

Filière régionale de prise en charge des  
ischémies digestives aiguës

# SOS Ischémie Digestive



M. Retoret

Unité de Soins Intensifs Chirurgicale

# Ischémie digestive aigüe

- 10000 cas par an en France.
- 1<sup>ère</sup> cause d'urgence abdominale chez le sujet âgé, devant appendicite, pancréatite aigüe et anévrisme de l'aorte abdominale.
- Mortalité estimée entre 50 et 80 %.
- Séquelles souvent importantes (résections intestinales, grêle court).

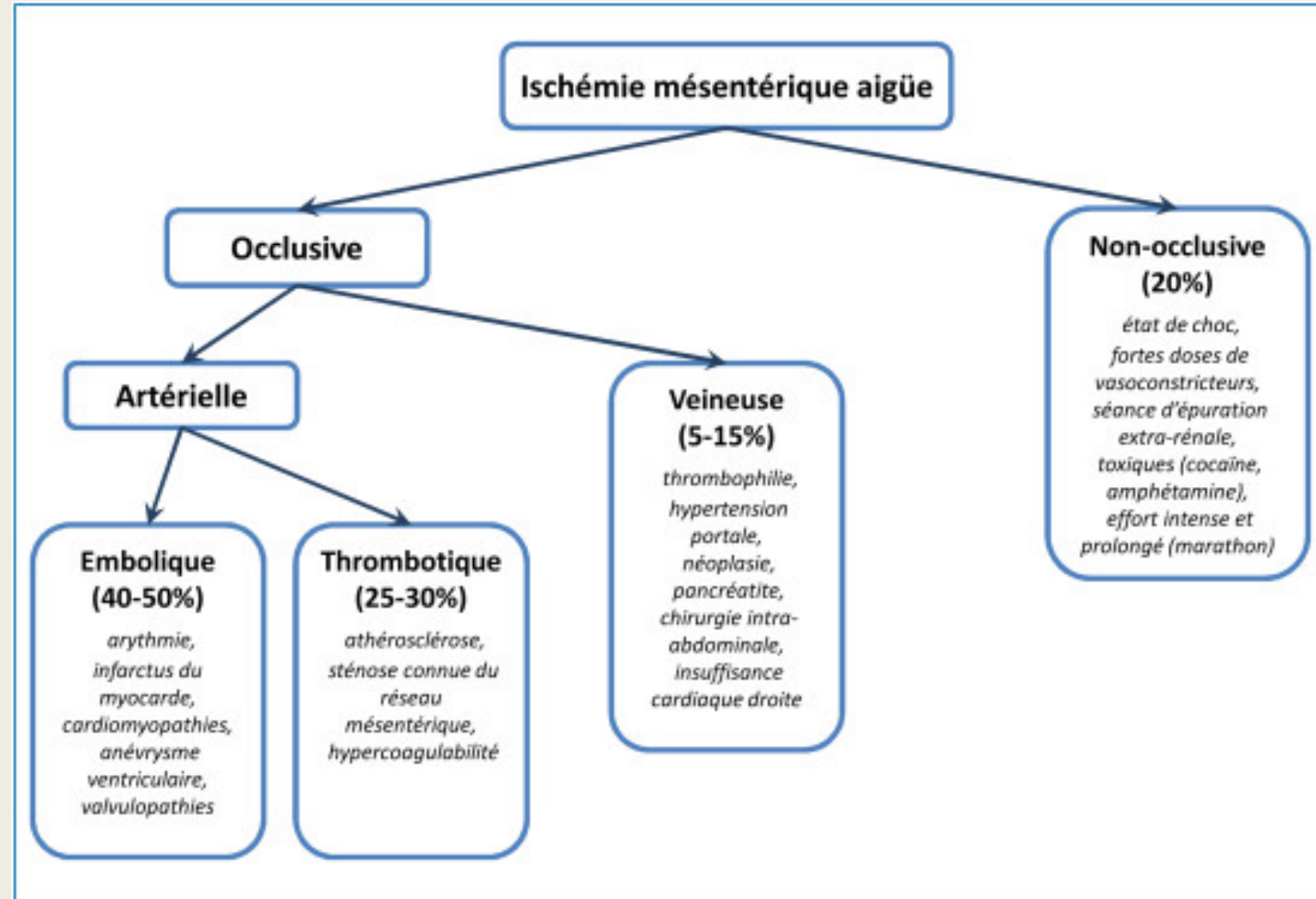
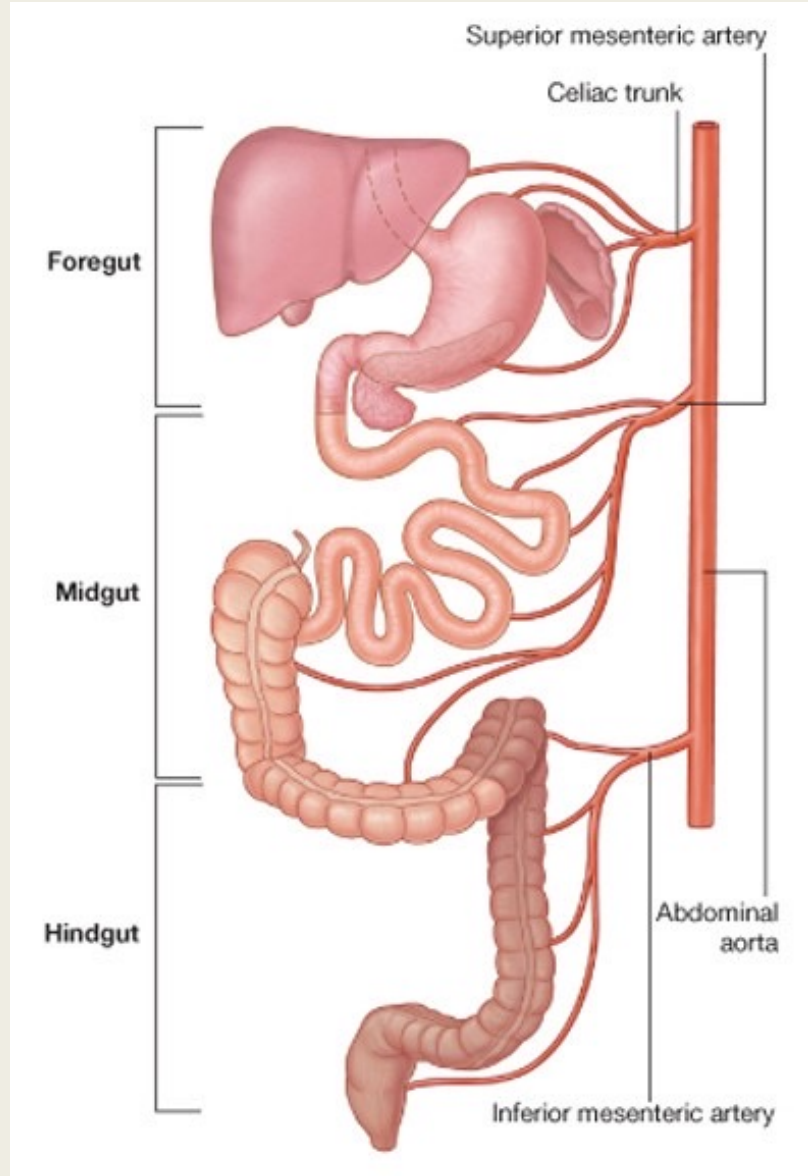
# Equipe Ischémie digestive CHU Tours

Anesthésistes-réanimateurs, gastroentérologues, urgentistes, chirurgiens digestifs, chirurgies vasculaires, radiologues, médecine vasculaire.

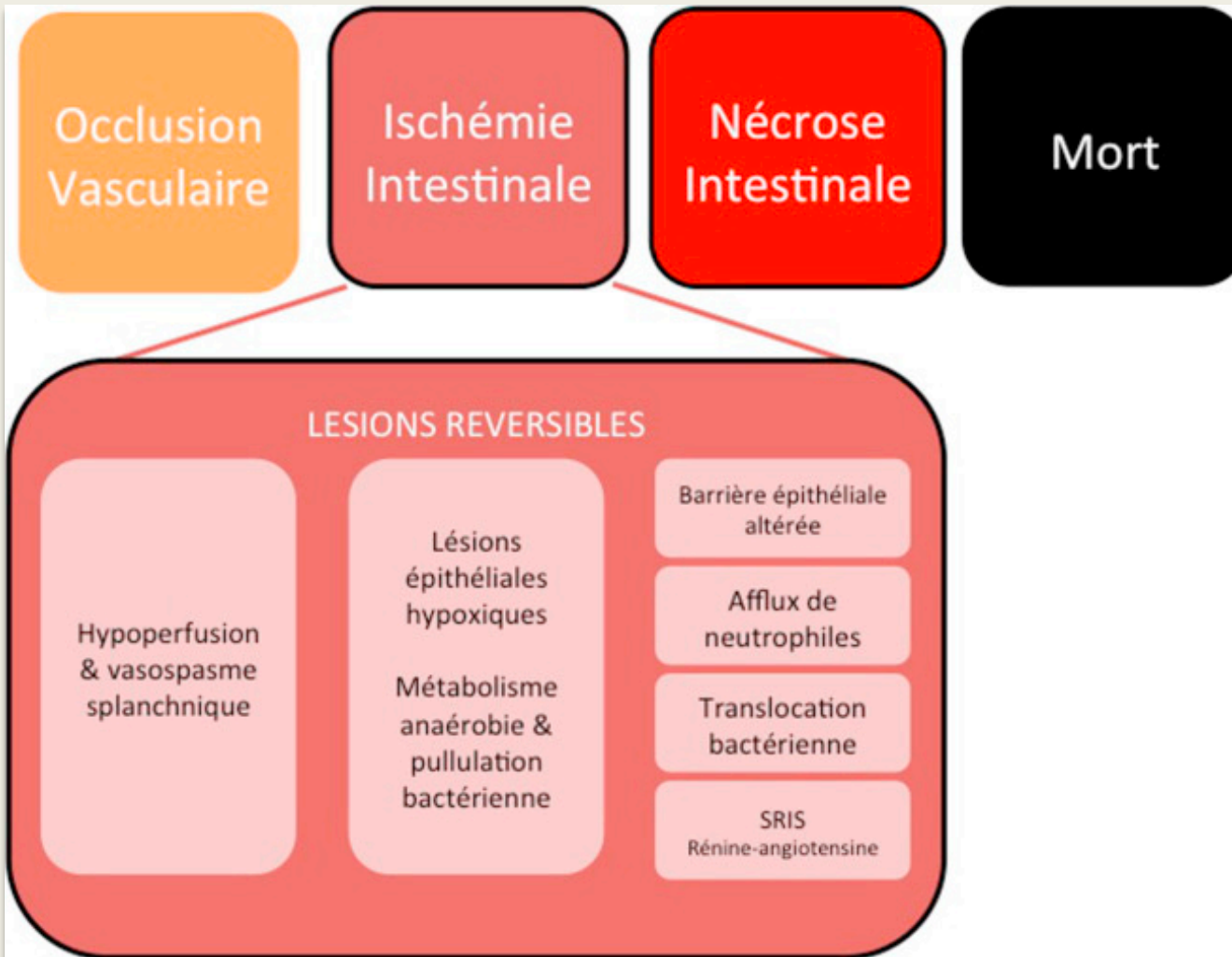
- Dr Abback
- Dr Chautard
- Dr De Freminville
- Dr Di Vittorio
- Pr Elkrief
- Dr Florent
- Dr Langouet
- Dr Larousse
- Pr Levesque
- Dr Merienne
- Dr Michot
- Dr Miguel-Montanes
- Dr Moumneh
- Dr Pucheux
- Dr Retoret



# Mécanisme de survenue



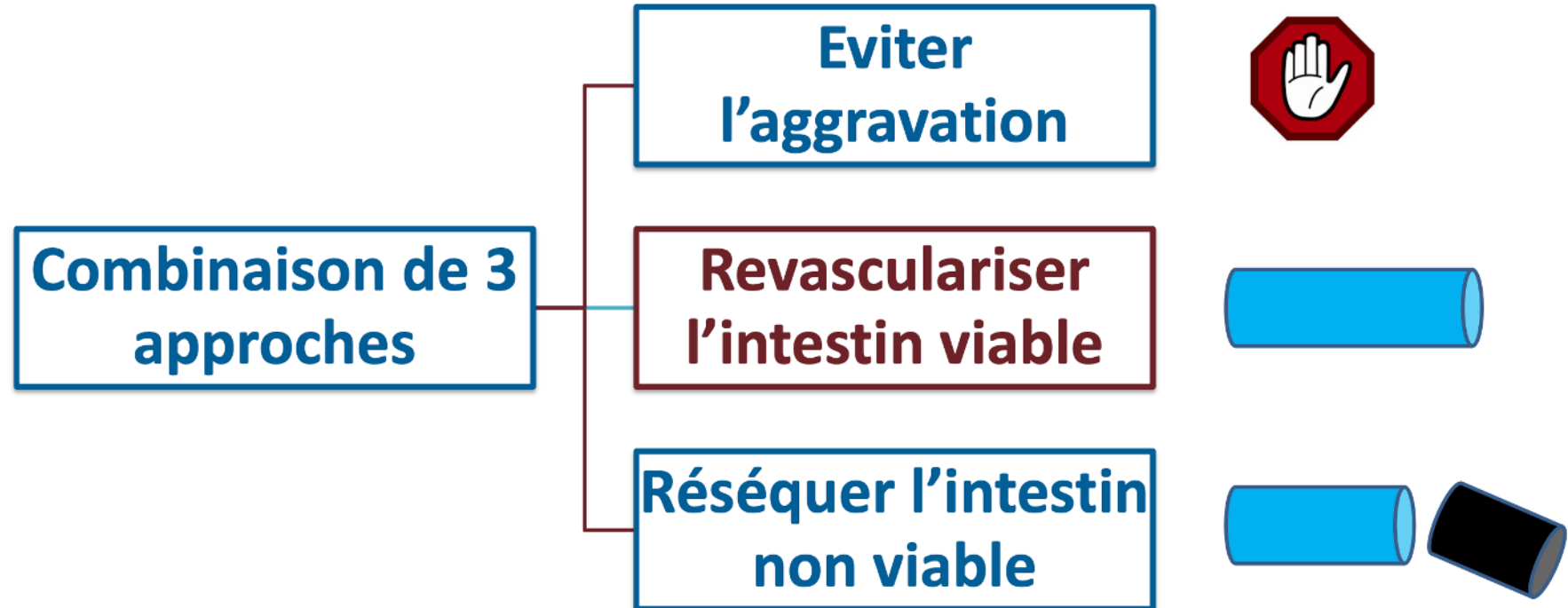
# Agir avant qu'il ne soit trop tard



## Prise en charge précoce

- Evite l'évolution d'une atteinte muqueuse/sous-muqueuse en lésions transmuraux.
- Moins de résections intestinales.
- Diminution du taux de décès.

# Coordonner la stratégie autour de la viabilité intestinale



*Corcos O, Castier Y, Sibert A et al. Effects of a Multimodal Management Strategy for Acute Mesenteric Ischemia on Survival and Intestinal Failure. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2013 Feb*

# Un diagnostic souvent tardif

Le diagnostic est fait plus de 6 heures après l'admission aux urgences dans plus de 30% des cas.

Toutes les 6h de retard diagnostic la mortalité est multipliée par 2 (1).

Plus de 50% des patients avaient des symptômes depuis plus de 3j avant que le diagnostic ne soit posé (2).

## Quel terrain ?

- Âge moyen 71 ans
- FDRCV : diabète, HTA, dyslipidémie
- Coronaropathie pré-existante, AOMI.
- ACFA
- Coagulopathie

1. *J Martin, R. Depietro, A Bartoli et al. Acute mesenteric ischemia: which predictive factors of delayed diagnosis at emergency unit? J Trauma Emerg Surg. 2023 Oct; 49(5):1999-2008.*
2. *Björck M, Koelemay M, Acosta S. et al.: Editor's choice —management of the diseases of mesenteric arteries and veins: clinical practice guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg 2017;53(4) : 460–510.*

# Signes évocateurs du mécanisme

## Thrombotique (athérosclérose) :

Angor mésentérique précédant l'IMA : « peur alimentaire » avec dénutrition par évitement. Douleur abdominale commençant 10 à 20 min après les repas et persistante 1 à 2h.

Abolition des pouls.

Douleur soudaine : thrombose aiguë sur terrain d'athérosclérose sous-jacente.

## Embolique :

Survenue brutale.

ACFA (si ACFA connue, mal/non anticoagulée dans 60% des cas (1))

Autres accidents emboliques (rénaux, cérébraux, spléniques...).

1. A. Nuzzo et al., K. Peoc'h, P. Vaittinada Ayar, A. Tran-Dinh, E. Weiss, Y. Panis, M. Ronot, L. Garzelli, P. Eloy, I. Ben Abdallah, Y. Castier, O. Corcos. World Journal of Emergency Surgery (2023) 18:37.

# Une présentation clinique atypique

- Douleur pouvant évoquer une pancréatite aiguë, une appendicite, un syndrome occlusif sur bride, une cholécystite, etc....

- **Douleur abdominale intense.**

70 à 85% des cas : son absence n'exclue pas le dg... (1, 2, 3)

- Diarrhées (15 à 50 %), vomissements (60%), défense abdominale (15 à 40%), syndrome occlusif (20 à 24%), hémorragie digestive basse (10 à 20%).

1. J. Martin, R. Depietro, A Bartoli et al. Acute mesenteric ischemia: which predictive factors of delayed diagnosis at emergency unit? *J Trauma Emerg Surg.* 2023 Oct; 49(5):1999-2008.
2. M. Giabicani, O Corcos, C Paugam-Burtz, et al. Ischémie mésentérique aiguë : quelle prise en charge en réanimation ? *Le praticien en anesthésie réanimation* (2020) 24, 141-150.
3. J M Kärkkäinen, T T Lehtimäki, P Saari et al. Endovascular Therapy as a Primary Revascularization Modality in Acute Mesenteric Ischemia. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2015 Oct;38(5):1119-29.

# Douleur abdominale

Douleur abdominale

« *disproportionnée par rapport aux éléments de l'examen clinique* ».

Douleur soudaine, intense, rapidement croissante, sans répits, avec recours rapide aux traitements morphiniques.

Nuzzo et al.  
World Journal of Emergency Surgery (2023) 18:37  
<https://doi.org/10.1186/s13017-023-00505-8>

World Journal of  
Emergency Surgery

RESEARCH

Open Access

Improving clinical suspicion of acute mesenteric ischemia among patients with acute abdomen: a cross-sectional study from an intestinal stroke center



## Caractéristiques cliniques

Température	37.0 (36,3–37,1)	36,8 (36,5-37,5)	0.52
Pression artérielle moyenne	99,8 (89,1-110,1)	96,0 (84,3–107,2)	0.35
Fréquence cardiaque	88 (76 à 104)	86 (71 à 104)	0.35
Douleur abdominale soudaine	31 (71)	9 (11)	< 0,001
Douleurs abdominales nécessitant de la morphine	33 (64)	19 (22)	< 0,001
Iléus	8 (15)	14 (17)	0.87
Vomissements	21 (40)	41 (48)	0.37
Diarrhée	12 (23)	13 (15)	0.25

A. Nuzzo et al., K. Peoc'h, P. Vaithinada Ayar, A. Tran-Dinh, E. Weiss, Y. Panis, M. Ronot, L. Garzelli, P. Eloy, I. Ben Abdallah, Y. Castier, O. Corcos. World Journal of Emergency Surgery (2023) 18:37.

# Quels examens complémentaires ?

## La biologie

Aucun marqueur spécifique. Les lactates élevés ne signent qu'une ischémie dépassée (1, 2)

Si IMA confirmée, un lactate > 2 multiplie par 4 le risque de lésions irréversibles.

DDimères : très mauvaise sensibilité et valeur d'exclusion inconnue.

1. Ackland G, Grocott MP, Mythen MG. Understanding gastrointestinal perfusion in critical care: so near, and yet so far. *Critical care*. 2000 Jan 1;4(5):269–81
2. Reintam Blaser et al. Diagnostic accuracy of biomarkers to detect acute mesenteric ischaemia in adult patients: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Emergency Surgery* (2023) 18:44

REVIEW

Open Access



### Acute mesenteric ischemia: guidelines of the World Society of Emergency Surgery

Miklosh Bala<sup>1\*</sup>, Jeffrey Kashuk<sup>2</sup>, Ernest E. Moore<sup>3</sup>, Yoram Kluger<sup>4</sup>, Walter Biffi<sup>5</sup>, Carlos Augusto Gomes<sup>6</sup>, Offir Ben-Ishay<sup>4</sup>, Chen Rubinstein<sup>7</sup>, Zsolt J. Balogh<sup>8</sup>, Ian Civil<sup>9</sup>, Federico Coccolini<sup>10</sup>, Ari Leppaniemi<sup>11</sup>, Andrew Peitzman<sup>12</sup>, Luca Ansaloni<sup>10</sup>, Michael Sugrue<sup>13</sup>, Massimo Sartelli<sup>14</sup>, Salomone Di Saverio<sup>15</sup>, Gustavo P. Fraga<sup>16</sup> and Fausto Catena<sup>17</sup>

**There are no laboratory studies that are sufficiently accurate to identify the presence or absence of ischemic or necrotic bowel, although elevated I-lactate, and D-dimer may assist. (Recommendation 1B)**

ESTES GUIDELINE

### ESTES guidelines: acute mesenteric ischaemia

J. V. T. Tilsed<sup>1</sup> · A. Casamassima<sup>2</sup> · H. Kurihara<sup>3</sup> · D. Mariani<sup>4</sup> · I. Martinez<sup>5</sup> · J. Pereira<sup>6</sup> · L. Ponchietti<sup>7</sup> · A. Shamiyeh<sup>8</sup> · F. al-Ayoubi<sup>9</sup> · L. A. B. Barco<sup>10</sup> · M. Ceolin<sup>3</sup> · A. J. G. D'Almeida<sup>11</sup> · S. Hilario<sup>12</sup> · A. L. Olavarria<sup>13</sup> · M. M. Ozmen<sup>14</sup> · L. F. Pinheiro<sup>15</sup> · M. Poeze<sup>16</sup> · G. Triantos<sup>17</sup> · F. T. Fuentes<sup>18</sup> · S. U. Sierra<sup>19</sup> · K. Soreide<sup>20,21</sup> · H. Yanar<sup>22</sup>

**Are there sensitive and specific laboratory tests that can be used for early detection of AMI?**

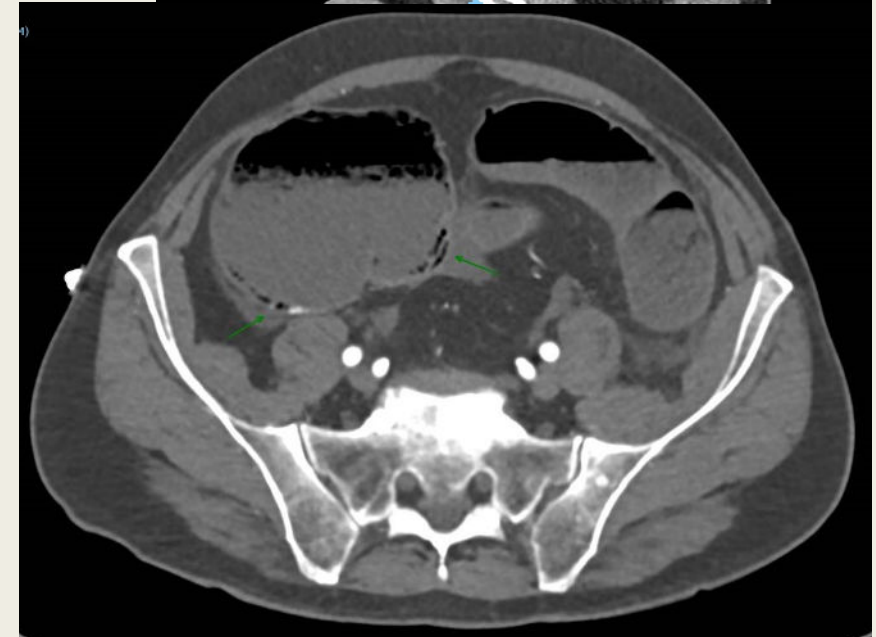
**Answer:** There is no specific laboratory test that can be routinely used for early detection of AMI.

# Quels examens complémentaires ? L'imagerie

L' **angioscanner AP** est le seul examen qui peut poser le diagnostic.

*Temps d'acquisition :*

- Contraste spontané : Recherche d'hyperdensité spontané pariétale, signe de nécrose
- Temps artériel : Temps d'acquisition **indispensable**, l'obstruction artérielle est plus difficile à détecter sur le temps porte
- Temps portal : 70 à 80 secondes



# Traitement médical immédiat

- Étiologie artérielle, athéromateuse, embolique ou dissection :

Aspirine 100 mg IV / HNF curatif (500 U/kg/24h IVSE)

- Étiologie thrombose veineuse :

Enoxaparine 100 UI/Kg (toutes les 12h)

- Étiologie non occlusive (survenue sur terrain vasculaire sain à l'occasion d'un évènement intercurrent tel qu'un état de choc par exemple):

Pas de traitement anticoagulant/AAP systématique

# Traitement médical immédiat

- Objectif tensionnel PAm  $\geq 65$  mmHg.

(en cas de dissection, obj PAs  $\leq 130$  mmHg et FC  $\leq 80$ /mn : Labetatol IVSE).

- Si péritonite, bactériémie, état de choc, nécrose transmurale au TDM :  
Ceftriaxone 1g /métronidazole 500mg.

- Transfusion si Hb  $< 7$  g/dl (non athéromateux) ou si  $< 9$  g/dl (athéromateux).

- Pose sonde naso-gastrique en aspiration.

# Traitement chirurgical

## Chirurgie vasculaire :

Revascularisation par stenting, ou par pontage.

## Chirurgie digestive :

Résection des anses digestives nécrosées.

Second look



# Filière ischémie digestive du CHU

- Si confirmation diagnostic par le scanner
- => appel n° **02 47 47 38 38**. 24h24, 7j/7 (Médecin référent de l'USCC)  
Accueil de tous les patients en USCC.  
Transfert SAMU indispensable.
- Discussion sur admissibilité du patient (patient récusé si moribond, si TDM non réalisé ou si thrombose porte exclusive).

# En résumé...

- Penser à l'ischémie mésentérique devant une douleur abdominale violente, d'installation rapide, avec recours rapide aux morphiniques, chez un patient « vasculaire ». Angor mésentérique à l'interrogatoire ? ACFA ?
- **Scanner TAP** avec temps artériel et temps veineux en urgence.
- Si ischémie confirmée => **appel SOS ischémie digestive 02 47 47 38 38**
- Débuter **traitement médical** sans attendre.

# Merci pour votre attention

