

FACULTE DE MEDECINE DE CONSTANTINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE

MODULE DE GASTRO-ENTEROLOGIE

OCCLUSIONS INTESTINALES
AIGUES

Dr BENSEHAMDI.C
SEPTEMBRE 2018

OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

I- DEFINITION - GENERALITES :

- ◆ L'occlusion intestinale aigue se définit par l'arrêt complet et permanent du transit des matières et des gaz dans un segment intestinal.
- ◆ C'est un syndrome dont les mécanismes sont variables et les causes multiples.
- ◆ Elle représente après l'appendicite la deuxième cause d'admission pour abdomen aigu.
- ◆ C'est une urgence médicochirurgicale nécessitant une hospitalisation en milieu chirurgical avec indication opératoire fréquente.

II- MECANISMES :

- ◆ On distingue deux types d'occlusions :

A- Occlusions mécaniques :

Elles sont secondaires à un obstacle organique ou anatomique empêchant la progression du transit ; elles relèvent de deux mécanismes :

1- Obstruction : l'obstacle peut intéresser :

- ▶ La lumière intestinale : migration et blocage en un point quelconque de corps étrangers de nature et de provenance diverses : calculs biliaires, débris végétaux, parasites.
- ▶ La paroi intestinale : rétrécissement de la lumière intestinale par un épaissement pariétal inflammatoire ou tumorale.
- ▶ Obstacle extrinsèque à la paroi : compression intestinale par une lésion extrinsèque.

2- Strangulation : c'est une urgence chirurgicale du fait de l'écrasement ou de la torsion des vaisseaux entraînant une ischémie intestinale avec nécrose et risque perforatif ; elle peut se produire de différentes manières :

- ▶ ***Volvulus*** : torsion d'une anse autour de son axe vasculaire.
- ▶ ***Etranglement*** : étranglement dans un anneau de striction (hernie étranglée).
- ▶ ***Invagination*** : télescopage d'un segment intestinal dans un autre.
- ▶ ***Brides*** : adhérences péritonéales post opératoires.

B- Occlusions fonctionnelles :

Elles sont secondaires à une altération de la motricité intestinale sans obstacle vrai d'origine locale ou générale ; de cause reflexe ou inflammatoire, qui aboutit à la paralysie intestinale.

III- PHYSIOPATHOLOGIE :

A- Distension intestinale : c'est élément commun.

La distension intestinale en amont de l'obstacle est secondaire à :

- ◆ Stagnation des liquides digestifs : environ 7 litres de liquides (secrétions digestives) transitent chaque jour par l'intestin (à l'état normal : 80 à 90 % sont réabsorbés).
- ◆ Accumulation des gaz provenant de : l'air dégluti, la fermentation bactérienne et les gaz normalement en dissolution dans le sang.

B- Conséquences locales de la distension intestinale :

- ▶ Hyper péristaltisme reflexe (phase douloureuse) avec sécrétion intestinale réactionnelle et diminution de l'absorption intestinale à l'origine d'une séquestration liquidienne dans l'intestin c'est le 3^{ème} secteur qui aggrave encore la distension.
- ▶ Augmentation de la pression intraluminaire responsable d'une compression des capillaires pariétaux entraînant une diminution du débit sanguin pariétal et une stase veineuse qui sont responsables de :
 - ◆ Un œdème pariétal qui aggrave encore la compression des capillaires.
 - ◆ Une anoxie tissulaire responsable d'une ischémie de la paroi intestinale ce qui favorise les translocations bactériennes et le risque de perforation ; de troubles de la perméabilité capillaire entraînant une extravasation plasmatique dans la lumière intestinale et une transsudation intra péritonéale de liquide et de toxines bactériennes.

C- Conséquences générales de la distension intestinale :

- ▶ Augmentation de la pression abdominale entraînant une surélévation des coupes diaphragmatiques, avec limitation de la ventilation pulmonaire et hypoxie progressive.
- ▶ Compression de la veine cave inférieure ce qui entrave le retour veineux et expose aux accidents thromboemboliques.
- ▶ Pertes hydro électrolytiques (liées aux vomissements, à l'accumulation intraluminaire de liquides, à l'œdème pariétal et à l'épanchement intra péritonéal) entraînant des troubles métaboliques, une déshydratation, une hypo volémie et une insuffisance rénale fonctionnelle.
- ▶ Résorption des toxines bactériennes par le péritoine et leur passage dans le réseau capillaire à l'origine d'un choc toxique.

IV- DEMARCHE DIAGNOSTIQUE :

La démarche diagnostique devant un syndrome occlusif relève de plusieurs étapes :

- ▶ Affirmer l'existence de l'occlusion : diagnostic positif.
- ▶ Situer le niveau de l'occlusion : diagnostic de siège.
- ▶ Préciser le mécanisme de cette occlusion : diagnostic de mécanisme.
- ▶ Préciser si possible la nature de l'obstacle : diagnostic étiologique.

A- DIAGNOSTIC POSITIF :

1- CLINIQUE :

a- Signes fonctionnels :

- ▶ La douleur : c'est le signe le plus précoce, elle est constante dans les occlusions mécaniques ; d'installation brutale ou progressive ; d'intensité variable ; évoluant de façon continue ou spasmodique revêtant un caractère rythmique traduisant la lutte de l'intestin contre l'obstacle.
- ▶ Les vomissements : leur fréquence et leur nature varient en fonction du siège de l'obstacle ; ils ont un caractère évolutif dans le temps : d'abord alimentaires puis bilieux et enfin fécaloïdes à un stade tardif ; ils aggravent la déshydratation.
- ▶ Arrêt des matières et des gaz : signe majeur définissant l'occlusion ; inquiète toujours le malade ; l'arrêt des gaz est plus fiable il est nécessaire et suffisant ; il peut être masqué au début par la vidange intestinal distal ou par une diarrhée réflexe.

b- Signes généraux :

- ▶ L'état général est en principe conservé au début ; puis il s'altère progressivement avec apparition de signes de déshydratation : sensation de soif, pli cutané, langue sèche, tachycardie, hypotension artérielle, oligurie, état de confusion. Parfois l'état de choc est brutal.
- ▶ L'existence d'une fièvre doit faire rechercher un foyer septique intra abdominal.

c- Signes physiques :

- ▶ Inspection :
 - ◆ Elle recherche une cicatrice d'intervention chirurgicale (brides).
 - ◆ Elle met en évidence le météorisme abdominal : c'est un ballonnement abdominal le plus souvent diffus ; parfois localisé central péri ombilical ; oblique ou en cadre ; symétrique ou non. Il est immobile ou actif animé d'ondulations péristaltiques spontanées ou provoquées par la douleur.
- ▶ Palpation : apprécie la souplesse de l'abdomen :
 - ◆ Il est tendu plus ou moins douloureux mais souple et élastique (résistance élastique).
 - ◆ Une défense localisée ou une contracture peuvent témoigner de la souffrance d'une anse intestinale.
 - ◆ Palpation systématique des orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.
- ▶ Percussion :
 - ◆ Confirme le caractère tympanique de la distension abdominale.
 - ◆ Recherche une matité déclive des flancs témoignant d'un épanchement liquidien associé.
- ▶ Auscultation abdominale :
 - Recherche présence ou l'absence de bruits hydroaériques (borborygmes).
- ▶ Toucher rectal : vérifie la vacuité de l'ampoule rectale et recherche une cause basse de l'occlusion (fécalome, tumeur rectale, tumeur sigmoïdienne prolabée dans le cul de sac de Douglas).

◀▶ ***Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë est clinique, il est fondé sur le carré traditionnel : Douleurs abdominales, vomissements, arrêt des matières et des gaz, météorisme abdominal tympanique à la percussion.***

2- EXAMENS RADIOLOGIQUES :

a- Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

- ▶ Incidences : cliché debout et couché de face ; sinon décubitus latéral rayon horizontal.
- ▶ Examen clé :
 - ◆ Montre le signe essentiel de l'occlusion: l'image hydroaérique pouvant revêtir plusieurs aspects :
- **Bulle gazeuse:** Opacité liquidienne surmontée d'une clarté gazeuse, séparées par un niveau liquidien horizontale, correspondant au sommet d'une anse pleine de liquide.
- **Arceau gazeux:** Due à la présence de gaz dans les deux jambages d'une anse en forme de U inversé.
- **Image en cornue:** Arceau terminé en pointe parfois prolongée par un chapelet de fines bulles.
- **Arceau colique:** Plus volumineux et contient plus de gaz que de liquides.

◆ Précise le siège de l'occlusion en appréciant les caractères des images hydroaériques.

b- Lavement aux hydrosolubles : gastrografine*

- ◆ Permet de préciser le siège de l'occlusion et sa nature dans les occlusions coliques.

c- Echographie abdominopelvienne :

- ◆ Elle est gênée par l'air et la distension ; elle peut montrer : Un corps étranger en cas d'occlusion postopératoire, un foyer d'abcès, un épanchement péritonéal.

d- Tomodensitométrie abdominopelvienne : Examen de référence

- ◆ Confirme le diagnostic : anses grêles dilatées de diamètre ≥ 25 mm et/ou Colon de diamètre ≥ 60 mm.
- ◆ Détermine le caractère mécanique ou fonctionnel de l'occlusion : présence d'anses intestinales plates et dilatées avec un niveau jonctionnel dans l'occlusion mécanique ; alors que dans l'occlusion fonctionnelle la dilatation de l'intestin grêle est globale et diffuse avec une distension gazeuse ou liquidienne du côlon, sans zone transitionnelle visible.
- ◆ Précise le siège de l'obstacle: grêle ou côlon.
- ◆ Précise la nature de l'obstacle: diagnostic étiologique.
- ◆ Recherche les signes de gravité: perforation, pneumatose pariétale, anomalies de rehaussement des anses, mécanisme strangulatoire.

3- EXAMENS BIOLOGIQUES :

- ▶ **Ionogramme sanguin :** recherche des troubles ioniques.
- ▶ **F.N.S :** recherche une hyperleucocytose, une anémie.
- ▶ **Urée sanguine et créatinémie :** appréciant la fonction rénale.

B- DIAGNOSTIC DE SIEGE :

Différenciation radio clinique entre occlusion haute (l'obstacle siège sur le duodénum ou le grêle) et occlusion basse (l'obstacle siège sur le colon ou le rectum) :

<u>Signes radio cliniques</u>	<u>O.I.A HAUTE</u>	<u>O.I.A BASSE</u>
Début	brutal	progressif
Douleurs	Intenses	Peu intenses
Vomissements	Précoces, abondants	Tardifs, inconstants
Arrêt du transit	Tardif	Net et précoce
Etat général	Déshydratation rapide	Conservé au début
Météorisme	Central	Important en cadre
ASP : niveaux hydroaériques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centraux, plus larges que haut, étagés, multiples. ▪ Absence d'air dans le colon. ▪ Fines incisures allant d'un bord à l'autre de l'intestin (valvules conniventes). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Périphériques, plus hauts que larges, peu nombreux. ▪ Présence d'air dans le colon en amont de l'obstacle. ▪ Grandes incisures asymétriques n'allant pas d'un bord à l'autre du colon (haustrations).
Lavement aux hydrosolubles	Colon opacifié en totalité	Image d'arrêt net sur le colon

C- DIAGNOSTIC DE MECANISME :

1- OCCLUSIONS MECANIQUES :

Opposition radio clinique entre la strangulation et l'obstruction :

<u>Signes radio cliniques</u>	<u>O.I.A PAR STRANGULATION</u>	<u>O.I.A PAR OBSTRUCTION</u>
Début	Brutal	Progressif
Douleurs	Vives et permanentes	Moins importantes, paroxystiques
Vomissements	Précoces	Tardifs
Déshydratation	Rapide	Tardive
Météorisme	Discret, parfois anse palpable, sans ondulations péristaltiques	Diffus avec ondulations péristaltiques
Douleur provoquée	Constante	Rare
Bruits hydroaériques	Absents	Abondants
Niveaux hydroaériques	Image en arceau	Nombreux
Siège de l'occlusion	En général haut	En général bas

2- OCCLUSIONS FONCTIONNELLES : Caractérisées par :

- ▶ La faible intensité de la douleur.
- ▶ Un météorisme important, sans ondulations péristaltiques, silencieux.
- ▶ Une distension gazeuse diffuse intéressant le grêle et le colon.
- ▶ Un syndrome infectieux en cas de foyer septique intra abdominal.

D- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

1- OCCLUSIONS MECANIQUES :

a- Occlusions du grêle :

► Occlusions par obstruction :

• Causes intraluminales :

◆ Iléus Biliaire : lié à la migration et l'enclavement dans l'intestin grêle d'un calcul vésiculaire à travers une fistule biliodigestive (aérobilie caractéristique).

◆ Tumeurs bénignes et malignes du grêle (syndrome de Koenig caractéristique).

◆ Corps étrangers, phytobézoards, parasites (ascaris).

• Causes pariétales :

◆ Sténoses du grêle : au cours des maladies inflammatoires (crohn, tuberculose), ou sur grêle radique.

◆ Hématome pariétal : accident aux anticoagulants.

• Causes extraluminales :

◆ Carcinose péritonéale : réalisant une occlusion mixte (grêle et colon).

► Occlusions par strangulation :

◆ Occlusion sur brides: les brides sont les causes les plus fréquentes des occlusions du grêle ; toute laparotomie expose au risque de brides, pouvant entraîner l'incarcération ou le volvulus d'une anse grêle.

◆ Volvulus sans brides : se voit dans les défauts d'accolement du mésentère (mésentère commun), ou sur diverticule de Meckel.

◆ Hernies et éventrations étranglées.

◆ Invagination intestinale aiguë : Chez l'adulte elle est toujours secondaire à une anomalie de la paroi intestinale (tumeur, diverticule de Meckel).

b- Occlusions du colon :

► Occlusions par obstruction :

◆ Occlusions néoplasiques : les cancers obstructifs sont la cause la plus fréquente des occlusions du colon, ils prédominent au niveau du colon gauche (sigmoïde).

◆ Compression extrinsèque ou envahissement par un cancer extra colique (ovaire).

◆ Sténose inflammatoire : se voit surtout au cours de la sigmoïdite pseudo-tumorale.

◆ Colite ischémique.

► Occlusions par strangulation :

➤ **Volvulus du colon pelvien :**

● Se voit chez un sujet âgé, constipé chronique (dolichocôlon sigmoïde), ayant eu des crises sub-occlusives spontanément résolutive (volvulus incomplet).

● Le tableau clinique, associe:

- Douleurs hypogastriques intenses, avec arrêt complet et immédiat du transit sans vomissements au début.

- Météorisme asymétrique oblique allant de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit, immobile tympanique à la percussion réalisant la **triade de Von Wahl** : résistance élastique, tympanisme élevé et immobilité particulière.

- Toucher rectal : ampoule rectale vide.

- ASP: Arceau gazeux géant occupant la ½ de l'abdomen avec deux niveaux liquides décalés.
- Lavement aux hydrosolubles : Arrêt du produit de contraste en bec d'oiseau au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne.

➤ **Volvulus du caecum :**

- Beaucoup plus rare, se voit à tout âge, il est lié à un défaut d'accolement du colon droit.

▶ **Autres causes :**

➤ **Fécalome :** Palpation d'une masse pâteuse, avec perception d'une masse fécale au TR.

➤ **Colectasie aigue idiopathique ou Syndrome d'Ogilvie:** c'est une pseudo-occlusion colique aiguë avec dilatation colique sans obstruction mécanique qui survient sur un côlon antérieurement sain. Sa Physiopathologie reste inconnue.

2- OCCLUSIONS FONCTIONNELLES :

a- Principales causes:

Laparotomie, hémopéritoines, hématomes rétro-péritonéaux, colique néphrétique, pancréatite aiguë, hydrocholécyste, rétention aiguë d'urines, torsion de kyste ovarien.

b- Causes métaboliques:

Hypokaliémie, hypocalcémie, acidose.

c- Causes endocriniennes :

Hypoparathyroïdie, hypothyroïdie, diabète,...

d- Foyers septiques intra péritonéaux : réalisant un tableau d'occlusion fébrile :

- Appendicite aiguë mésocolique.
- Sigmoïdite diverticulaire.
- Péritonite aiguë localisée, généralisée, pelvipéritonite.
- Cholécystite aiguë.
- Diverticulite de Meckel.

e- Causes neurologiques:

Maladie de Parkinson,...

f- Origine vasculaire:

Ischémie aiguë (Infarctus mésentérique), bas débit vasculaire, anévrisme de l'aorte fissuré, dissection aortique.

g- Origine médicamenteuse:

Antidépresseurs, neuroleptiques, analgésiques, opiacés, sels d'aluminium, anticonvulsivants, antiparkinsoniens, diurétiques, hypotenseurs.

h- Maladies de système:

Sclérodermie,...

i- Autres affections:

Syndrome paranéoplasique, saturnisme.

V-TRAITEMENT :

A- Buts :

- Correction des troubles hydro-électrolytiques.
- Traitement spécifique de la cause (lever l'obstacle).
- Traitement des conséquences locales.
- Rétablir le transit intestinal et pas obligatoirement la continuité digestive.

B- Réanimation :

Toujours réalisée, elle doit être courte et intensive, d'autant plus rapide que la vitalité intestinale est menacée, elle comprend:

- Hospitalisation du patient dans un service de chirurgie digestive.
- Abord veineux solide et bilan d'urgence: groupage rhésus, FNS, ionogramme, bilan rénal.
- Rééquilibration hydro-électrolytique.
- Aspiration gastroduodénale continue : elle diminue la distension ce qui permet parfois de reprendre le transit intestinal et d'éviter une nouvelle intervention chirurgicale (certains cas d'adhérences post opératoires) ; elle supprime les vomissements et évite l'inhalation.
- Sonde vésicale pour contrôler la diurèse.
- Antibiothérapie en cas de syndrome infectieux.

C- Traitement instrumental :

Dans certains cas, la levée de l'obstacle peut être instrumentale :

- Endoprothèse (Stent) colique : lève l'occlusion secondaire à un cancer obstructif et prépare le patient à une chirurgie en un temps.
- Détorsion par intubation recto sigmoïdienne dans le volvulus de colon pelvien.
- Lavements avec extraction manuelle d'un fécalome.
- Colo exsufflation endoscopique lors du syndrome d'Ogilvie.

D- Traitement chirurgical : il doit :

1- Traiter la cause :

- Occlusions mécaniques :

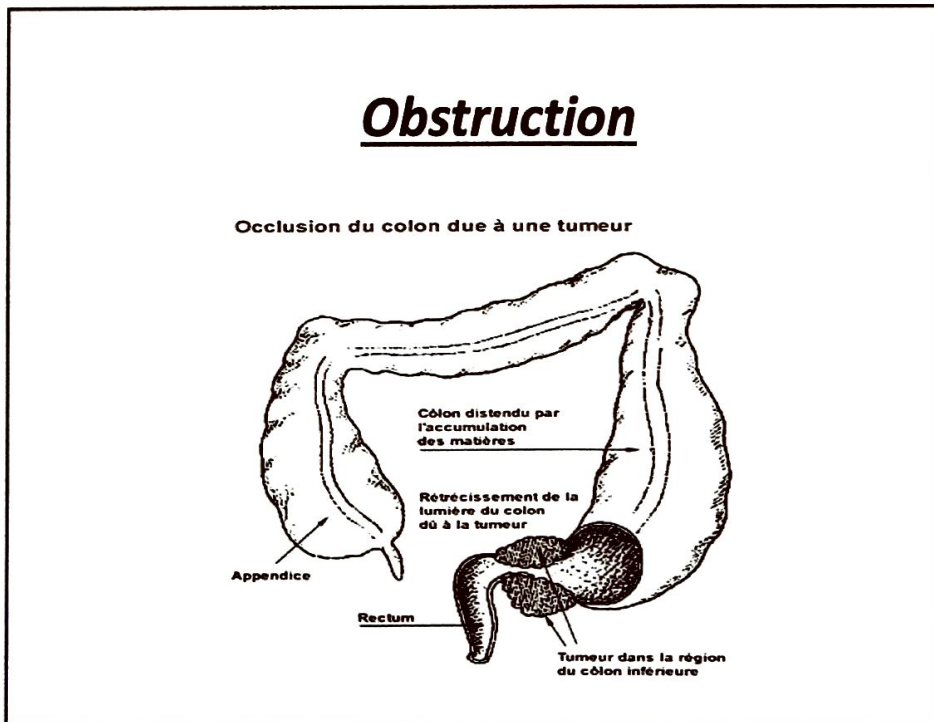
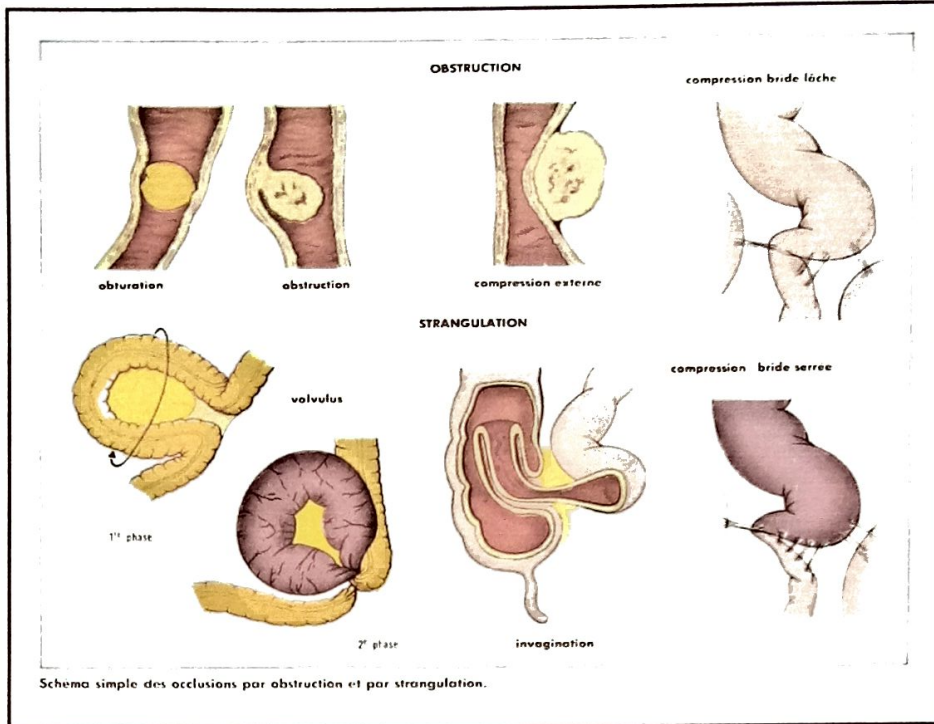
Brides (section de la bride) ; volvulus du grêle (détorsion) ; étranglement herniaire (réduction après section du collet) ; invagination intestinale (réduction) ; iléus biliaire (extraction du calcul par entérotomie) ; tumeurs (résection intestinale emportant la tumeur) ; VCP (sigmoïdectomie).

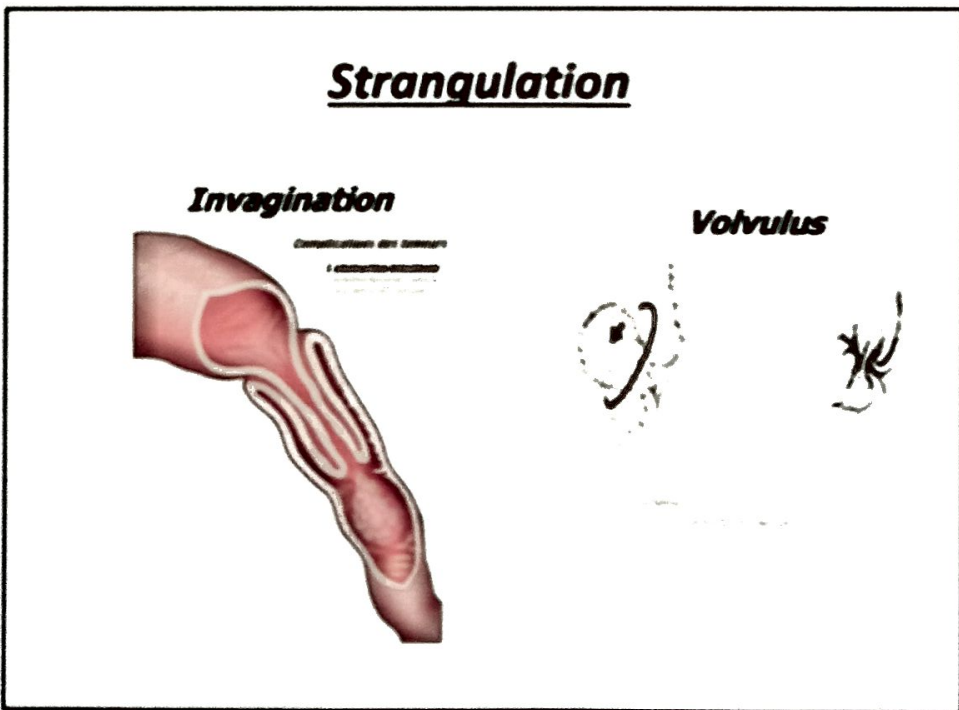
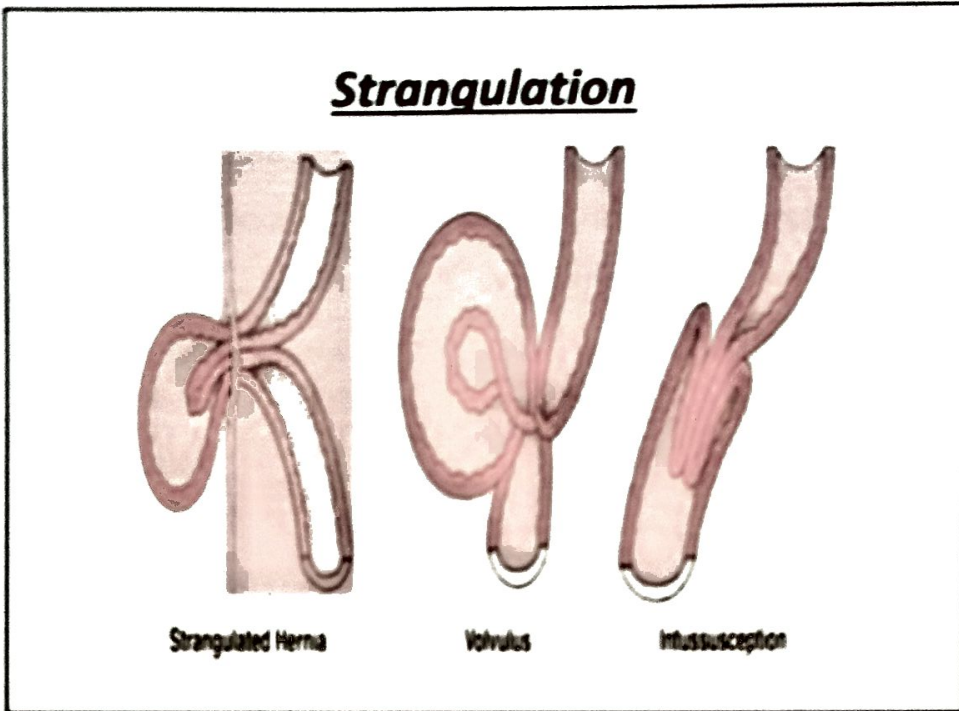
- Occlusions fonctionnelles :

Traitement chirurgical en cas de foyer septique intra péritonéal : traiter la cause de l'abdomen aigu chirurgical.

2- Traiter les lésions locales :

Résection intestinale en cas de nécrose intestinale ou de vitalité douteuse avec ou sans rétablissement de la continuité digestive (anastomose ou stomie).

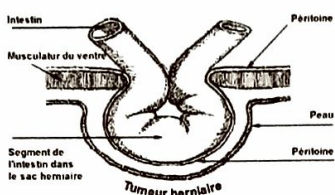




Strangulation:

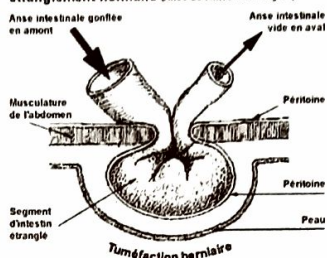
Hernie

Hernie
schématique



Hernie étranglée

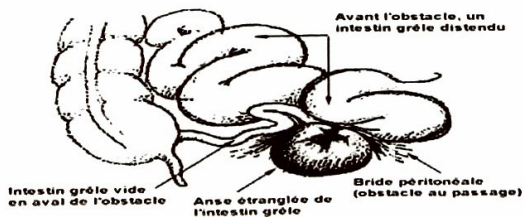
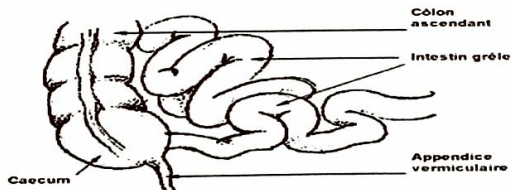
Hernie: incarceration herniaire ou étranglement herniaire (Anse de l'intestin étranglée)



Strangulation

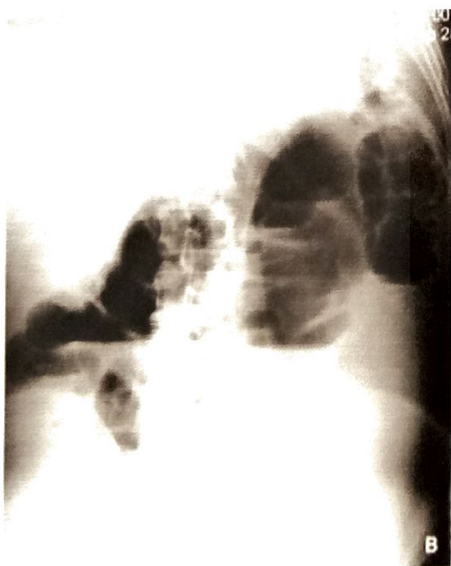
Bride

Occlusion de l'intestin grêle par strangulation due à une bride
Situation schématique de l'intestin grêle et du gros intestin dans la cavité abdominale de droite

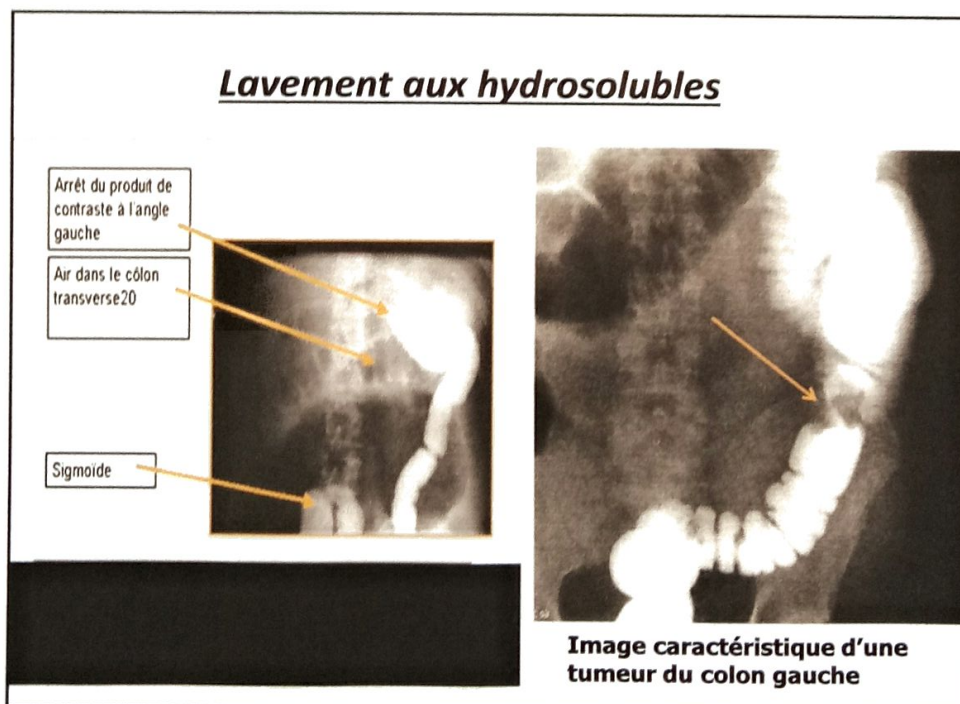
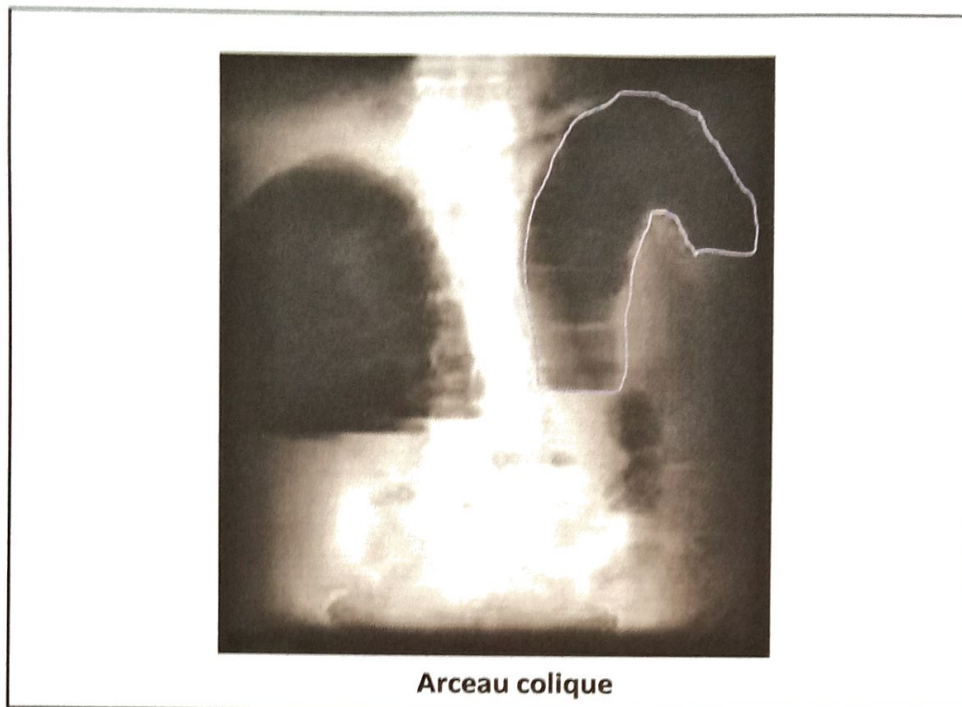




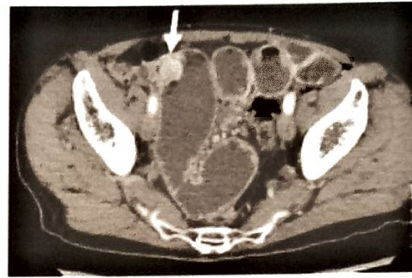
Occlusion grêlique



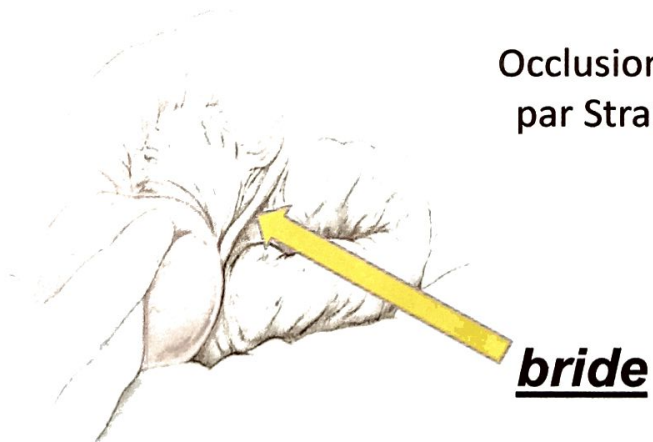
Occlusion colique

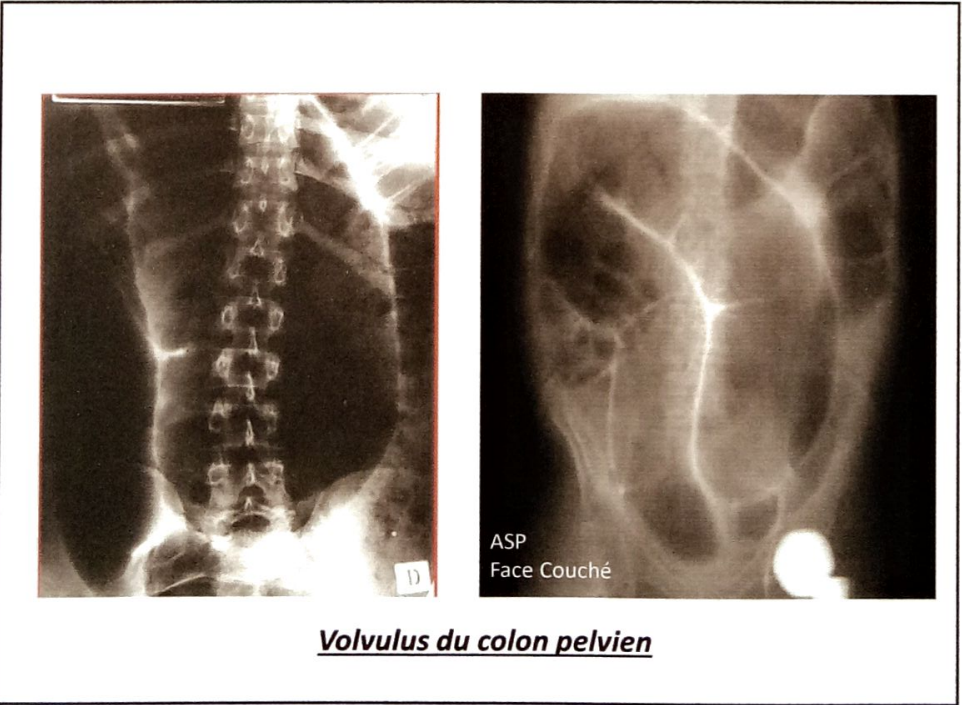
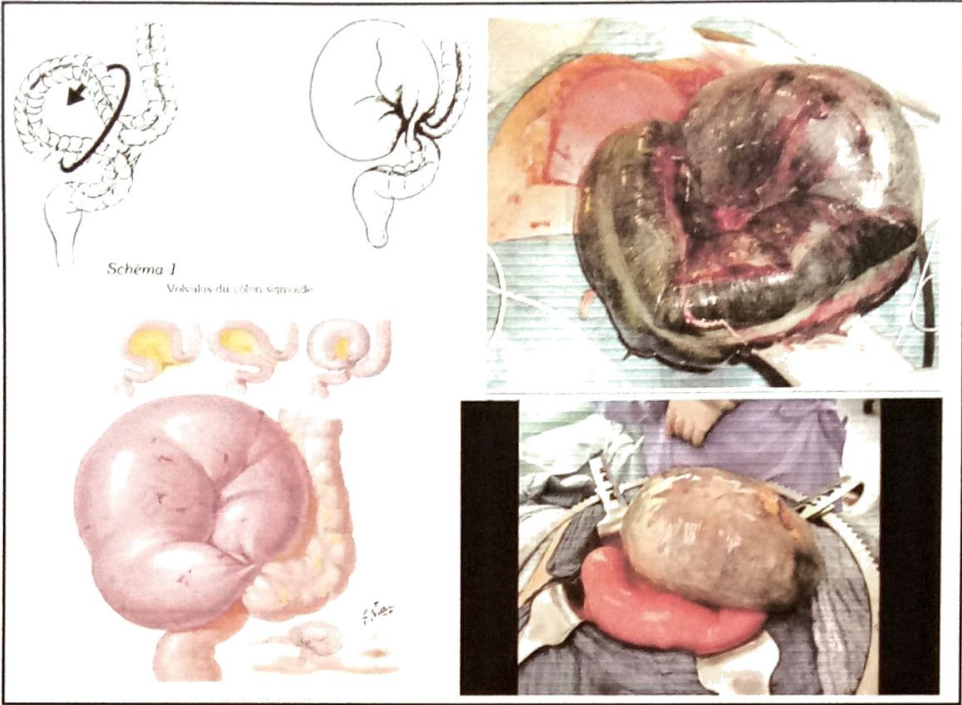


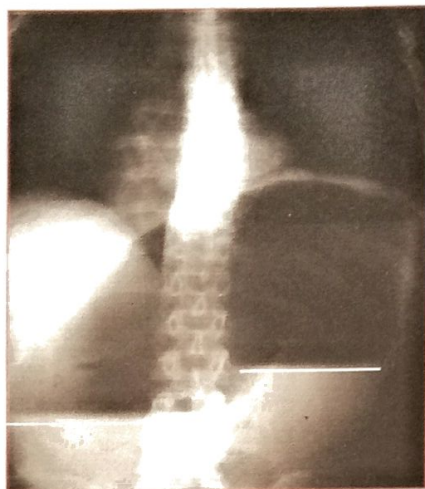
Tumeur du grêle



Occlusions du grêle
par Strangulation



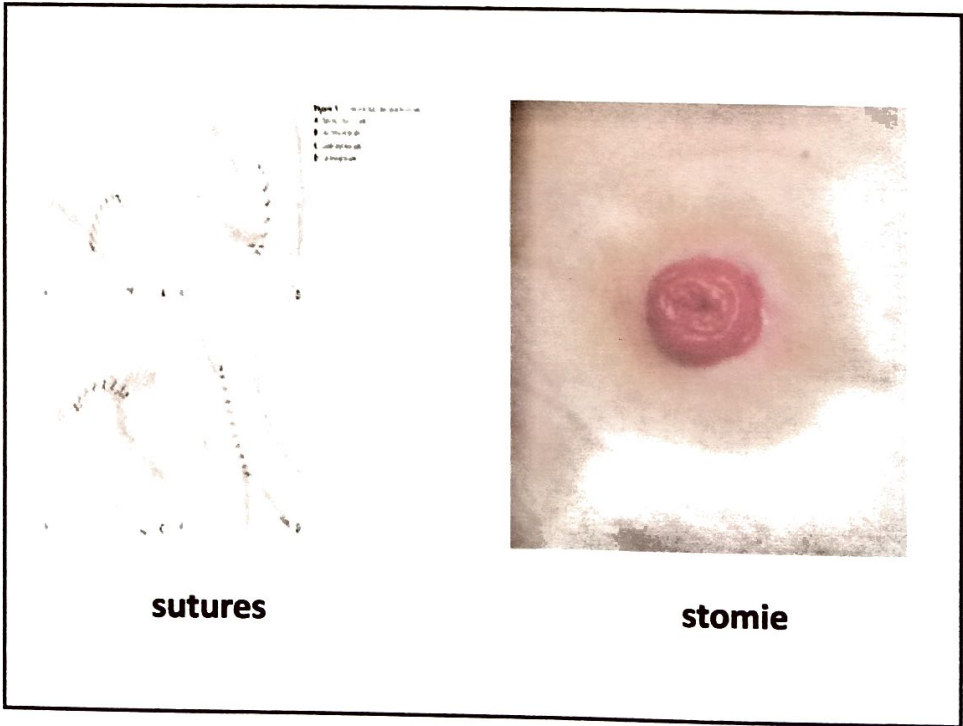
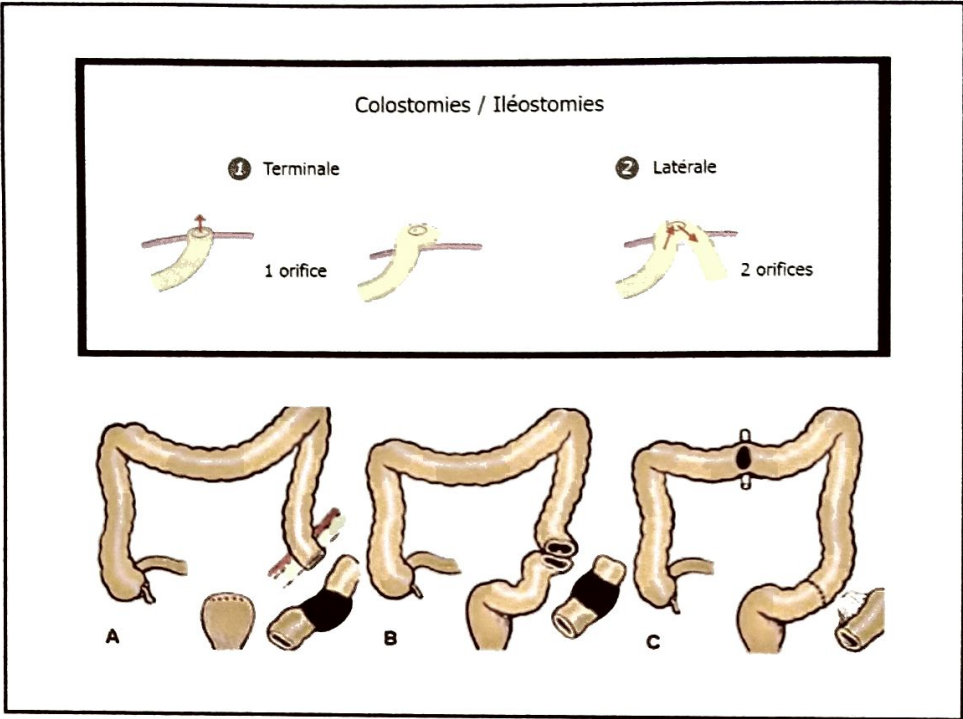




Volvulus du colon droit

La résection s'impose avec ou sans rétablissement de la continuité





**Cancer du colon
sigmoïde en
occlusion :**

**Intervention de
Hartmann**



**Intervention de Bouilly Volkman:
Aspect finale de la stomie.**

