



FAIT CLINIQUE

ISCHÉMIE MÉSENTÉRIQUE AIGUE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE « B » DU CHU DU POINT « G » À BAMAKO À PROPOS DE 2 OBSERVATIONS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA IN THE DEPARTMENT OF SURGERY "B" OF THE CHU OF THE POINT "G" IN
BAMAKO: 2 OBSERVATIONS AND REVIEW OF THE LITERATURE

B TOGOLA^{1,2}, B BENGALY², D TRAORE^{1,2}, B COULIBALY^{1,2}, B BA^{1,2}, KEITA S^{1,3}, M COULIBALY²,
H DICKO⁴, ZZ SANOGO^{1,3}, N ONGOIBA^{1,2}, F SISSOKO^{1,2}

1. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie Université de Bamako Mali BP : 1805

2. Service de Chirurgie B CHU Point « G » Bamako

3. Service de Chirurgie A CHU Point « G » Bamako

4. Service d'Anesthésie – Réanimation CHU Point « G » Bamako

RÉSUMÉ

L'ischémie méésentérique aigue est une urgence chirurgicale qui nécessite un diagnostic et une prise en charge thérapeutique rapides. Le retard diagnostique conduit à la nécrose intestinale étendue dont le pronostic reste sombre. L'incidence de cette pathologie semble en augmentation dans les pays développés en rapport avec l'allongement de l'espérance de vie. Moins rare dans les pays en développement, elle reste méconnue et pose d'énormes difficultés dans sa prise en charge. Le but de ce travail était de rapporter les difficultés diagnostique, étiologique et thérapeutique que pose cette pathologie dans la prise en charge des urgences chirurgicales.

Mots clés: ischémie aigue, méésentérique, nécrose intestinale, urgence chirurgicale

SUMMARY

The acute mesenteric ischemia is a surgical emergency what requires a quick diagnosis and therapeutic care. The diagnostic delay leads to intestinal infarction whose prognosis remains bad. Frequency of this pathology seems in increase in the developed nations in connection with the lengthening of the life expectancy. Less rare in the developing countries, it remains ignored and involves enormous difficulties in its care. The aim of this study was to relate the diagnostic, etiologic and therapeutic difficulties in the surgical emergency care of this pathology.

Keywords: Acute ischemia, mesenteric, intestinal infarction, emergency surgery

Tirés à part:

TOGOLA Birama,

Service de chirurgie B, CHU Point « G » BP : 333 Bamako Mali.

Email : togolib@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'ischémie mésentérique aiguë est une urgence vitale, le plus souvent chirurgicale. Elle est classiquement liée à une réduction significative voire une abolition de la perfusion intestinale. L'ischémie mésentérique représente approximativement 1% des hospitalisations pour abdomens aigus chirurgicaux et survient chez 1/1000 patients dans un service des urgences [1,2]. Bien que d'énormes progrès aient été réalisés ces dernières années dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique, la mortalité de l'ischémie mésentérique aiguë reste élevée (40 - 70%) [3,4]. Le diagnostic précoce reste un défi à relever du fait de la non spécificité de la symptomatologie clinique. Nous rapportons deux observations d'ischémie mésentérique aiguë chez des patients jeunes afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées dans leur prise en charge diagnostique, thérapeutique et étiologique.

Observation clinique 1

Monsieur BO âgé de 24 ans nous a été adressé en urgence pour une suspicion d'occlusion intestinale le 22/02/2008. Ce patient avait comme antécédents une Trisomie 21, une épilepsie avec crise tonico-clinique, une intervention chirurgicale en 2006 pour ectopie testiculaire droite. Il était sous traitement anti épileptique (Carbamazepine 400mg/j). Le début de la symptomatologie remontait à 4 jours avant l'admission dans le service marqué par l'installation brutale d'une douleur péri ombilicale forte avec nausées et vomissements incoercibles et un méléna.

L'examen physique de l'abdomen révélait une douleur abdominale diffuse avec une défense en péri et sus ombilicale, un tympanisme diffus abdominal à la percussion et un silence abdominal à l'auscultation. La Numération Formule Sanguine (NFS) a permis de noter une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (29800). Il y avait un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation (VS) à 75mm, la CRP à 140.7 mg/l. A l'examen échographique abdominal, il y avait un épanchement intra péritonéal de petite abondance associé à des gaz digestifs abondants. A la radiographie d'abdomen sans préparation (ASP), il n'y avait pas de niveaux hydro aériques. Le scanner abdomino-pelvien a permis de mettre en évidence une importante dilatation de l'estomac mais aussi une dilatation avec un épaississement circonférentiel de la paroi des anses jéjunales et un épanchement liquidien intra péritonéal de minime abondance (figure 1). Après une réanimation hydro électrolytique, le malade fut opéré. En per opératoire il s'agissait d'une ischémie aiguë mésentérique supérieure par thrombose après le départ de la 1ère branche collatérale avec nécrose des anses jéjunales sur 200 cm environ. Les autres segments d'anses grêles (iléon) étaient ecchymotiques

jusqu'au colon. Le geste chirurgical a consisté en une résection avec anastomose termino-terminale iléo jéjunale associée à une toilette de la cavité abdominale et drainage (préciser). Le patient est décédé en soins intensifs au 2ème jour post opératoire dans un tableau de défaillance multi viscérale.

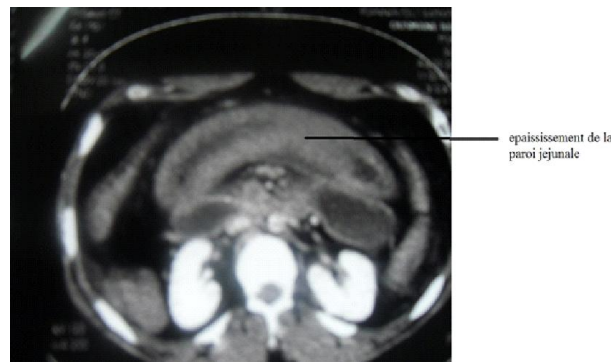


Figure 1: scanner injecté, parois intestinales épaissies non rehaussées par le contraste.

Observation clinique 2

Mme AD âgée de 35 ans, nous était référée en urgence pour suspicion d'occlusion intestinale le 01/02/2013. Le début de sa symptomatologie remontait à une semaine par l'apparition insidieuse d'une douleur abdominale péri ombilicale forte avec des vomissements incoercibles. On notait l'utilisation d'un contraceptif injectable à base de Médroxyprogestérone (Dépo-provera®) et des produits éclaircissants la peau depuis plus de 10 ans chez cette jeune dame. A l'examen physique de l'abdomen il y avait une distension abdominale, une douleur à la palpation profonde, un tympanisme à la percussion et un silence auscultatoire. Le toucher rectal et le reste de l'examen des autres organes étaient sans particularité. Sur une 1ère radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) réalisée avant l'admission il n'y avait pas de niveaux hydro-aériques. L'échographie abdominale a révélé une thrombose spléno-portale associée à un aspect œdémateux de la tête du pancréas. Les images scannographiques ne permettaient pas de confirmer la thrombose spléno-portale. Un second cliché d'ASP a permis de suspecter des signes indirects comme l'image en pile d'assiettes du grêle et des niveaux hydro-aériques centraux en faveur d'une souffrance intestinale (figure 2). Les examens biologiques : la glycémie, la créatininémie, la numération globulaire et la lipasémie étaient normaux. Après une réanimation hydro-électrolytique, la patiente était opérée. En per opératoire nous avons trouvé une thrombose de la 2ème branche collatérale de l'artère mésentérique supérieure avec une nécrose jéjunale sur 20 cm (figure

3). Le geste thérapeutique a consisté en une résection jéjunale emportant la zone nécrosée suivie d'une anastomose jéjunale termino-terminale. Un traitement anticoagulant à dose curative de type Enoxaparine (Lovenox®) était institué relayé par un anti-vitamine K de type Sintrom®. Les suites opératoires ont été simples. Une consultation hématologique était demandée à la recherche d'une éventuelle thrombophilie. A posteriori après révision des images scannographiques avec les radiologues un épaissement modéré de la paroi des 1ères anses jéjunales pouvait amener à suspecter une occlusion haute.

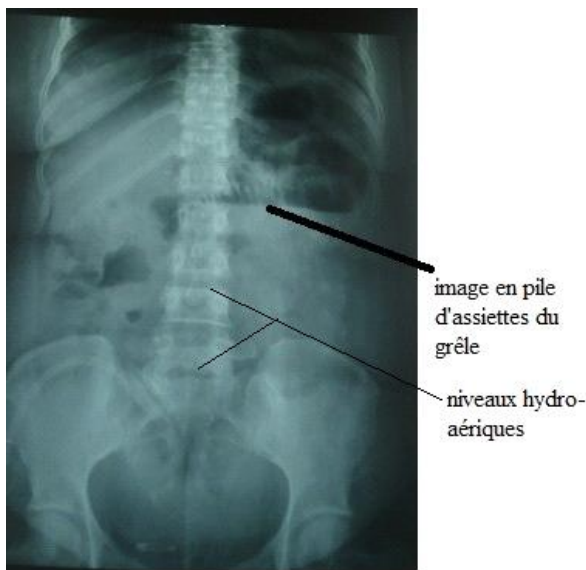


Figure 2 : Radiographie de l'abdomen sans préparation avec des niveaux hydro-aériques du grêle et image en pile d'assiettes du grêle

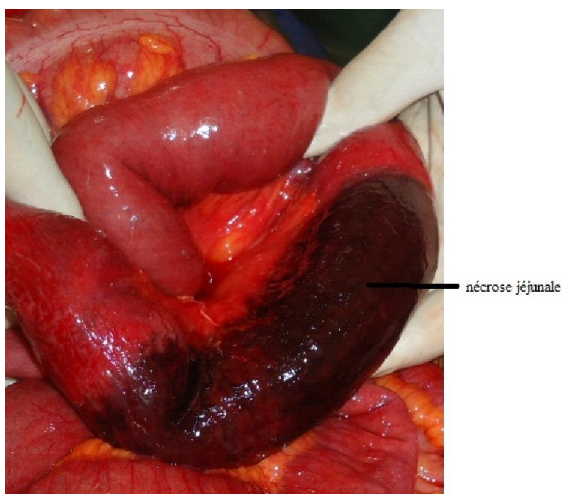


Figure 3 : anse jéjunale nécrosée, image per opératoire

DISCUSSION

Les difficultés rencontrées dans la prise en charge chirurgicale en urgence de ces deux observations nous ont motivé une revue de la littérature.

Fréquence

L'ischémie mésentérique aiguë est une urgence abdominale rare qui exige très souvent une large résection intestinale [5]. Selon la même source elle représente 10% des causes d'abdomens chirurgicaux chez les personnes âgées de plus de 70 ans.

Etiologie

Selon Endean ED et al. [6] les causes de l'ischémie mésentérique aiguë peuvent être classées en événements thrombotique et non thrombotique. Dans 70 à 80% des cas il s'agit d'une embolie ou une thrombose de l'artère mésentérique supérieure (AMS). Les autres causes moins fréquentes sont la thrombose veineuse mésentérique supérieure (TVM), les causes non occlusives en particuliers celles relatives à un bas débit cardiaque. Dans la majorité des cas, l'origine du thrombus se trouve au niveau des cavités cardiaques gauches. Selon Hokama A et al. [7] la principale cause d'ischémie mésentérique du sujet jeune est la vascularite secondaire à une maladie auto-immune. Cependant ces phénomènes thromboemboliques peuvent être associés à des troubles congénitaux ou acquis de la coagulation tels que les déficits en protéines C et S, en antithrombine (AT III), en facteur V de Leyden [8]. Dans notre 1ère observation nous n'avons pas trouvé une étiologie précise. En l'absence d'investigations biologiques spécifiques, vu les antécédents du patient, une embolie d'origine cardiaque serait probable. Dans la 2ème observation nous pensons aussi qu'il pourrait s'agir d'une thrombose veineuse mésentérique sur un terrain d'hypercoagulabilité pré existant lié à la contraception ou probablement une thrombophilie. Selon YANAR F et al. [9] la contraception orale est responsable de 9 à 18% de thrombose veineuse mésentérique de la jeune femme.

Signes cliniques

Il existe une variabilité dans la présentation clinique de l'ischémie mésentérique aiguë. Classiquement la symptomatologie clinique commence par une douleur abdominale d'apparition brutale et sévère, des nausées et des vomissements suivis d'une distension abdominale. Cette symptomatologie fonctionnelle non spécifique est associée à un examen physique pauvre. La péritonite par gangrène ou perforation intestinale et la septicémie surviennent une fois que l'ischémie intestinale se prolonge et progresse à travers les parois intestinales [10]. Dans nos deux observations, le tableau clinique n'était pas classique et l'apparition tardive des signes péritonéaux a permis de poser l'indication opératoire.

Examens para cliniques

En 2000 l'association américaine des

gastroentérologues recommandait l'angiographie mésentérique comme l'examen radiologique de référence « gold standard » dans le diagnostic de l'ischémie mésentérique [11]. Au cours de la décennie passée, l'angioscanner multi détecteurs a remplacé l'angiographie comme « gold standard » dans le diagnostic de l'ischémie mésentérique avec une sensibilité et spécificité respective de 96% et 94% [12]. Sur le plan pratique, il est admis de réaliser une radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) à la recherche de niveaux hydro-aériques ou de pneumopéritoine faisant ainsi le diagnostic différentiel avec une perforation d'organe creux ou une occlusion intestinale. L'examen échographique

couplé au doppler abdominal du fait de la distension intestinale, a une indication limitée dans l'ischémie mésentérique aigue. Dans nos deux observations, il n'y avait pas d'images hydro-aériques sur les radiographies d'abdomen sans préparation (ASP) initiales. L'apparition de signes péritonéaux et la découverte de niveaux hydro-aériques ont permis de poser l'indication à la laparotomie. Le scanner ne nous a pas permis de poser un diagnostic précis dans les deux cas. Cependant des signes indirects d'occlusion intestinale haute auraient pu faire suspecter une ischémie mésentérique. Dans les pays en développement, les examens complémentaires posent problème du fait de leur accessibilité financière ou de leur disponibilité en urgence dans les hôpitaux. L'examen échographique est opérateur dépendant. Il nous avait permis de suspecter une thrombose portale chez notre 2ème patient. Le scanner en l'absence d'un temps portal n'avait pas confirmé cette thrombose. L'angiographie par résonance magnétique nucléaire (IRM) est une technique d'avenir.

Sur le plan biologique, dans l'ischémie mésentérique aigue, une hyperleucocytose, une acidose métabolique et une augmentation des D-dimères et des lactates sont habituelles [13]. Thuijls et al. [14] ont confirmé que les L-lactates, les bicarbonates et les leucocytes ne sont augmentés que lorsqu'il y a nécrose intestinale, donc ne peuvent pas être utilisés pour un diagnostic précoce de l'ischémie mésentérique aigue. Une revue de la littérature effectuée par Evennett et al. [15] a montré que l'alpha- glutathione S-transférase (GST), l'« Intestinal Fatty Acid-Binding Protein » (I-FABP) et les D-lactate constituent des bio marqueurs prometteurs pour le diagnostic précoce de l'ischémie mésentérique aigue. Dans notre contexte la faisabilité de ces analyses biologiques limitent leur prescription et même peut être source d'un retard diagnostique. La présomption clinique doit être grande pour tout abdomen aigu chirurgical.

Traitement

L'ischémie mésentérique aigue est une urgence vasculaire [5]. La réanimation par la restauration d'une volémie adéquate et la correction des troubles hydro

-électrolytiques et acido-basique reste primordiale. Pour prévenir l'extension thromboembolique en l'absence de contre indication, l'héparine intra veineuse doit être administrée [13]. La chirurgie demeure le mode thérapeutique de choix dans l'ischémie mésentérique aigue d'origine occlusive et devant une péritonite. Elle nécessite une franche collaboration entre les différents acteurs en charge des urgences chirurgicales. La restauration d'un flux sanguin artériel doit précéder une éventuelle résection intestinale. Sur le plan vasculaire l'embolectomie à la sonde de Fogarty et les techniques de revascularisations des artères viscérales sont requises [16]. La présence de signes péritonéaux, l'existence ou une suspicion de nécrose intestinale sur les données scannographiques constituent une indication formelle à la laparotomie. L'exploration cœlioscopique a prouvé son importance dans l'évaluation des abdomens aigus chirurgicaux. Lorsqu'une résection intestinale est nécessaire, il faut être le plus économe possible afin d'éviter un syndrome du grêle court. Les limites de résection doivent être prudemment déterminées en raison des lésions ischémiques plus étendues à la muqueuse intestinale qu'à l'extérieur. En cas de doute sur la vascularisation des extrémités, sur la limite de résection, une stomie ou une chirurgie de « second look » est indiquée 12 à 24 heures après l'intervention initiale [9]. Une laparotomie suivie d'une résection jéjunale avec anastomose termino-terminale était réalisée chez nos deux malades. Le traitement endovasculaire est une option intéressante avec la possibilité d'une thrombo-aspiration mais aussi une thrombolyse ou l'instillation locale de vasodilatateur [17]. En dépit de la poursuite de la réanimation post opératoire notre 1er malade est décédé au 2ème jour dans un tableau de défaillance multi organe. Le traitement adjuvant dépend de l'étiologie de l'ischémie mésentérique aigue. Une anti coagulation d'au moins 6 mois basée sur les AVK est requise. Lorsque des conditions pro coagulantes en particulier une thrombophilie sont identifiées, les conférences de consensus recommandent une anti coagulation de longue durée, voire à vie [18]. En l'absence de preuve biologique, nous avons institué chez notre 2ème malade un anticoagulant pour une durée d'au moins 6 mois. Un diagnostic précoce et une précision étiologique peuvent influencer le pronostic. Ainsi le taux de mortalité monte de 0 à 10% en cas de traitement précoce et rapide à 50-60% après un délai de 6 à 12 heures et de 80 à 100% à plus de 24 heures après le début des symptômes [5]. Notre 1er malade a été opéré 4 jours après le début de sa symptomatologie. La laparotomie permettait de trouver une nécrose intestinale étendue. Le 2ème patient a été opéré une semaine après le début des symptômes. La localisation distale de la thrombose

avait limité la nécrose à un court segment intestinal. Le diagnostic précoce demeure un facteur important pour l'amélioration du taux de survie de ces malades.

CONCLUSION

L'ischémie mésentérique aigue reste une pathologie à mortalité élevée bien que des progrès soient réalisés

dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique. La variabilité de la symptomatologie clinique, l'absence ou la faible disponibilité des outils diagnostiques dans nos pays en développement devrait inciter le clinicien à une présomption diagnostique élevée. Nous pensons que l'adoption d'une attitude agressive pourrait améliorer le pronostic de cette pathologie.

RÉFÉRENCES

1. Menke J. Diagnostic accuracy of multidetector CT in acute mesenteric ischemia: systematic review and meta-analysis. *Radiology* 2010; 256: 93-101
2. Bradbury AW, Britten den J, McBride K et al. Mesenteric ischemia: a multidisciplinary approach. *Br J Surg* 1995; 82: 1446-59.
3. Kassahun WT, Schulz T, Richter O, Hauss J. Unchanged high mortality rates from acute occlusive intestinal ischemia: six year review. *Langenbecks Arch Surg* 2008; 393: 163-171
4. Acosta S. Epidemiology of mesenteric vascular disease: clinical implications. *Semin Vasc Surg* 2010; 23: 4-8.
5. Klar E, Rahmanian PB, Bücker A, Hauenstein K, Jauch KW, Luther B. Acute mesenteric ischemia: a vascular emergency. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 249-56.
6. Endean ED, Barnes SL, Kwolek CJ, Minion DJ, Schwarcz TH, Metzger RM. Surgical management of thrombotic acute intestinal ischemia. *Ann Surg* 2001, 6:801-808.
7. Hokama A, Kishimoto K, Ihama Y, Kobashigawa C, Nakamoto M, Hirata T, Kinjo N, Higa F, Tateyama M, Kinjo F, Iseki K, Kato S, Fujita J. Endoscopic and radiographic features of gastrointestinal involvement in vasculitis. *World J Gastrointest Endosc* 2012; 4: 50-56.
8. Agaoglu N, Türkyilmanz S, Ovah E, Uçar F, Agaoglu C. Prevalence of prothrombotic abnormalities in patients with acute mesenteric ischemia. *World J Surg* 2005; 29:1135-1138
9. YANAR F, AĞCAOĞLU O, GÖK AFK, and SARICI IS, ÖZÇINAR B, AKSAKAL N, AKSOY M, ÖZKURT E, KURTOĞLU M. The management of mesenteric vein thrombosis: a single institution's experience. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* 2013; 19 (3):223-228
10. Van den Heijkant TC, Aerts BAC, Teijink JA, Buurman WA, Luyer MDP. Challenges in diagnosing mesenteric ischemia. *World J Gastroenterol* 2013; 19(9): 1338-1341
11. Brandt LJ, Boley SJ. AGA technical review on intestinal ischemia. *American Gastrointestinal Association. Gastroenterology* 2000; 118: 954-968
12. Kirkpatrick ID, Kroeker MA, Greenberg HM. Biphasic CT with mesenteric CT angiography in the evaluation of acute mesenteric ischemia: initial experience. *Radiology* 2003; 229: 91-98.
13. Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, Edmonds HJ, Burger CD. Acute mesenteric ischemia: a clinical review. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1054-1062
14. Thuijls G, van Wijck K, Grootjans J, Derik JP, van Bijnen AA, Heineman E, Dejong CH, Buurman WA, Poeze M. Early diagnosis of intestinal ischemia using urinary and plasmafatty acid binding proteins. *Ann Surg* 2011; 253: 303-308
15. Evennett NJ, Petrov MS, Mittal A, Windsor JA. Systematic review and pooled estimates for the diagnostic accuracy of serological markers for intestinal ischemia. *World JSurg* 2009; 33: 1374-1383
16. Park WM, Cherry KJ Jr, Chua HK, et al. Current results of open revascularization for chronic mesenteric ischemia: a standard for comparison. *J Vasc Surg* 2002; 35: 853-9.
17. Schoots IG, Levi MM, Reekers JA, Lameris JS, van Gulik TM. Thrombolytic therapy for acute superior mesenteric artery occlusion. *J Vasc Interv Radiol* 2005; 16: 317-29
18. Hall TC, Garcea G, Metcalfe M, Bilku D, Dennison AR. Management of acute non-cirrhotic and non-malignant portal vein thrombosis: a systematic review. *World J Surg* 2011; 35:2510-20.