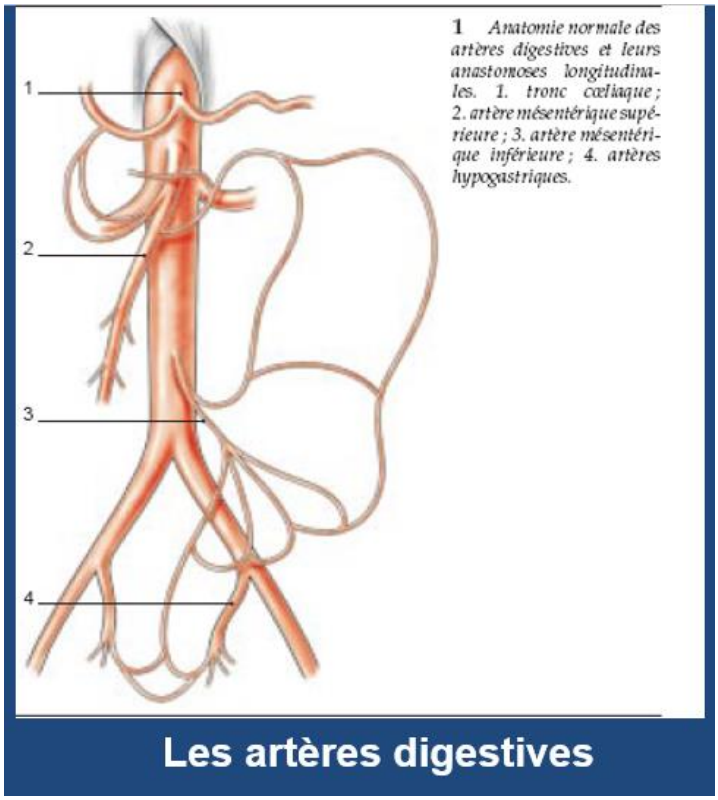
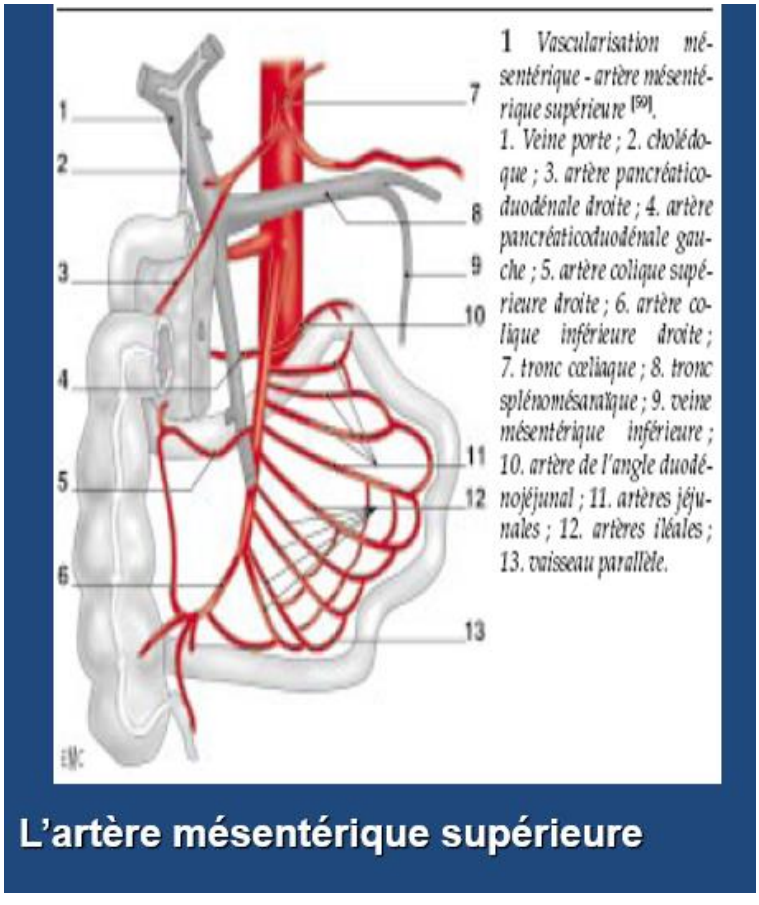
I- Introduction :

- « L'occlusion des vaisseaux mésentériques est une maladie :
  - « L'occlusion des vaisseaux mésentériques est une maladie :
  - ….dont le diagnostic est impossible
  - …. dont le pronostic est catastrophique
  - …. dont le traitement est presque toujours inutile »
- Incidence en augmentation : 1/1000 à 1/200 hospitalisations pour douleurs abdominales
- Mortalité 50 à 95%
- Rapporté par Elliot en 1895
- Urgence médico-chirurgicale Dg et TRT
- Taux de mortalité effroyable 30 – 95%
- Dg difficile : clinique non spécifique
- Dg précoce +++ = amélioration de la survie
- Multidisciplinarité : Rx - Vx - Réa - Chirg.
- TDM +++ en première intention
- L ischémie mésentérique correspond à
  - ↘ flux artériel = souffrance intestinale
  - Infarctus entéromésentérique
    - Artériel : thrombose, embolie
    - Veineux : thrombose
    - Ischémie non occlusive/ bas débit
  - Angor mésentérique chronique





II- **Physiopath :**

A- *Conséquences locales :*

- Situation de bas débit → Ischémie mésentérique > 15mn : altération muqueuse
  → Infarctus
  → Nécrose 6 - 18 h → perforation
  → Mortalité > 95% choc septique

B- *Conséquences métaboliques :*

- Pertes liquidiennes / exsudation : épanchement péritonéal
- Troubles électrolytiques : acidose, hyperK+, hyperphosph.
-
- Libération de toxines ds la circulation : kinines, sérotonines
- Troubles de la microcirculation
- CIVD et défaillance multiviscérale
- Sd d'ischémie reperfusion : aggravation des lésions ischémiques (muqueuses/ microcirculation)

III- **Anapath** :

A- *Ischémie mésentérique aigue :*

- Réversible si < 4 - 6H

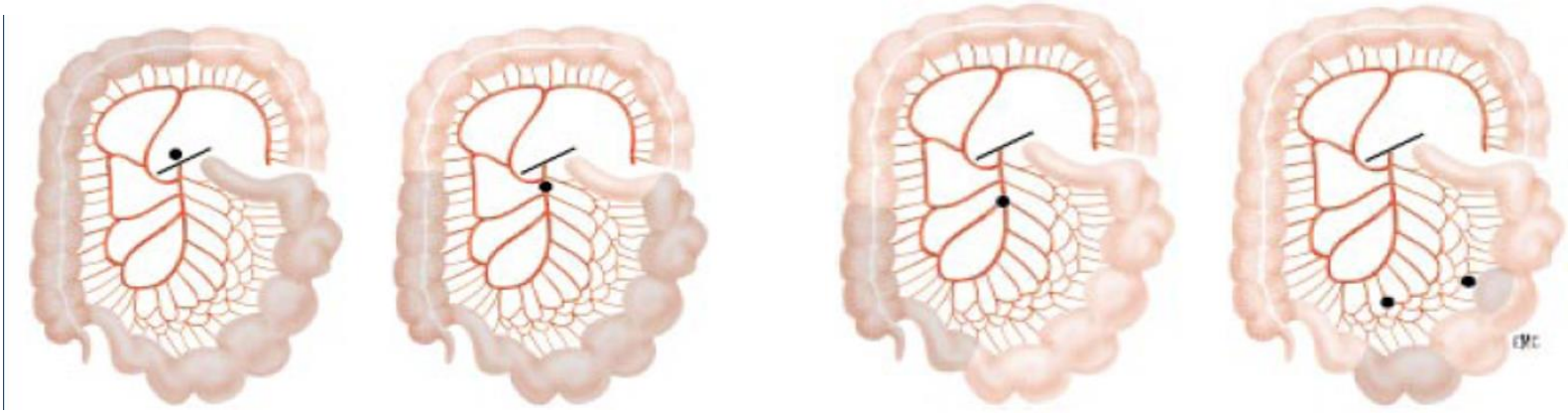
B- *infractus mésenterique :*

- Irréversible si > 10 - 12H → Nécrose muqueuse - musculeuse – séreuse ; Perforation

IV- **Etiologies :**

- Embolies artér. +++ 50-60% : valvulopat…
- Thromboses artér. +++ 23% : athéromes…
- Autres : vascularites - Chocs endotoxi. - Dissection aorte. Trauma. abdom / hypovolémie
- Causes extra-vasculaires : hernie étranglée - volvulus – invagin. Intest. Aigue
  médicaments / vasospasme : diurétiques - digitali. - cocaine - ergot

Niveaux d'occlusion de l'AMS et conséquences



V- Epidémiologie :

- Ischémie : 1%
- Homme ≈ Femme
- Sujet agé
- 30 % < † < 95 %
- Mortalité fonction de l'étiologie
- Thrombose aigue: 20 % <†< 50 %

VI- Clinique :

- La symptomatologie dépend étroitement :
  - Du mécanisme de l'ischémie
  - De la cause de l'ischémie
- Plus l'installation de l'ischémie est rapide et complète et plus les signes sont nets et intenses.
- TTD : ischémie mésentérique d'origine artérielle (terrain Vx)
  - Douleur abdominale diffuse +++ 90%
  - Nausées - vomissements reflexes 50%
  - Diarrhée 50%. Parfois méléna 15%
  - Palpation: sensibilité diffuse de l'abdomen sans signes péritonéaux
  - Auscultation: majoration des bruits intestinaux
  - TR doigtier souillé de sang
  - Pas de fièvre. TA basse
  - En l'absence de dgc et de trt à ce stade, l'évolution se fera en qq heures vers le tableau dramatique d'infarctus entéromésentérique
- Tableau d'infarctus entéromésentérique :
  - Douleur abdominale permanente
  - Diarrhée sanglante
  - Parfois remplacée / iléus avec AMG
  - Distension abdominale
  - Silence auscultatoire de l'abdomen
  - Signes péritonéaux : défense /contracture
  - Signes généraux +++: AEG - déshydratation – agitation - polypnée - facies infecté - fièvre – TA
- Diagnostic différentiel :
  - Appendicite
  - C A L
  - O I A
  - Pancréatite aigue
  - Perforation digestive
  - I D M
  - Colique néphrétique
  - Anévrysme aorto-abdominal compliqué

VII- Examens paracliniques :

A- *Biologie* : Non spécifique et tardive !!!

- Hyperleucocytose
- Hémoconcentration
- Acidose métabolique avec lactates élevés
- Tonométrie (pH métrie de la muq. intest)

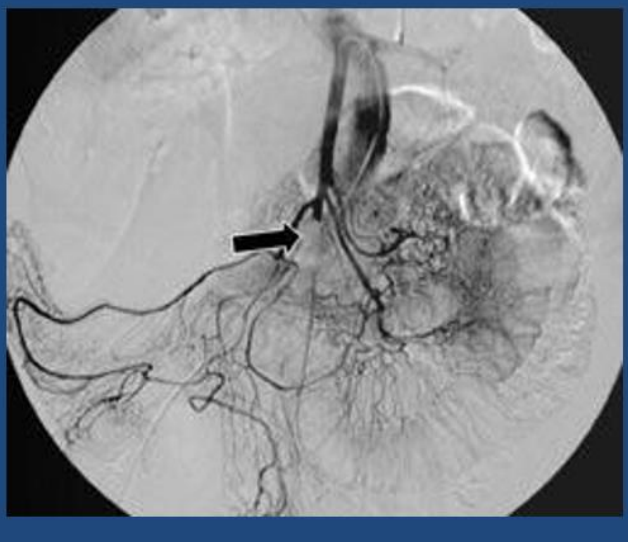
B- *<u>Radiologie :</u>*

- ASP peu contributif au début. Normal dans 85 - 100% .
- Echographie peu performante. L'abondance des gaz rend l'examen difficile.
- Doppler ne fait pas partie des examens de première intention. Il est opérateur dépendant.
- L'angiographie permet le diagnostic positif et le trt : revascularisation endovasculaire et perfusion de vasodilatateurs in situ :
  - Embole : arrêt cupuliforme parfois complet au niveau d'une division artérielle
  - Thrombose artérielle : image d'oblitération ostiale, opacification retardée des artères mésentériques et présence de lésions athéromateuses

La pneumatose intestinale

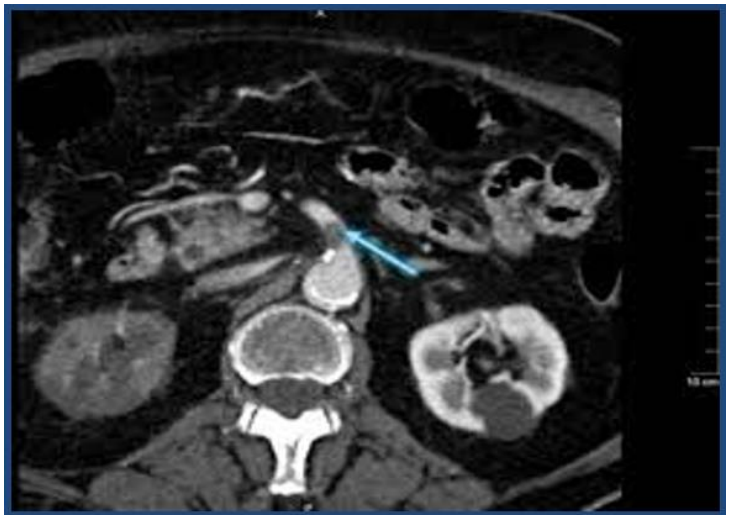
Augmentation de l'espace inter anses

Artériographie mésentérique

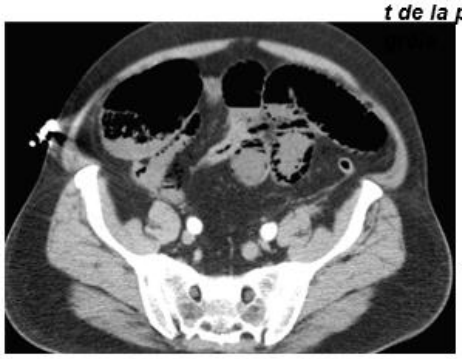


Embole vasculaire : l'arrêt cupuliforme

- TDM +++ examen de choix avec et sans injection :
  - Sensibilité 96 -100% Sp 84 - 94%
  - objective l'embol de l'AMS
  - signes de souffrance intestinale:
    - aéroportie
    - pneumatose intestinale
    - élargissement de la paroi
    - distension du grêle
    - Epanchement
- IRM : pas d'avantage sur TDM

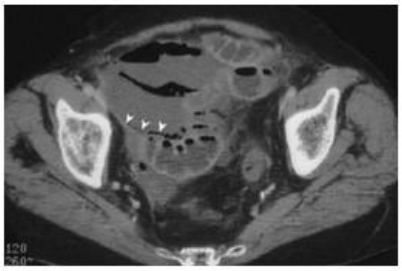


L'occlusion artérielle au TDM



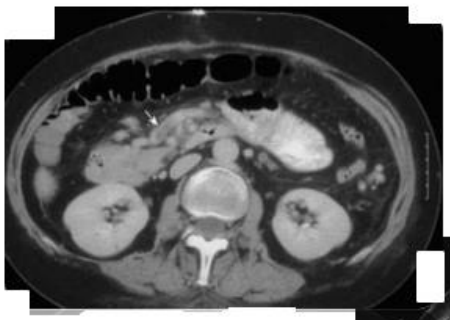
Amincissement de la paroi du

Epaississement seulement si reperfusion

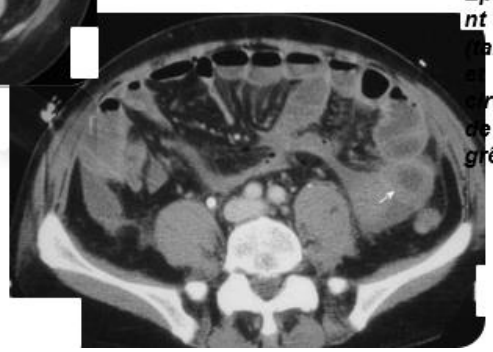


NON SPECIFIQUE :
Pneumatose (linéaire> kystique)
Aéroportie, Aéromésentérie

la thrombose veineuse, diagnostic TDM le plus facile…



Thrombose de la VMS (hyperdensité spontanée , elargissement du calibre, défaut de rehaussement intraluminale…



Épaississement >3 mm (target cible) circonférentiel de la paroi du grêle

VIII- <u>Traitement :</u>

- Coordination entre Réa - Chir - Vx - Rx
- Réa périop :
    - remplissage vx , équilibre hémodynamique
    - monitorage, correction acidose
- Sonde Ng en aspiration : iléus
- O2 et intubation si malade instable
- Opiacés si douleur
- ATB : flore digestive G+ , G-, anaérobies
- Anticoagulation
- Chirurgie d'urgence :
    - Trt de référence :
        - Signes péritonéaux
        - Etat de choc
    - Laparotomie en urgence :
        - Exploration intestine et pouls
        - Revascularisation
        - Résection intest. +/- rétablisst. Continuité
- Traitement spécifique :
    - Embolie art.:
        - Embolectomie chirurgicale
        - Perfusion de papavérine
        - Thrombolyse intra art
    - Thrombose art:
        - Reconstruction art
        - Perfusion de papav.
    - Ischémie non occlusive : papav.
    - Thrombose veineuse : anticoag +/- Chirurgie

IX- <u>Conclusion :</u>

- Seuls 10% des ischémies intestinales sont diagnostiquées à un stade précoce
- La gravité de ces lésions est majorée par le dg tardif, le grand âge, le terrain et les ATCD Vx
- Une multidisciplinarité active améliore le Pc
- Problème médicolégal : négligence de la symptomatologie d'autant que le sujet est âgé.