



MISE AU POINT / *Digestif*

## Ischémie aiguë du mésentère : apports de l'imagerie en coupes

Acute mesenteric ischemia: Value of cross-sectional imaging

E. Delhom\*, S. Aufort, V. Shrembi, J. Lonjon, J.-M. Bruel, B. Gallix

Service d'imagerie médicale, CHU Saint-Eloi, 80, avenue Augustin-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5, France

### MOTS CLÉS

Intestin grêle ;  
Ischémie ;  
Tomodensitométrie ;  
Vascularite ;  
Abdomen aigu

### KEYWORDS

Small bowel ;  
Ischemia ;  
CT ;

**Résumé** L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) est une urgence vitale dont le pronostic est étroitement lié à la rapidité du diagnostic et du traitement. Le tableau clinique et la biologie sont peu spécifiques, il est donc indispensable de penser à en rechercher les signes radiologiques (tomodensitométriques et échographiques) en cas d'abdomen aigu. On distingue deux entités dépendantes de l'origine artérielle ou veineuse puisque les présentations clinique, radiologique, le traitement et le pronostic sont différents. Les deux principales causes de l'ischémie intestinale aiguë sont la thromboembolie artérielle et le bas débit. L'ischémie veineuse est une étiologie moins fréquente. Du fait d'une sensibilité élevée rapportée à 90%, le scanner doit être réalisé en première intention en cas de suspicion d'IMA. Les signes tomodensitométriques et échographiques de l'ischémie intestinale aiguë sont : la modification de l'épaisseur et les anomalies de rehaussement de la paroi intestinale, la pneumatose pariétale, l'aéroportie, la visualisation d'un thrombus vasculaire, la dilatation des anses grêles et l'épanchement intra-péritonéal.

© 2011 Elsevier Masson SAS et Éditions françaises de radiologie. Tous droits réservés.

**Abstract** Acute mesenteric ischemia (AMI) is a life-threatening emergency with prognosis directly correlated with the delay in diagnosis and treatment. Clinical and laboratory findings are nonspecific and it is imperative to look for findings of AMI on CT and ultrasound examinations performed in patients with acute abdomen. Arterial and venous ischemia are different entities with different clinical and imaging features, treatment and prognosis. The main causes of AMI

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : e-delhom@chu-montpellier.fr (E. Delhom).

Arteritis;  
Acute abdomen

are arterial thromboembolic disease and low-flow state. Venous ischemia is less frequent. Due to its high reported sensitivity (90%), CT should be performed as a firstline imaging modality when AMI is suspected. CT and ultrasound imaging features of AMI include: bowel wall thickness and enhancement abnormalities, pneumatosis, portal venous gas, demonstration of intravascular thrombus, bowel dilatation and ascitis.

© 2011 Elsevier Masson SAS and Éditions françaises de radiologie. All rights reserved.

L'ischémie intestinale aiguë est une urgence thérapeutique et par conséquent diagnostique. Elle correspond à 1 % des hospitalisations pour abdomen aigu [1,2], son incidence est en augmentation du fait du vieillissement de la population. Le taux de mortalité par ischémie mésentérique aiguë (IMA) rapporté entre 50 et 90 % suivant les séries [1–4] varie en fonction de la cause et de la sévérité de l'ischémie : celle-ci peut être d'abord réversible quand elle est uniquement superficielle et qu'elle n'atteint que la muqueuse mais peut évoluer vers l'infarctus trans pariétal grevé d'une importante mortalité malgré la résection chirurgicale en urgence. Il est donc indispensable d'en faire le diagnostic précocement afin de ne pas laisser évoluer l'ischémie vers l'infarctus et d'en définir l'origine et la sévérité, dont dépendra le traitement.

Deux entités d'IMA peuvent être individualisées : l'ischémie mésentérique aiguë d'origine artérielle soit par occlusion de l'artère, soit par bas débit, et l'IMA d'origine veineuse. Ces deux origines s'opposent non seulement par leur étiologie, mais aussi par leur physiopathologie, leur sémiologie radiologique, leur traitement et bien sûr leur pronostic. Toutefois, bien que leur présentation radiologique soit très différente, lorsqu'une ischémie veineuse persiste, une ischémie artérielle secondaire apparaît avec son cortège de signes radiologiques.

Classiquement, les symptômes cliniques de l'IMA d'origine artérielle associent des douleurs abdominales intenses à début brutal et d'évolution continue qui contrastent avec un examen clinique qui reste souvent pauvre initialement (distension abdominale, troubles du transit, hyperpéristaltisme, diarrhées plus ou moins sanglantes). Au stade d'infarctus constitué, les signes généraux apparaissent marqués par un collapsus pouvant être associé à de la fièvre, une contracture abdominale et un iléus adynamique [5]. Les facteurs de risque à rechercher sont le terrain athéromateux et les cardiopathies emboligènes. Dans l'IMA d'origine veineuse, la symptomatologie est moins bruyante et d'installation plus progressive, parfois sur plusieurs semaines. Des états prothrombotiques congénitaux ou acquis, associés à des facteurs locaux favorisant la survenue d'une thrombose veineuse, sont le plus souvent retrouvés. Dans l'IMA par bas débit, la douleur peut être non évaluable chez un patient sédaté et le diagnostic devra être évoqué en cas de symptomatologie abdominale ou de défaillance multiviscérale chez ces patients à risque d'instabilité hémodynamique (chirurgie, réanimation).

Il n'y a pas de test biologique spécifique, mais une acidose métabolique, une élévation des lactates et une hyperleucocytose sont souvent présents à un stade avancé de la maladie. L'absence totale de spécificité clinique et biologique rend le diagnostic clinique d'IMA difficile, ainsi

la recherche et la reconnaissance de signes radiologiques en faveur de cette pathologie sont indispensables et systématiques dans tous les tableaux d'abdomen aigu.

## Rappels anatomiques

La vascularisation de l'intestin grêle est assurée par trois artères : le tronc cœliaque prend en charge l'œsophage distal, l'estomac et la moitié proximale du duodénum. L'artère mésentérique supérieure assure la vascularisation du pancréas, du duodénum restant, des côlons droit et transverse par ses branches droites alors que de son bord gauche naissent des branches à destinée du jéjunum et de l'iléon. Les artères iléales et jéjunales forment trois à cinq arcades parallèles et de la dernière arcade partent des vaisseaux droits qui pénètrent la paroi de l'intestin. L'artère mésentérique inférieure vascularise le côlon gauche et le tiers supérieur du rectum. Le tronc cœliaque et les deux artères mésentériques sont anastomosées entre eux : l'artère gastroduodénale relie le tronc cœliaque à l'artère mésentérique supérieure (arcade de Rio Branco) et les arcades de Riolan et de Drummond sont des voies de suppléance entre les artères mésentériques supérieure et inférieure, de même l'artère mésentérique inférieure est anastomosée avec l'artère hypogastrique par les branches artérielles rectale. L'arcade de Riolan est un repère angiographique important, en effet, chez le sujet normal, elle n'est jamais visualisée sur l'ensemble de son trajet et lorsqu'elle est visible une oblitération d'une ou plusieurs artères du système splanchnique sera suspectée. Les voies de suppléance sont susceptibles de s'hypertrophier en cas de déficit chronique mais peuvent être prises en défaut en cas d'obstruction aiguë ; elles peuvent être fines ou absentes et déterminent alors des points de faiblesse vasculaire qui sont : l'angle iléocœcal (défaut de cercle anastomotique entre les branches iléales et coliques de l'artère iléocolique), le point de Griffith à l'angle colique gauche (défaut de suppléance par l'arcade de Riolan) et le point de Sudeck à la jonction rectosigmoïdienne (faiblesse du réseau anastomotique entre l'artère mésentérique inférieure et des branches de l'artère hypogastrique), ces parois digestives sont souvent les premières à souffrir en cas d'ischémie.

La veine mésentérique inférieure se draine dans la veine splénique pour former avec la veine mésentérique supérieure le tronc porte. Le système porte présente de nombreuses anastomoses avec le système cave par des branches œsophagiennes, gastriques, rénales, épigastriques et pelviennes.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4234776>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4234776>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)