



OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES



Dr MOHAMMED MOKHTAR RIAD

FACULTE DE MEDECINE MOSTAGANEM

2015/2016

Objectifs pédagogiques



- Définir l'occlusion intestinale aiguë
- Décrire les conséquences physiopathologiques de l'occlusion intestinale
- Classer les occlusions intestinales
- Affirmer un syndrome occlusif
- Citer les explorations radiologiques
- Interpréter les explorations radiologiques
- Citer les étiologies des occlusions



DEFINITION

Arrêt complet ,net et permanent du transit intestinal au niveau de n'importe quel point du tube digestif depuis l'angle de Treitz jusqu'à l'anus .

EN FONCTION DU MÉCANISME

Transit digestif = lumière digestive perméable + péristaltisme intestinal

Occlusions organiques : obstacle au niveau de la lumière digestive

Occlusions dynamiques: troubles du péristaltisme .

EN FONCTION DU SIÈGE

Occlusions hautes : angle duodéno jéjunal jusqu'à la jonction iléo caecale

Occlusions basses : jonction iléo caecale jusqu'à l'anus.



PHYSIOPATHOLOGIE

Occlusion intestinale: accumulation et stase de:

Bol alimentaire
sécrétions digestives (salivaires, bilio pancréatiques, gastriques)
Gaz: air avalé ou fermentation bactérienne

Conséquences loco régionales

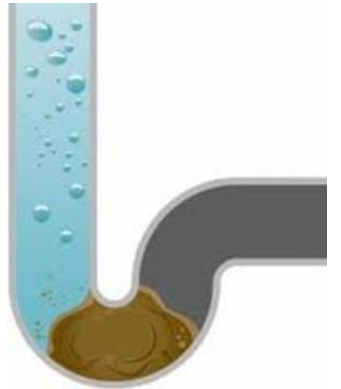
Distension intestinale + Augmentation pression intra luminale
Œdème + ischémie + nécrose paroi intestinale

Distension abdominale :

Surélévation des coupes diaphragmatiques : conséquence respiratoire
Compression du système cave inférieur: conséquence hémodynamique

Conséquences Générales

Hypovolémie Déshydratation +++

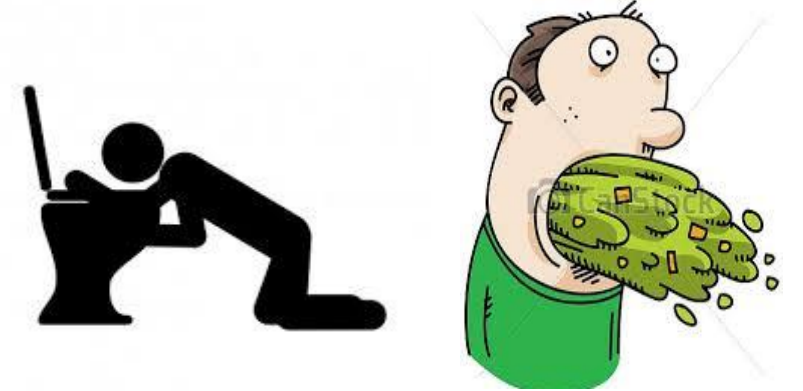


Lutte Contre l'obstacle = Douleur



Stase liquidienne entraine les vomissements d'autant plus précoces que l'obstacle est haut

Vomissements alimentaires ; si l'occlusion persiste deviennent fécaloïdes



Distension abdominale : d'autant plus importante que l'obstacle est bas



Arrêt des matières et des gaz ; l'arrêt des gaz est d'autant plus précoce que l'obstacle est bas

ARRÊT GAZ

CLASSIFICATION DES OCCLUSIONS selon le mécanisme

OCCLUSIONS MÉCANIQUES OU ORGANIQUES

❑ Par obstruction

Pariétal: tumeurs bénignes ou malignes/sténose inflammatoire

Luminal : corps étranger/calcul biliaire

Par compression extrinsèque: masse

❑ Par strangulation:

Torsion d'un segment digestif autour de son axe vasculaire: volvulus

Invagination ou Télescopage d'un segment digestif dans un autre (ex: invagination iléo caecale)

Etranglement d'un segment digestif dans un anneau congénital ou acquis

OCCLUSIONS DYNAMIQUES

❑ **Occlusion métaboliques** : désordres hydro électrolytiques

❑ **Occlusions fonctionnelles**: affections neurologiques/prise de neuroleptiques/Iléus paralytique

OCCLUSIONS INFLAMMATOIRES :le syndrome occlusif est une conséquence d'un foyer septique intra abdominal ou syndrome péritonéal

OCCLUSIONS MÉCANIQUES	OCCLUSIONS DYNAMIQUES
<p>Par strangulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Torsion d'une ou plusieurs anses autour de son axe vx (Volvulus) • Etranglement dans un anneau de striction congénital ou acquis : hernie et éventration • Télescopage d'un segt intestinal avec son méso dans un autre : invagination 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Troubles ioniques hypo ou hyperkaliémie ➤ Occlusion métabolique ➤ Paralysie médicamenteuse (neuroleptiques) ➤ Paralysie post opératoire ➤ Anomalies localisées de motricité (myopathies maladie Hirshprung)
<p>Par Obstruction</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corps étranger ▪ Calcul biliaire ▪ pathologie tumorale ▪ pathologie inflammatoire (maladie de Crohn RCH) ▪ Compression externe 	<p>OCCLUSIONS INFLAMMATOIRES</p> <p>Infection localisée ou diffuse intra péritonéale</p>

CLASSIFICATION DES OCCLUSIONS selon le siège

Occlusions hautes

Angle duodéno jéjunal jusqu'à la jonction iléo caecale

Fréquence +++ Occlusions par strangulation

Occlusions basses

De la jonction iléo caecale jusqu'au rectum

Fréquence +++ Occlusions par obstruction

DIAGNOSTIC POSITIF

INTERROGATOIRE

Terrain :

Age

Antécédents médicaux /traitements /passé de constipation /épisodes similaires

Antécédents chirurgicaux: notion de chirurgie abdominale antérieure

Signes fonctionnels

✓ Douleur :

Siège++

Type

Intensité++

Durée

Début ++/Facteurs déclenchants

Signes accompagnateurs++

✓ Vomissements :d'autant plus précoces que l'obstacle est haut
Alimentaires ou fécaloïdes.

✓ Arrêt des matières et des gaz: d'autant plus précoce que l'obstacle est bas.



ARRÊT GAZ

DIAGNOSTIC POSITIF

SIGNES PHYSIQUES

Inspection :recherche cicatrice chirurgie abdominale antérieure

Météorisme abdominal: aspect généralisé ou localisé

Tuméfaction ou voussure abdominale

Palpation :douleur provoquée/défense abdominale

Sensation de résistance élastique

Masse abdominale

Percussion :tympanisme abdominal

Auscultation :borborygmes digestifs: bruits aérodigestifs exagérés /Un silence auscultatoire est un signe de gravité

Examen des orifices herniaires:

Explorer les orifices herniaires inguinaux et cruraux.

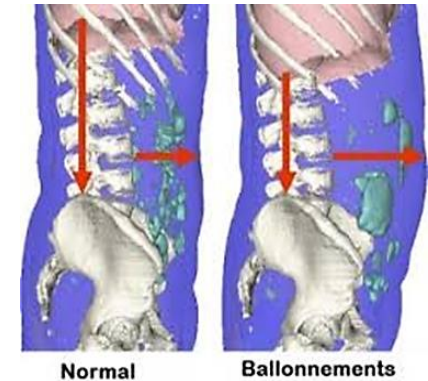
Explorer l'orifice ombilical et une éventuelle cicatrice chirurgicale antérieure à la recherche d'une éventration.

Toucher rectal:

Vacuité de l'ampoule rectale

Douleur du cul de sac de Douglas

Obstacle bas situé (fécalome ou masse)



DIAGNOSTIC POSITIF

SYNDROME OCCLUSIF :

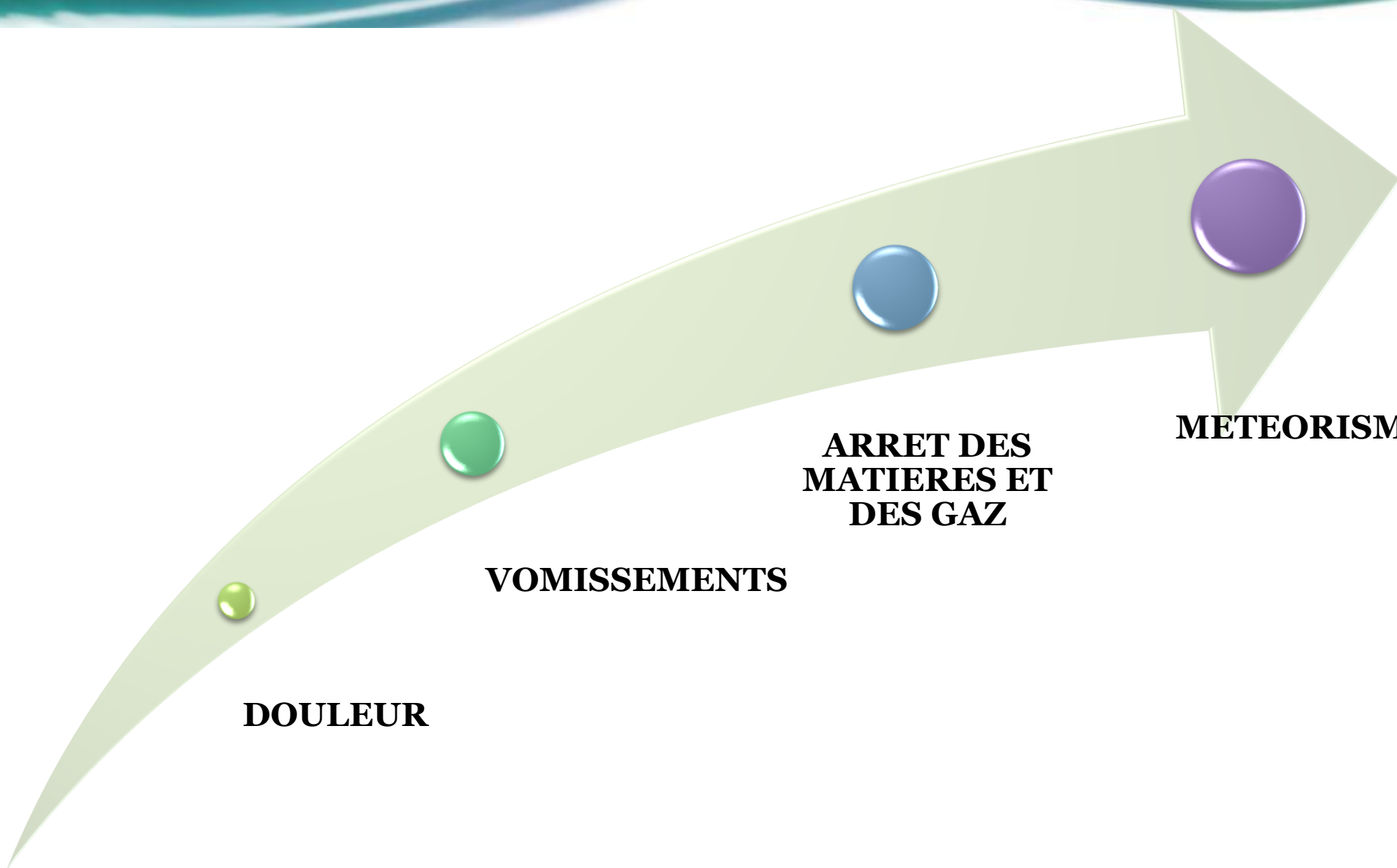
Douleur + Vomissements + Arrêt des matières et des gaz
Météorisme abdominal + Résistance élastique + Tympanisme

Les caractéristiques des signes sont variables en fonction de l'étiologie ; du mécanisme et de l'heure de diagnostic

La sémiologie a une grande valeur d'orientation diagnostique et dans la démarche du raisonnement clinique.

- *Douleur : intense début brutal : strangulation*
- *Douleur: disparition de la douleur après un début brutal et apparition de signes généraux: signe de gravité*
 - *Douleur : modérée début progressif: obstruction*
 - *Vomissements précoces / arrêt des gaz tardif : occlusion haute*
 - *Arrêt des gaz précoce / vomissements tardifs : occlusion basse*
- *Météorisme discret ou absent: occlusion haute = occlusion à ventre plat*
 - *Météorisme diffus : occlusion basse*





**SYNDROME
OCCLUSIF**

DOULEUR

VOMISSEMENTS

**ARRET DES
MATIERES ET
DES GAZ**

METEORISME

EXAMENS PARACLINIQUES

ABDOMEN SANS PREPARATION

- **Cliché face en position debout**
- **Cliché en décubitus latéral gauche**

Si le patient ne peut supporter la station debout, cliché en décubitus latéral gauche avec rayon directeur horizontal qui permet à la fois la détection des niveaux hydro-aériques (NHA) et la présence d'un pneumopéritoine.

Images de niveaux hydro-aériques : définir les caractéristiques

Occlusions hautes :

Plus larges que hautes
Nombreuses multiples
Variables
Centrales

Occlusions basses

Plus haute que large
Peu nombreuses
Figées
périphériques

EXAMENS PARACLINIQUES

Images niveaux hydro aériques : occlusion haute



EXAMENS PARACLINIQUES

Images niveaux hydro aériques : occlusion basse
Image en grain de café
Image arceau



EXAMENS PARACLINIQUES

TDM ABDOMINO PELVIEN avec injection de produit de contraste (s'assurer que la fonction rénale est conservée)

Affirmer le diagnostic d'occlusion

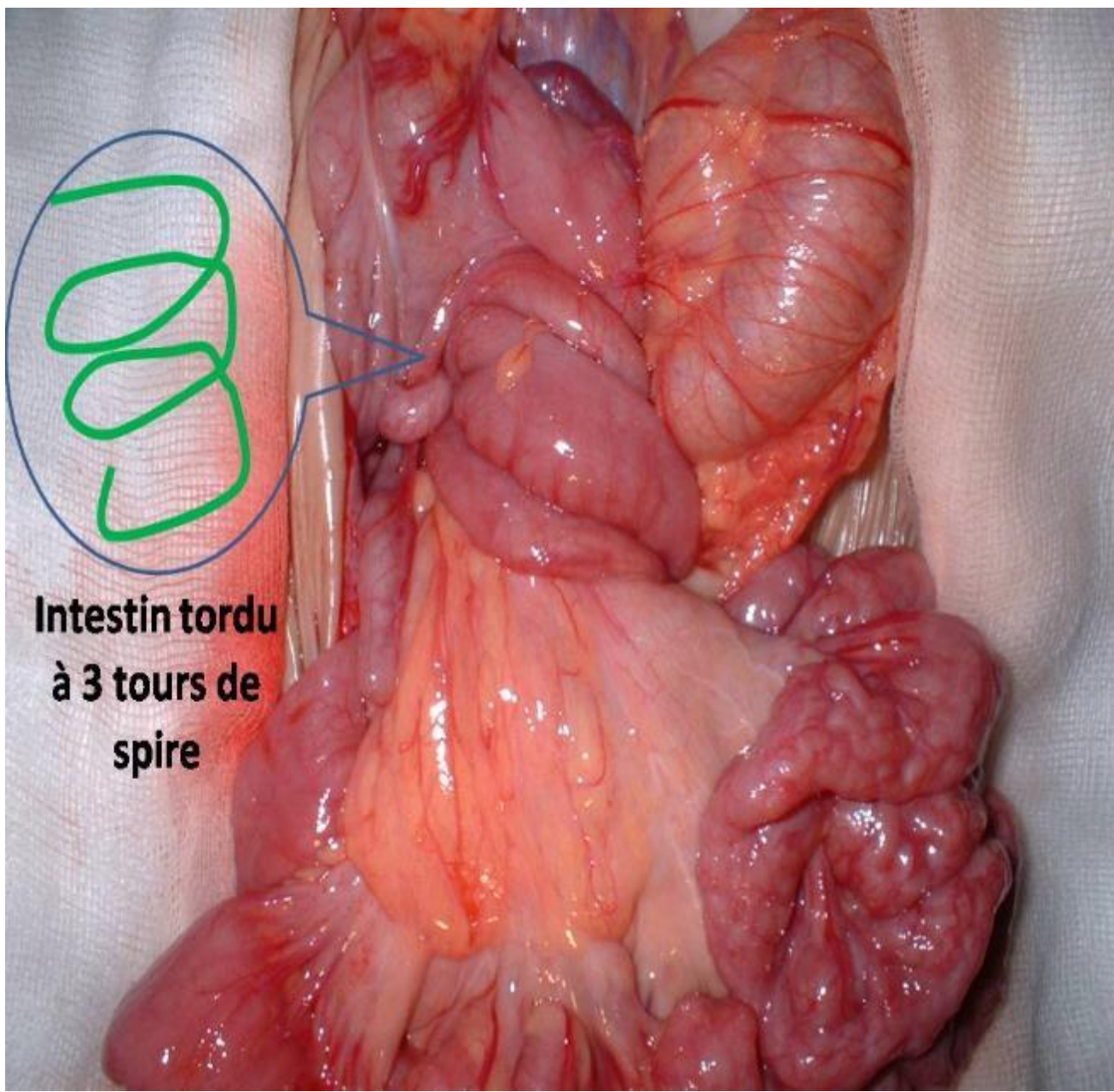
Examen de référence pour le diagnostic de nature

ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE

Examen gêné par les gaz

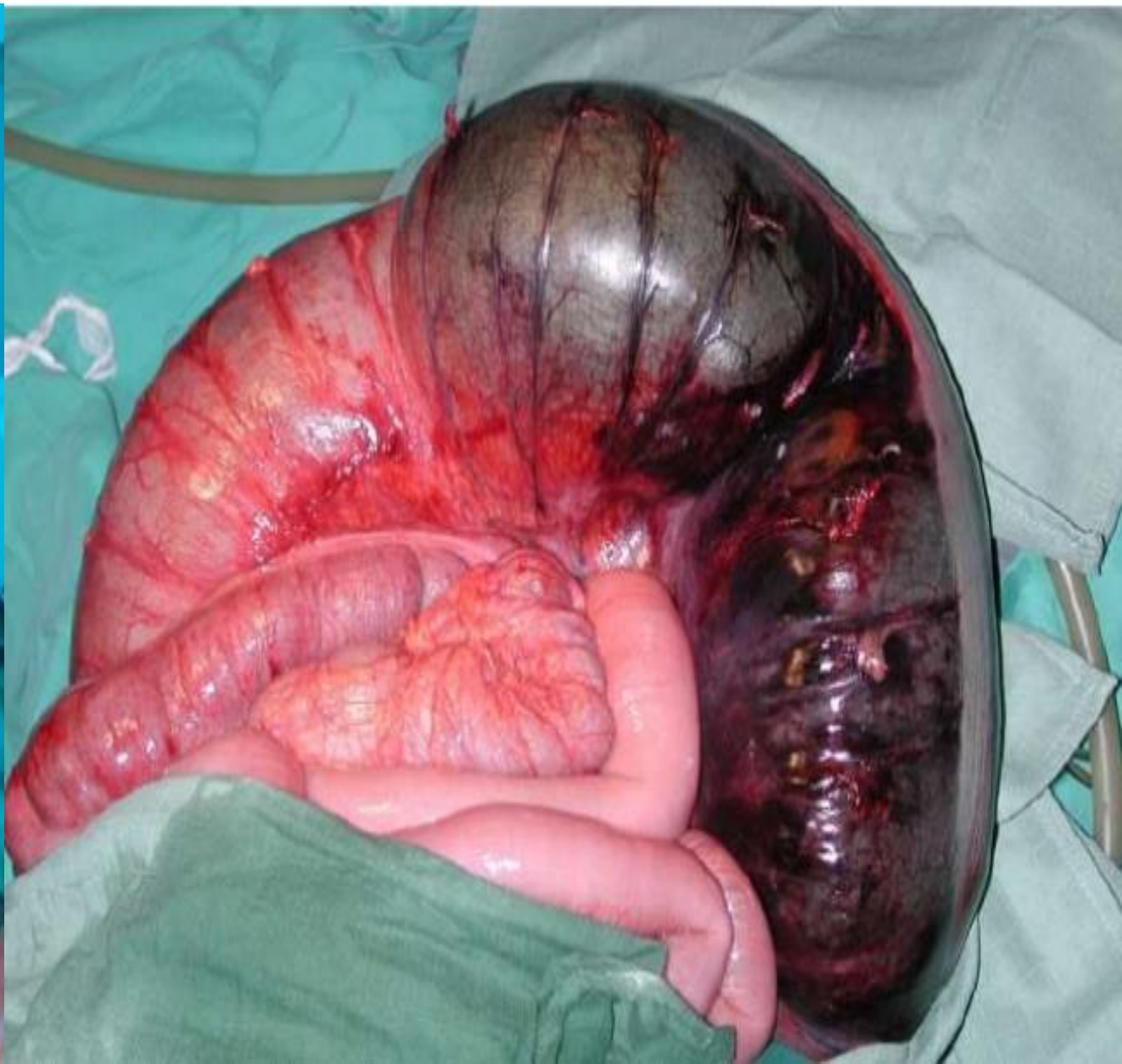
Indications :

- ✓ suspicion d'invagination intestinale
 - ✓ Iléus biliaire
 - ✓ Occlusion inflammatoire



**Intestin tordu
à 3 tours de
spire**



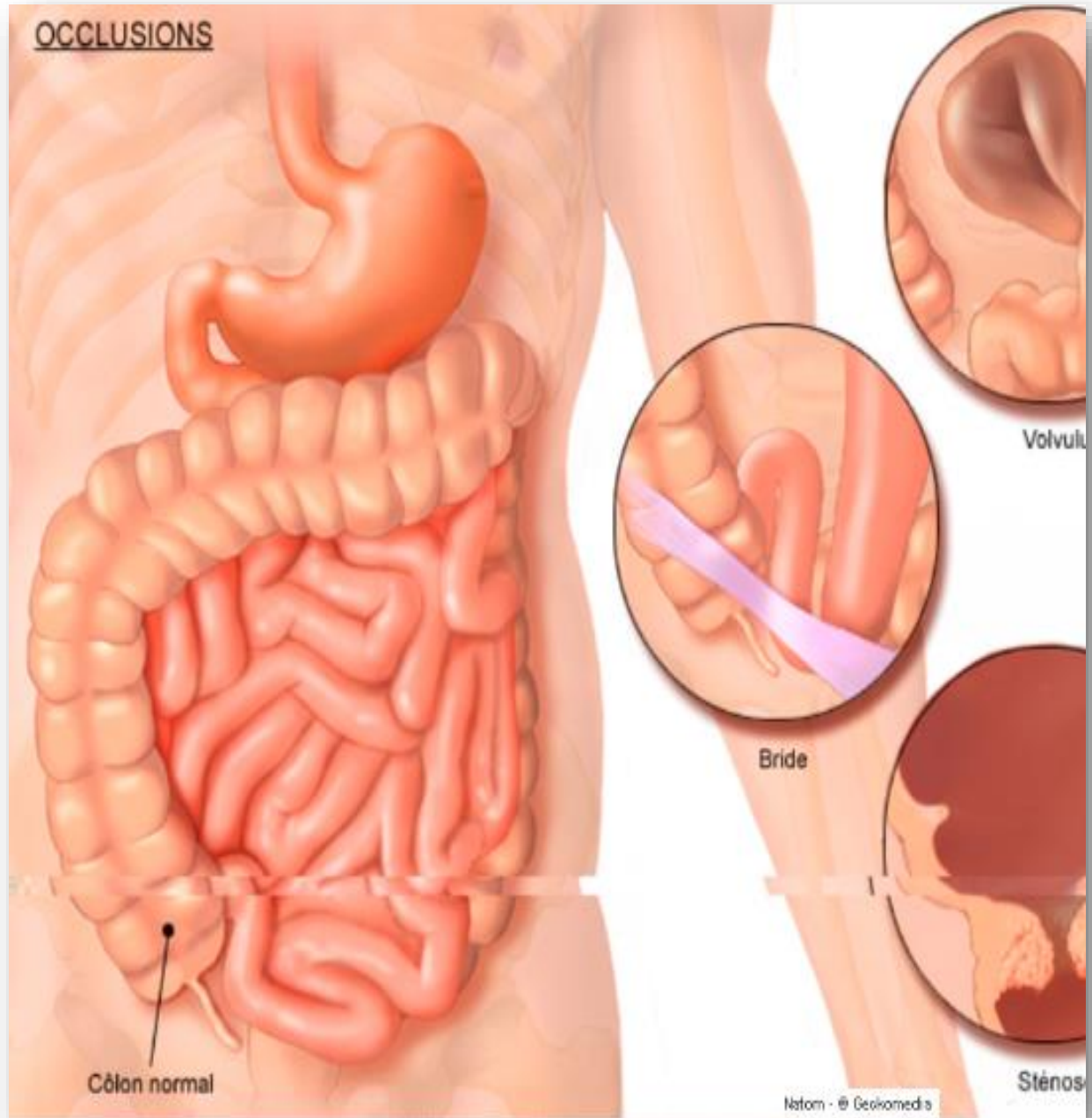


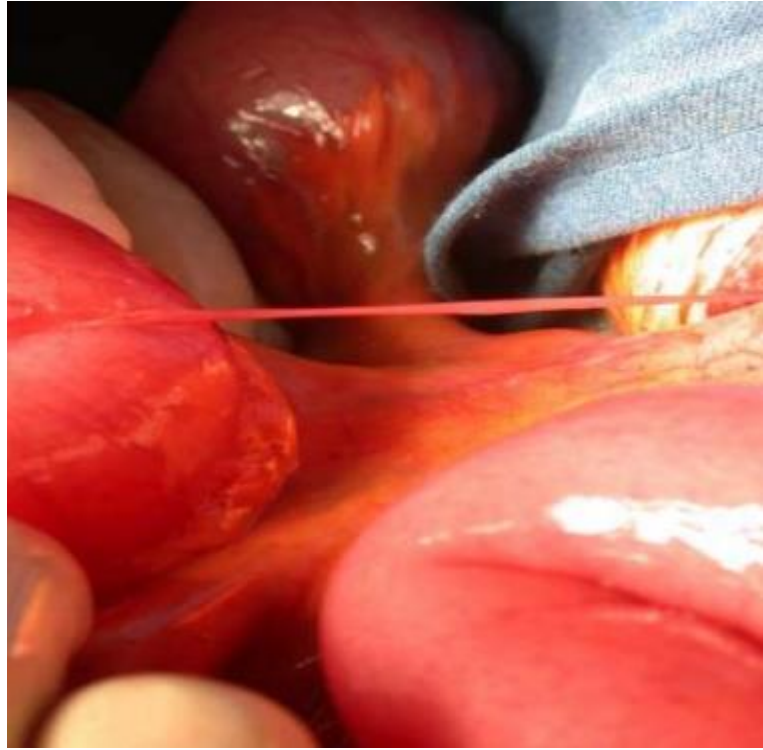
Définition:

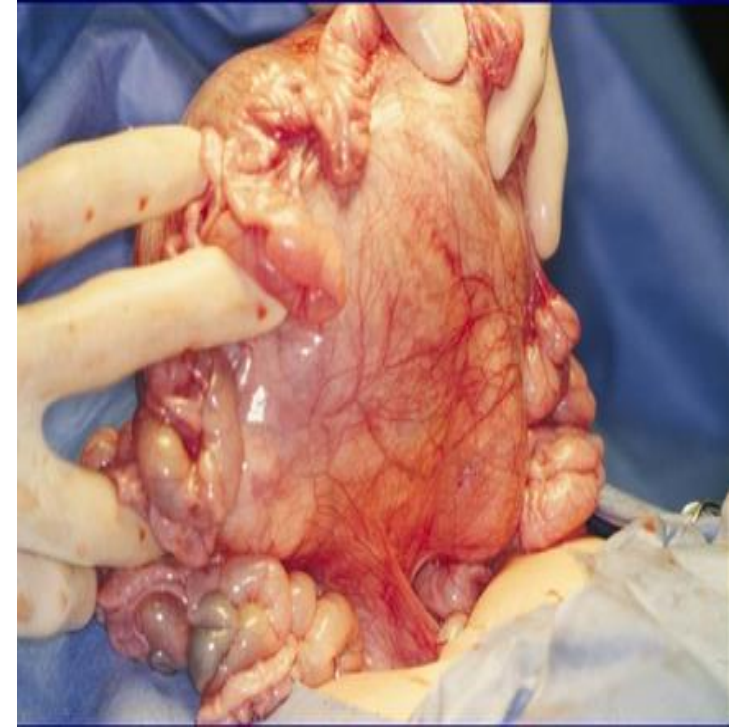
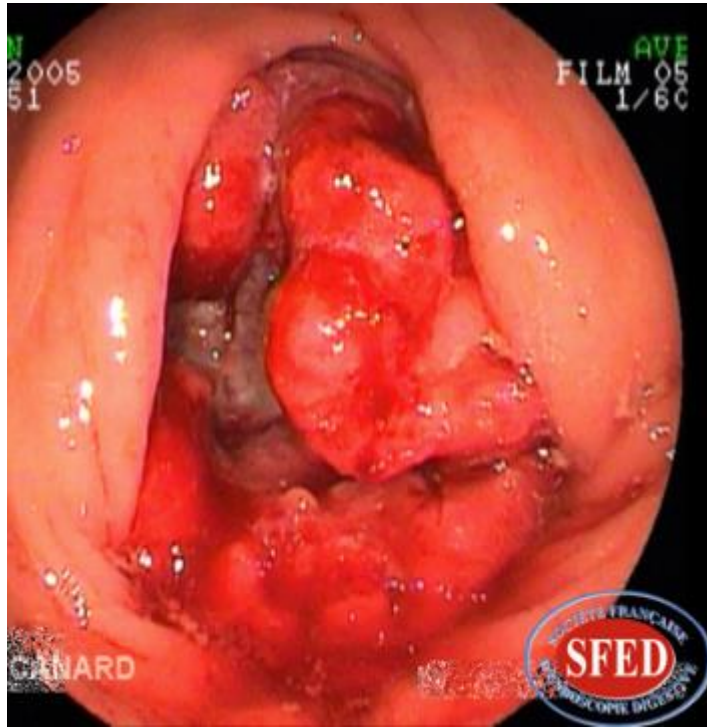
C'est la pénétration d'un segment intestinal + méso dans le segment situé immédiatement en aval et sa progression dans le sens iso péristaltique.



OCCLUSIONS







Patient âgé de 32 ans aux antécédents d'appendicectomie il y'a 10 ans présente une douleur abdominale aigue installation brutale intense ,vomissements alimentaires

Examen :abdomen douloureux non météorisé

TR : sans particularités

A quoi pensez vous?

Patient âgé de 82 ans présente des douleurs abdominales diffuses début progressif d'intensité modérée accompagnées de nausées avec arrêt des matières et des gaz net.

Antécédents de rectorragies il y'a 06 mois .

Examen: abdomen météorisé tympanique avec douleur provoquée

TR: ampoule rectale vide .

A quoi vous pensez?