

Infarctus mésentérique

ESC_DI_004_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patiente de 66 ans, opérée pour LV il y a 2 ans, admise pour douleurs abdominales péri-ombilicales et vomissements. Elle présentera un infarctus mésentérique, d'origine embolique sur ACFA.

Objectifs critiques :

- ☐ Poser le diagnostic positif,
- ☐ Penser aux diagnostics étiologiques,
- ☐ Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,
- ☐ Considérer les examens complémentaires,
- ☐ Établir les facteurs pronostiques.

Infarctus mésentérique

ESC_DI_004_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	66 ans, sexe féminin
Data	:	Poids = 90 Kg, Taille = 166 cm
SF	:	douleurs abdominales péri-ombilicales
Début	:	quelques jours
Signes associés	:	vomissements
Mode d'admission	:	urgences
Signes critiques	:	malaise

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	cholécystectomie
Toxiques	:	RAS
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 26 c/min, pas de cyanose, pas de râles, SpO2 = 94%			
Fonction circulatoire	:	FC = 146 bpm, PA = 90/60 mmHg, pas de pâleur, auscultation normale			
Fonction neurologique	:	GCS = 14/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral			
Examen somatique	:	ventre plat, non sensible, sub-ictère			
Glycémie	:	1,9 g/L	Température	:	38,2 °C

Infarctus mésentérique

ESC_DI_004_Scénario

Check-list

Équipement
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence
<input type="checkbox"/> Appareil ECG
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique
<input type="checkbox"/> Défibrillateur

Drogues
<input type="checkbox"/> Héparine
<input type="checkbox"/> Thrombolytique
<input type="checkbox"/> Thrombolytique
<input type="checkbox"/> ATB
<input type="checkbox"/> Nutrition parentérale

Préparation du simulateur

- ☐ Simulateur HF, sexué féminin
- ☐ Voie veineuse périphérique
- ☐ Vêtements simples

Formateurs

- ☐ Instructeur 1 : technicien aux manettes
- ☐ Instructeur 2 : briefing et debriefing
- ☐ Instructeur 3 : debriefing
- ☐ Facilitateur 1 : sénior de garde
- ☐ Facilitateur 2 : fils de la patiente

Infarctus mésentérique

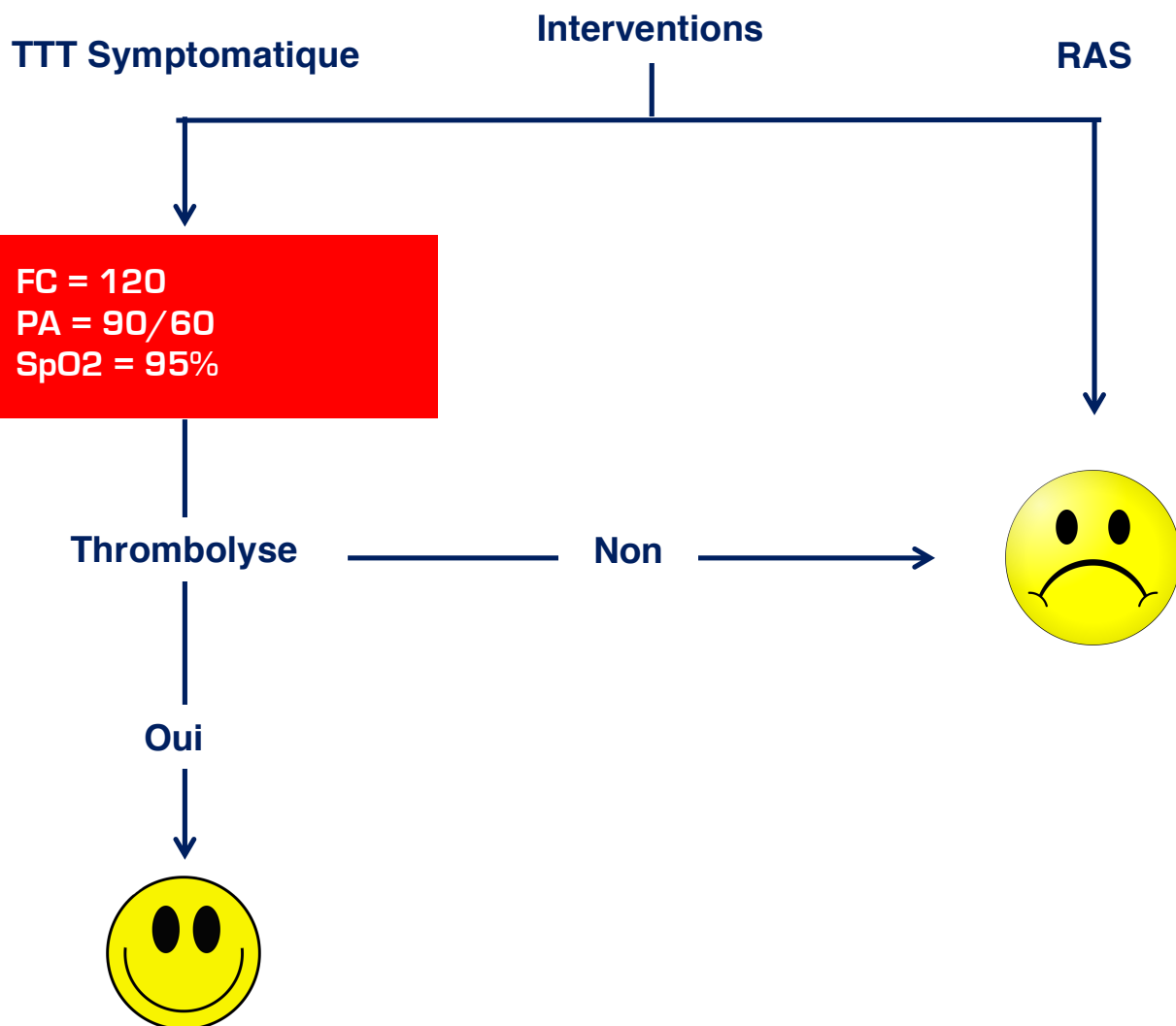
ESC_DI_004_Scénario

Baseline

FR = 26
SpO2 = 94%
EtCO2 = 30

FC = 146
PA = 90/60

GCS = 14/15
Myosis serré



Infarctus mésentérique

ESC_DI_004_Programmation

Baseline

FR = 26 c/min, SpO2 = 94%, pas de cyanose, pas de râles

FC = 146 bpm, PA = 90/60 mmHg, pas de pâleur, auscultation normale

EtCO2 = 30 mmHg

GCS = 14/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral

Critical

Détresse circulatoire

Landing

FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles

FC = 110 bpm, PA = 110/70 mmHg

EtCO2 = 35 mmHg

Stabilisation hémodynamique et respiratoire

Infarctus mésentérique

ESC_DI_004_Debriefing

Fiche

- L'ischémie mésentérique aiguë est une urgence diagnostique et thérapeutique,
- Sa mortalité reste élevée (30 à 95 %), dépendant de l'étiologie et de la rapidité du traitement,
- Le syndrome d'ischémie aiguë mésentérique est accessible à un traitement médical et précède la nécrose intestinale, qui, elle, nécessite toujours une résection,
- Quatre étiologies sont décrites : l'embolie artérielle, la thrombose artérielle, la thrombose veineuse et l'ischémie mésentérique aiguë non occlusive,
- L'absence de spécificité des signes cliniques impose la réalisation d'examens complémentaires. La tomодensitométrie abdominale est actuellement l'examen le plus performant. Elle permet un diagnostic différentiel, la recherche de signes directs d'obstruction vasculaire et la mise en évidence d'une souffrance intestinale,
- Le traitement comporte des mesures de réanimation générale et l'utilisation raisonnée d'amines vasopressives,
- Le traitement d'un éventuel vasospasme doit être évalué,
- Le recours à l'angiographie diagnostique et thérapeutique ne doit pas être systématique. Elle garde sa place lorsque des gestes endovasculaires de désobstruction sont indiqués, ou lorsque le bilan tomодensitométrique est négatif, dans un contexte pourtant évocateur d'ischémie mésentérique,
- La stratégie de prise en charge de l'ischémie mésentérique aiguë doit être multidisciplinaire, associant les équipes de radiologie, de chirurgie vasculaire et/ou viscérale et de réanimation.

Objectifs techniques

- ☐ Poser le diagnostic positif,
- ☐ Penser aux diagnostics étiologiques,
- ☐ Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,
- ☐ Considérer les examens complémentaires,
- ☐ Établir les facteurs pronostiques.

CRM

- ☐ Teamwork
- ☐ Leadership
- ☐ Communication
- ☐ Anticipation
- ☐ Workload

	Résultat	Références
Hématies	3.8 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	9.4 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	27.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	7.50 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	52.0 %	
Soit	12.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	5.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	160 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	17.3 sec	
Taux de prothrombine	66 %	(70-140)
INR		
TCA Temps témoin	30 sec	
TCA Temps patient	34 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	2.6 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na ⁺)	140 mmol/L	(135-145)
Potassium (K ⁺)	4,5 mmol/L	(3.5-5.5)
Calcium (Ca ²⁺)	100 mg/L	(90-105)
Chlore (Cl ⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	0.90 g/L	(0.70-1.10)
Urée	1.20 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	28 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	90 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	120 UI/L	(5-40)
Albumine	38 g/L	(35-55)
Bilirubine	11 mg/L	(6-12)

Ionogramme

	Résultat	Références
CRP	290 mg/L	(< 10)

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
LDH	190 UI/L	(190-400)

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
Lipasémie	25 UI/L	(<150)

Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
D lactates	6 mmol/L	(<2)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.30	(7.35-7.45)
CO ²	30 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	18 mmol/L	(22-26)
PaO ²	89 mmHg	(> 85)
SaO ²	90 %	(95-100)
Lactates	6 mmol/L	(< 2)

Radiographie du Poumon



Radiographie ASP



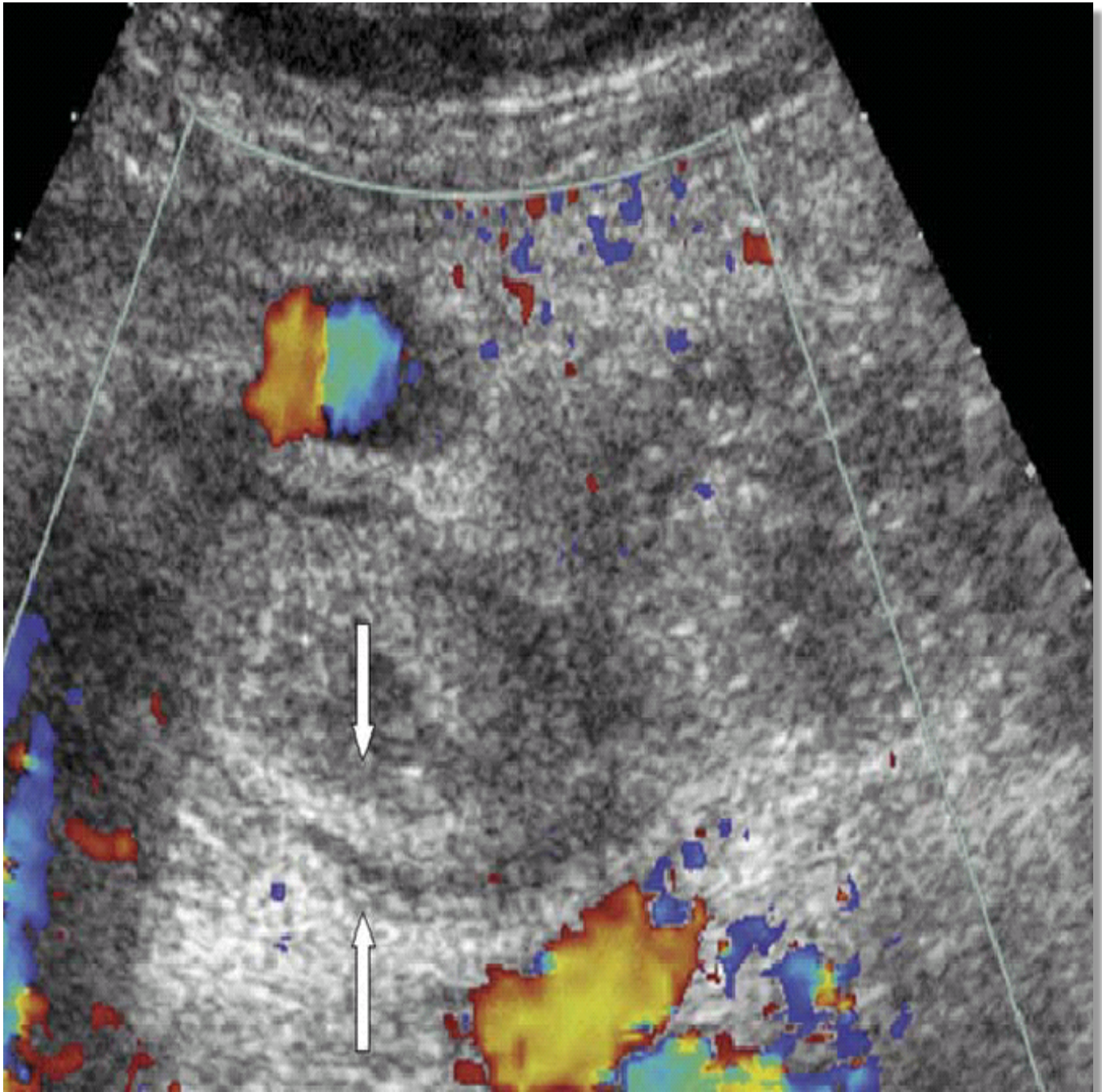
Échographie abdominale



Interprétation :

Épaississement pariétal.

Écho-Doppler abdominal



Interprétation :

Épaississement pariétal. Absence de flux. Examen gêné par la présence de gaz.

TDM abdominale



Interprétation :

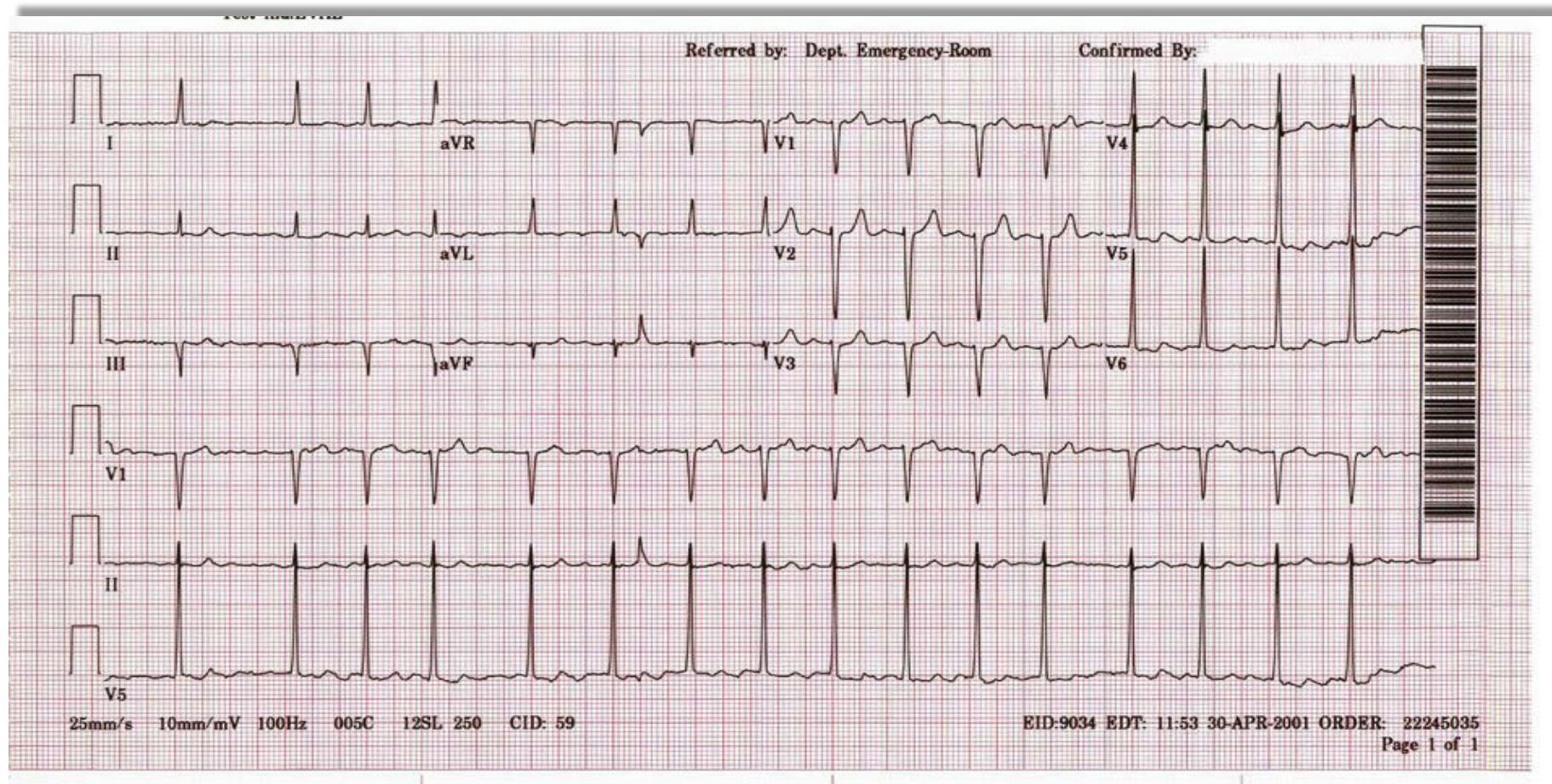
Doute sur une occlusion de l'artère mésentérique supérieure. À confirmer !

Artériographie digestive

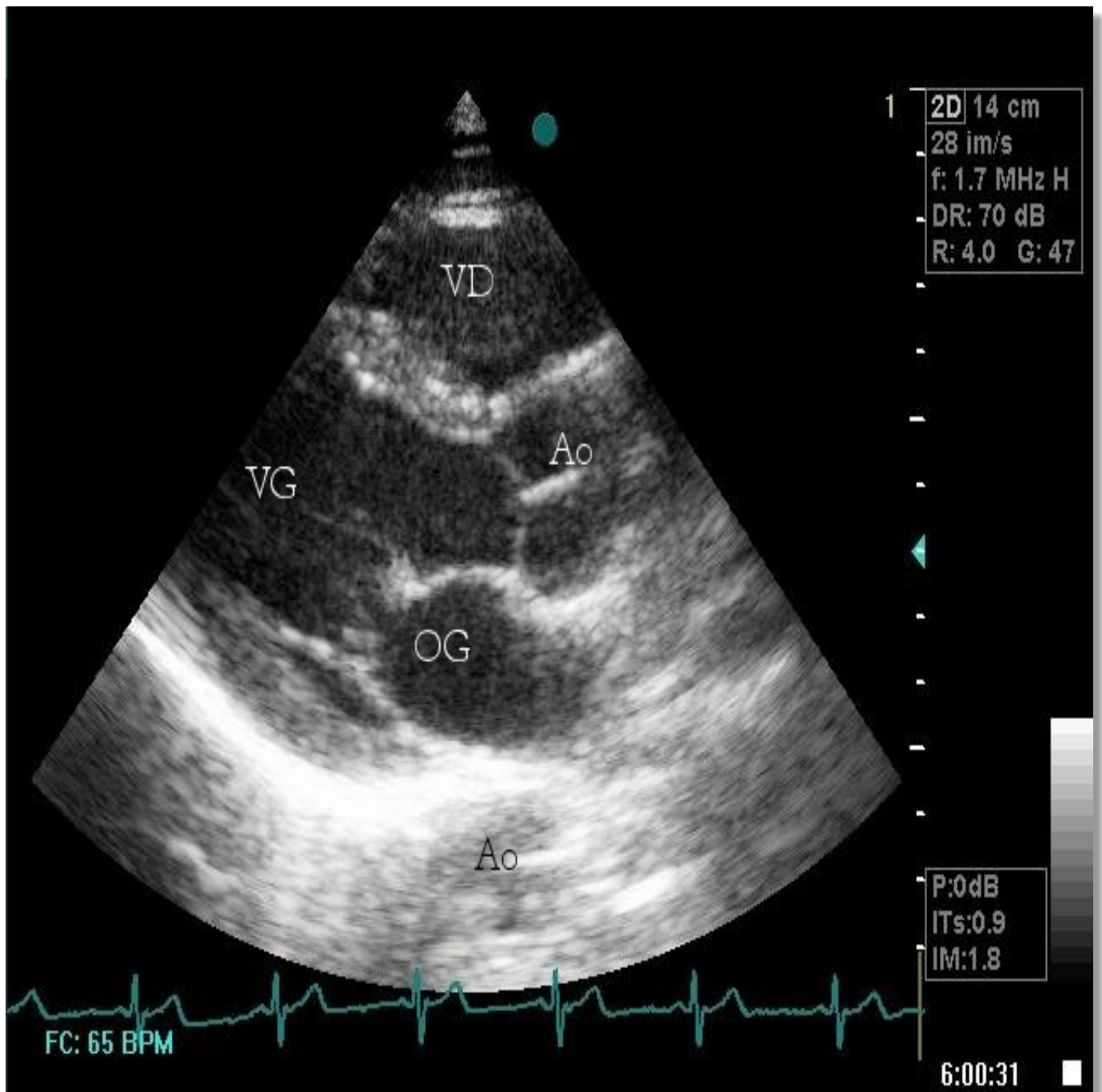


Interprétation :

Arrêt net en cupule au niveau de l'artère mésentérique supérieure. Embol mésentérique.



Échocardiographie



Interprétation :

Pas de valvulopathie. FE = 56%.