

# Ischémie digestive chronique et kyste de l'ovaire

Chronic mesenteric ischemia and ovarian cyst

Claude Laurian, Francescha Toni, Véronique Marteau

Hôpital Saint Joseph, 185, rue Raymond Losserand, 75014 Paris, France  
<cl.laurian@gmail.com>

## Observation

Mme L., âgée de 53 ans, pesant 30 kg, a été hospitalisée pour des douleurs pelviennes associées à une intolérance alimentaire. Elle présentait des antécédents vasculaires lourds dans le cadre d'une dysplasie artérielle occlusive sans identification génétique précise.

Son histoire est la suivante. Les troubles ont débuté en 1986 par des céphalées. Le bilan retrouvait une sténose longue de la carotide interne associée à des sténoses des carotides internes intracrâniennes. Une chirurgie de la carotide droite avait été programmée. Un bilan doppler échographique

retrouvait des occlusions du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieure asymptomatiques.

En 2007, une cécité monoculaire gauche était survenue. Le bilan montrait, à cette date, des occlusions des carotides extra-crâniennes bilatérales avec une compensation par le système vertébro-basilaire.

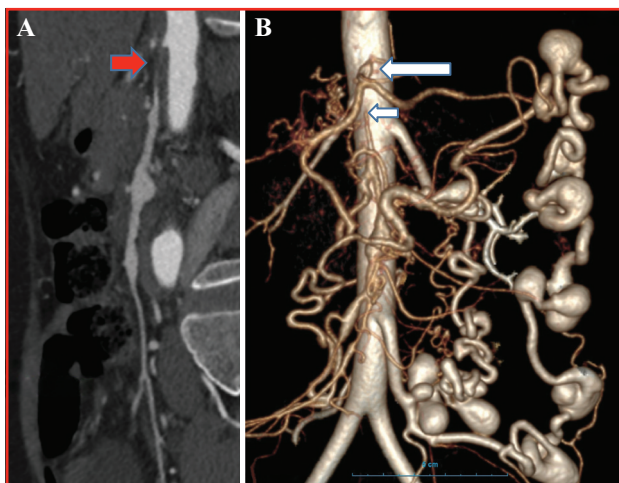
En août 2008, étaient apparues des douleurs postprandiales, avec une intolérance alimentaire et un amaigrissement évoquant un tableau d'ischémie mésentérique subaiguë.

En septembre 2008, une exploration chirurgicale du tronc coeliaque et de l'artère mésentérique supérieure ne permettait pas de gestes de revascularisation, en raison de l'extension des lésions artérielles. Un programme de fragmentation des apports alimentaires avait permis de réduire les douleurs abdominales, d'espacer les diarrhées et de stabiliser le poids.

La situation est restée stable entre 2009 et 2017. Des kystes ovariens gênants ont été traités par des ponctions itératives. En janvier 2017, des douleurs pelviennes se sont installées avec la réapparition d'une intolérance alimentaire. L'examen clinique retrouvait une évolution des kystes ovariens avec une masse abdominale remontant jusqu'au nombril. Il apparaissait à nouveau un tableau d'ischémie mésentérique chronique décompensée par la volumineuse masse pelvienne refoulant les anses grêles. Un nouveau bilan artériel a été effectué avec écho-doppler et scanner confirmant les données connues, sans aggravation des lésions artérielles (figures 1 et 2).

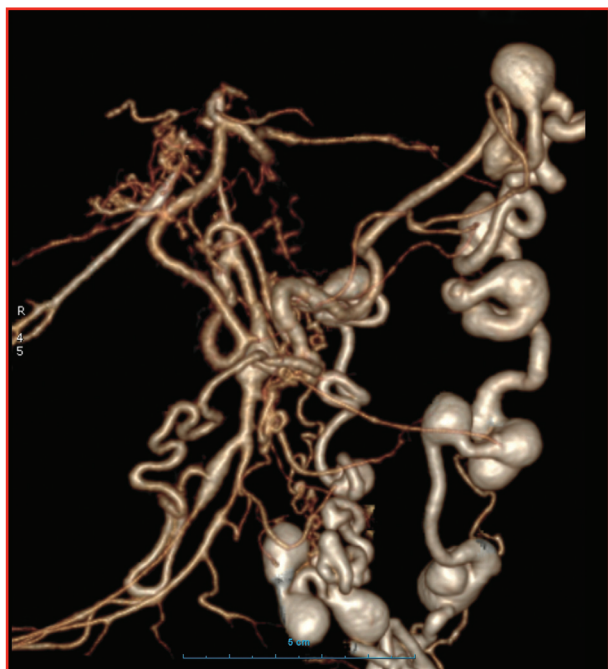
Un scanner pelvien confirmait l'importance de la masse pelvienne avec un refoulement des anses grêles (figure 3). Des essais de ponction des kystes n'ont pas permis de restaurer les symptômes ischémiques digestifs. En juillet 2017, une chirurgie d'exérèse des kystes associée à une annexectomie bilatérale a été réalisée.

Les suites ont été simples, avec une reprise progressive de l'alimentation fragmentée et la disparition des diarrhées, sans reprise du poids.



**Figure 1.** Scanner avec reconstruction des artères digestives. (A) Sténoses étendues de l'artère mésentérique supérieure et du tronc coeliaque en 2D. (B) Sténoses serrées du tronc coeliaque, de l'artère mésentérique supérieure et de l'artère rénale droite en 3D. Revascularisation par l'artère mésentérique inférieure.

**Tirés à part :**  
C. Laurian



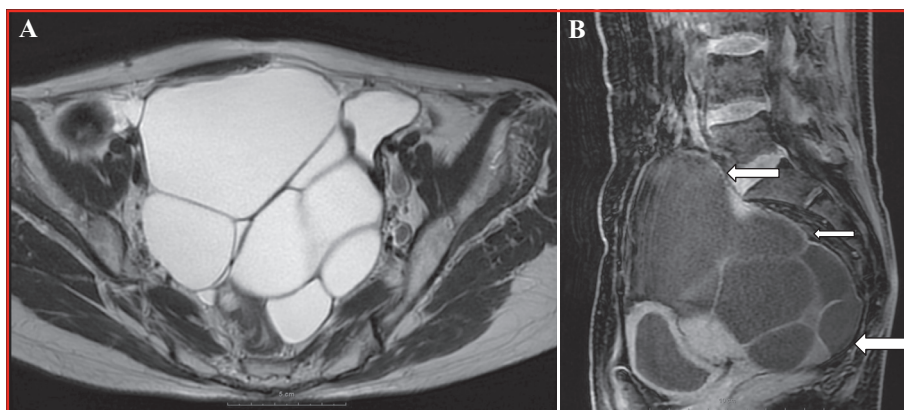
**Figure 2.** Scanner artériel avec reconstruction. Revascularisation du territoire mésentérique et coeliaque par l'artère mésentérique inférieure, siège de nombreux anévrismes par hyperdébit.

## Discussion

Cette observation inhabituelle nous donne des informations sur l'évolution à long terme d'un tableau d'ischémie mésentérique chronique.

- La revascularisation des artères digestives, si elle n'est pas possible dans de bonnes conditions, ne doit pas être réalisée, l'évolution spontanée des lésions étant très progressive. Les gestes endovasculaires, toujours possibles, ont peu d'indication, en raison des lésions étendues et des artères de petit calibre.
- La prise en charge médicale des ischémies digestives montre, dans cet exemple, qu'une stabilité clinique est possible si les conditions hémodynamiques ne sont pas modifiées.
- Les causes de décompensation de ces ischémies mésentériques sont multiples ; ici c'est le refoulement des anses grêles et la compression des voies de suppléances qui ont déstabilisé l'hémodynamique locorégionale.
- La décision d'effectuer un geste chirurgical à risque dans ce contexte n'a pas été sans discussion, mais il a été plus effectif que des ponctions itératives et incomplètes des kystes. ■

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.



**Figure 3.** Scanner du pelvis. (A) Coupes axiales de volumineux kystes des ovaires. (B) Coupes sagittales du refoulement des anses grêles vers l'étage sus-ombilical.