

L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

I/DEFINITION :

L'occlusion intestinale aigue(OIA) est l'arrêt du transit, des matières et des gaz

II/MECANISME :

Le syndrome occlusif reconnaît deux causes très différentes :

-Occlusion intestinale organique

-Occlusion intestinale fonctionnelle

A/L'OCCLUSION INTESTINALE ORGANIQUE : un obstacle interrompt le transit au niveau du colon ou du grêle. Deux mécanismes :

1/Occlusion par strangulation :

a/BRIDE : cicatrice fibreuse secondaire à une intervention chirurgicale

b/UN VOLVULUS : torsion de l'intestin sur lui-même

c/UN ETRANGLEMENT HERNIAIRE : étranglement de l'intestin dans un orifice herniaire

2 /Occlusion par obstruction de la lumière : la cause la plus fréquente est une tumeur intestinale

B/L'OCCLUSION INTESTINALE FONCTIONNELLE : il n'y a pas d'obstacle ; une paralysie des muscles de l'intestin entraîne l'absence de progression : iléus

1/contexte infectieux d'irritation : péritonite

2/Troubles hydro électrolytiques : hypokaliémie

IV/ETUDE SEMIOLOGIQUE :

A/CLINIQUE : Le syndrome occlusif aigue se caractérise par

1/LA TRIADE SYMPTOMATIQUE FONCTIONNELLE :

a/Les douleurs abdominales : constantes, début plus ou moins brutal, intensité variable évoluant par crise paroxystiques, témoignant de la lutte de l'intestin contre l'obstacle, entre les crises persiste un fond douloureux permanent

b/Les vomissements : précoces ou tardifs, alimentaires, bilieux ou fécaloïdes

c/L'arrêt des matières et des gaz

2 /Les signes généraux :

a/Altération de l'état général

b/Signes de deshydratation : sensation de soif, pli cutané

3 /Les signes physiques :

a/L'inspection :

- Cicatrice d'intervention chirurgicale
- Ballonnement abdominal : central, périphérique, majeur ou absent (occlusion haute) asymétrique, ondulations péristaltiques (sujet maigre)

b/La palpation : recherche une douleur, une défense, une masse, explore les orifices herniaires

c/La percussion : recherche un tympanisme

d/L'auscultation : Gargouillement « borborygmes », ou silence abdominal (strangulation)

e/Les touchers pelviens : Toucher vaginal et rectal : masse

B/LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1/La radiologie :

a/ L'ASP : l'abdomen sans préparation debout face : **Niveaux hydro-aériques**

b/L'échographie abdominale : n'a pas d'intérêt, les gaz empêchent la transmission des ultrasons

c/L'examen tomодensitométrique : de plus en plus utilisé, utile pour préciser

- le niveau de l'obstacle : jonction entre l'intestin dilaté d'amont et l'intestin plat d'aval.
- la nature de l'obstacle (syndrome de masse en cas d'obstacle tumoral, aspect de torsion du méso en cas de volvulus)

2/Biologie :

a/FNS : hyperleucocytose, anémie

b/Ionogramme sanguin : hypokaliémie

c/Bilan préopératoire : Groupage rhésus, bilan rénal

Au terme de l'examen clinique et des examens para cliniques : Selon le siège de l'occlusion, on a différents tableaux cliniques :

A/L'occlusion du grêle :

- Mécanisme : strangulation
- Signes fonctionnels : début brutal, aigue, les douleurs intenses, vomissements précoces, arrêt des matières et des gaz tardifs, altération de l'état général
- Les signes physiques : Le météorisme abdominal : localisé, central, discret
- ASP ; niveaux : centraux, nombreux, de petite dimension, il n'y a pas de distension colique

B/L'occlusion du colon

- Mécanisme : obstruction
- Signes fonctionnels : Douleurs abdominales à début progressif, intensité peu marqué, vomissements tardifs, arrêt des matières et des gaz précoces
- Signes physiques : Météorisme abdominal très important, périphérique puis diffus
- ASP : Distension gazeuse, niveaux hydroaériques périphériques peu nombreux

C/L'occlusion fonctionnelle :

- Mécanisme : Paralysie de la musculature intestinale
- Signes fonctionnels : Indolore, arrêt des matières, sans arrêt absolu des gaz
- Signes physiques : distension abdominale intéressant le colon et le grêle
- ASP : Pas de niveaux hydroaériques , distension intestinale globale

➤ V/LES PRINCIPALES CAUSES:

A/L'occlusion du nouveau né : à la naissance, dès les premières heures

- Imperforation anale
- Atrésie de l'intestin grêle
- Sténose duodénale
- Maladie de HIRSCHPRUNG : Maladie congénitale caractérisée par l'absence des ganglions nerveux qui contrôlent les muscles lisses de l'intestin.

B/L'occlusion du nourrisson :(enfant de moins de 1 an)

- Invagination intestinale aigue : Crise douloureuse aigue, arrêt des matières et des gaz, refus de biberon

C/L'occlusion de l'enfant : Rares surtout fonctionnelles : appendicite

D/L'occlusion de l'adulte :

1/Les occlusions du grêle : essentiellement par strangulation

- Occlusion sur bride post opératoire
- Etranglement herniaire (crurale)
- Rarement obstruction : tumeur, corps étranger

2/Les occlusions du colon :

- Obstruction : cancer du colon, sigmoïde, rectum, corps étranger
- Rarement : sujet âgé : volvulus du colon pelvien

3/Les occlusions fonctionnels :

- Réactionnels à un processus infectieux : abcès, appendicite, péritonite
- Troubles hydroelectolytiques : Hypokaliémie
- Postopératoires : iléus normal 3-4jours, au-delà risque de devenir organique
- CONCLUSION : Syndrome abdominal fréquent
- Urgence chirurgicale
- Un bon examen clinique et des examens complémentaires de qualité
- Une prise en charge précoce