

L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

Plan du cours

- 1/ Définition
- 2/ Mécanismes : Occlusion organique
Occlusion fonctionnelle
- 3/ Etude sémiologique : occlusion organique : Clinique
Radiologie
- 4/ Principales causes :
- 5/ Conclusion

I/ Définition:

L'occlusion intestinale aigue (OIA) est une interruption du transit intestinal d'origine mécanique (organique) ou fonctionnelle, siégeant au niveau du côlon ou de l'intestin grêle qui relève d'affections très différentes.

Ce syndrome occlusif constitue une urgence chirurgicale, un bon examen clinique et une radiographie: abdomen sans préparation permettent d'en préciser le siège.

II/ Mécanismes:

A/L'OCCLUSION INTESTINALE ORGANIQUE : un obstacle interrompt le transit au niveau du côlon ou du grêle, deux mécanismes:

1/Occlusion par strangulation due à :

- a/ Une bride : cicatrice fibreuse secondaire à une intervention chirurgicale (intestin grêle +++)
- b/ Un volvulus : torsion de l'intestin sur lui-même
- c/ Un étranglement herniaire : étranglement de l'intestin dans un orifice herniaire, c'est la cause la plus fréquente, la hernie contient de l'épiploon et de l'intestin.

2/ Occlusion par obstruction : rétrécissement puis obstruction de la lumière intestinale due à une tumeur maligne le plus souvent (colon +++)

B/L'OCCLUSION INTESTINALE FONCTIONNELLE : il n'y a pas d'obstacle organique; une pseudo-paralysie des muscles de l'intestin entraîne l'absence de progression du bol fécal.

- Contexte infectieux d'irritation péritonéale est responsable de l'iléus
- Troubles hydro électrolytiques

III/ ETUDE SEMIOLOGIQUE :

Occlusion mécanique :

Reconnaitre le tableau clinique d'occlusion

A/CLINIQUE : Le syndrome occlusif aigue se caractérise par

1/Une triade fonctionnelle caractéristique:

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

b/ Les vomissements : précoces ou tardifs, d'abord alimentaires, bilieux et enfin fécaloïdes en absence de prise en charge précoce.

c/ L'arrêt des matières et des gaz : l'arrêt des gaz est constant, il précède l'arrêt des matières de quelques heures.

Parfois l'arrêt complet du transit est précédé par des syndromes subocclusifs : douleurs pendant plusieurs heures soulagées par la « vidange » colique

2 /Les signes généraux : - Altération de l'état général

- Signes de déshydratation : sensation de soif, pli cutané

3 /Les signes physiques :

- a/L'inspection: - Cicatrice d'intervention chirurgicale
 - Ballonnement abdominal : central ou périphérique, majeur ou absent (occlusion haute) asymétrique, ondulations péristaltiques à jour frisant (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 : recherche d'une masse.

B/LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1/La radiologie :

- a/ L'ASP : l'abdomen sans préparation debout face : Niveaux hydro-aériques plus hauts que large dans l'OIA colique et plus large que haut dans l'OIA grêlique
- b/L'échographie abdominale : n'a pas d'intérêt, les gaz empêchent la transmission des ultrasons sauf en cas de tumeurs ou sténose grêlique et perçoit le liquide inter-anses témoignant de la souffrance intestinale
- 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 des examens cliniques et para cliniques et selon le siège de l'occlusion on distingue :

C/Différents tableaux cliniques :

1/L'occlusion du grêle : Mécanisme : strangulation

- * Signes fonctionnels : début brutal, aigu, 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.

2/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 hydro-aériques périphériques peu nombreux.

3/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 hydro-aériques et distension intestinale globale.

IV/LES PRINCIPALES CAUSES:

selon l'âge

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 un trouble de la motilité intestinale due à 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 gaz, refus de biberon

C/L'occlusion **de l'enfant** : Rares surtout fonctionnelles : iléus secondaire à une 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 : c'est un iléus réflexe : abcès, appendicite, péritonite

* Troubles hydro-électrolytiques : Hypokaliémie

* Postopératoires : iléus normal 3-4jours, au-delà risque de devenir organique nécessite une prise en charge précoce.

Conclusion :

La triade symptomatique : douleurs abdominales, arrêt des matières et des gaz doit vous orienter vers l'occlusion intestinale qui est une urgence chirurgicale, sauf dans le cas d'un mécanisme fonctionnel.