

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
UN PEUPLE UN BUT UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE  
BAMAKO

UNIVERSITE DE BAMAKO



## Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Année Universitaire : 2020- 2021 THESEN°.....

### TITRE

ISCHEMIE MESENTERIQUE AIGUE : ASPECTS  
EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET  
THERAPEUTIQUES AU CHU GABRIEL TOURE

Présenté et soutenu publiquement le /30/01/2021 devant la Faculté de Médecine  
et d'odontostomatologie Mali

Par Mr Allaye BOCOUM

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLÔME D'ETAT)

### JURY

**Président** : Professeur Lassana Kanté

**Membre** : Professeur Alhassane Traoré

**Co-directeur de thèse** : Docteur Amadou Traoré

**Directeur de thèse** : Professeur Birama Togola

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

Je rends grâce à Allah le tout puissant, le clément et le miséricordieux.

Tout commence par lui et tout fini par lui. Je lui rends grâce de m'avoir donné la vie, le courage et la santé sans quoi ce travail n'aurait pas eu lieu.

Au prophète Mohamed (PSL) : que la paix de Dieu soit sur lui.

Je dédie ce travail à :

### **Mon défunt Père : BOCAR BOCOUM**

Cher père, ce travail est le tien. J'aurai vraiment voulu que tu sois présent en ce jour si important pour moi pour cueillir le fruit de l'arbre que tu as planté avant de t'en aller, mais le bon Dieu a voulu que tu sois à ses côtés.

Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice et du pardon.

Tu as été toujours un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et pour toute la famille.

Trouve dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance.

Merci du fond du cœur car tu as été la clé de ma réussite. Que le seigneur tout puissant Allah te garde dans son paradis.

### **Ma mère : KADIDIATOU GNANIAYATTARA**

Très chère maman, tu incarnes pour moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ton amour pour nous, ta grande générosité et ton sens du pardon m'ont toujours impressionné.

Je ne saurai oublier cette chaleur maternelle et les mots me manquent pour te qualifier et t'exprimer tout l'amour et l'admiration que je te porte.

Tout le mérite de ce travail est aussi le tien. Merci pour tes bénédictions, tes prières quotidiennes et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille.

Que le seigneur tout puissant te bénisse, t'accorde une longue vie dans la paix et dans la plus grande santé.

**A mon épouse : AMI SANGARE**

Tu as été plus qu'une épouse pour moi, tu as toujours été présent pour moi à m'encourager pour que ce travail soit une réussite. Ce travail ne saurait réaliser sans ton soutien et tes efforts. Merci pour tout.

**A mes intimes amis et confidents : Bah asseye MAIGA et Sékou B H TOURE**

Chers amis ou dirai-je cher frère, c'est à travers votre sens d'engagement et votre dévouement que j'ai su qu'un lien d'amitié peut se transformer en lien de fraternité ; vous faites désormais partir de ma famille. Nous voilà au terme de notre préoccupation ; merci pour votre soutien et d'avoir toujours été présent pour partager ces moments durs avec moi.

## REMERCIEMENTS

**Aux Médecins spécialistes en chirurgie digestive :** notre Maître feu Professeur Gangaly Diallo, Pr Adégné Togo, Pr Lassana Kanté, Pr Alhassane Traoré, Pr Bakary T. Dembelé, Dr Ibrahim Diakité, Dr Madiassa Konaté, Dr Amadou Traoré, Dr Amadou Maiga, Dr Ahmadou Bah, Dr Tani Koné, Dr Boubacar Y Sidibé, Dr Zakari Saye, Dr Siaka Konaté, Dr Arouna Doumbia pour la qualité de leur enseignement.

**Aux aînés** Dr Pamateck S, Dr Maiga I, Dr Diakité S, Dr Sacko S, Dr Doumbia S, Dr Keita C.O, Dr Coulibaly Z, Dr Coulibaly A, Dr Julien, Dr Mallé O, Dr Mounkoro, Dr Sylla A, Dr Traoré M, Dr Bouaré Y pour leur encadrement et leur accompagnement sans faille.

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

A mes collègues thésards du service de chirurgie générale : Ouologuème M, Cissé Lalla, Richie D, Samaké N, Samaké M, Kamissoko Y, Traoré M, Koriko F.

A mes jeunes frères thésards du service de chirurgie générale : Doumbia K, Doumbia L, Coulibaly D, Sangare M, Traore R, kouriba S, Diarra S, Togo H, Gbegbo D, Degoga F, Goita D.

**Au personnel infirmier :** Koulou Diarra et son équipe.

Merci d'avoir assuré les soins de nos patients.

Au personnel du bloc opératoire.

**A Mme Diarra Awa Diakité** (la secrétaire), Mme Traoré Mata Kébé, Mlle Hawa Diarra. Merci pour votre accompagnement.

Tous les étudiants de la FMOS-FAPH, bon courage et bonne chance.

**Au personnel du cabinet médical « Medipool » :** Dr WAIGALO et son équipe.

Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et à l'élaboration de ce travail.

## **HOMMAGE SPECIAL**

### **A Feu Pr Gangaly Diallo**

Cher maitre

Que n'avons-nous pas appris à vos côtés ?

Et voilà que subitement le destin cruel nous l'a arraché.

Mais je sais que les jalons que vous avez posés, nous permettrons de passer le cap.

Nous allons vivre grâce à l'espoir, cet espoir qui est soutenue par une foi inébranlable d'être comme vous et à défaut de vous ressembler.

Que n'aurions-nous pas donné où faire pour que vous restiez avec nous, mais encore une fois on se plie à la volonté céleste : c'est de Dieu que nous venons et c'est à lui que nous retournons.

Un adage arabe dit celui qui veut semer et en bénéficier pendant un an doit cultiver le mil, celui qui veut bénéficier pendant des années, doit planter des arbres, et qui veut en bénéficier pendant l'éternité doit cultiver le savoir.

Cher maitre, votre nom sera à jamais gravé au fronton du panthéon du savoir pour l'avoir cultivé.

Nous vous promettons de travailler toujours pour être aujourd'hui mieux que ce que nous étions hier et pour être demain mieux que ce que nous sommes aujourd'hui ; dors en paix cher maitre.

## HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre Maître et Président du jury**

**Professeur : LASSANA KANTE**

- \* Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS
- \* Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- \* Membre de l'association Française des chirurgiens (AFC)
- \* Membre de la société de chirurgie du mali (SOCHIMA)
- \* Chargé de cours à la FMOS

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Veillez agréer cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.



## **A notre Maître et juge**

### **Professeur Alhassane Traoré**

- \* Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS
- \* Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- \* Spécialiste en Proctologie
- \* Membre de la société de chirurgie du Mali
- \* Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF)

### **Cher Maître,**

C'est un réel plaisir et un honneur de vous compter parmi les membres du jury.

Votre rigueur scientifique, votre compétence chirurgicale, votre sens profond de l'humanité, votre humilité et votre modestie font de vous une personne admirable et admirée. Ce travail est le fruit de votre ténacité et de votre soutien indéfectible. Veuillez agréer, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

## **A notre Maître et co-directeur**

Docteur Amadou TRAORE

\* Médecin colonel au CHU Gabriel Touré

\* Maître-assistant à la FMOS

\*Spécialiste en chirurgie générale.

\* Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré

\* Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA).

### **Cher Maître,**

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un Maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher Maître, soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

## **A notre Maître et Directeur de Thèse**

### **Professeur Birama TOGOLA**

- \* Maître de conférences à la FMOS
- \* Spécialiste en Chirurgie générale
- \* Spécialiste en chirurgie thoracique et cardiovasculaire
- \* Praticien hospitalier au CHU du point G

### **Cher Maître,**

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous pour effectuer ce travail. Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, votre amour pour le travail bien fait, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique forge le respect et l'admiration de tous. Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que le seigneur vous donne une bonne santé et une longue vie.

## LISTE DES ABREVIATIONS

AMS : artère mésentérique supérieure

AMI : artère mésentérique inférieure

ASP : abdomen sans préparation

ATCD : antécédent

ATP : adénosine Triphosphate

CIVD : coagulation intra vasculaire disséminée

ECG : électrocardiogramme

IMA : ischémie mésentérique aiguë

IMC : ischémie mésentérique chronique

IM : infarctus mésentérique

IMNO : ischémie mésentérique non occlusive

SRIS : syndrome de réponse inflammatoire systémique

SIAM : syndrome ischémique aiguë mésentérique

SURVI : structures d'urgence vasculaire intestinale

TC : tronc coélique

TVM : thrombose veineuse mésentérique

TVP : thrombose veineuse profonde

TDM : tomodensitométrie

# TABLE DES MATIERES

<b>I. Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>II.Objectifs.....</b>	<b>3</b>
<b>III. Généralité.....</b>	<b>4</b>
<b>3.1. Définition.....</b>	<b>5</b>
<b>3.2. Epidémiologie.....</b>	<b>5</b>
<b>3.3. Rappel anatomique.....</b>	<b>5</b>
<b>3.3.1. Microscopie .....</b>	<b>7</b>
<b>3.3.2. Vascularisation.....</b>	<b>8</b>
<b>3.3.3. Innervation.....</b>	<b>10</b>
<b>3.4. Etiologie ... ..</b>	<b>11</b>
<b>3.5. Physiopathologie .....</b>	<b>13</b>
<b>3.6. Signes.....</b>	<b>14</b>
<b>3.7. Diagnostic.....</b>	<b>14</b>
<b>38. Traitement.....</b>	<b>16</b>
<b>3.9. Evolution.....</b>	<b>19</b>
<b>IV. Méthodologie.....</b>	<b>20</b>
<b>V. Résultats.....</b>	<b>23</b>
<b>VI. Discussion et Commentaires.....</b>	<b>38</b>
<b>VII. Conclusion.....</b>	<b>46</b>
<b>Références.....</b>	<b>50</b>
<b>Iconograpraphie.....</b>	<b>64</b>

# INTRODUCTION

# I. INTRODUCTION

L'ischémie mésentérique aiguë est définie par l'association d'une souffrance digestive et d'une insuffisance vasculaire, occlusive (thrombose, embolie, artérielle, veineuse) ou non occlusive (bas débit ou vasospasme) [1]. Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale absolue, digestive et vasculaire. L'évolution vers la nécrose est un tournant évolutif irréversible grevé de lourdes séquelles intestinales et d'une mortalité très élevée. [2] L'importance d'un diagnostic précoce n'est plus à démontrer étant donné le très sombre pronostic des incidents non traités, pouvant atteindre 95 % de mortalité [3].

Selon Brandt LJ et al. [4] aux USA, l'incidence de l'ischémie mésentérique aiguë était estimée à 1/1000 hospitalisation. En France une étude réalisée au service des urgences chirurgicales du CHU de Lyon-Sud en 2005 avait trouvé une mortalité de 50% [5]. Au Maroc ZahraFK [6] en 2010 avait recensé 19 cas d'infarctus mésentériques en 5 ans avec une mortalité de 57,9%. L'origine thromboembolique, responsable de 60 à 75 % des cas d'IMA, est la première cause d'IMA, elle est de mauvais pronostic [7]. L'absence totale de spécificité clinique et biologique rend le diagnostic clinique d'IMA difficile. Le scanner abdomino-pelvien semble joué un rôle prépondérant ces dernières décennies dans le diagnostic de l'ischémie mésentérique aiguë [8]. Au Mali, Togola B et al [9] en 2015 avait présenté 2 cas d'ischémie mésentériques aiguës afin de dégager les difficultés de la prise en charge chirurgicale en urgence. Récemment avec la création et le développement des structures d'urgences vasculaires intestinales (SURVI), Nuzzo A et al. [1] ont rapporté une mortalité passant de 2 % à 35 % lorsque l'ischémie intestinale est traitée au stade de nécrose irréversible. Affection méconnue et grave, l'ischémie mésentérique aiguë est découverte le plus souvent en per opératoire.

Au Mali la prise en charge des urgences chirurgicales constitue un défi permanent pour les différentes structures sanitaires. L'absence d'étude et les difficultés liées à la prise en charge chirurgicale des ischémies mésentériques aiguës ont motivé ce travail.

Le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ischémie mésentérique aiguë dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.

Pour mener à bien ce travail nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

# **OBJECTIFS**



## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Etudier l'ischémie mésentérique aigue dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence hospitalière de l'infarctus mésentérique aigue
- Décrire les aspects sociodémographiques des malades
- Décrire les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques.
- Evaluer la prise en charge chirurgicale.

# **GENERALITES**

## III. GENERALITES

**3-1. Définition :** l'ischémie mésentérique aigue est une interruption du flux sanguin intestinal provoqué par une embolie, une thrombose, et un bas débit [1]. Elle entraîne un relargage des médiateurs de l'inflammation, puis finalement un infarctus mésentérique.

L'embolie : est la circulation d'un corps étranger (exogène ou endogène) dans le courant circulatoire et son arrêt dans un vaisseau plus petit pour lui livrer passage.

Thrombose : est la formation d'un caillot de sang dans un vaisseau sanguin ayant pour conséquence l'obstruction de ce vaisseau.

**3-2. Epidémiologie :** l'incidence de l'ischémie mésentérique aigue est de 1/1000 hospitalisations pour douleurs abdominales [4]. Cette incidence est en augmentation ces dernières années, en raison du nombre croissant de patients âgés et du nombre croissant de patient atteints de maladies cardio-vasculaires évoluées. L'ischémie mésentérique aigue est une urgence vitale le plus souvent chirurgicale, au pronostic sombre. Elle présente un risque de mortalité élevée allant de 60 à 80% selon les auteurs [4].

### 3-3. Rappels anatomiques :

#### 3-3-1. Macroscopie :

L'intestin grêle est composé de 3 segments : le duodénum, le jéjunum et l'iléon. Ces trois segments sont reliés à la paroi postérieure du péritoine par le mésentère.

##### 3-1-1-1. Le Duodénum :

Long d'environ 25cm, il débute à la sortie du pylore. Sa forme en C est moulée sur la tête du pancréas et comporte 4 portions :

- le bulbe duodéal ;
- la portion descendante ;
- la portion transversale ;
- et la portion oblique

##### 3-3-1-2. Le jéjunum

: Long d'environ 2,5m, le jéjunum occupe globalement le centre de la cavité abdominale qu'il parcourt en effectuant de nombreux replis. Le jéjunum apparaît plus rouge que le reste du grêle en raison de sa riche vascularisation. Il se continue avec l'iléon sans limite nettes.

### 3-3-1-3. L'iléon :

Long d'environ 3,5m, il occupe la partie basse de la cavité abdominale, entre les parties ascendante et descendante du colon.

L'iléon se termine au niveau du caecum dans la fosse iliaque droite à travers l'avalvule de Bauhin.

### 3-3-1-4. Le mésentère :

Il relie l'intestin grêle à l'arrière de la paroi abdominale. Il contient des artères qui apportent le sang frais, les veines portes qui remontent le sang chargé de nutriment vers le foie, et les fibres nerveuses végétatives qui règlent le fonctionnement de l'intestin.

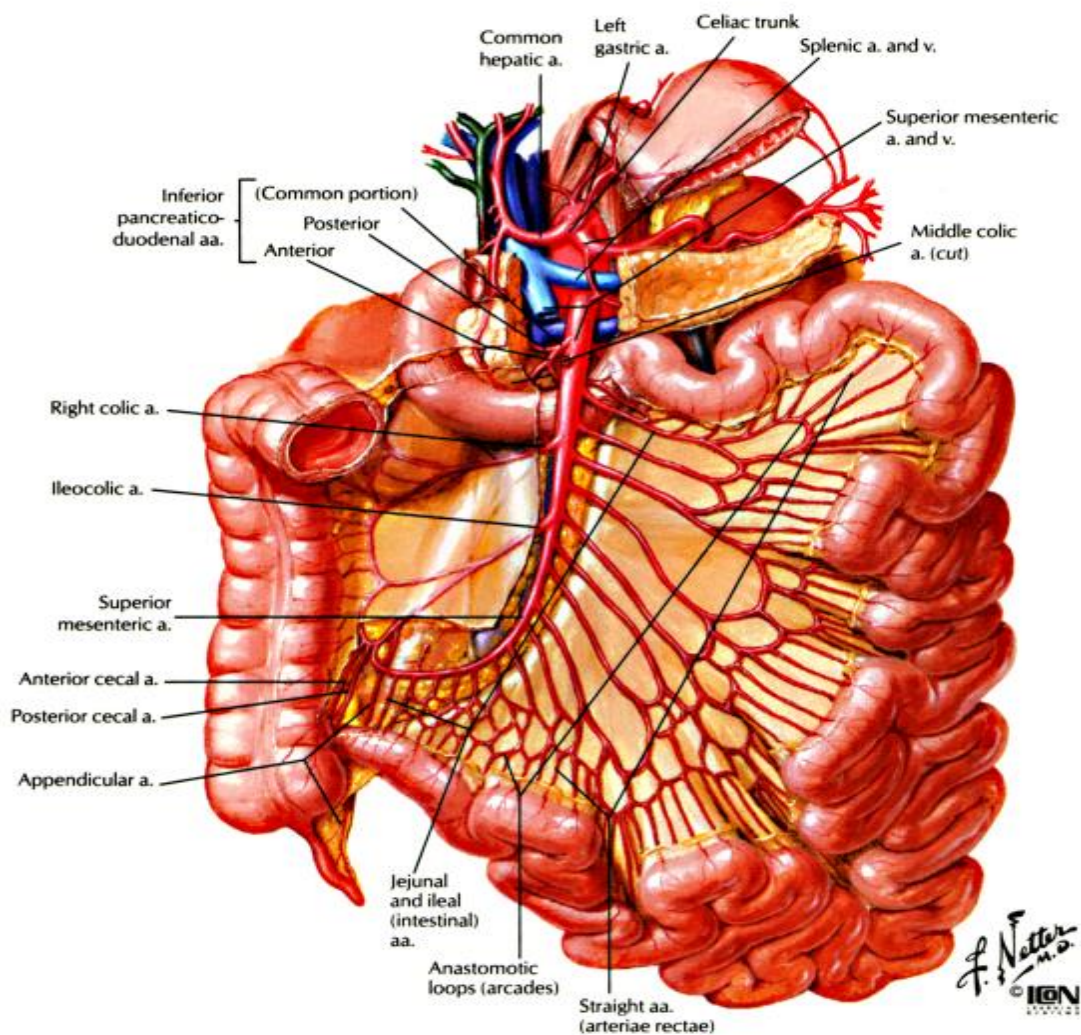


Schéma 1 : représentatif du grêle et du mésentère

### **3-3-1-5. Le colon :**

Comprend entre l'intestin grêle et le rectum. Il mesure environ 1,5m de long et se divise en quatre segments :

-Le colon ascendant qui commence par le caecum et relie le colon à l'intestin grêle et se prolonge vers le haut jusqu'au colon transverse

-le colon transverse qui traverse la partie supérieure de l'abdomen et relie le colon droit au colon gauche ;

-le colon descendant qui part du colon transverse et se prolonge vers le bas jusqu'au colon sigmoïde ;

-le colon sigmoïde qui et la dernière partie du colon il relie le colon gauche au rectum.

La paroi du colon est constituée de quatre couches différentes qui se superposent :

La muqueuse ;

La sous muqueuse :

La musculuse ;

Et la séreuse.

### **3-3-1-6. Le rectum :**

Il constitue la dernière partie du tube digestif, il est situé entre le colon et le canal anal.

Le rectum est de forme cylindrique et mesure entre 15à 18cm de long. Son diamètre est étroit au niveau de la jonction avec le colon et plus large ensuite (ampoule rectale) et sa paroi est constituée de quatre couches également :

-La muqueuse ;

-La sous muqueuse ;

-La musculuse ;

-La séreuse qui constitue une partie du péritoine.

**3-3-2. Microscopie :** l'intestin grêle est constitué de quatre couches. De l'intérieur vers l'extérieur on a :

**-La muqueuse :** elle est composée d'une couche de cellule épithéliales appelée épithélium ; une couche de tissus conjonctif lâche appelée lamina propria ; et une couche musculaire très mince appelée musculuse muqueuse. La surface interne de la muqueuse comporte de nombreuses villosités.

**-La sous muqueuse :** Elle est une couche de tissus conjonctifs qui entoure la muqueuse. Elle renferme des glandes muqueuses, des vaisseaux sanguins, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs.

**-La musculuse :** elle est une bande de muscle lisse qui aide à déplacer les aliments le long de l'intestin grêle.

**-La séreuse :** c'est la couche externe de l'intestin grêle. Elle est formée de la couche viscérale du péritoine. Le mésentère est fixé à la séreuse.

### **3-3-3. Vascularisation :**

La vascularisation du tractus digestif est assurée par :

-L'artère cœliaque (TC) qui vascularise l'étage sus mésentérique, l'estomac, le duodénum, le pancréas, la rate, le foie. Les principales collatérales sont l'artère gastrique gauche, l'artère hépatique commune et l'artère splénique.

-L'artère mésentérique supérieure (AMS), qui naît de la face antérieure de l'aorte abdominale à la hauteur de D12-L1. Et se termine en se divisant en deux branches qui s'anastomosent sous forme d'une boucle ovale. Elle vascularise le jéjunum, l'iléon, le caecum, le colon ascendant et les deux tiers droits du colon transverse. Ses principales collatérales sont : l'artère pancréatique-duodénale inférieure, l'artère jéjunale, l'artère iléale, l'artère colique droite et l'artère cœliaque transverse.

-L'artère mésentérique inférieure (AMI), qui vascularise le restant du colon et le haut rectum. Ses principales collatérales sont l'artère colique gauche, l'artère sigmoïdienne et l'artère hémorroïdaire supérieure.

Des réseaux anastomotiques unissent ces trois artères créant des suppléances en cas d'obstruction chronique : les arcades péri-pancréatiques entre le TC et AMS, et l'arcade de Riolan entre l'AMS et l'AMI. En cas d'occlusion aiguë de l'AMS, ces suppléances sont inefficaces. Il existe des zones critiques plus sensibles à l'ischémie : la partie moyenne de l'intestin grêle et la jonction recto-sigmoïdiennes. Au niveau microcirculation, les artérioles se branchent sur un réseau dense de capillaires et de veinules. Au sein de la villosité intestinale, il existe une artériole centrale qui chemine jusqu'au sommet de la villosité où se situe la zone la plus sensible à l'ischémie. On décrit deux gradients en qui expliquent cette sensibilité : le gradient intravillositaire et le gradient capillaire-cellulaire.

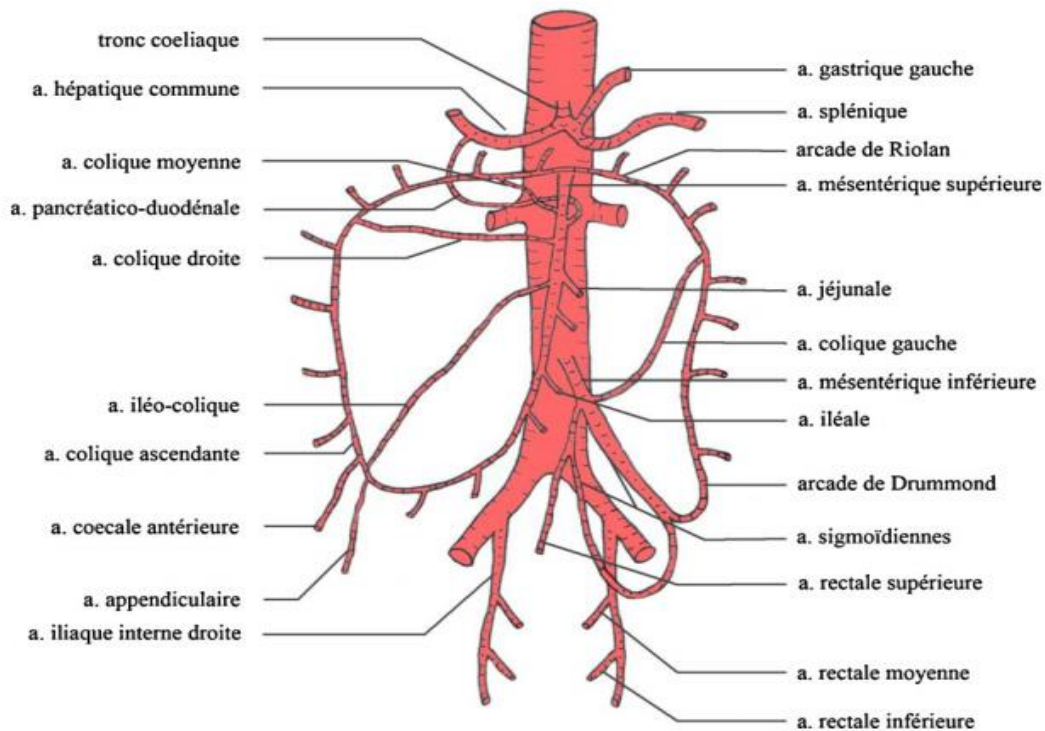


Fig. 1. Schématisation de la vascularisation artérielle digestive.

## Schéma 2 : Vascularisation artérielle digestive

Le retour veineux s'effectue par la veine mésentérique inférieure qui rejoint la veine splénique et l'ensemble conflue vers la veine mésentérique supérieure pour former le tronc porte. [4]

La cause principale de l'IMA est une diminution du flux artériel intestinal dans le territoire vascularisé par l'AMS, son niveau d'atteinte détermine l'étendue de l'ischémie mésentérique. L'IMA survient le plus souvent sur un terrain athéromateux, mais on retrouve rarement des signes d'ischémie mésentérique chronique à l'anamnèse. Il est admis qu'une atteinte de deux territoires artériels sur trois est nécessaire pour entraîner une ischémie chronique : règle de Mikkelsen [10].

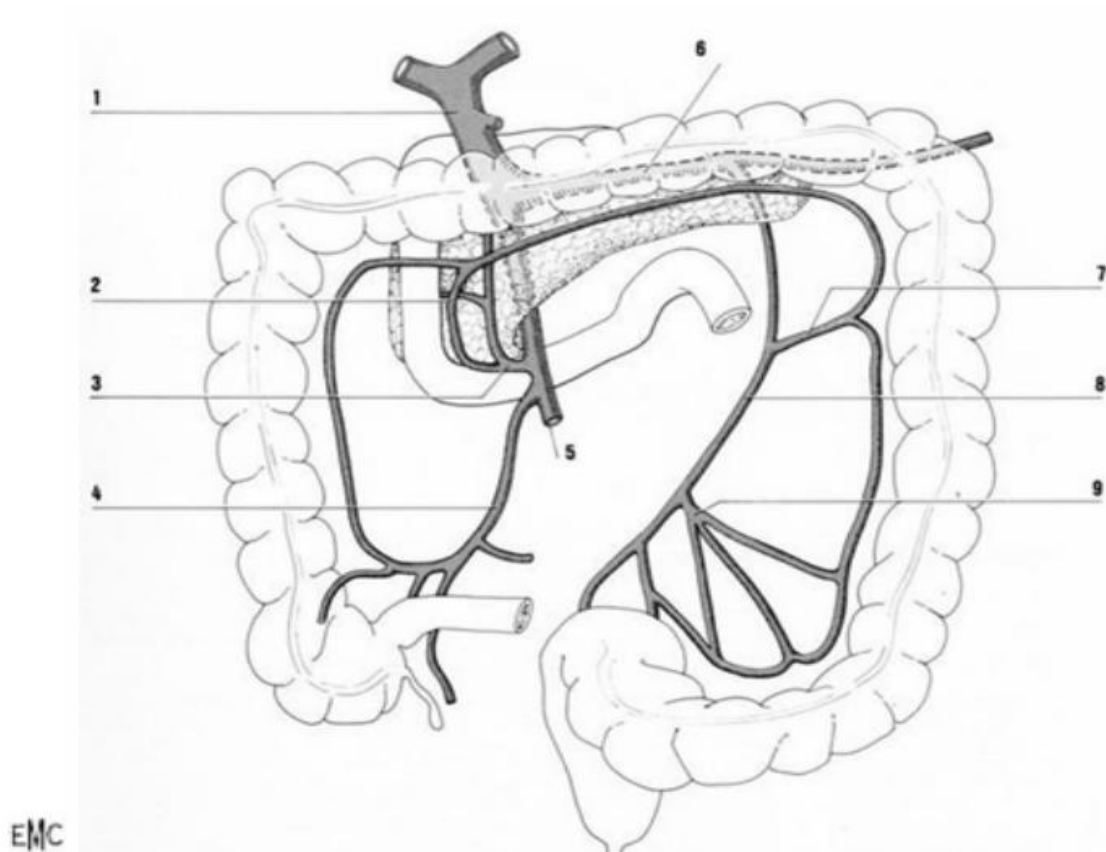


Schéma 3 : Vascularisation veineuse. : 1 : veine porte ; 2 : veine colique supérieure droite ; 3: tronc gastro-colique ; 4: veine colique supérieure gauche ; 5: veine mésentérique supérieure ; 6: veine splénique ; 7: veine colique supérieure gauche ; 8: veine mésentérique inférieure ; 9: veine colique inférieure gauche.

### 3-3-3-1. Microcirculation :

La vascularisation des villosités intestinales est très particulière. Elle repose sur artériole centrale débouchant sur un réseau capillaire dense qui descend le long de l'artériole pour confluer vers les veinules post capillaires [11 ,12]. Ce système favorise la création d'un contrecourant artérioveineux à l'origine d'un gradient de concentration en oxygène entre la base et le sommet des villosités, les niveaux de pression partielle en oxygène étant les plus bas au sommet, de l'ordre de 10mmHg.

### 3-4. Innervation :

L'innervation du tube digestif est régie par deux réseaux nerveux : un réseau intrinsèque appelé le système nerveux entérique et un réseau extrinsèque.

Le système nerveux entérique est constitué essentiellement de deux plexus ganglionnaires : le plexus d'Auerbach qui contrôle la motricité et le plexus de Meissner qui contrôle la sécrétion.



L'innervation extrinsèque constituée de fibres para et ortho sympathiques seront chargées d'une régulation de l'activité en fonctions, de l'apport vasculaire, ou encore de l'intégration de la motilité digestive.

L'innervation parasympathique est principalement assurée par le nerf vague(X)

L'innervation orthosympathique est assurée par les ganglions cœliaques, mésentérique supérieur et mésentérique inférieur.

### **3.5Étiologie:**

Les ischémies mésentériques aiguës peuvent être d'origine occlusive concernant la macro-circulation artérielle ou veineuse, ou non occlusive portant sur la microcirculation lors des phénomènes de bas débit. On compte 4 étiologies principales à l'IMA :

**Les embolies artérielles :** le siège de l'embolie se situe le plus souvent au niveau de l'AMS en raison de son gros calibre et de son angle de raccordement aigue à l'aorte.

L'interruption vasculaire est localisée après l'origine de l'artère colique moyenne et des premières jéjunales, entraînant une ischémie de l'iléon terminal et du colon ascendant ; en respectant le jéjunum. Si l'obstruction siège à l'origine de l'artère mésentérique supérieure, l'ensemble du grêle et du colon droit sera ischémié. Les facteurs prédisposants sont l'arythmie cardiaque avec le plus fréquemment une fibrillation atriale existant dans 80% des cas dans certaines séries [13].

**Les thromboses artérielles :** l'interruption vasculaire siège au niveau de la partie proximale des artères digestives athéromateuses et sténosées. Elle associe le plus souvent une thrombose proximale de l'artère mésentérique supérieure à une thrombose ou sténose serrée des deux autres artères digestives. Les facteurs prédisposants sont l'athérosclérose, les dissections vasculaires et les syndromes d'hypercoagulabilité.

**Les thromboses veineuses :** Elle a un meilleur pronostic. La TVM représente la troisième cause de thrombose veineuse le plus fréquent après l'embolie pulmonaire et la thrombose veineuse profonde des membres supérieurs. Des anomalies constitutionnelles ou acquises de la coagulation sont découvertes dans 80% des cas (déficit en antithrombine III, mutation facteur V Leiden, syndrome des anti phospholipides...). La thrombose veineuse résulte de l'interaction de facteurs de risque congénitaux et/ou acquis et de facteurs locaux (compression, inflammation, traumatisme).

**Et l'ischémie mésentérique aigue non occlusive :** Il s'agit de la forme la plus grave avec une mortalité de 70 à 100%, son incidence est de 1/5000 hospitalisations. Typiquement elle survient après une chirurgie cardiaque ou chez l'hémodialysé chronique. Elle est le résultat d'une vasoconstriction intense en réponse à un état de choc (septique, cardiogénique...) sous l'action directe de catécholamines ou le résultat d'une cause infectieuse directe (entérite nécrosante).

L'exemple typique est la colite ischémique qui intéresse majoritairement le colon gauche et le sigmoïde (75%) des cas, avec des lésions situées au niveau des zones de faiblesse de la vascularisation digestive.

L'IMase développe chez des patients atteints d'athérosclérose sévère et 25% des cas sont liés à l'ischémie mésentérique aigue non occlusive suite à un bas débit cardiaque associé à une vasoconstriction mésentérique diffuse et prolongée.

➤ **Classification et cause d'ischémie mésentérique :**

L'ischémie mésentérique aiguë est classifiée en fonction de la rapidité de l'installation des symptômes (aiguë versus chronique), et selon le degré d'obstruction du flux sanguin (occlusive ou non occlusive). L'ischémie mésentérique aiguë conduit à une souffrance intestinale aiguë suite à une occlusion vasculaire complète ou incomplète.

L'ischémie mésentérique chronique correspond à l'angor intestinal associé à une athérosclérose mésentérique qui touche l'origine des vaisseaux. Le mécanisme occlusif est en cause dans les ischémies artérielles emboliques et thrombotiques comme présenté dans le tableau I.

Quant au mécanisme non occlusif, celui-ci correspond à un syndrome d'hypo perfusion. L'ischémie mésentérique veineuse représente 5 à 15 % des cas d'ischémie et est secondaire à une thrombose veineuse idiopathique, une thrombophilie, un traumatisme ou un foyer infectieux ou tumoral intra-abdominal (biliaire, pancréatique ou digestif).

Tableau I : Classification des causes d'ischémie [2]

EMBOLIE	THROMBOSE	ISCHEMIE NON OCCLUSIVE
Trouble du rythme cardiaque	Traumatismes abdominaux	Etat de choc
Valvulopathie	Foyer infectieux intra-abdominal	Déshydratation
Traitement endovasculaire	Dissection aortique	Chirurgie cardiaque
Arrêt d'un traitement anticoagulant / antiagrégant	Vasculites	Effort physique prolonge
	Thrombophilies	Hémodialyse
		Oestroprogestatifs
		Immunomodulateurs

### 3.6 Physiopathologie :

A l'état de base, la vascularisation mésentérique représente 20% du débit cardiaque, et jusqu'à 35% en période postprandiale. L'ischémie mésentérique résulte d'un déséquilibre entre les besoins métaboliques de la paroi intestinale et les apports insuffisants en oxygène. L'importance de l'atteinte digestive est liée à la durée et à l'importance de l'ischémie. Il existe une circulation collatérale importante qui est susceptible de compenser une réduction aiguë de 75% du flux artériel en 12 heures sans dommage ischémique important [14].

Au niveau local, le principal phénomène adaptatif à l'ischémie est la redistribution vers la muqueuse du flux splanchnique aux dépens de là sous muqueuse. Les gradients en oxygène au sein de la villosité intestinale génèrent des situations d'oxygénation critique au sommet de la villosité dès que l'apport en oxygène diminue. Cette diminution d'apport en oxygène est initialement contrebalancée par une meilleure extraction en oxygène. La fonction cellulaire est maintenue jusqu'à 20 à 25% du début de perfusion normal.

Au niveau cellulaire, l'inadéquation entre la demande et l'apport en oxygène provoque une déplétion énergétique avec passage d'un métabolisme aérobie à un métabolisme anaérobie, l'apparition d'une acidose intracellulaire par production de lactate et une accumulation des produits de dégradation de l'adénosine triphosphate (ATP). Tous ces mécanismes entraînent

un œdème cellulaire qui provoque une altération du cytosquelette entraînant la mort cellulaire par nécrose [15].

L'ischémie évolue en nécrose de la muqueuse vers la profondeur jusqu'à la perforation digestive avec péritonite stercorale et choc septique.

### **3.7 Tableau clinique :**

A l'anamnèse, des facteurs de risque seront recherchés tels qu'une pathologie vasculaire ou oncologique, une chirurgie abdominale ou une thrombophilie. Dans l'ischémie artérielle aiguë, la douleur est de début brutal, d'intensité croissante, quasiment constante, de siège initial péri ombilical puis diffus. Elle est accompagnée de nausées, vomissements, diarrhées et fréquemment d'une hémorragie digestive. Il y a une discordance entre l'intensité de la douleur et la paucité des signes cliniques.

L'ischémie veineuse est associée à une douleur abdominale de début moins brutal. La douleur correspondant à l'angor mésentérique est diffuse, postprandiale provoquant une aversion pour l'alimentation avec perte pondérale. Les patients de cette catégorie sont souvent multi-investigués avant le diagnostic d'ischémie.

### **3.8 DIAGNOSTIC :**

#### **A. Biologie :**

Aucun test biologique ne permet d'affirmer avec certitude le diagnostic d'ischémie mésentérique. Des D-dimères normaux peuvent exclure une ischémie mésentérique, mais leur élévation est aspécifique. Le dosage du L-lactate veineux est utile pour prédire la gravité et le pronostic d'une ischémie mésentérique [16].

L'anémie et le syndrome inflammatoire sont des signes tardifs.

Une fois que le diagnostic d'ischémie mésentérique est formel, une enquête étiologique doit être réalisée pour adapter le traitement. Le bilan étiologique comprend un bilan cardiaque comprenant un ECG, une échocardiographie cardiaque et un à Holter à la recherche d'une cardiopathie valvulaire ou rythmique et un bilan hématologique. L'association de la thrombose mésentérique artérielle avec les thrombophilies héréditaires est controversée [17]. D'où l'intérêt de la recherche étiologique.

En l'absence d'une cause cardiovasculaire, un bilan limité aux causes de thromboses artérielles (déficit en protéines C et S, syndrome des anticorps anti phospholipides) se justifie [18].

Pour un résultat fiable, le dépistage de ces entités devrait être effectué à distance de 2-3 mois de l'épisode aigu et en l'absence d'une anticoagulation. Un syndrome myéloprolifératif devrait également être recherché par un bilan comprenant au minimum une formule sanguine complète, un bilan martial et une recherche de la mutation V617F de JAK2 [19].

La thrombose veineuse splanchnique est souvent liée à la présence d'une cirrhose [20].

Les autres facteurs étiologiques peuvent être regroupés en causes acquises ou congénitales. Comme pour les thromboses artérielles, les néoplasies myéloprolifératives et l'hémoglobinurie paroxystique nocturne devraient être recherchées activement.

## **B. Imagerie**

### **1. Ultrasonographie :**

Bien que l'échographie avec Doppler soit un examen facile à réaliser et performant, son rôle dans l'ischémie mésentérique aiguë est limité par le météorisme et les douleurs qui accompagnent la phase aiguë.

### **2. CT-scan abdominal :**

C'est l'examen de premier choix lorsqu'on suspecte une ischémie mésentérique. Cet examen permet de caractériser au mieux la nature et la morphologie de l'occlusion vasculaire. Il permettra également de détecter une source embolique, préciser l'étendue de la zone ischémique et mettre en évidence des signes de gravité comme l'aéroporté ou le pneumopéritoine. Il a une spécificité de 95-100 % [21].

### **3. Imagerie par résonance magnétique :**

Bien que l'IRM permette la réalisation d'images de bonne qualité au niveau abdominal, ce type d'imagerie nécessite la collaboration du patient et peut durer près d'une heure, ce qui est difficilement envisageable dans cette situation. Elle n'est donc pas utilisée en cas d'ischémie mésentérique aiguë. Actuellement, l'angiographie n'a plus de rôle en tant qu'examen diagnostique. Elle est réservée aux patients chez qui un geste de revascularisation est envisagé.

### **4. L'endoscopie digestive : [22]**

Elle permet d'évaluer l'étendue des lésions et d'effectuer des biopsies. Les lésions retrouvées ne sont pas spécifiques. Un érythème et un œdème de la muqueuse, des pétéchies et des érosions de différentes tailles, jusqu'aux ulcères profonds et nécrotiques, sont souvent observés.

Les atteintes sont segmentaires à limites nettes, de répartition anti mésentérique avec une fréquence de localisation qui décroît du rectum haut vers le cæcum. Trois stades ont été décrits en fonction de la gravité :

Stade 1 : érythème de la muqueuse ;

Stade 2 : ulcérations fibrineuses sur un fond de muqueuse œdématiée ;

Stade 3 : nécrose étendue avec un aspect grisâtre de la muqueuse.

La découverte de lésions de stade 3 contre-indique la poursuite de l'endoscopie. L'endoscopie digestive haute est indiquée en cas de suspicion d'occlusion du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure. L'évolution des lésions endoscopiques peut se faire vers une guérison complète ou vers une fibrose pouvant induire une sténose concentrique

➤ **Diagnostic positif :**

Le diagnostic précoce est difficile. L'ischémie mésentérique aigue doit être évoquée chez tout patient d'âge supérieur à 50 ans ayant des facteurs prédisposant et qui présente une douleur abdominale sévère d'apparition brutale accompagnée de vomissement, de rectorragie, de la fièvre à 40° mais ce sont l'angiographie et la laparotomie exploratrice qui ont la meilleure sensibilité.

L'examen anatomopathologique permet aussi de confirmer le diagnostic.

➤ **Diagnostic différentiel :**

Le diagnostic différentiel est posé avec toutes les pathologies d'abdomen aigue chirurgicale tels que :

-La péritonite aigue d'autre étiologie : qui se caractérise par une infection et une inflammation de la cavité péritonéale avec des signes comme une contracture abdominale, la sensibilité abdominale et la fièvre. Le diagnostic différentiel se fait au scanner.

-**L'occlusion intestinale aigüe** : qui se caractérise par un arrêt des matières et des gaz, une distension abdominale, un tympanisme. Qui peut présenter de nécrose ou sans nécrose.

Le diagnostic différentiel peut être suspecté le plus souvent à l'ASP.

-**La pancréatite aigüe** : qui se caractérise par une douleur épigastrique irradiante en bretelle dont le diagnostic est posé par la lipémie et l'amylasémie et à l'échographie.

### **3.9 TRAITEMENT**

**3.9.1 Mise en condition** : elle nécessite une coordination étroite entre l'urgentiste, le chirurgien, le radiologue et le réanimateur.

Elle nécessite :

-Un remplissage vasculaire et un rétablissement de l'équilibre hémodynamique lorsqu'il existe une décompensation aigue.

-La mise en place d'une sonde nasogastrique avec aspiration dès les premiers signes d'iléus.

-Une surveillance hémodynamique.

-Une oxygénothérapie et une intubation précoce des maladies instables.

-Le traitement de la douleur par opiacés.

-Une antibiothérapie orientée sur la flore digestive, bacilles gram négatifs et anaérobies.

-Une anti coagulation dès que le diagnostic est porté.

**3.9.2 La chirurgie d'urgence :** l'apparition des signes péritonéaux impose une intervention chirurgicale impliquant la résection des zones nécrosées. Une péritonite, une hémorragie sévère, un sepsis sévère sont également des indications à l'intervention et pendant toute la période d'évolution [23]. La chirurgie vasculaire, embolectomie, reconstruction vasculaire dépend de la cause de l'ischémie.

### 3.9.3 Traitement spécifique :

- Embolie pulmonaire : embolectomie chirurgicale, thrombolyse intra-artérielle, perfusion de papavérine.
- Thrombose artérielle : reconstruction artérielle, perfusion de papavérine [24].
- Pour les ischémies non occlusives, quelques études sur des petites séries ont montré l'intérêt de la papavérine avec une réduction de la mortalité de 70 à 90% à 0-55% [25].
- **Traitement de l'ischémie mésentérique aiguë :** La prise en charge de l'ischémie aiguë est multidisciplinaire et consiste à prévenir la défaillance multi viscérale, préserver l'intestin ischémique non nécrotique et réséquer les segments ischémiques nécrotiques. Le traitement est adapté en fonction de la sévérité de l'ischémie.
- **Mesures générales :** Un remplissage vasculaire adéquat en évitant le plus possible les vasopresseurs sont indiqués.

L'anticoagulation par héparine non fractionnée doit être instaurée le plus vite possible. Une antibiothérapie à large spectre précoce prévient la translocation bactérienne [1].

Une mise au repos du tube digestif est en général de mise en cas d'ischémie aiguë, alors qu'une alimentation entérale est souvent nécessaire dans l'ischémie chronique, les patients étant dénutris.

- **Traitement médicamenteux :** Le traitement médicamenteux va dépendre de l'étiologie retenue. En cas de lésion athéromateuse, une anti agrégation combinée à un contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires est indiquée.

En cas d'embolisation à point de départ cardiaque ou de thrombose aiguë in situ, une anticoagulation est nécessaire pour la prévention des récurrences.

La durée du traitement dépend de la recanalisation et de l'étiologie retenue. Par commodité, l'héparine non fractionnée est souvent le premier choix dans la phase aiguë. Une fois l'état du patient stabilisé, et si aucune intervention n'est prévue, un relais par anticoagulation orale est plus aisé.

Le choix entre anti vitamine K et nouveaux anticoagulants oraux doit être individualisé.

- **Traitement de revascularisation** : Les procédures de revascularisation sont de plus en plus fréquemment utilisées chez les patients souffrant d'ischémie mésentérique aiguë sans nécrose intestinale avérée.

La mortalité semble plus basse chez les patients qui ont pu être traités par voie endovasculaire en comparaison avec une chirurgie ouverte (39 vs 50 %) [27].

Cependant, même si le taux de succès technique est élevé (87 %), le risque de nécrose intestinale et de résection chirurgicale persiste pendant les heures qui suivent le geste.

Le taux de resténose de l'artère mésentérique supérieure après mise en place d'une endoprothèse (stenting) est de l'ordre de 40 % à 3 ans et, parmi les patients qui présentent une resténose, 20-50 % nécessiteront une réintervention [27]. En ce qui concerne l'ischémie mésentérique d'origine veineuse, les manœuvres de désobstruction mécanique (thromboaspiration) ou la thrombolyse sont réservées aux cas qui ne répondent pas favorablement au traitement médical.

- **Traitement chirurgical** : Le rôle principal de la chirurgie est d'évaluer l'état de perfusion intestinale, de la rétablir et de réséquer les segments non perfusés. Malheureusement, la symptomatologie fruste retarde souvent une prise en charge précoce si bien que près de la moitié des laparotomies exploratrices se terminent par une abstention thérapeutique [28].

En effet, Meng et coll. ont montré qu'une deuxième exploration abdominale limite le taux de résection ultérieure à environ 40 % [27]. En présence d'un embolie artériel, l'embolectomie est la thérapie de choix. Malheureusement, le taux de mortalité après un tel geste est élevé, entre 30 et 50 % selon les études [29].

Quand une plaque athéromateuse est responsable de l'obstruction, une endartériectomie peut être envisagée ainsi qu'une transposition de la racine artérielle [30]. En cas d'échec ou en présence d'une longue sténose, la création d'un bypass utilisant la veine saphène ou une prothèse est la technique de choix.

- **Traitement de l'ischémie mésentérique veineuse** : en cas d'ischémie mésentérique d'origine veineuse, le traitement médicamenteux est de mise. Il consiste en une anticoagulation rapide par héparine puis par anticoagulants oraux. Les manœuvres de désobstruction mécanique (thromboaspiration) ou la thrombolyse sont réservées aux cas qui ne répondent pas favorablement au traitement médical.

### 3.9. 4 Surveillance :

Les paramètres à surveiller sont :

La tension artérielle ; la température corporelle ; le pouls ; les conjonctives ;

La fréquence cardiaque ; la fréquence respiratoire ; l'abdomen ; et la diurèse.

### 3.10 Evolution :



L'évolution de cette pathologie n'est pas favorable avec une mortalité élevée, mais le pronostic s'améliore avec le diagnostic et la prise en charge précoce.

Cependant des complications peuvent survenir tels que :

- Les péritonites postopératoires ;
- Les éviscérations ;
- Les suppurations pariétales ;
- Les occlusions sur bride ;
- La défaillance multi viscérale.

# **METHODOLOGIE**

## **IV. METHODOLOGIE :**

### **4-1. Cadre d'étude :**

Le travail a été réalisé dans le service de chirurgie du CHU Gabriel Touré de Bamako.

### **4-1-2. Situation géographique :**

L'hôpital Gabriel Touré est situé dans le centre administratif de la ville de Bamako en commune III. A l'intérieur de cet établissement se trouve le service chirurgie générale au pavillon Bénitiéni Fofana qui s'y trouve au sud-ouest du CHU Gabriel TOURE.

### **4-1-3. Les locaux :**

C'est un service avec neuf (09) salles d'hospitalisations pour une capacité de 32 lits et un bloc opératoire comportant trois (03) salles d'opération, une salle de réveil, une salle de stérilisation, et une salle d'accueil et en fin deux (02) boxes de consultation ordinaire au niveau du bureau des entrées au premier étage situé dans l'aile droite du bâtiment vers le nord.

### **4-1-4. Le personnel :**

Le personnel est composé de trois (03) Professeurs titulaires dont un (01) chef de service ; un (01) maître de conférences agrégé ; deux (02) maîtres assistants ; six (06) chirurgiens praticiens hospitaliers.

A cette liste s'ajoutent les DES en chirurgie générale, les thésards, les étudiants stagiaires, le personnel infirmier et deux (02) techniciens de surface.

### **4-1-4. Les activités :**

Il est effectué dans ce service, des activités de chirurgie viscérale

Les consultations externes ont lieu du lundi au jeudi ; les interventions chirurgicales tous les jours au SAU (service accueil des urgences) et du lundi au jeudi au bloc à froid.

Les hospitalisations se font tous les jours et à tout moment.

Le staff du service se tient tous les jours du lundi au vendredi à 07h45.

Le programme opératoire du bloc à froid s'établit chaque jeudi à partir de 12h.

#### **4-2. Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective :

-La phase rétrospective s'étendait de janvier 2010 à décembre 2018 ;

-La phase prospective a couvert la période de janvier 2019 à décembre 2019, soit sur une période d'une année.

#### **4-3. Critères d'inclusion :**

Tous les patients admis pour ischémie mésentérique aigue, confirmé soit au TDM, ou en per opératoire.

#### **4-4. Critère de non inclusion :**

N'ont pas été inclus

- Les ischémies intestinales de cause mécanique : étranglement herniaire, volvulus, les brides ou adhérences.
- Les ischémies intestinales chroniques
- Les patients avec un dossier médical incomplet ou non exploitable

#### **4-5. Support des données :**

Les données étaient recueillies à partir de :

-Les dossiers d'hospitalisation ;

-Le registre de consultation ;

-Le registre de compte rendu opératoire ;

-Le registre d'anatomopathologie ;

#### **4-6. Collecte des données :**

Nous avons élaboré un questionnaire comportant des paramètres relatifs aux données sociodémographiques ; cliniques ; para cliniques et thérapeutiques.

#### **4-7. Saisie et analyse des données :**

La saisie a été faite sur Word 2013 et l'analyse des données a été effectuée sur les logiciels Excel 2013, Epi info version 7.2. Le test statistique de comparaison utilisé a été le Fisher avec un seuil de signification  $P < 0,05$ .

#### **4-8. Phase de suivi des patients :**

Les rendez-vous de contrôle ont été effectués à court, moyen, et long terme : 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 an.

# RESULTATS

## V. RESULTATS

### 5-1. La fréquence :

Pendant la période d'étude (10 ans) nous avons recensé 26 patients souffrant d'une ischémie mésentérique aigue soit un taux de recrutement de 2,6 patients par an. Pendant la phase prospective 6 patients étaient pris en charge. Au cours de l'année 2019, 546 patients ont été opérés pour un abdomen aigu chirurgical. L'ischémie mésentérique aigue a ainsi représenté 1,09% des urgences abdominales.

Tableau II : répartition des patients selon le recrutement par année

Année	Effectifs	Pourcentage (%)
2010	01	3,84
2011	01	3,84
2012	01	3,84
2013	02	7,69
2014	02	7,69
2015	03	11,53
2016	03	11,53
2017	04	15,38
2018	03	11,53
2019	06	23,07
Total	26	100,00

Nous avons observé une augmentation progressive du nombre de malade

## 5-2. Aspects sociodémographiques :

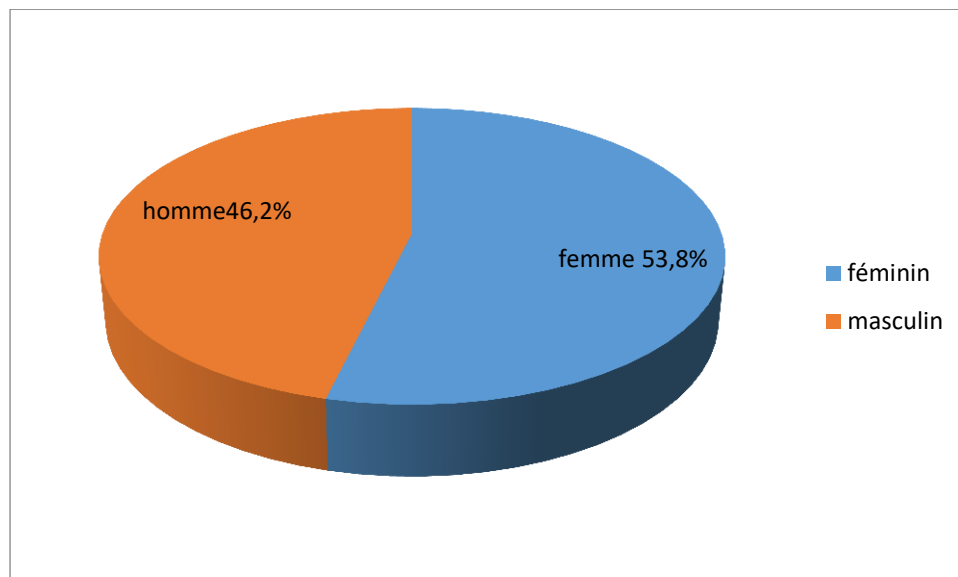
### 5-2-1. Selon l'âge :

Tableau III : répartition des patients selon l'âge.

Age (année)	Effectifs	Pourcentage(%)
16- 25	00	00
26 –35	1	3,84
36 – 45	4	15,38
46 –55	8	30,76
56- 65	9	34,61
66-75	4	15,38
Total	26	100,00

L'âge moyen des patients était de 54 ans avec un écart type de 7,5 ans, des extrêmes de 30 et 75 ans.

### 5-2-2. Selon le sexe :



**Figure 1** : répartition des patients selon le sexe

Le sexe ratio était de 0,85.

### 5-2-3 Selon la profession :

Tableau IV : répartition des patients selon la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Ménagère</b>	10	38,46
<b>Ouvrier</b>	8	26,93
<b>Commerçant</b>	5	19,24
<b>Comptable</b>	2	7,69
<b>Secrétaire</b>	1	3,84
<b>Total</b>	26	100,00

Les ménagères ont représenté 38,46% des malades

### 5-2-4 Selon la provenance :

Tableau V : répartition des patients selon la provenance

<b>Provenance</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bamako</b>	20	76,92
<b>Fana</b>	4	15,85
<b>Bougouni</b>	01	3,84
<b>Ségou</b>	01	3,84
<b>Total</b>	26	100,00

La majorité des malades provenait de la ville de Bamako



### 5-3. Aspects cliniques

#### 5-3-1. Selon les facteurs de risque cardiovasculaires :

Tableau VI : répartition des patients selon les facteurs de risque cardiovasculaires.

Facteurs de risques	Effectifs	Pourcentage (%)
Hypertension artérielle	11	43,30
Prise de contraceptif	09	34,61
Dyslipidémie	09	34,61
Obésité	08	30,76
Tabagisme	04	15,38
Diabète	3	11,53
Thrombophlébite	2	7,69
Infarctus du myocarde	1	3,84

L'HTA, la dyslipidémie, la notion de prise de contraceptif oral et l'obésité étaient les principaux facteurs de risque cardiovasculaire observés.

#### 5-3-2. Selon les antécédents chirurgicaux :

Tableau VII : répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucun	20	76,92
Adénomectomie de la prostate	01	3,84
Appendicectomie	03	11,53
Césarienne	01	3,84
Hystérectomie	01	3,84
Total	26	100,00

Seuls 23,07 % des patients avait un antécédent chirurgical

### 5-3-3. Selon le délai de consultation :

Tableau VIII : répartition des patients selon le délai de consultation

Délai (jours)	Effectifs	Pourcentage (%)
<1	07	26,92
1 – 3	09	34,61
4 - 6	10	38,46
Total	26	100,00

Le délai moyen de consultation était de 2,6jours  $\pm$  15,7 jours avec des extrêmes de 12 heures et 6 jours.

### 5-3-4. Selon le Système de référence :

Tous les patients ont été référés par une structure de santé (CS Réf, clinique, cabinet médical).

### 5-3-5. Selon le mode de recrutement :

Tous les patients ont été reçus aux urgences.

### 5-3-6. Selon le motif de consultation

Tableau VIX : répartition des patients selon le motif de consultation.

Motifs	Effectifs	Pourcentage (%)
Syndrome occlusif	16	61,53
Syndrome péritonéal	10	38,46
Total	26	100,00

Tous les patients étaient admis pour un abdomen aigu chirurgical

### 5-3-7. Selon l'état général :

Tableau X : répartition des patients selon l'état général

Etat général	Effectifs	Pourcentage (%)
Etat général (OMS II)	13	50
Etat général (OMS III)	09	34,62
Etat général (OMS IV)	04	15,38
Total	26	100,00

La moitié des patients était classé OMS II

### 5-3-8. Selon les signes généraux :

Tableau XI : répartition des patients selon les signes généraux observés

Signes généraux	Effectifs	Pourcentage (%)
Fièvre	20	76,92
Tachycardie	16	61,53
Hypotension	12	46,15
Pâleur	09	34,61
Polypnée	09	34,61

La fièvre, la tachycardie et l'hypotension étaient les principaux signes généraux trouvés.

### 5-3-9. Selon les signes fonctionnels :

Tableau XII : répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	26	100
Vomissements	14	53,84
Arrêt des matières et des gaz	07	26,92
Rectorragie	07	26,92
Diarrhée	06	23,07
Hématémèse	03	11,53

La douleur abdominale était présente chez tous les malades

### 5-3-10. Selon les signes physiques :

Tableau XIII : répartition des patients selon les signes physiques

Signes	Effectifs	Pourcentage (%)
Cicatrice laparotomie	06	23,07
Distension abdominale	07	26,92
Contracture	12	46,15
Matité déclive	1	3,84
Tympanisme	07	26,92
TR douloureux	09	34,61

Presque la moitié des patients avait des signes de péritonite

## 5-4. Aspects para cliniques :

### 5-4-1. Selon les données radiologiques :

Tableau XIV : répartition des patients selon les examens réalisés.

Examens	Effectifs	Pourcentage
A S P	26	100
Echographie abdominale	20	76,9
Scanner abdominal	08	30,7

Un tiers des patients ont réalisé un scanner abdominal

### 5-4-2. Selon les résultats des examens radiologiques :

Tableau XV : répartition des patients selon les résultats de l'ASP.

Résultats ASP	Effectifs	Pourcentage (%)
Nx hydro-aérique	16	61,54
Aérocolie/aérogrelie	09	34,62
Grisaille diffuse	01	3,84
Total	26	100,00

Un niveau hydro-aérique était observé chez 61,53% des malades.

Tableau XVI : répartition des patients selon les résultats de l'échographie abdominale

Résultats Echo	Effectifs	Pourcentage (%)
Epanchement péritonéal	12	60
Epaississement de la paroi	05	25
Signe d'obstruction	03	15
Total	20	100,00

Certains patients ont consulté en chirurgie avec le résultat de l'échographie abdominale

Tableau XVII : répartition des patients selon le résultat du scanner abdominal.

Scanner abdominal	Effectifs	Pourcentage (%)
Epaississement paroi intestinale	04	50,00
Distension intestinale	02	25,00
Hypo perfusion intestinale	02	25,00
Total	08	100,00

Le scanner abdominal réalisé chez 8 patients avait conclu à des signes de souffrance intestinale.

### 5-4-3. Selon les données biologiques :

Tableau XVIII : répartition des patients selon les résultats des examens biologiques en urgence.

Résultats	Effectifs	Pourcentage (%)
Hyperleucocytose	17	65,38
Créatinémie élevée	07	26,92
Hématocrite basse	04	15,38

Une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile était observée chez 65,38% des malades.

Tableau XIX : répartition des patients selon les résultats des examens biologiques en post opératoire.

Examens	Effectifs	Pourcentage(%)
D-dimères élevés	17	65,38%
Hypocalcémie	09	34,61%
Hypokaliémie	03	11,5%
Hyperamylasémie	03	11,53%

Les D-dimères étaient élevés chez plus de la moitié des malades.

### 5-5.Selon le diagnostic préopératoire :

Tableau XX : répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage (%)
Occlusion intestinale	16	61,53
Péritonite/ perforation	09	34,61
Abcès appendiculaire	01	3,84
Total	26	100,00

En préopératoire le diagnostic d'occlusion intestinale était évoqué chez plus de la moitié des malades

### 5-6. Aspects thérapeutiques

#### 5-6-1. Selon le délai de la prise en charge chirurgicale

Tableau XXI : répartition des patients selon le délai de la prise en charge chirurgicale.

Délai (heure)	Effectifs	Pourcentage (%)
<b>1H</b>	16	61,54
2-3H	07	26,92
4H	03	11,54
Total	26	100,00

Le délai moyen de la prise en charge chirurgicale était de 1,6 heure avec un écart-type de 0,81.

### 5-6-2. Selon le risque anesthésique :

Tableau XXII : répartition des patients selon la classification ASA.

Classe ASA	Effectifs	Pourcentage (%)
II	17	65,38%
III	09	36,61
Total	26	100,00

Plus de la moitié des malades était classée ASA II

### 5-6-3. Selon l'exploration chirurgicale :

Tableau XXIII : répartition des patients selon les constatations per opératoire.

Constatations	Effectifs	Pourcentage (%)
Nécrose iléo jéjunale	14	53,84
Nécrose iléo colique	05	19,23
Nécrose iléale	06	23,07
Nécrose du colon gauche	01	3,84
Total	26	100,00

Tous les malades étaient opérés au stade d'infarctus mésentérique.



#### 5-6-4. Selon les gestes chirurgicaux réalisés :

Tableau XXIV : répartition des patients selon le geste chirurgical.

Gestes réalisés	Effectifs	Pourcentage (%)
Résection grêle + stomie	14	53,84
Résection colon - grêle +stomie	06	23,07
Résection grêle +anastomose	05	19,23
Résection colon +stomie	01	03,84
Total	26	100,00

Une résection intestinale suivie d'une stomie était réalisée chez 80,76 % des malades.

#### 5-7. Suites opératoires :

##### 5-7-1. Selon les suites opératoires immédiates :

Tableau XXV : répartition des patients selon les suites post opératoires immédiates

Suites immédiates	Effectifs	Pourcentage (%)
Complicquées	18	70
Simple	08	30
Total	26	100,00

Les suites immédiates étaient simples chez 30% des malades

### 5-7-2. Selon Les complications :

Tableau XXVI : répartition des patients selon les complications.

Complications	Effectifs	Pourcentage (%)
Septicémie	12	66,67
Défaillance multi viscérale	06	33,33
Total	18	100,00

Plus de la moitié des complications était infectieuse

### 5-7-3. Selon la réintervention chirurgicale :

Tableau XXVII : répartition des patients selon la réintervention chirurgicale.

Réintervention	Effectifs	Pourcentage (%)
J3	05	19,2
Plus J3	02	07,6
Total	07	100

Une réintervention chirurgicale était réalisée chez 7 patients.

### 5-7-3. Selon Mortalité :

#### 5-7-3-1. Selon la mortalité hospitalière

Tableau XXVIII : répartition des patients selon lamortalité hospitalière.

Mortalité	Effectifs	Pourcentage
Décès	18	69,23
Guérison	08	30,77
Total	26	100,00

La mortalité hospitalière était de 69,23%

### 5-7-3-2. Selon le délai de mortalité

Tableau XXIX : répartition des patients selon le délai de mortalité

Délai mortalité (Jours)	Effectifs	Pourcentage
J3	10	55,55
J7	04	22,22
J20	04	22,22
Total	18	100,00

Plus de la moitié des décès était enregistré à J3

### 5-8. Traitement médical :

Une réanimation pré, per et post opératoire était systématique chez tous les malades.

Une triple antibiothérapie probabiliste à base de Ceftriaxone- Métronidazole -Gentamycine secondairement adaptée à l'antibiogramme associée aux antalgiques était systématiquement instaurée.

L'héparinothérapie à dose curative essentiellement à base d'Enoxaparine était instaurée en post opératoire dès que possible.

## **Commentaires et discussion**

# VI. Commentaires et discussion

## 6-1. Méthodologie

Notre étude était une étude rétro-prospective et descriptive qui s'est déroulée dans le service chirurgie générale de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako.

La période d'étude était comprise entre janvier 2010 et Décembre 2019 soit une durée de 10ans.

### a. Avantages :

La phase rétrospective, plus longue, a permis de recruter la majorité de nos patients.

La phase prospective nous a permis d'évaluer et de suivre nous-mêmes tous les patients, d'élargir nos investigations surtout la recherche étiologique et de recueillir des données plus fiables.

### b. Difficultés :

La recherche et la collecte des données à partir des supports (registres de consultation, d'hospitalisation, de compte-rendu opératoire et de dossiers des malades) ont connu des difficultés en l'absence d'un système d'archivage.

Une difficulté pour la recherche étiologique en rapport avec la pauvreté des patients.

La disponibilité et l'accessibilité financière à la nutrition parentérale.

### c. Limites :

- Certains paramètres importants n'ont pas été recensés tels que le mécanisme de l'ischémie, la longueur de l'anse intestinale réséquée.
- L'absence de revascularisation
- Des reprises chirurgicales en cas de complications en lieu et place de « second look »

## 6-2. Fréquence :

En 10 ans nous avons pris en charge 26 patients souffrant d'une ischémie mésentérique aigue soit 2,6 patients par an. Ainsi l'ischémie mésentérique aigue a représenté 1,31% des urgences abdominales. Il s'agit d'une pathologie rare comme signalée par d'autres auteurs [4,32,33]. Cependant dans les structures d'urgences vasculaires intestinales cette fréquence peut atteindre un patient toutes les 48 heures pour les formes occlusives voir 7 à 10 % pour les formes non occlusives [34]

## 6-3. Aspects sociodémographiques :

### 6-3-1. Selon l'âge :

Tableaux XXX : Age moyen selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Age moyen	Test statistique
Huang et al. [35] 2005	124	71.1	P : 0,006
Essakhi[36]2008	18	50	P : 0,28
Ka O et al. [37] 2009	13	43	P : 0,06
Zahra FK [6]	19	52,3	P : 0,38
Notre série2019	26	54	

Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de 54 ans avec un écart type à 7,5. Cet âge moyen n'est pas statistiquement différent de celui d'autres auteurs africains [6,36,37], par contre inférieur à celui de Huang [35]. L'ischémie mésentérique aigue survient en général chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population en Afrique.

### 6-3-2. Sexe :

Tableau XXXI : Sexe selon les auteurs.

Auteurs	Année de publication	sex-ratio	Test statistique
Levy [38]	1990	1	P : 0,5
Mozaffar [39]	2007	1,9	P : 0,3
Ka et al. [37]	2009	2,25	P : 0,3
Notre série	2019	0,85	

Dans notre étude le sex-ratio était de 0,85 avec une prédominance féminine. D'autres auteurs ont observé une prédominance masculine [37-39]. En effet le sex-ratio varie en fonction de l'étiologie de l'ischémie mésentérique. Cette prédominance féminine dans notre étude pourrait être expliquée par l'utilisation des contraceptifs et la sédentarité plus observés chez les femmes.

### 6-3-3. Facteurs de risque cardiovasculaire :

Dans ce travail l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète et la prise de contraceptifs oraux étaient les principaux facteurs de risques cardiovasculaires observés. Il s'agit de facteurs de risque classique retrouvés dans la littérature [5, 39]. Ces facteurs de risques ont une importance dans la recherche étiologique et le mécanisme de l'ischémie mésentérique aiguë.

### 6- 4. Aspects cliniques :

La douleur abdominale aiguë, les vomissements, la diarrhée, une rectorragie et un arrêt des matières et gaz étaient les principaux signes fonctionnels retrouvés avec des proportions différentes dans notre étude. Ces constatations sont comparables à celles de la littérature [5,40]. En effet dans l'ischémie mésentérique la douleur abdominale aiguë est constante, en dehors du cas particulier du patient de réanimation recevant une sédation. Elle peut être inaugurale ou succéder à un angor mésentérique. Elle est typiquement brutale (« vasculaire ») ou rapidement progressive, intense et résistante aux antalgiques non opiacés [1] de siège péri-ombilical ou diffus. Il peut s'y associer des vomissements (48 %), une diarrhée (31 %), une hémorragie digestive (18 %) [41]. Ces symptômes peuvent même suspecter une ischémie mésentérique et inciter à la réalisation d'examen complémentaires diagnostiques.

Lorsque le diagnostic n'est pas posé à la phase précoce, l'évolution se fait vers la nécrose intestinale avec apparition de la fièvre, la défense voire une contracture abdominale [1, 35, 38].

Dans notre étude la majorité de es malades ont consulté au stade de nécrose intestinale avec un syndrome péritonéal. Ceci pourrait s'expliquer par la méconnaissance de la pathologie. Cependant les signes d'ischémie mésentérique aiguë sont pas spécifiques et peuvent faire évoquer d'autres urgences chirurgicales.

## **6-5. Aspects para cliniques :**

### **6-5-1. Investigations radiologiques**

Dans notre étude l'ASP était systématiquement réalisé en première intention. Elle a permis la mise en évidence de niveaux hydro-aériques, de grisaille diffuse ou d'une dilatation intestinale. L'utilisation courante de l'ASP pourrait s'expliquer par le stade tardif de l'évolution clinique faisant penser à une péritonite ou une occlusion intestinale aiguë chez les malades. En effet la radiographie sans préparation a un intérêt limité dans le diagnostic de l'ischémie mésentérique aiguë en phase précoce. Cependant au stade tardif, l'ASP peut objectiver des signes de souffrance intestinale à savoir une pneumatose pariétale, une aéroportie, ou un pneumopéritoine [36, 42].

Certains patients dans notre étude sont arrivés avec les résultats d'une échographie abdominale. L'échographie n'est pas l'examen de référence pour le diagnostic d'IMA car elle est souvent de qualité médiocre du fait des interpositions aériques accompagnant la dilatation des anses grêles. Cependant, elle peut être le premier examen réalisé en cas d'abdomen aigu. L'étude de la paroi du tube digestif à la sonde haute fréquence doit être systématique lors de l'exploration des abdomens aigus ainsi que l'écho doppler de la paroi avec des paramètres de flux lents et des vaisseaux mésentériques. L'artère mésentérique supérieure est accessible à l'écho Doppler sur ses huit premiers centimètres dans plus de 80 % [7]

Seulement 8 patients ont bénéficié d'un scanner abdominal dans notre étude. Cet examen a mis en évidence des signes de souffrance voire de nécrose intestinale. Le scanner abdomino-pelvien pratiqué sans et après injection de produit de contraste aux temps artériel et portal est le seul examen nécessaire et recommandé en urgence pour le diagnostic positif précoce de l'IMA, l'évaluation des lésions vasculaires guidant le geste de revascularisation, l'évaluation de la viabilité intestinale, des complications et de l'indication chirurgicale [1,7,37,43]. Son rôle est majeur car il permet le diagnostic positif, étiologique et de gravité de l'IMA et permet de définir la prise en charge. Cette sous-utilisation du scanner abdominal pourrait s'expliquer par sa non disponibilité en urgence mais aussi le coût de sa réalisation dans notre contexte.

### **6-5-2. Investigations biologiques :**

En urgence la numération formulaire sanguine a mis en évidence une hyperleucocytose voire une anémie chez certains malades. En effet aucun examen biologique n'est spécifique de l'IMA. Certains auteurs ont observé une hyperleucocytose, une élévation des Lactates, de la CRP et des D-dimères [3]. Ces investigations biologiques ont une valeur d'orientation pour le diagnostic d'infarctus mésentérique. Elles reflètent l'importance des désordres métaboliques généraux et constituent des guides précieux pour la conduite de la réanimation [44- 46].



## **5-7. Diagnostic positif :**

Dans notre étude le diagnostic positif était fait en peropératoire. Ceci pourrait être en rapport au retard diagnostique, la méconnaissance de la pathologie et parfois l'absence ou la non disponibilité des examens complémentaires pouvant orienter le diagnostic.

La reconnaissance tardive du diagnostic et de la nécrose intestinale, aux stades de péritonite et défaillance multi viscérales, expliquent l'importante mortalité liée à l'ischémie mésentérique aigue [1]. En l'absence d'un biomarqueur permettant un diagnostic non invasif rapide, la seule arme du clinicien reste sa suspicion diagnostique. La symptomatologie clinique dominée par la douleur abdominale avec ses caractéristiques contrastant avec la pauvreté de l'examen physique doit alerter. Certains facteurs doivent faire suspecter une IMA d'origine embolique, comme une fibrillation auriculaire, toute autre cardiopathie emboligène, la présence de symptômes ischémiques au niveau cérébral ou des extrémités. Des antécédents cardiovasculaires, une perte de poids récente, une claudication intestinale postprandiale doivent faire penser à une éventuelle IMA d'origine athéro-thrombotique. L'examen complémentaire de choix est la tomodensitométrie abdominale avec injection intraveineuse de produit de contraste. Dès qu'une IMA est suspectée, il faut la réaliser [47]. Cet examen permet de visualiser les lésions occlusives et d'évaluer la sévérité de l'ischémie intestinale.

## **6-8. Aspects thérapeutiques**

### **6-8-1. Traitement médical :**

Dans notre étude tous les patients étaient pris en charge au stade tardif de nécrose intestinale. Ainsi une réanimation par remplissage vasculaire associé souvent à des amines vasoactives était nécessaire en pré-per-post opératoire. La stratégie thérapeutique de l'IMA vise simultanément trois objectifs principaux : prévenir l'aggravation, les défaillances d'organes par un protocole médical spécifique, préserver l'intestin non nécrotique par une revascularisation et réséquer la nécrose intestinale si possible avant ses complications (perforation, péritonite) [1]. La prise en charge multidisciplinaire de l'IMA requiert la disponibilité des différentes spécialités impliquées : réanimation, chirurgie digestive et vasculaire, radiologie interventionnelle et gastroentérologie. Un protocole médical thérapeutique spécifique est proposé par certains centres spécialisés dès le diagnostic suspecté d'IMA [1]. Dans notre étude l'instauration d'une antibiothérapie à large spectre contre les anaérobies, une héparinothérapie voire des vasodilatateurs était systématique comme préconisé par certains auteurs [41, 48].

### **6-8-2. Traitement chirurgical :**

En préopératoire, la nécrose était constatée chez tous les patients. Cela est dû surtout au délai de consultation et au retard diagnostique. Trois principes guident la prise en charge chirurgicale à savoir la revascularisation artérielle, l'évaluation de la viabilité intestinale et la résection des anses nécrosées [41]. La chirurgie doit être réalisée systématique en cas de péritonite ou de nécrose intestinale. Certains auteurs préconisent une laparotomie en double équipe chirurgicale, digestive et vasculaire. En fonction des constatations peropératoires et de l'accessibilité des lésions vasculaires, une revascularisation chirurgicale peut être proposée, idéalement avant le geste

intestinal. Les territoires nécrotiques seront réséqués de manière appropriée. Un rétablissement de continuité immédiat est à éviter dans ce contexte et les segments intestinaux non réséqués seront laissés en stomie pour surveillance et anastomose ultérieures. En l'absence de revascularisation ou en cas de revascularisation douteuse, une réévaluation vasculaire et digestive voire une chirurgie de second look est envisagée à 24–48 heures. Notre pratique chirurgicale en cas de nécrose intestinale est conforme à la littérature [1,41]. Cependant aucune revascularisation n'était réalisée liée à l'étendue des nécroses, le mauvais état général des malades mais aussi à la rareté de chirurgien vasculaire.

### **6-9. Evolution / Suivi**

Les suites opératoires immédiates étaient simples chez 30% et compliquées chez 70% des patients dans notre étude. Il s'agissait de complications infectieuses pour la plupart en rapport avec le délai diagnostique et le stade d'infarctus mésentérique. Dans certaines situations ces complications peuvent entraîner une défaillance multi organe voire le décès. Cette morbidité est liée au terrain, à la pathologie vasculaire causale mais aussi à l'appréciation de l'étendue des lésions intestinales nécrotique. Zahra. F [6] avait rapporté 26,5% de complications septique. La défaillance multi viscérale plus mortelle pourrait être le résultat de plusieurs facteurs. La résection de la nécrose intestinale peut, lorsqu'elle est proximale ou étendue, se compliquer d'un syndrome de grêle court, transitoire ou définitif. Dans notre étude nous n'avons pas observé de syndrome de grêle court. Un seul malade présentant une dénutrition sévère liée à une stomie hyper productive était observé. Ces patients doivent être pris en charge en centre expert d'insuffisance intestinale, où la réhabilitation proposée permet une survie prolongée avec une nutrition parentérale souvent sevrée [1].

### **6-10. La mortalité**

Dans notre étude le taux de mortalité était estimé à environ 70%. Ceci pourrait s'expliquer par le retard diagnostique et la constitution d'un infarctus mésentérique chez tous nos malades. Malgré les avancées diagnostiques et thérapeutiques, l'ischémie mésentérique aigue reste mortelle. Cette mortalité variait de 40 % (ischémie veineuse) à plus de 80 % (ischémie artérielle), les principaux facteurs pronostiques étant la précocité du traitement, le mécanisme de l'ischémie (occlusif ou non) et l'âge du patient [49]. Dans une structure d'urgences vasculaires intestinales cette mortalité varie actuellement de 2 à 35% en cas d'ischémie irréversible [1]. L'amélioration de la survie passe par un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée avant l'apparition des complications.

# CONCLUSION

## CONCLUSION

L'ischémie mésentérique aigue n'est pas une pathologie aussi rare dans notre pratique quotidienne. Il s'agit d'une affection grave, diagnostiquée le plus souvent en per opératoire au stade de nécrose intestinale. Sa létalité reste élevée en partie liée au retard diagnostique et thérapeutique en rapport avec la pauvreté grandissante de la population mais aussi à l'insuffisance du plateau technique.

L'amélioration de nos résultats passe par une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoces mais aussi des structures sanitaires adaptées.

# **RECOMMENDATIONS**

## **RECOMMANDATIONS**

En vue d'améliorer la prise en charge et le pronostic de l'ischémie mésentérique aigue au Mali, nous formulons les recommandations suivantes :

### **A l'endroit de la population**

- La consultation précoce chez le médecin traitant dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie.
- Faire un suivi régulier en cas d'antécédents de cardiopathie et de trouble métabolique afin de prévenir la survenue de la maladie.

### **A l'endroit du personnel de la santé**

- Penser systématiquement à l'IMA devant tout syndrome péritonéal avec des antécédents cardiovasculaire et un trouble métabolique.
- Une bonne collaboration entre les disciplines (chirurgie vasculaire, chirurgie digestive, Gastro-entérologie et réanimation).
- La tenue correcte des dossiers par les internes.

### **A l'endroit des autorités administratives et politiques**

- La création d'un service spécialisé de chirurgie vasculaire au Mali
- Le renforcement des capacités techniques du service d'imagerie du CHU Gabriel Touré afin de rendre possible le diagnostic précoce de l'IMA
- Faciliter la spécialisation des jeunes médecins gastro-entérologues, chirurgiens et radiologues en technique endoscopiques et endovasculaires.
- Mise en place d'une politique d'archivage des documents et dossiers dans les services.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## REFERENCES

1. Alexandre Nuzzo, Audrey Huguet, Olivier Corcos. Prise en charge moderne des ischémies mésentériques. *Presse Med* 2018 ; 47 : 519-530.
2. CRISTINA PARLITEANU, MATHILDE GAVILLET, OLIVIER GIÉ, PIERRE BIZE et MICHEL H. MAILLARD. Diagnostic et traitement des ischémies mésentériques. *Revue Med Suisse* 2016 ; 12 : 1419-23.
3. Kerzmann A, Haumann A, Boesmans E, Detry O, Defraigne JO. L'ischémiemésentériqueaiguë. *Rev Med Liège* 2018; 73 : (5-6) : 300-303.
4. Brandt LJ, Boley SJ. AGA technical review on intestinal ischemia. *American Gastrointestinal Association. Gastro- enterology* 2000 ; 118(5): 954-68
5. Caillot JL, Arnal E, Voiglio EJ. Ischémie mésentérique aigue : diagnostic et stratégie thérapeutique. In *Médecine d'urgences* 2005 ; P. 105-118.
6. Fatima Zahra Kassaia. L'infarctus mésentérique aigueà propos de 19 cas. Thèse Médecine Marrakech 2010 ; M9, P154.
7. E. Delhom\*, S. Aufort , V. Shrembi , J. Lonjon , J.-M. Bruel , B. Gallix. Ischémie aiguë du mésentère : apports de l'imagerie en coupes. *Journal de radiologie* 2011 ; 92 : 1060-1071.
8. Taourel PG, Deneuille M, Pradel JA, Régent D, Bruel JM. Acute mesenteric ischemia: diagnosis with contrast-enhanced CT. *Radiology* 1996; 199:632-6.
9. B TOGOLA, B BENGALY, D TRAORE, B COULIBALY, B BA, KEITA S,M COULIBALY, H DICKO, ZZ SANOGO, N ONGOIBA, F SISSOKO. Ischémie mésentérique aigue dans le service de chirurgie B du point G à propos de 2 observations et revue de la littérature. *J AFR CHIR DIGEST* 2015; 15(1):1820 - 1824.
10. Mikkelsen WP. Intestinal angina: Its surgical significance. *Am J Surg.* 1957 Aug ;94(2):262-9.
11. ROSENBLUM JD, BOYLE CM, SCHWARTZ LB. The mesenteric circulation: Anatomy and physiology. *SurgClin North Am* 1997; 77 :289-306
12. REILLY PM, WILKINS KB, FUHKC. The mesenteric hemodynamic response to circulatory shock: an overview. *Shock* 2001;15: 329-43
13. Theodoropoulo A, Koutroubakis I-E Ischemic colitis: clinical practice in diagnosis and treatment. *World JGastroentroerolWJG.* 2008 Dec28; 14(48):7302-8.
14. BoleyS.J. Circulatory responses to acute reduction of superior mesenteric arterial flow. *Physiologist.* 1969; 12: 180.
15. Zimmerman BJ, Granger DN. Mechanisms of perfusion injury. *Am J Med Sci.* 1994; 307(4):284-92.
16. Brandt L, Feuerstadt P, Longstreth G. ACG clinical guideline: Epidemio- logy, risk factors, colon ischemia. *Am J Gastroenterol*2015; 110:18-44.



17. Martinelli I, Mannucci PM, De Stefano V, et al. Different risks of thrombosis in four coagulation defects associated with inherited thrombophilia: A study of 150 families. *Blood* 1998; 92:2353-8.
18. Mahmoodi BK, Brouwer JLP, VeegerNJGM, Van der Meer J. Hereditary deficiency of protein C or protein S confer increased risk of arterial thromboembolic events at a young age. Results from a large family cohort study. *Circulation* 2008; 118:1659-67.
19. Sekhar M, McVinnie K, Burroughs AK. Splanchnic vein thrombosis in myeloproliferative neoplasms. *Br J Haematol* 2013; 162:730-47.
20. Tripodi A, Mannucci PM. The coagulopathy of chronic liver disease. *N Engl J Med* 2011; 365:147-56.
21. HagspielKD, et al. Computed tomography and magnetic resonance angiography imaging of the mesenteric vasculature. *Tech VascIntervRadiol* 2015;18:2-13.
22. Aubert A, Fritsch J. Les colites ischémiques. *Diagnostic endoscopique.* *J Chir* 1997; 134:94-6.
23. Sreenarasimhaiah J. Diagnosis and management of intestinal ischemic disorders. *BMJ* 2003; 326: 1372-6.
24. Tambyraja A.L. Management of acute mesenteric ischemia: recommended strategy is misleading. *BMJ* 2003; 327: 396.
25. Ward D., Vernava A.M., Kaminski D.L., Peterson G., Garvin P. Improved outcome by identification of high-risk nonocclusive mesenteric ischemia, aggressive reexploration, and delayed anastomosis. *Am J Surg* 1995; 170: 577-80.
26. Clair D, Beach J. Mesenteric ischemia. *N Engl J Med* 2016; 374: 959-68.
27. Meng X, Liu L, Jiang H. Indications and procedures for second look in acute mesenteric ischemia. *SurgToday* 2010; 40:700-5.
28. Plumereau F, Mucci S, Le Naoures P, et al. Acute mesenteric ischemia of arterial origin : Importance of early revascularisation. *J ViscSurg* 2015; 152: 17-22.
29. Duran M, Pohl E, Grabitz K, et al. The importance of open emergency surgery in the treatment of acute mesenteric ischemia. *World J Emerg Surgery* 2015; 10:45.
30. Kieny R, Batellier J, Kretz JG. Aortic reimplantation of the superior mesenteric artery for atherosclerotic lesions of the visceral arteries: Sixty cases. *Ann VascSurg* 1990; 4:122-5.

31. OTTINGER LW, AUSTEN WG. A study of 136 patients with mesenteric infarction.  
SurgGynecolObstet 1967 ;124 : 251-61
32. HAY JM.  
Épidémiologie des douleurs abdominales aiguës. Étude prospective de l'ARC et l'AURC.  
Actualités digestives médico-chirurgicales. Paris Masson 1990 ; 103-7
33. AKHDARI N.  
Infarctus entéro-mésentérique : à propos de 11 cas.  
Thèse de médecine n° 155, 1995. Faculté de médecine et de pharmacie de casa.
34. Alexis Guillaume, Sebastien Pili-Floury, Sidney Chocron, Eric Delabrousse, Benedicte De Parseval, Stephane Koch, Emmanuel Samain, Gilles Capellier and Gael Piton. ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA AMONG POSTCARDIAC SURGERY PATIENTS PRESENTING WITH MULTIPLE ORGAN FAILURE. SHOCK 2017; 47 (3): 296–302.
35. Huang HH, Chang YC, Yen DH, et al.  
Clinical factors and outcomes in patients with acute mesenteric ischemia in the emergency department.
36. ESSAKHI FE.  
Ischémie mésentérique aiguë : à propos de 18 cas.  
Thèse de médecine n°74, 2008. Faculté de médecine et de pharmacie de casa
37. KA O, SANOU A, DIENG M, CISSE M, BAP.A, TOURE AO, DIA A, TOURE CT  
Ischémie mésentérique aiguë : aspects diagnostiques et thérapeutiques à propos de 13 cas.  
JAfrChir Digest 2009; 9 (1): 872–75
38. LEVY PJ, KRAUSZ MM, MANNY J.  
Acute mesenteric ischemia: improved results. A retrospective analysis of ninety-nine patients.  
Surgery 1990; 107 (4): 372-80
39. Mozaffar M, Kharazm P, Far MT, Firoozi K.  
Mesenteric Ischemia: Results of Surgical Treatment and a Review of Literature.  
The Internet Journal of Surgery 2007; 9 (2): 106-11
40. XIMENEZ E, CAMPOS JC, CALVETE J, COMPANY R, SEMPERE F, BAYO F, VILATA B, CASTILLO J. Ischémie intestinale aiguë: une expérience de 62 cas.

41. Herbert G., Perry R., Andersen H. K., Atkinson C., Penfold C., Lewis S. J., Thomas S. Early enteral nutrition within 24 hours of lower gastrointestinal surgery versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; 10(7): 1002-4.
42. Wyers MC. Acute mesenteric ischemia: diagnostic approach and surgical treatment. *Semin Vasc Surg* 2010; 23 :9-20.
43. VENKATESWARANA RV, CHARMANB SC, GODDARD C M, LARGE SR.  
Lethal mesenteric ischemia after cardiopulmonary bypass: a common complication?  
*European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 2002;22: 534–38
44. BARTHOLIN F, DELABROUSSE E, DESTRUMELLE N, CAPELLIER G. Conduite à tenir devant une suspicion d'ischémie mésentérique aiguë. *Réanimation* 2001 ; 10 : 654-65
45. VAN BEERS BE, DANSE E, HAMMER F, GOFFETTE P. Imagerie des ischémies intestinales. *J Radiol* 2004; 85: 533-8
46. CLAVIEN PA. Diagnosis and management of mesenteric infarction.  
*Br J Surg* 1990; 77: 601-3
47. Lehtimäki TT, Kärkkäinen JM, Saari P. et al. Detecting acute mesenteric ischemia in CT of the acute abdomen is dependent on clinical suspicion: Review of 95 consecutive patients. *Eur J Radiol*, 2015, 84, 2444-2453.
48. Kozuch PL, Brandt LJ. Review article: diagnosis and management of mesenteric ischaemia with an emphasis on pharmacotherapy. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21(3):201-15.
49. SCHOOTS IG, KOFFERNAN GI, LEGERNATE DA, LEVI M, VAN Gulik TM.  
Systematic review of survival after acute mesenteric ischemia according to disease etiology.  
*Br J Surg* 2004 ;91 : 17-97

# **FICHE D'ENQUETE**

## FICHE D'ENQUETE

### I. LES DONNEES ADMINISTRATIVES

1. N° de fiche-----/ \_ // \_ // \_ // \_ //
2. N° de dossier-----/ \_ // \_ // \_ // \_ // \_ // \_ //
3. Date de consultation-----/ \_ // \_ // \_ // \_ // \_ // \_ //
4. Nom et prénom-----
5. Age----- / \_ // \_ // \_ // \_ // \_ // \_ //
6. Sexe----- / \_ //
- 1 = Masculin  
2 = Féminin
7. Adresse habituelle : -----
8. Contact à Bamako-----
9. Provenance : ----- / \_ // \_ //
- 1 = Kayes  
2 = Koulikoro 7 = Tombouctou  
3 = Sikasso 8 = Kidal  
4 = Ségou 9 = Bamako  
5 = Mopti 10 = Autres  
6 = Gao
9. 1. Si autres à préciser:-----
10. Nationalité:-----/ \_ //
- 1 = Malienne  
2 = Autres
10. 1. Si autres à préciser:-----
11. Adressé par:-----/ \_ //
- 1 = Les parents  
2 = Agent de santé ;  
3 = Venus de lui-même ;
12. Ethnie : ----- / \_ // \_ //
- 1 = Bambara 7 = Bobo  
2 = Malinké 8 = Minianka  
3 = Peulh 9 = Touareg  
4 = Sonrhäï 10 = Dogon  
5 = Sarakolé 11 = Autres  
6 = Senoufo
- 12.1. Si autres à préciser:-----
13. Profession:-----/ \_ //
- 1 = Cadre supérieur 9 = Indéterminé  
2 = Cadre moyen 6 = Ménagère  
3 = Commerçant 7 = Elève- Etudiant  
4 = Cultivateur 8 = Autres  
5 = ouvrier
- 13.1 Si autres à préciser:-----
14. Mode de recrutement : -----/ \_ //
- 1 = Urgence  
2 = Consultation normale  
3 = Autres
15. Moyen d'évacuation : -----/ \_ //
- 1 = protection civile ;  
2 = véhicule de transport ;  
3 = Véhicule personnel ;

16. Date d'entrée:----- /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

17. Date de sortie : ----- /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

18. Durée d'hospitalisation (en jour) :----- /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

19. Durée d'hospitalisation en au service de réanimation \_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

20. Durée d'hospitalisation postopératoire (en jour) ----- /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

21. Motif de consultation : -----/\_\_\_/

1 = Douleur abdominale

2= arrêt des matières et des gaz

4=hématémèse

5=distension abdominale ;

6=Rectorragie ;

## II – LES ANTECEDENTS

### 22. ATCD CARDIOVASCULAIRE :

-Trouble du rythme auriculaire : /\_ / OUI            /\_ / NON

-Infarctus de myocarde récent :    /\_ / OUI            /\_ / NON

-Insuffisance cardiaque :            /\_ / OUI            /\_ / NON

-Endocardite :                        /\_ / OUI            /\_ / NON

-Vascularite :                         /\_ / OUI            /\_ / NON

-Valvulopathie :                     /\_ / OUI            /\_ / NON

-H T A :                                 /\_ / OUI            /\_ / NON

-Accident vasculaire cérébral :       /\_ / OUI            /\_ / NON

### 23- ATCD THROMBO- EMBOLIQUE :

-Thrombophlébite : /\_ / OUI                            /\_ / NON

-Embolie pulmonaire : /\_ / OUI                            /\_ / NON

-Artériopathie oblitérante des membres inférieurs: /\_ / OUI            /\_ / NON

24 .Hémodialyse chronique : /\_ / OUI                            /\_ / NON

25 .Maladie hématologique : /\_ / OUI                            /\_ / NON

Si oui Type :-----

26. Néoplasie :            /\_ / OUI            /\_ / NON

Si oui Type :-----

27. ATCD DE PRISE MEDICAMENTEUSE :

-Digitaliques : /\_ / oui          /\_ / non

-Vasoactif : /\_ / oui          /\_ / non

-Contraceptifs : /\_ / oui          /\_ / non

- Autre : /\_ / oui          /\_ / non

27. Traumatisme abdominal : /\_ / oui          /\_ / non

28. ATCD CHIRURGICAUX :

:

-Cardiaque : /\_ / oui          /\_ / non

-Abdominale : /\_ / oui          /\_ / non

-Amputation : /\_ / oui          /\_ / non

-Traumatologique : /\_ / OUI          /\_ / non

**III- INTERROGATOIRE**

29. Localisation de la douleur : ----- / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

1 = Epigastre 8 = Hypochondre gauche

2 = Hypogastre

9 = Hypochondre droit

3 = Flanc gauche

10 = Région lombaire

4 = Flanc droit

11 = 3 + 9

5 = Péri ombilical

12 = 4 + 8

6 = FID 14 = Autres

7 = FIG 8 = Généralisée

30. Type de douleur : ----- / \_\_\_\_ /

1 = Torsion

5 = Transfixiante

2 = Piquûre

6 = Brûlure

3 = Permanente

7 = Autres

4 = Périodique

9 = Indéterminé

30. 1. Si autres à préciser:-----

31. Irradiation de la douleur : ----- / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

1 = Epaule gauche 7 = Hypochondres

2 = Epaule droit 8 = Diffuse

3 = Flanc gauche

9 = Organes génitaux

4 = Flanc droit

10 = Péri anal

5 = Dos

11 = Autres

6 = Membre inférieur

12 = Indéterminé

32. Durée de la douleur : ----- / \_\_\_\_ /

1 = 0 – 06 H 6 = 04 – 07 jours

2 = 07 – 12 H

3 = 13 – 18 H

4 = 19 – 24 H

5 = 02 – 03 jours

33. Mode de la douleur : -----/\_\_\_\_/

- 1 = Brutal
- 2 = Progressif

37. Intensité de la douleur : -----/\_\_\_\_/

\* EVA (Echelle Visuelle Analogue = note comprise entre 0 et 10)

\* Score

- 1. 0 - 2 = Douleur nulle
- 2. 3 - 4 = Douleur faible
- 3. 5 - 6 = Douleur modérée
- 4. 7 - 8 = Douleur intense
- 5. 9 - 10 = Douleur très intense

34. Evolution de la douleur:-----/\_\_\_\_/

- 1 = Douleur permanente
- 2 = Douleur Intermittente

35. Les facteurs déclenchants : ----- /\_\_\_\_/

- 1 = Faim
- 2 = Efforts
- 3 = Stress
- 4 = Repos
- 5= Alimentation

36. Les facteurs calmants : ----- /\_\_\_\_/

- 1 = Médicament
- 2 = Position antalgique
- 3 = Ingestion d'aliment
- 4 = Vomissement

#### IV- LES SIGNES GENERAU

37. Conscience : \_\_\_\_\_ /\_\_ /

-Score de Glasgow :

- 1 = (15) : conscience normale ;
- 2 = (14à10) : coma léger ;
- 3 = (9 à 7) : coma lourd ;
- 4= (6 à 3) : coma profond ou mort ;

38. Etat général:\_\_\_\_\_ /\_\_ /

- 1=OMS I ;
- 2 =OMS II ;
- 3=OMS III ;
- 4=OMS IV ;

39. Muqueuses : -----/\_\_\_\_/

- 1= Colorées
- 2= Pâles
- 3= Très pâles

40- Tension artérielle (mm Hg) : -----

- 1= Maximale : /\_\_ /\_\_ /\_\_ /
- 2= Minimale : /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

41. Fréquence Respiratoire (cycle /mn) ----- /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

42. Fréquence cardiaque(bat/mn) \_\_\_\_\_ /\_\_ /\_\_ //\_\_ /



43. Pouls : (pulsation/mn) \_\_\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### V SIGNES FONCTIONNELS :

- 43. Douleur abdominale : /\_ /oui      /\_ /non
- 44. Vomissement : /\_ /oui      /\_ /non
- 45. Diarrhée liquidienne : /\_ /oui      /\_ /non
- 46. Distension abdominale : /\_ /oui      /\_ /non
- 47. Hémorragie digestive : /\_ /oui      /\_ /non
- rectorragie: /\_ /      -méléna: /\_ /      -hématémèse: /\_ /

### VI- LES SIGNES PHYSIQUES

- 48 Météorisme : /\_ /oui      /\_ /non
- 49. Sensibilité abdominale : /\_\_\_/oui      /\_ /non
- 50. Défense abdominale : /\_ /oui      /\_ /non
- 51. Contracture abdominale : /\_\_\_/oui      /\_ /non
- 52. Matité déclive : /\_ /oui      /\_ /non
- Silence abdominal : /\_\_\_/oui      /\_ /non
- 53. Toucher rectal :
  - Normal : /\_ /oui      /\_ /non

### VII- EXAMENS COMPLEMENTAIRE :

56. Examens biologiques :

- Leucocytes :
- Hématocrite :
  - Groupage rhésus :
- Bilan hémostase :
- Urée :
- Créatinémie : \_
- Hyper lactatémie : /\_ /OUI      /\_ /NON
- Hyperphosphorémie : /\_ /OUI      /\_ /NON
- CPK:
- Amylasémie :
- Kaliémie :
- Calcémie :
- Magnésémie :

57. Imagerie médicale :

- ASP face debout : \_\_\_\_\_
  
- TDM abdominale : \_\_\_\_\_
  
- Artériographie : \_\_\_\_\_

58. ECG : \_\_\_\_\_

59. Echocardiographie : \_\_\_\_\_

60. Echo Doppler \_\_\_\_\_

61. Dosage facteurs coagulation :

/\_/ Antithrombine III      /\_/ Protéine C  
/\_/ Protéine S      /\_/ Fibrinogénémié.

## VIII – LE TRAITEMENT

61. Réanimation : /\_/ OUI      /\_/ OUI

62. Traitement chirurgical :

1. Exploration chirurgicale :

-Nécrose intestinale : /\_/ OUI      /\_/ NON  
-Perforation intestinale : /\_/ OUI      /\_/ NON  
-Cause artérielle : /\_/ OUI      /\_/ NON  
-Cause veineuse : /\_/ OUI      /\_/ NON

2. Geste vasculaire :

-Embolectomie : /\_/ OUI      /\_/ NON  
-Thromboendartériectomie : /\_/ OUI      /\_/ NON  
-Pontage aorto-mésentérique : /\_/ OUI      /\_/ NON

3. Geste intestinal : /\_/ OUI      /\_/ NON

-Résection intestinale : /\_/ OUI      /\_/ NON

-Résection cholique : /\_/ OUI      /\_/ NON

-Anastomose : /\_/ OUI      /\_/ NON

Type : \_\_\_\_\_

-Stomie : /\_/ OUI      /\_/ NON

Type : \_\_\_\_\_

4. Toilette péritonéale : /\_/ OUI      /\_/ NON

5. Second look : /\_/ OUI      /\_/ NON

5-1. Suite post opératoire :

-Réanimation : /\_/ OUI      /\_/ NON

-Antibiothérapie : /\_/ OUI      /\_/ NON

-Anticoagulants : /\_/ OUI      /\_/ NON

-Alimentation parentérale : /\_/ OUI      /\_/ NON

63. Abstention thérapeutique : /\_/ OUI      /\_/ NON

64. Traitement étiologique médical : /\_/ OUI      /\_/ NON

-Vasodilatateurs : /\_/ OUI      /\_/ NON

-Anticoagulants : /\_/ OUI      /\_/

-Antiagrégants plaquettaire : /\_ /OUI /\_ /NON

-Autres : \_\_\_\_\_

65. Autres : \_\_\_\_\_

66. Transfusion de sang : ----- /\_\_\_\_/

- 1 = Non faite
- 2 = 1 poche de sang
- 3 = 2 poches de sang
- 4 = 3 poches de sang
- 5 = 4 poches de sang
- 6 = 5 poches de sang

67. Macromolécules : ----- /\_\_\_\_/

1 = Oui 2 = Non

68. Solutés Isotoniques : ----- /\_\_\_\_/

1 = Oui 2 = Non 3 = Indéterminé

69. Oxygénation : ----- /\_\_\_\_/

1 = Oui 2 = Non

70. Antalgique : ----- /\_\_\_\_/

1 = Oui 2 = Non

71. Antibiotiques : ----- /\_\_\_\_/

1 = Oui 2 = Non 3 = Indéterminé

1 = Oui 2 = Non 3 = Indéterminé

72. En préopératoire : ----- /\_\_\_\_/ /\_\_\_\_/

- 1 = Macromolécules
- 2 = Solutés Isotoniques
- 3 = Sang
- 4 = Oxygénation
- 5 = Immobilisation des zones fracturaires
- 6 = 1 + 2
- 7 = 1 + 2 + 3
- 8 = 1 + 2 + 4
- 9 = 1 + 2 + 5
- 10 = 1 + 3
- 11 = Indéterminé

73. Délai de prise en charge opératoire : ----- /\_\_\_\_/

- 1 = 0 – 24H
- 2 = 25H – 48H
- 3 = 49H – 72H

74. Suites opératoires : ----- /\_\_\_\_/ /\_\_\_\_/

- 1 = Hémorragie
- 2 = Eviscération
- 3 = Abscess de la paroi
- 4 = septicémie
- 5 = Décédé
- 6 = Simples
- 7 = Abscess sous phrénique
- 8 = Pneumopathies
- 9 = Syndrome fébrile persistant

10= Instabilité hémodynamique

75. Traitement Post Opérateur: -----/\_\_\_\_\_/

1 = Antalgique

2 = Antibiotique

3 = Anti thrombotique

4 = 1 + 2 + 3

76. Evolution: -----/\_\_\_\_\_/

1 = Favorable

2 = Stable

3 = Mauvaise

# ICONNOGRAPHIE

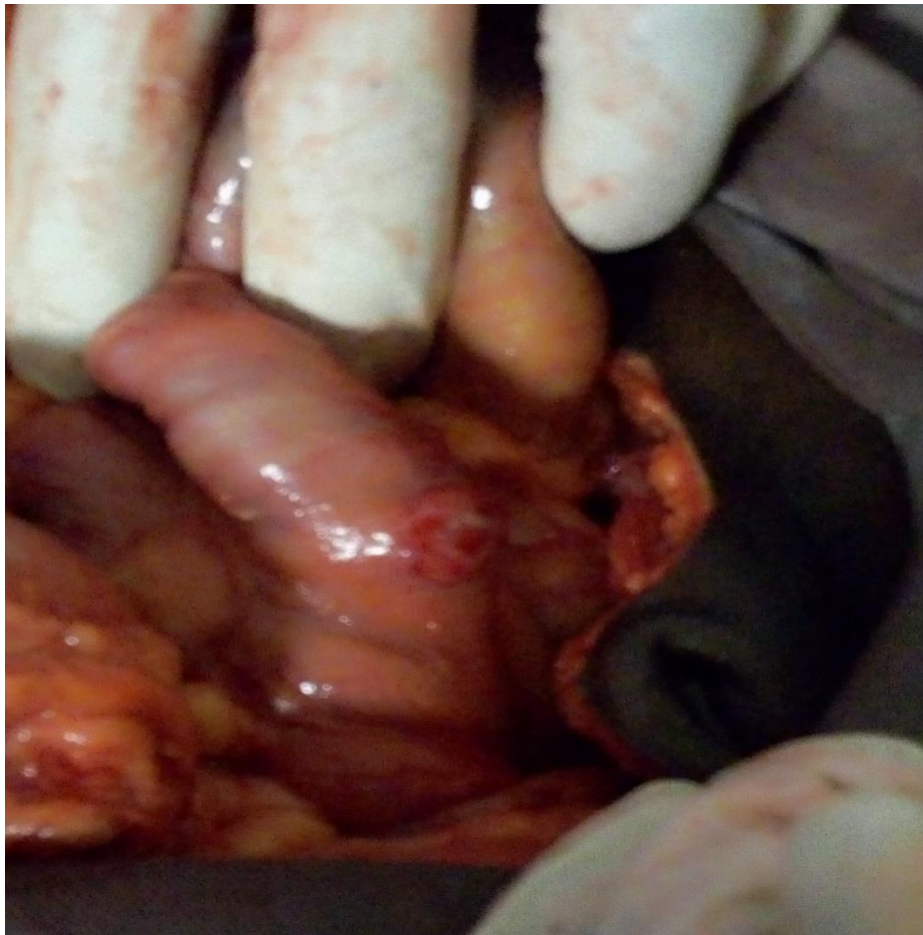


Figure 6 : Image chirurgie générale Gabriele Touré



Figure 7 : Image chirurgie générale Gabriel Touré

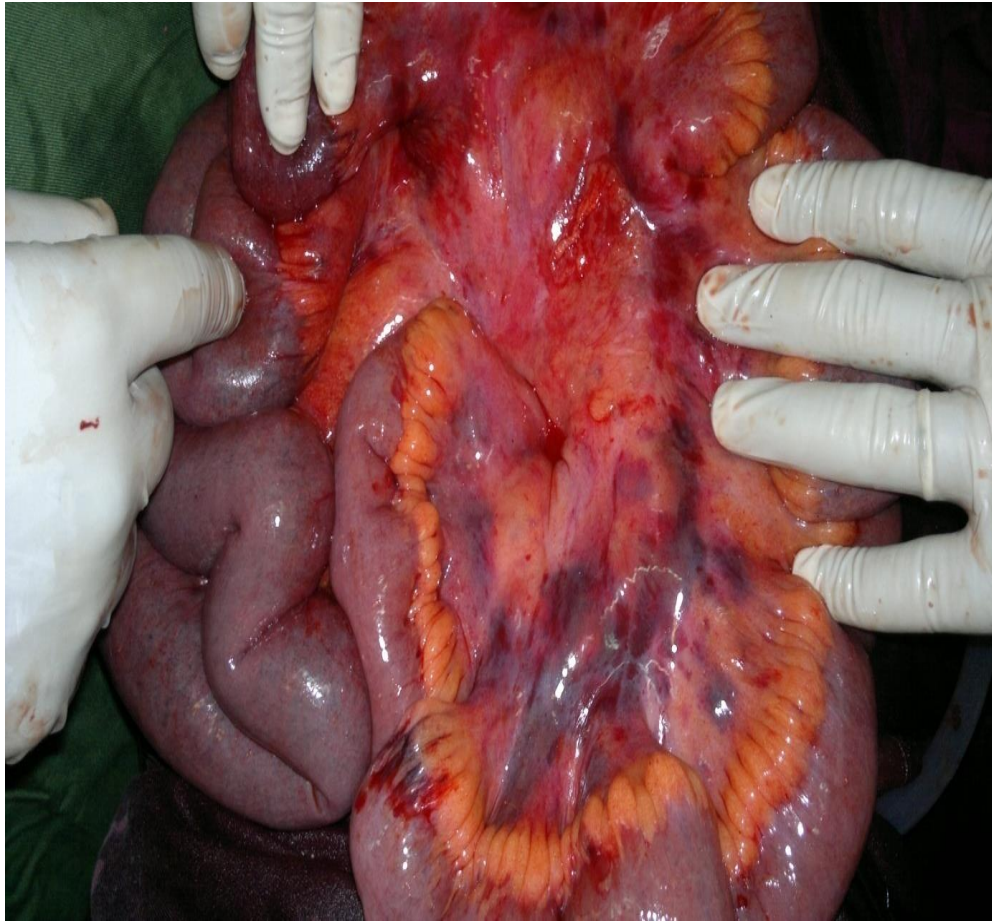


Figure 8 :Image chirurgie générale Gabriel Touré





Figure 9 :Image chirurgie générale Gabriel Touré





Figure 10: Image chirurgie générale Gabriel Touré

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** BOCOUM

**Prénom :** ALLAYE

**Ville de soutenance :** Bamako, République du Mali

**Adresse électronique :** [allayeb160@gmail.com](mailto:allayeb160@gmail.com)

**Titre de la thèse :** *Ischémie mésentérique aigue : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.*

**Année :** 2020-2021

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie Digestive – Gastroentérologie- Chirurgie Vasculaire.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie et de la faculté de pharmacie (FMOS, FAPH).

### Résumé

Le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ischémie mésentérique aigue dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective. La phase rétrospective s'étendait de janvier 2010 à décembre 2018. La phase prospective a couvert la période de janvier 2019 à décembre 2019 ; soit sur une période de dix (10) ans. Tous les patients admis pour ischémie mésentérique aigue, confirmé soit au TDM ou en per opératoire étaient inclus.

En 10 ans nous avons pris en charge 26 patients souffrant d'une ischémie mésentérique aigue. Cette affection a représenté 1,31% des urgences chirurgicales. Il s'agit de 12 hommes (46,1%) et de 14 femmes (53,8%) avec un âge moyen de 54 ans  $\pm$  7,4 ans, des extrêmes de 33 et 70 ans. Les facteurs de risque cardiovasculaire observés étaient principalement l'HTA, la dyslipidémie, le diabète et la prise de contraceptif oralement avec des proportions variables. La symptomatologie clinique était dominée par la douleur abdominale (100%), les vomissements (53,8%) et l'hémorragie digestive (38,4%). Un syndrome péritonéal était retrouvé chez 38,46% des malades. Une hyperleucocytose était observée chez 65,3% des malades. Les examens complémentaires diagnostiques réalisés étaient l'ASP (100%), l'échographie abdominale (76,92%) et le scanner abdominal (30,76%). Tous les malades sont arrivés au stade de nécrose intestinale nécessitant une résection intestinale étendue. Les suites opératoires étaient simples chez 30% des malades. Une complication infectieuse à type de septicémie était observée chez 66,67% et une défaillance multi viscérale chez 33,33% des malades. Le taux de mortalité hospitalière était de 70%.

#### Conclusion :

L'ischémie mésentérique aigue est une affection grave, de découverte peropératoire le plus souvent au stade de nécrose intestinale.

**Mots clés :** Ischémie mésentérique - diagnostic - nécrose intestinale -chirurgie- mortalité

# SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate. Je promets et jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE