

Référentiel :

---

## **I. Définition et physiopathologie**

### **A. Définition**

L'ischémie digestive correspond à l'oblitération chronique ou aiguë des artères digestives le plus souvent d'origine athéromateuse.

On distingue classiquement deux tableaux :

- l'ischémie chronique ;
- l'ischémie aiguë.

### **B. Physiopathologie**

#### **B.1 Physiopathologie de l'ischémie intestinale chronique**

Le débit sanguin digestif dépend des besoins métaboliques du tractus digestif et représente entre 20 et 35 % de la consommation totale de l'organisme en oxygène. Lorsque la demande métabolique augmente en période post-prandiale, le débit sanguin splanchnique est donc majoré. L'hyperémie est maximale dans l'heure qui suit l'arrivée des aliments ingérés et elle dure environ 5 heures. En cas d'obstruction artérielle, l'hypoperfusion post-prandiale relative explique l'ischémie responsable des douleurs. L'intensité des symptômes et leur durée sont proportionnelles au volume, à la composition des aliments ingérés.

#### **B.2 Physiopathologie de l'ischémie intestinale aiguë :**

lors d'une occlusion artérielle aiguë ou un bas débit une ischémie permanente aboutit à un infarctus mésentérique. La muqueuse est la tunique la plus vulnérable.

---

## II. Diagnostiquer une artériopathie des artères viscérales

### A. L'ischémie chronique

L'ischémie digestive chronique touche le sujet âgé ; elle prédomine chez la femme dans plus de 70% des cas. Cette pathologie est peu fréquente. Elle témoigne d'une maladie athéromateuse évoluée et diffuse.

#### A.1 Séméiologie

##### a) Signes fonctionnels

C'est une triade :

##### *Douleur abdominale post prandiale*

Elle correspond à la claudication du grêle. C'est le symptôme le plus précoce et le plus constant, il s'agit d'une douleur intense à type de crampe. La situation est le plus souvent péri-ombilicale. Elle débute environ 15 à 30 minutes après l'ingestion et s'estompe lentement en une à deux heures. Sa sévérité et sa durée sont corrélées au caractère quantitatif, calorique et lipidique du repas et au degré d'obstruction vasculaire. Au stade précoce, seuls les repas importants déclenchent la douleur puis par la suite au fur et à mesure de la progression des lésions, la douleur devient plus fréquente après ingestion d'un volume d'aliment modeste.

##### *Crainte de s'alimenter :*

Ces douleurs post-prandiales amènent les patients à réduire leur alimentation. Une dénutrition sévère peut s'installer.

##### *Amaigrissement*

Il résulte d'une dénutrition volontaire. Il est important.

D'autres symptômes sont associés (diarrhée, vomissements).

##### b) Signes physiques

Un souffle abdominal : inconstant et peu sensible.

---

L'examen peut montrer la présence d'autres localisations athéroscléreuses, souffles carotidiens ou fémoraux, abolition des pouls périphériques.

### **c) Examens complémentaires**

#### ***L'examen écho-doppler***

recherche une sténose ou occlusion du tronc coeliaque et des artères mésentériques.

#### ***L'angio-TDM***

permet le diagnostic des lésions artérielles, l'analyse des voies de suppléance entre les artères digestives, l'analyse du retentissement digestif. Il permet d'éliminer d'autres étiologies (pancréatite, néoplasie pancréatique et tumeur rétro-péritonéale...).

#### ***L'angio-IRM***

est réalisée en cas de contre-indication au scanner.

### **A.2 Principes de prise en charge**

L'évolution spontanée de cette affection est défavorable soit vers une ischémie aiguë ou un tableau de dénutrition de plus en plus sévère. La revascularisation peut être réalisée par techniques endovasculaires (angioplastie-recanalisation) ou par des techniques chirurgicales de pontage.

#### ***B. L'ischémie intestinale aiguë***

Elle est définie par l'interruption de la vascularisation digestive. Elle est en rapport avec une occlusion artérielle aiguë par embolie, thrombose ou dissection. La prise en charge thérapeutique est une urgence absolue.

Le problème de fond est celui de faire un diagnostic précoce au stade d'ischémie intestinale réversible. Pour cela il faut :

- Connaître les populations à risque (sujet > 60 ans, maladie athéroscléreuse, cardiopathie emboligène) ;
- Evoquer systématiquement la pathologie vu sa gravité.

---

La prise en charge thérapeutique est une urgence absolue. Le pronostic est très mauvais, il dépend de l'étendue de la nécrose intestinale.

## **B.1 Séméiologie**

### **a) Signes fonctionnels**

La douleur abdominale est le signe le plus constant, soudaine, intense à type de crampes. Son intensité contraste avec l'examen physique qui est pauvre et un état général conservé au début. Elle siège au niveau de la région ombilicale et dans la fosse iliaque droite. Il existe fréquemment au stade précoce un hyperpéristaltisme qui peut se manifester par des diarrhées.

En quelques heures il existe une occlusion intestinale qui se traduit par des vomissements. Les signes généraux sont présents avec fièvre, état de choc progressif et défaillance multiviscérale.

### **b) Signes physiques**

On peut différencier :

Un syndrome ischémique aigu mésentérique réversible caractérisé par des douleurs très importantes, et l'absence de signe péritonéaux.

Un tableau d'infarctus intestinal mésentérique constitué, caractérisé par des douleurs permanentes importantes, un état occlusif puis un état de choc.

### **c) Examens complémentaires**

*L'angio-TDM* est réalisé en urgence. Il permet de décrire les lésions artérielles et d'évaluer le retentissement de l'ischémie intestinale.

Une élévation initiale des taux des lactates est un bon indice de gravité de l'état du patient.

## **B.2 Principes de prise en charge**

La prise en charge chirurgicale est une urgence absolue. Elle est associée à une réanimation. La revascularisation artérielle peut être endovasculaire ou par pontage. L'existence de signes généraux ou péritonéaux doit conduire à une laparotomie pour évaluer la vitalité intestinale. L'exérèse des anses nécrotique doit être réalisée.