

## ISCHEMIE MESENTERIQUE AU CNHU DE COTONOU

OLORY-TOGBÉ J-L., MÉHINTO D.K., LAWANI I., PADONOU N.

Service de chirurgie viscérale "A" CNHU-HKM Cotonou

**Correspondance et tirés à part :** Dr J-L Olory-Togbé 01 Bp728 Cotonou Bénin - Email : joloryt@hotmail.com

### RÉSUMÉ

**But :** déterminer la fréquence, les étiologies et la mortalité de l'infarctus mésentérique au CNHU de Cotonou.

**Patient et méthode :** il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les cas d'infarctus mésentérique admis entre 1997 et 2006 au CNHU de Cotonou. **Résultats :** Cinq cas d'ischémie mésentérique ont été observés en 10 ans. Le diagnostic a été per-opératoire. Le traitement chirurgical a consisté en une résection dont la longueur a été en moyenne de 3 mètres, suivie d'une anastomose immédiate. L'ischémie est le plus souvent artérielle (4 cas sur 5). Le seul survivant avait une ischémie veineuse dont la cause a été rapportée à un déficit en protéine S. La mortalité globale est de 80% (4 décès sur 5 patients opérés).

**Mots-clés :** Ischémie mésentérique, fréquence, étiologies.

### SUMMARY

**Aims:** frequency aetiology and mortality of mesenteric ischemia at the national and teaching hospital of Cotonou.

**Material and method:** it's a retrospective and descriptive study from 1996 to 2005.

**Result:** 5 cases of mesenteric ischemia were observed in 10 years. Diagnosis was preoperatively. A mean of 3 meters of bowels resection was done. Four time its was an arterial ischemia and one case was a venous ischemia due to protein S deficiency. Four of the five patients dyed (mortality of 80%).

**Key-words:** mesenteric ischemia, frequency, aetiologies.

### INTRODUCTION

L'ischémie mésentérique est une urgence médico-chirurgicale dont le diagnostic est mal aisé et le pronostic très sombre. Sa prise en charge doit être à la fois rapide et multidisciplinaire [1]. Sa mortalité élevée et sa rareté ont retenue notre attention d'où l'intérêt de ce travail dont le but est de déterminer la fréquence, les étiologies et la mortalité de l'infarctus mésentérique au CNHU-HKM de Cotonou.

### I. PATIENTS ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les cas d'ischémie mésentérique diagnostiqués au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou entre 1997 et 2006. L'étude a été faite à partir des données des registres d'hospitalisation et d'intervention, des observations médicales et les comptes-rendus opératoires. Les données ont été recueillies sur une fiche standardisée. Etaient inclus dans cette étude tous les patients chez qui le diagnostic d'ischémie mésentérique a été confirmé sur la base de lésions macroscopiques constatées en per opératoire. L'intervention réalisée en urgence sous anesthésie générale a consisté après une laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic, en une exploration de la cavité abdominale, l'examen de la vitalité des anses et une résection des zones de nécrose intestinale avec anastomose immédiate ou différée. Compte tenu de l'impossibilité de réaliser une artériographie au CNHU de Cotonou, les cas suspects non opérés ont été exclus. Les paramètres épidémiologiques comportant l'âge, le sexe, les facteurs de risque, les paramètres cliniques, le traitement et les résultats. Ces données ont été saisies et traitées avec les logiciels Excel et Epi-info version 6.04 C fr.

### II. RESULTATS

#### 2.1. Sur le plan épidémiologique

##### 2.1.1. Fréquence

Sur une période de dix ans six cas d'ischémie mésentérique ont été recensés. Au cours de la même période, 5148 patients ont été admis au CNHU-HKM pour abdomen aigu chirurgical. L'ischémie mésentérique représente 0.11 % des abdomens aigus chirurgicaux.

##### 2.1.2. Age

Leur âge variait entre 28 et 68 ans avec deux patients âgés respectivement de 28 et 29 ans ; deux ayant respectivement 49 et 50 ans et deux de 68 ans.

##### 2.1.3. Sexe

Les patients étaient tous de sexe masculin.

##### 2.1.4. Facteurs de risque

Dans les antécédents on retrouvait une hypertension artérielle chez les trois patients les plus âgés, et un déficit en protéine S a été retrouvé chez un patient.

#### 2.2. Sur le plan clinique

Tous les patients ont été admis en urgence pour douleur abdominale aiguë avec signes d'irritation péritonéale. Le diagnostic d'ischémie mésentérique a été posé à l'intervention devant la constatation d'une nécrose intestinale sans incarceration d'anse. Les limites nettes faisaient suspecter une ischémie artérielle chez 4 patients. Les limites étaient floues faisaient évoquer une thrombose veineuse mésentérique supérieure chez un patient. La lésion causale n'était pas précisée chez un patient.

### 2.3. Traitement

Pour 5 patients le traitement a consisté en une résection intestinale variant entre 4 et 6 mètres, suivie d'anastomose immédiate termino-terminale, d'une réanimation post-opératoire et d'un traitement médical thrombolytique. Une fermeture pure et simple de la laparotomie a été réalisée chez le jeune patient de 29 ans devant une nécrose étendue à tout le grêle.

### 2.4. Suites

Les suites opératoires ont été marquées par le décès de 5 patients avant la 72ème heure post-opératoire. Le seul patient ayant survécu était celui âgé de 28 ans présentant une thrombose veineuse mésentérique dont l'étiologie a été plus tard rattachée à un déficit en protéine S. Il pose actuellement le problème de la bonne prise en charge de son grêle court d'environ 80 centimètres de long.

### III. DISCUSSION

Le diagnostic précoce d'une ischémie mésentérique aiguë est difficile car les signes cliniques et biologiques ne sont pas spécifiques. L'examen clé qui permet le diagnostic pré-opératoire est l'artériographie mésentérique sélective qui n'est malheureusement pas disponible au CNHU de Cotonou.

Sur le plan étiologique on distingue les ischémies occlusives ou obstructives des ischémies non occlusives ou non obstructives.

Les ischémies mésentériques occlusives ont pour causes :

- soit une embolie artérielle qui représente environ 50 à 60 % des causes d'ischémie mésentérique aiguë [1]. L'origine du thrombus est le plus souvent cardiaque gauche et la nature embolique de l'ischémie doit être suspectée chez les patients ayant une cardiopathie ou une arythmie sous-jacente. Dans 30 à 50 % des cas, d'autres épisodes emboliques sont retrouvés dans les antécédents du patient [2,3]. Dans environ 20 % des cas, il existe simultanément des embolies dans d'autres territoires vasculaires. La mésentérique supérieure est l'artère le plus souvent touchée ; l'embolie se localise de préférence après l'origine de l'artère colique moyenne et entraîne une ischémie de l'iléon terminal. Les petits embolies distaux entraînent des ischémies segmentaires du grêle, séparées par des zones saines. L'occlusion artérielle est d'installation rapide et d'autant plus sévère que les réseaux de suppléance n'ont pas eu le temps de se développer ;
- soit une thrombose artérielle qui représente 20 à 25 % des causes d'ischémie mésentérique. Le diagnostic est fondé sur la recherche d'un terrain polyathéromateux, d'épisodes douloureux abdominaux antérieurs éventuellement associés à un amaigrissement, d'une vascularite systémique, d'un état d'hypercoagulabilité. Environ la moitié des patients, qui ont développé une thrombose athéromateuse aiguë des artères viscérales, ont eu préalablement des crises d'angor intestinal [4].

Une thrombose artérielle peut également survenir sur un anévrisme ou une dissection aortique. Une thrombose de l'artère mésentérique supérieure à son origine entraîne une ischémie complète depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à l'angle colique gauche.

- Soit une thrombose veineuse responsable de 10 à 20 % des ischémies mésentériques. Elle se distingue en thrombose veineuse primitive (30 %), secondaire (60 %) et idiopathique (10 %).

Les formes primitives regroupent les états d'hypercoagulabilité rencontrée lors de déficit en antithrombine ou en protéine C ou S (notre cas), de grossesse, de syndromes myéloprolifératifs, ou lors de la prise d'oestro-progestatifs [ ]. Les premiers cas de déficit en protéine C ont été décrits en 1981, et ceux en protéine S en 1984. Les sujets atteints présentent des thromboses veineuses profondes, rarement des thromboses artérielles. Les premiers accidents peuvent survenir dès l'adolescence, mais le plus souvent après 30 ans, et augmentent ensuite en fréquence avec l'âge. Dans un peu plus de la moitié des cas, ces thromboses sont spontanées, dans les autres cas, un facteur déclenchant est identifié (prise d'estroprogestatifs, immobilisation, grossesse).

Les déficits en protéine C comme ceux en protéine S auraient une prévalence équivalente, de l'ordre de 200 à 400 /100 000 [4] dans la population générale. Ils sont liés à des mutations variées dans le gène de la protéine C ou S situé respectivement sur les chromosomes 2 et 3. Le diagnostic repose sur les dosages plasmatiques.

En pathologie, les protéines C et S diminuent au cours de l'insuffisance hépatique, la Coagulation Intra-vasculaire Disséminée (CIVD), le choc septique.

Les études familiales ont permis de confirmer la nature constitutionnelle de l'anomalie et de dépister d'autres sujets porteurs. Elles ont aussi permis de constater que de nombreux sujets porteurs sont asymptomatiques, ce qui fait supposer que d'autres facteurs génétiques ou environnementaux sont nécessaires à l'expression clinique de l'anomalie [5].

Les formes secondaires de thrombose veineuse mésentérique regroupent toutes les pathologies entraînant la formation d'un thrombus par diminution du flux mésentérique et portal (hypertension portale par bloc intra ou extra hépatique, sclérothérapie endoscopique, pancréatite, chirurgie digestive, traumatisme abdominal.) [4].

Les ischémies mésentériques non occlusives sont d'installation insidieuse avec parfois une manifestation brutale. Le diagnostic doit être suspecté chez les patients ayant des anomalies cardiocirculatoires sévères avec hypotension et tachycardie, chez lesquels se développent une acidose et une hyperleucocytose. La

vasoconstriction splanchnique est une réponse précoce neuro-endocrine, à une réduction globale des apports en oxygène (choc hypovolémique, choc cardiogénique). Elle favorise la redistribution du sang vers les organes vitaux comme le coeur et le cerveau mais peut aller jusqu'à l'ischémie mésentérique, et ceci en l'absence de toute occlusion anatomique. À côté de ces atteintes d'origine macro circulatoire, il a été montré que la muqueuse peut souffrir d'ischémie au cours des désordres de la régulation vasomotrice microcirculatoire. Le choc septique, et en particulier le choc endotoxique, désorganise la régulation microcirculatoire de la muqueuse intestinale et favorise ainsi l'hypoxie apicale villositaire [6,7].

Le traitement de l'ischémie mésentérique est aujourd'hui multidisciplinaire et associe autour d'une même urgence : anesthésistes-réanimateurs, radiologues et chirurgiens. Il fait appel à une réanimation hydro-électrolytique avec correction des troubles acido-basiques et cardiocirculatoires, à l'utilisation de médicaments thrombolytiques, à des techniques de désobstruction vasculaire endoluminale mécanique ou à des techniques de revascularisation chirurgicale. Très souvent, la présence d'une nécrose nécessite une résection intestinale.

#### CONCLUSION

L'ischémie mésentérique aiguë est une urgence à caractère chirurgical et au pronostic sombre qui nécessite un diagnostic et une prise en charge thérapeutique rapides. La connaissance des facteurs étiologiques doit permettre, devant une douleur abdominale aiguë, de penser très tôt à cette affection et au mieux d'en faire la prévention.

#### RÉFÉRENCES

- 1- **INDERBITZI R, WAGNER HE, SEILER C, STIRNEMENN P, GERTSCH P.**  
Acute mesenteric ischemia.  
Eur J Surg 1992 ; 158 :123-6.
- 2- **REYS P, DOERFLER JP.**  
Tactiques et techniques chirurgicales devant un infarctus mésentérique. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Techniques Chirurgicales - Chirurgie vasculaire, 43-105.  
Appareil digestif, 40-492, 1995 : 18 p
- 3- **BERGAN JJ, DEAN RH, CONN J, YAO JS.**  
Revascularization in treatment of mesenteric infarction.  
Ann Surg 1975 ; 182 : 430-8.
- 4- **BOWER TC, GLOVICZKI P.**  
Non invasive diagnosis of intestinal ischemia.  
In : Barret A, ed. Artériopathies digestives.  
Enseignement post-universitaire.  
95e congrès français de chirurgie Paris 1993 ; 31-6.
- 5- **JAYAPRAKASH S.**  
Diagnosis and management of intestinal ischemic disorders.  
BMJ 2003 ; 21 : 326(7403) : 1372-6.
- 6- **VALLET B, LUND N, CURTIS SE, KELLY D, CAIN SM.**  
Gut and muscle tissue PO<sub>2</sub> in endotoxemic dogs during shock and resuscitation.  
J Appl Physiol 1994 ; 76 : 783-800.
- 7- **VALLET B, LEBUFFE G, LECLERC J.**  
Ischémie mésentérique. Conférences d'actualisation SFAR.  
Elsevier, Paris 1997 ; 717-28.