



## Bonus1-Pathologie digestive vasculaire

| Objectifs CNCI  |  |                                     |
|-----------------|--|-------------------------------------|
| Hors programme  |  |                                     |
| Recommandations | Mots-clés / Tiroirs  | NPO / A savoir !                    |
| - Aucune        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infarctus mésentérique: AMS / mortel</li> <li>- Colite ischémique: AMI / fréquent</li> <li>- Signes de souffrance au scanner (3)</li> <li>- Chirurgie: viabilité / résection / stomie</li> <li>- Dans colite: ABT métronidazole IV</li> </ul> | - Colite ischémique / diverticulite |

### Rappels anatomiques

#### Distribution de l'aorte abdominale, de haut en bas

- Branches colatérales
  - Tronc coeliaque → a. splénique / hépatique / gastriques
  - A. mésentérique supérieure (AMS) → duodénum-pancréas / intestin grêle / colon droit / 2/3 colon transverse
  - A. rénales → reins / uretères
  - A. génitales → ovariennes (F) ou testiculaires (H)
  - A. mésentérique inférieure (AMI) → colon 1/3 colon transverse / gauche / rectum
- Branche terminales
  - A. iliaques communes
    - A. iliaque externe → A. fémorale
    - A. iliaque interne → A. hypogastrique

### Angor et infarctus mésentérique

#### Généralités

- Ischémie intestinale = angor ou infarctus mésentérique
- Pronostic sombre: **mortalité** > 50% si infarctus mésentérique...
- Physiopathologie
  - Angor mésentérique: sténose athéromateuse
  - Infarctus mésentérique: occlusion totale d'une artère digestive

#### Etiologies

- Angor: athérosclérose +++ (95% des cas)
- Infarctus:
  - Embolie artérielle = apparition brutale / contexte emboligène (**AC/FA** ++)
  - Thrombose artérielle = rupture de la plaque d'athérome / notion d'angor pré-existant
  - Thrombose veineuse = rechercher FdR de MTEV (triade de Virchow)
  - Ischémie non occlusive = insuff. circulatoire ischémique (**Choc** ++)

#### Diagnostic

- Examen clinique
  - Interrogatoire
    - Terrain: patient **polyathéromateux** et FdR CV +++
    - Douleur abdominale
      - Epigastriques ou péri-ombilicales / à type de crampes
      - Si angor
        - Survenue typiquement post-prandiales (cf conso O2 ↑)
        - Disparition spontanée en quelques heures / calmée par la TNT
      - Si infarctus
        - Douleur d'apparition brutale / intense +++

- Persistantes et trinitro-résistante
- **Signes associés en cas d'angor**
  - **Amaigrissement**: cf douleurs post-prandiales = réduction des apports
  - **Stéatorrhée**: cf atrophie villositaire due à l'ischémie chronique
- **Examen physique**
  - **Pour angor**
    - Rechercher un souffle épigastrique (inconstant)
  - **Pour infarctus**
    - Défense / occlusion (réflexe) / météorisme
    - Rechercher une étiologie emboligène: AC/FA
    - Rechercher signes de gravité = choc +++
- **Examens complémentaires**
  - **Pour diagnostic positif et évaluation du retentissement**
    - **GDS avec lactates**
      - Lactates = métabolisme anaérobie = ischémie
      - Acidose métabolique à rechercher systématiquement
      - !! Permet d'exclure une ischémie intestinale si normal ++
    - **TDM adomino-pelvienne avec injection**
      - Rechercher l'embolie dans l'AMS = arrêt du produit de contraste en aval
      - **Recherche des signes de souffrance digestive +++**
        - Amincissement de la paroi = ischémie
        - **Pneumatose pariétale** = nécrose de la paroi
        - Absence de réhaussement après injection
  - **Bilan pré-thérapeutique**
    - Bilan pré-transfusionnel = Gpe sg / Rh / RAI
    - Bilan bio standard / ECG-RTx / Cs anesthésie

#### Traitement

- **Angor méésentérique**
  - Artériographie = revascularisation par **ATL** + stents
  - Prise en charge des FdR CV +++ (**A savoir !**)
- **Infarctus méésentérique**
  - **Mise en condition**
    - Urgence = mise en jeu du pronostic vital +++
    - Hospitalisation en REA / patient à jeun / bilan préop
  - **Traitement symptomatique**
    - Correction d'un état de choc: remplissage
    - Traitement anticoagulant = HNF en IVSE
  - **Traitement étiologique = chirurgical +++**
    - Laparotomie / confirmation du diagnostic = grêle noirâtre / immobile
    - Exploration = bilan lésionnel: étude de la viabilité: si aucune: refermer +++
    - Si possible: embolectomie méésentérique + résection des segments nécrosés
    - Rétablissement de la continuité en 1 ou 2 temps / toilette péritonéale
  - **Surveillance**
    - **Clinique**: constantes / transit / douleur / BHA
    - **Paraclinique**: GDS-lactates / discuter laparotomie de 2nd look à 48h

## Colite ischémique et infarctus colique

### Généralités

- **Définition**: ischémie de la paroi du colon ou du rectum
- **Vascularisation**: colon droit = AMS / colon transverse, gauche et rectum = **AMI**
- **2 tableaux**:
  - Colite ischémique transitoire (~ angor)
  - Nécrose colique ischémique (~ infarctus)

### Diagnostic

- **Examen clinique**
  - **Interrogatoire**
    - Terrain: polyathéromateux et FdR CV +++
    - Anamnèse: en **postop** d'un **AAA**: cf ligature de l'AMI (cf **Artériopathie oblitérante de l'aorte, des artères viscérales et des membres inférieurs** ; anévrysmes.)
  - **Tableau clinique**

- Colite ischémique transitoire
  - Douleur à type de crampes en FIG (!! diagnostic ≠ de diverticulite: **A savoir !**)
  - Signes associés: diarrhées impérieuses / rectorragies
- Nécrose colique
  - Douleurs abdominales violentes en FIG ++
  - Signes associés: défense / météorisme / occlusion / choc
- Examens complémentaires
  - GDS avec lactates
    - Lactates = métabolisme anaérobie = ischémie
    - Acidose métabolique à rechercher systématiquement
  - TDM abdomino-pelvienne avec injection
    - Rechercher l'embolie dans l'AMI = arrêt du produit de contraste en aval
    - Recherche des signes de souffrance digestive +++
      - Amincissement de la paroi = ischémie
      - **Pneumatose pariétale** = nécrose de la paroi
      - Absence de réhaussement après injection
  - **Coloscopie = examen de référence +++**
    - Lésions = oedème puis ulcérations puis nécrose
    - **Biopsies**

#### Complications

- Complication de la colique ischémique chronique
  - Sténose ischémique
- Complication de la nécrose colique ischémique
  - Choc (septique / cardiogénique)
  - Péritonite aiguë par perforation

#### Traitement

- **Prise en charge:** hospitalisation en chirurgie digestive / patient à jeun
- **Traitement médicamenteux**
  - Si pas de nécrose à la coloscopie / oedème et ulcérations seulement
  - ABT systématique +++ : **métronidazole en IV**
- **Traitement symptomatique:**
  - antispasmodiques / antalgiques +/- remplissage si choc
- **Traitement chirurgical**
  - Seulement **si nécrose** visualisée à la coloscopie
  - Résection du segment nécrosé (colectomie partielle) puis **colostomie**
- **Surveillance**