection des territoires nécrosés:

le RC en fonction des conditions locales et glo

b- Si ischémie sans nécrose avec revascularisation chg possible:

Conserver les territoire ischémie

Reprise chg si évolution défavorable ou second look systématique

# CONCLUSION

- IMA est une « super-urgence » nécessitant une PEC précoce au stade où les lésions sont encore réversibles
- Tous les malades doivent bénéficier d'un protocole médical pour désamorcer les voies de l'inflammation s/ l'effet de l'hypoxie

- Les stades précoces doivent bénéficier d'un TRT radiologique
- Les stades tardifs et/ou compliqués doivent bénéficier d'un TRT chg

# Points à retenir

- IMA doit être évoquer face à une DL abdominale évoluant dans un contexte évocateur
- Le scanner abdominal est l'examen de référence pour le dg +, étiologique et de gravité
- La PEC doit être précoce et multidisciplinaire

- Le TM est tjr de mise, comprend un remplissage vx, anti coagulation, ATB à large spectre, et une mise au repos du TD
- La revascularisation radiologique est de 1ere intention en absence de complication
- Le TRT chg est indiqué au stade tardif et/ou de complication et fait intervenir chg vx et dig

