

# Infarctus Entéro-Mésentérique

## Introduction

- L'infarctus entéro-mésentérique est dû à une ischémie intestinale aiguë
- Urgence abdominale peu fréquente mais grave
- Le diagnostic est souvent tardif au stade d'infarctus car le tableau clinique est peu évocateur

## Etiologies

- **ischémie par lésions vasculaires :**
  - **Obstruction de l'artère mésentérique supérieure :**
    - **Embolie :** le point de départ est le cœur gauche, atteinte valvulaire (mitrale), Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire (ACFA), migration d'une plaque d'athérome ulcérée
    - **Thrombose aiguë :** c'est la conséquence d'une sténose serrée d'origine athéromateuse se compliquant de thrombose à l'occasion d'un bas débit d'origine cardiaque (infarctus, troubles du rythme) ou périphérique (hypovolémie), rarement :
      - ✓ **Artériopathies non-athéroscléroses :** Takayasu, angéite et vascularites nécrosantes
      - ✓ **Thromboses post-opératoires :** cholécystectomie, Nissen...
      - ✓ **Thromboses post-chimiothérapie**
      - ✓ **Thromboses associées à des pathologies tumorales :** carcinoïdes, phéochromocytomes...
  - **Obstruction de la veine mésentérique supérieure : 10%**
    - **Foyers infectieux abdominaux :** appendicite, cholécystite, angiocholite...
    - **Troubles de la coagulation :** déficit en protéine S et C, désordres plaquettaires
    - **Maladies hématologiques :** drépanocytose, polyglobulies
    - **Causes mécaniques :** hypertension portale
    - **Causes traumatiques (contusions et plaies) ou opératoires (splénectomie)**
    - **Désordres hormonaux :** traitement contraceptif, accouchement
    - **Idiopathique : 10%**
- **Ischémie sans lésions vasculaires :** bas débit splanchnique accompagné d'une vasoconstriction splanchnique chez des patients en état très précaire, déséquilibre circulatoire dont l'origine est diverse : cardiaque (IDM), hypovolémies graves, post-opératoires (circulation extracorporelle)

## Anatomopathologie

- **Lésions artérielles :** athérome
- **Lésions veineuses :** thrombose
- **Lésions intestinales :** ischémie → infiltration des parois et du méso (œdème) et 3<sup>e</sup> secteur → immobilité → violacés → zone de sphacèle → perforation et péritonite

## Physiopathologie

- **Conséquences locales :**
  - **30 minutes :** lésions muqueuses irréversibles
  - **60 minutes :** entérocytes nécrosées
  - **4 heures :** disparition de l'épithélium, mettant à nu la sous-muqueuse
  - **6 heures :** lésions de la musculature irréversibles
- **Conséquences générales :**
  - Déperdition liquidienne → troubles électrolytiques (acidose métabolique et hyperkaliémie)
  - Libération des facteurs toxiques (ischémie) : kinine, sérotonine, endotoxines bactériennes → défaillance multi-viscérale
  - Coagulation Intra-Vasculaire Disséminée
  - Phénomènes infectieux : disparition de la barrière muqueuse et augmentation de la perméabilité des parois intestinales → bactéries et endotoxines → défaillance multi-viscérale

## Clinique

- Pas de tableau spécifique
- **Syndrome d'ischémie aigüe mésentérique :**
  - **Douleur :**
    - Brutale, péri-ombilicale ou de la fosse iliaque droite, intense de type colique avec des paroxysmes, s'accompagne de vomissements réflexes, la sensation de ténésmes sans diarrhées serait caractéristique
    - Insidieuse, crampes abdominales (embarras gastriques)
  - **A ce stade :** abdomen sensible sans défense, tension artérielle et température normales, fréquence cardiaque modérée
- **Au stade d'infarctus :** douleurs continues et diarrhée sanglante (typique) → iléus avec un arrêt des matières et des gaz. L'examen clinique retrouve un abdomen distendu, atone, silencieux à l'auscultation voire une défense (apparition de réaction péritonéale), l'état général est rapidement altéré (hyperthermie, baisse de la tension artérielle, augmentation de la fréquence cardiaque), anxiété, agitation, stupeur, déshydratation, oligo-anurie

## Éléments diagnostiques

- **Contexte :** terrain vasculaire
- **Investigations radiologiques :**
  - **ASP :** il peut objectiver un abdomen vide de gaz, niveaux hydro-aériques, pneumopéritoine (perforation d'une anse infarctée)
  - **Echographie abdominale et Doppler vasculaire :** elle montre un épaissement pariétal ou péritonéal, le Doppler est peu performant
  - **Artériographie :**
    - **Embole :** image d'arrêt cupuliforme
    - **Thrombose :** oblitération ostiale ou juxta-ostiale avec une opacification retardée des artères mésentériques périphériques
  - **TDM / Entéro-scan**
  - **IRM**
- **Investigations biologiques :** pas d'intérêt diagnostique, elles reflètent l'importance du désordre métabolique

## Traitement

### But

- Traitement des désordres métaboliques et hydro-électrolytiques
- Traitement des lésions vasculaires
- Traitement des lésions intestinales
  
- **Réanimation** : avant, pendant et après tout geste chirurgical, sonde nasogastrique, antibiothérapie à large spectre, corriger l'hypovolémie et les troubles électrolytiques, prévention de l'extension ou de la récurrence de la thrombose (héparine), prévention de la défaillance rénale (diurétiques, hémodialyse), médicaments cardiotoniques et anti-arythmiques en fonction du contexte
- **Traitement des lésions vasculaires** :
  - **Revascularisation de l'artère mésentérique supérieure** :
    - **Chirurgie** : embolectomie (sonde de Fogarty), thrombo-endartériectomie, réimplantation directe de l'artère mésentérique dans l'aorte sous-rénale (clampage latéral), pontage aorto-mésentérique (soit matériel endogène (veine saphène interne) soit prothèse (Poly-Tétra-Fluoro-Ethylène))
    - **Technique endo-luminale** : injection intra-artérielle sélective de médicaments vaso-actifs dans la mésentérique (ischémie intestinale non-occlusive), fibrinolyse ou thrombolyse intra-artérielle (urokinase et streptokinase)
    - **Embolectomie et thrombectomie non-chirurgicales** : par aspiration
  - **Désobstruction de la veine mésentérique supérieure** : thrombectomie
- **Traitement des lésions intestinales** : résections étendues et anastomoses
  
- Les suites post-opératoires sont émaillées de complications :
  - **Terrain** : défaillance cardiaque
  - **Locale** : récurrence, fistule, éviscération...
  - **Générale** : défaillance multi-viscérale
- **Mortalité** : 70-90%

## Conclusion

- Urgence abdominale rare mais grave, l'évolution des lésions est rapide, l'infarctus entéro-mésentérique reste grevé d'une lourde mortalité
- Seul un diagnostic précoce, au stade de début, peut améliorer le pronostic

PR. S. BENDJABALLAH  
Mr. le Médecin de service  
de chirurgie générale A