

ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA DEFENSE NATIONALE

.5° REGION MILITAIRE

HOPITAL MILITAIRE REGIONAL UNIVERSITAIRE

CDT ABD EL ALI BENBAATOCHE DE CONSTANTINE

Occlusion intestinale

Aigue

Pr MAAZOUZ

L'occlusion intestinale aiguë

I) DEFINITION

L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome défini par l'arrêt, complet et persistant du transit des matières et des gaz dans un segment quelconque de l'intestin

C'est une cause fréquente d'un syndrome douloureux abdominal aigu.

C'est une urgence thérapeutique et devient l'urgence des urgences quand la vitalité de l'intestin est mise en jeu en cas de strangulation.

II) PHYSIOPATHOLOGIE

- **Mécanismes**: 2 mécanismes principaux:

1) **Occlusion mécanique**: par :

- *obstruction*: par corps étranger (iléus biliaire, fécalome, ascaris...), tumeur pariétale, rétraction (inflammation, sclérose), compression extrinsèque
- *strangulation* par volvulus (torsion d'anse sur son axe), hernie étranglée (étranglement d'anse dans l'anneau de striction), invagination (télescopage d'un segment dans un autre)

2) **Occlusion fonctionnelle**: par :

- trouble moteur spasmodique ou paralytique réflexe à une douleur abdominale
- médicaments (neuroleptique)
- un trouble métabolique ($\downarrow K^+$)

3) **Occlusion mixte**: associant des facteurs mécaniques et fonctionnels.

- **Conséquences**

L'occlusion entraîne deux ordres de troubles local et général

Conséquences locales

Distension intestinale d'amont par accumulation de gaz et des sécrétions avec augmentation de la pression abdominale, amincissements des capillaires pariétaux ayant comme résultat un œdème pariétal une anoxie tissulaire de la paroi intestinale une altération de l'absorption intestinale et une transsudation par fuite capillaire dans la lumière intestinale et séquestrations liquidienne réalisant le 3^{ème} secteur

Conséquences générales

Le 3^{ème} secteur les vomissements entraînent une déshydratation extracellulaire une déperdition hydro électrolytique un état de choc hypo volumique voire même septique par la pullulation microbienne du liquide de stase

III) DIAGNOSTIC POSITIF

Clinique

4 signes cardinaux : douleur abdominale, vomissements, arrêt du transit, météorisme abdominal

- ✓ Signes fonctionnels :

- douleur, maître signe, violente, paroxystique (crises séparées par accalmies), localisée puis diffuse
- nausées et vomissements alimentaires, bilieux puis fécaloïdes
- arrêt des matières et des gaz.

- L'interrogatoire recherche des antécédents d'intervention chirurgicale, de prise médicamenteuse, des tares associées

✓ Examen physique: recherche :

- cicatrice d'intervention
- météorisme
- défense abdominale
- tympanisme exagéré
- bruits hydroaériques ou silence abdominal
- examen des orifices herniaires
- Touchers pelviens retrouvent parfois une cause d'occlusion basse.

✓ Signes généraux :

Fièvre (inconstante) une occlusion fébrile mérite une enquête particulière
Signes de choc (pâleur, tachycardie, hypotension, oligurie...)

Bilan radiologique:

-La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) face debout , face centré sur les coupes puis couché en décubitus latéral avec rayon horizontal révèle des niveaux hydroaériques

-La tomodensitométrie abdominale permet le diagnostic positif de l'occlusion, topographique étiologique le caractère mécanique ou fonctionnel et le diagnostic de gravité (pneumatose ,perforation ,strangulation)

Bilan biologique: apprécie le retentissement :

Ionogramme, FNS et fonction rénale.

IV) DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE t

Des critères cliniques et radiologiques différencient les occlusion hautes (grêle) des occlusions basses (colon)

	Début	Vomissements	Arrêt des matières et des gaz	Météorisme	Etat général	ASP	
Occlusion haute	Brutal	Précoces et abondants	Tardif et incomplet	Modéré	Rapidement altéré	Centraux plus larges que hauts	
Occlusion basse	Progressif	Tardifs et rares	Net Précoce	important	Conservé	Périphériques plus hauts que larges	

V)DIAGNOSTIC DE MECANISME

-Le diagnostic de l'occlusion fonctionnelle ou iléus reflexe est radiologique : forte prédominance gazeuse diffuse du grêle et du colon, peu ou pas de niveaux et sans obstacle

-L'Occlusion mécanique peut être par obstruction ou par strangulation

La strangulation est caractérisée par le caractère complet irréversible de l'obstacle avec risque d'ischémie intestinale. STEWARDSON définit 4 signes prévoyant l'ischémie

-Température supérieur à 38 ou inférieur à 36

-Tachycardie supérieur à 95 pul

-Hyperleucocytose supérieur à 10000UI

-Défense ou contracture abdominale

Les occlusions hautes sont souvent par strangulations et les occlusions coliques sont généralement par obstructions

VI) DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

A/ Occlusions du grêle:

● Par obstruction:

1/ *Iléus biliaire*: après passage d'un volumineux calcul par fistule cholécysto-duodénale. ATCD biliaires; L'ASP révèle une aérobilie.

2/ *Sténoses tumorales*: tumeurs bénignes ou malignes.

3/ *Sténose inflammatoires et cicatricielles*: iléite, diverticulite, maladie de CROHN, tuberculose

4/ *Corps étranger*: ascaris ou bézoard.

● Par strangulation:

1/ *volvulus du grêle* cause la plus fréquente sur brides ou adhérences post opératoires

2/ *Etranglement herniaire*: donne une masse douloureuse, irréductible et non impulsive à la toux, d'où l'intérêt de l'examen systématique de tous les orifices herniaires.

3/ *Invagination intestinale aiguë*: essentielle chez le nourrisson, chez l'adulte due à une lésion organique pariétale,

B/ Occlusions du côlon:

● Par obstruction:

- 1/ Sténose tumorale. Cancer du colon souvent gauche cause la plus fréquente
- 2/ Maladie de crohn
- 3/ Compression extrinsèque.
- 4/ Corps étranger: fécalome.
- 5/ Sigmoidite diverticulaire: par inflammation puis sclérose.

● Par strangulation:

- 1/ Volvulus du côlon pelvien
- 2/ Volvulus du cæcum.
- 3/ Volvulus du transverse.

VII) TRAITEMENT

● **BUT:**

1. corriger les troubles métaboliques
2. rétablir le transit (et non la continuité digestive.)

● **MOYENS:**

Réanimation

- 1/ Hospitalisation d'urgence avec repos au lit.
- 2/ Diète absolue avec sonde gastrique en aspiration.
- 3/ Abord veineux avec correction des troubles hydro-électrolytiques.
- 4/ Antibiothérapie préventive.

Traitement instrumental

- 1: Intubation recto colique sous rectoscopie *si VCP*
- 2/: Lavement dés-invaginant.

Traitement chirurgical: *par laparotomie ou par laparoscopie*

- *Lever l'obstacle* : par libération d'adhérences, détorsion d'un volvulus, réduction d'une hernie, résection d'une tumeur.
- *Vérification de la vitalité de l'anse:*
- *Entérovidange*
- *Dérroulement et remplacement* : de la totalité des anses dans le bon ordre.
- *Rétablissement du transit* : par :
 - anastomose termino-terminale
 - stomie en cas de péritonite associée
 -

CONCLUSION

- L'OIA est un mode de révélation d'un état pathologique sous jacent imposant sa reconnaissance constituant une urgence chirurgicale, de diagnostic clinique, aidé par l'imagerie. Le traitement nécessite souvent le recours à la chirurgie.