

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Syndrome occlusif	Version : 2 Date d'application : 01/2023

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des syndromes occlusifs.

1. Présentation clinique

- **Douleurs abdominales**, diffuses ou localisées, paroxystiques et d'intensité variable.
- **Arrêt des matières et des gaz.**
- **Nausées et vomissements** (parfois fécaloïdes).
- **Ballonnement et météorisme abdominal.**

2. Etiologies

Etiologies les plus fréquentes de syndromes occlusifs :

- **Occlusion grêlique sur bride et adhérence péritonéale**
- **Volvulus colique (sigmoïde souvent, caecum parfois)**
- **Hernies (notamment inguinales, crurales et ombilicales) et éventrations étranglées**
- **Cancer colorectal**
- **Iléus fonctionnel**
- **Fécalome**

+ autres : *hypokaliémie, opiacés, neuroleptiques, syndrome d'Ogilvie, diverticulite, appendicite, hématome pariétal digestif, maladie de Crohn compliquée (sténose inflammatoire, abcès et fistule, lésions fibreuses cicatricielles), sténose inflammatoire sur une ischémie intestinale segmentaire, diverticule de Meckel compliqué, ascaridiose, iléus biliaire, invagination, cancer grêlique, métastases et carcinose péritonéale, entérite radique, bézoard, corps étranger, endométriose colique, compression extrinsèque, actinomycose pelvienne...*

- Lors d'une occlusion par **strangulation** (bride, hernie, éventration, volvulus, invagination), la symptomatologie est plutôt brutale et liée à l'étranglement de l'intestin et de son méso avec un risque de nécrose du segment intestinal concerné.
- Lors d'une occlusion par **obstruction** (tumeur, sténose inflammatoire, fécalome, carcinose, compression extrinsèque...), les symptômes apparaissent plus progressivement et les bruits hydro-aériques sont souvent conservés.

!!!! Etiologies à éliminer dès l'examen clinique : fécalome (TR) et hernie compliquée (examen des orifices herniaires) !!!!

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Syndrome occlusif	Version : 2 Date d'application : 01/2023

3. Examens complémentaires

- ECG (signes d'hypokaliémie liée aux pertes digestives ?)
- Bilan biologique : NFS, ionogramme, fonction rénale, CRP, bilan pré-opératoire, bilan hépatique et lipase (selon localisation de la douleur).
- Gazométrie + lactates en cas de signes de gravité
- **Scanner abdomino-pelvien (APC si possible)** : diagnostic positif, diagnostic étiologique et recherche de signes de gravité.
- RT en cas de pneumopathie d'inhalation

NB : toute hernie digestive compliquée nécessite un avis chirurgical précoce, sans indication d'imagerie dans la majorité des cas.

4. Diagnostics différentiels

- Autres causes de douleurs abdominales (infection intra-abdominale, colite, néoplasie abdominale compliquée, constipation sévère, pancréatite, syndrome cannabinoïde...)
- Toujours rechercher un globe urinaire (secondaire à l'occlusion ou diagnostic différentiel).

5. Complications

- **Déshydratation et choc hypovolémique**
- **Sepsis et choc septique** (par translocation ou origine infectieuse de l'obstruction)
- **Acidose lactique**
- **Souffrance digestive et perforation**
- **Dyskaliémie**
- **Dysnatrémie**
- **Insuffisance rénale aigue**
- **Rétention aigue d'urine**
- **Pneumopathie d'inhalation**

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Syndrome occlusif	Version : 2 Date d'application : 01/2023

6. Signes de gravité

- **Cliniques** : fièvre, instabilité hémodynamique, TR douloureux, douleur résistante aux antalgiques, défense, vomissements fécaloïdes. Une douleur en fosse iliaque droite peut être le témoin d'une distension et d'une souffrance caecale.
- **Biologiques** : acidose lactique, réserve alcaline < 16, insuffisance rénale aigüe, troubles ioniques majeurs, hyperleucocytose et élévation importante de la CRP.
- **Scannographiques** : distension caecale > 10-12cm (risque de perforation), valvule iléocæcale continente (60% des cas, entraînant une hyperpression intra-caecale, avec dernière anse grêle plate), pneumopéritoine, aéroportie, aéromésentérie, pneumatose pariétale, épanchement intra-abdominal, paroi ischémique (mince et non rehaussée en cas d'ischémie artérielle, épaissie en cas d'ischémie veineuse).

NB :

- *Certains signes sont corrélés à la présence d'une ischémie digestive : douleurs depuis plus de 4 jours, irritation péritonéale, CRP supérieure à 75, leucocytose > 10, épanchement supérieur à 500 ml, diminution du réhaussement de la paroi digestive.*
- *Quatre signes scannographiques sont associés à la résection chirurgicale lors d'une occlusion mécanique du grêle : double signe du bec, infiltration séro-hématique du mésentère, défaut de réhaussement pariétal, hyperdensité spontanée de la paroi intestinale.*

7. Prise en charge

- **A jeun strict**
- **VVP**
- **Antalgiques** (morphine non contre-indiquée) et antispasmodiques.
- **Sonde naso-gastrique** (SNG type Salem®) en déclive (avec possibilité de mise en aspiration), avec quantification des pertes et **IPP IV**.
- **La SNG doit être mise en place en urgence, avant la réalisation du scanner, chez tout patient suspect de syndrome occlusif**, sauf cas particulier après discussion avec le chirurgien digestif (ex : occlusion basse sans vomissement ni dilatation gastrique, carcinose péritonéale pauci-symptomatique, refus catégorique du patient malgré explication adaptée...). En cas d'échec de mise en place par le sénior urgentiste, l'interne de chirurgie digestive peut être sollicité.
- **Remplissage** en cas de signes de choc : **NaCl 0,9% 500ml**, renouvelable.
- **Réhydratation** et compensation des pertes : **Ringer lactate et/ou polyionique 2L/24h + compensation des pertes digestives volume à volume.**

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Syndrome occlusif	Version : 2 Date d'application : 01/2023

- Apport de soluté glucosé en cas de cétose de jeûne (favorisant les nausées).
- Correction des troubles ioniques.
- Contre-indication des prokinétiques (*Primperan*[®], *Vogalène*[®], *Motilium*[®]) au cours des occlusions mécaniques. C'est la vidange gastrique, via la SNG, qui soulagera les vomissements. Le *Zophren*[®] peut être utilisé.

8. Avis spécialisés

- **Avis du chirurgien digestif** pour tout syndrome occlusif mécanique et/ou en cas de souffrance pariétale et de perforation.

⇒ Urgence chirurgicale ? Hospitalisation ?

L'avis chirurgical doit être une urgence en cas de hernie compliquée, de signe de gravité clinique (péritonite, signes de choc) ou scannographique (souffrance pariétale, mégacôlon toxique, perforation...).

- **Avis du gastro-entérologue** pour les causes fonctionnelles sans souffrance digestive (carcinose péritonéale non opérée, syndrome d'Ogilvie...) ou en cas de **volvulus** du sigmoïde.

⇒ Indication de colo-exsufflation en salle d'endoscopie (en semaine de 8h30 à 18h) ou aux urgences ? Hospitalisation ?

En cas de doute sur l'orientation chirurgicale ou médicale du patient, l'interne de chirurgie digestive est le premier interlocuteur de l'urgentiste en cas de syndrome occlusif, et pourra en discuter avec son collègue de gastro-entérologie.

9. Hospitalisation

- **Tout patient atteint de syndrome occlusif doit être hospitalisé**, sauf quelques exceptions (ex : sub-occlusion pauci-symptomatique sur carcinose péritonéale soulagée par les traitements médicamenteux, patient en soins palliatif avec HAD, volvulus du sigmoïde colo-exsufflé sans récurrence précoce ni complication...).
- **Service d'hospitalisation** : chirurgie digestive, gastro-entérologie, ou réanimation. Selon l'étiologie du syndrome occlusif, la présence de signes de gravité et le terrain.
- **Prescriptions pour le service d'aval** : à jeun, réhydratation, antalgiques, IPP, quantification des pertes digestives, biologie de contrôle.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON