



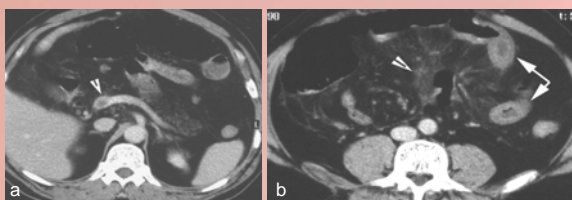
En quoi est-ce une situation à risque

Le risque de mortalité de l'ischémie mésentérique est de 50 % à 95 %. L'origine veineuse (5 % à 15 % des cas) est de meilleur pronostic que l'origine artérielle. En présence de signes péritonéaux la chirurgie est impérative dans les meilleurs délais avec résection de la zone de nécrose ischémique et reperfusion.

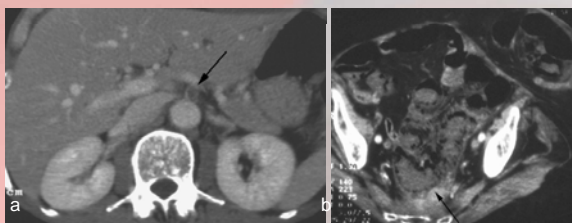
Signes d'alerte

La clinique de l'ischémie mésentérique est non spécifique : Le plus souvent il s'agit d'un patient âgé athéromateux ou avec cardiopathie emboligène qui présente un tableau abdominal aigu. **La TDM abdominale avec une phase artérielle et portale est l'examen de première intention.** Elle permet d'orienter vers une ischémie veineuse de pronostic moins grave et accessible à un traitement médical ou vers une ischémie d'origine artérielle par embol (dans 50 % des cas) ou thrombose (dans 20 à 30 % des cas).

Les signes directs d'occlusion artérielle ou veineuse sont recherchés ainsi qu'un **défaut de rehaussement de la paroi** du tube digestif dans le territoire systématisé du vaisseau occlus. On retrouve une **pneumatose pariétale** qui évolue vers une aéroportie à un stade plus avancé.



Ischémie veineuse : thrombus veineux mésentérique (a), densification de la graisse mésentérique et épaissement de la paroi des anses grêles (b).



Ischémie artérielle : Embol dans l'artère mésentérique supérieure (a), pneumatose pariétale d'un segment de l'intestin grêle (b).

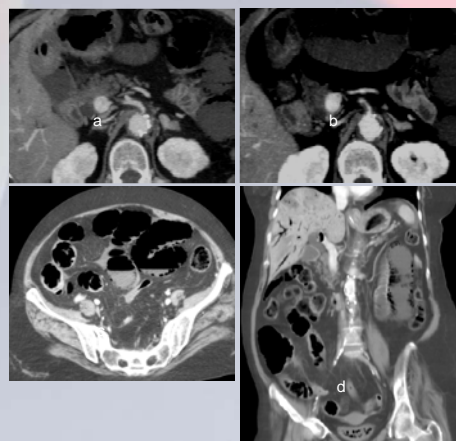
Ischémie artérielle : thrombose de l'artère mésentérique supérieure (a) et aéroportie hépatique (b) pneumatose pariétale au niveau d'une anse grêle (c) présence d'air dans les vaisseaux mésentériques (d).



Diagnostic différentiel

Une pneumatose pariétale et une aéroportie idiopathique (15 % des cas) sont des diagnostics différentiels simples chez des patients souvent peu symptomatiques. En revanche il importe d'évoquer une ischémie mésentérique non occlusive par hypoperfusion (dans 20-30 % des cas) car le pronostic est plus grave (mortalité de 70 à 90 %) et la prise en charge différente.

Ischémie artérielle par hypoperfusion dans les suites d'une chirurgie abdominale pour appendicite perforée. Thrombose de l'artère mésentérique inférieure (non visible sur les coupes disponibles), sténose athéromateuse du tronc coeliaque (a) et de l'artère mésentérique (b). Aéroportie et pneumatose pariétale du grêle (c,d).



Que dire au patient

C'est une urgence digestive grave nécessitant une prise en charge hautement spécialisée en urgence

Qu'écrire sur le compte rendu

Occlusion artérielle ou veineuse, embolie artérielle, épaisseur et rehaussement des parois du tube digestif, ischémie mésentérique non occlusive, pneumatose pariétale et aéroportie.

Que faire

- Contacter un réanimateur pour assurer l'équilibre volumique et acido-basique.
- Assurer sans délai sa prise en charge multidisciplinaire en milieu spécialisé incluant chirurgien viscéral, réanimateur et radiologue interventionnel car les perspectives thérapeutiques vont des anticoagulants (surtout dans le cas d'occlusion veineuse) à la résection intestinale