

UNIVERSITE FERHAT ABBES DE SETIF

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Module de gastro entérologie

OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

Pr El Hachemi SEDDIK
Service de Chirurgie générale

OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

INTRODUCTION

- **Définition** : L'occlusion est caractérisée par un arrêt complet et persistant du transit des matières et des gaz au niveau d'un segment quelconque du tube digestifs. Il s'agit d'un syndrome dont les causes sont multiples et les mécanismes variables.
- **Classification**: On distingue:
 - 1- **Les occlusions mécaniques** provoquées par un obstacle organique. Il peut s'agir :
 - d'une obstruction par :
 - obturation migration et blocage de corps étrangers (calcul biliaire, parasite déchets végétaux);
 - rétrécissement de la lumière intestinale par épaississement inflammatoire (Crohn);
 - prolifération d'une tumeur pariétale maligne ou bénigne;
 - compression extrinsèque.
 - d'une strangulation où un facteur vasculaire se surajoute à l'occlusion, transformant celle-ci en une urgence absolue, nécessitant l'intervention avant l'apparition de lésions ischémiques irréversibles de la paroi intestinale. La strangulation se produit de plusieurs manières:
 - Le volvulus: par torsion d'une ou plusieurs anses autour de leur axe
 - La striction : par étranglement dans un anneau de striction congénitale ou acquis
 - L'invagination : télescopage d'un segment intestinal dans un autre.
 - 2- **Les occlusions dynamiques** ou fonctionnelles correspondent à l'iléus paralytique. Les troubles de la motricité intestinale sont soit de nature réflexe (états douloureux aigus de l'abdomen), soit par perturbations métaboliques (hypokaliémie), soit la conséquence d'une suppuration intrapéritonite localisée ou généralisée (occlusions inflammatoires)
- **Démarche à suivre**: Il faut :
 - reconnaître le syndrome occlusif et préciser le retentissement sur l'état général;
 - préciser son mécanisme dont dépendra le degré de l'urgence;
 - préciser son siège et son étiologie.

PHYSIOPATHOLOGIE

A. Conséquences locales de l'occlusion :

- La dilatation en amont de l'obstacle et l'amincissement de la paroi intestinale provoquent une stase veineuse et gênent la circulation artérielle, aboutissant à la congestion et à l'anoxie de la paroi intestinale.

- Cette anoxie a trois conséquences :
 - paralysie progressive de l'intestin.
 - fuite capillaire aggravant la rétention liquidienne dans les anses et la dilatation.
 - altération de la perméabilité de la paroi, une partie des liquides intestinaux transsude dans la cavité péritonéale, l'absence de réabsorption des liquides et des ions des sécrétions digestives, la fuite capillaire vers l'intestin puis vers le péritoine aboutissent à la création d'un 3^{ème} secteur inutilisable.

B. Conséquences générales de l'occlusion :

- Les conséquences de l'occlusion sont liées aux facteurs locaux :
 - hémoconcentration, traduite par l'augmentation de l'hématocrite et du taux de globules rouges, elle est le reflet d'une déshydratation extra-cellulaire.
 - spoliation ionique, avec hypochlorémie, hyponatrémie et hypokaliémie.
 - Surélévation des coupes diaphragmatiques avec limitation de la ventilation pulmonaires et hypoxie progressive
 - enfin, la septicité du contenu intestinal est aggravée par la stase, la paroi va devenir perméable aux germes pouvant entraîner au maximum une péritonite progressive par diffusion, parfois par perforation.
- Au total, l'occlusion intestinale, liée à un accident localisé sur le tube digestif, va rapidement se comporter comme une maladie générale mettant en jeu le pronostic vital.
 - les conséquences locales sont dominées par la stase et la dilatation en amont de l'obstacle, ce qui entraîne une modification du microbisme local, une hypersécrétion de liquide dans la lumière et une stase vasculaire pariétale.
 - la paroi intestinale devient perméable aux germes et aux liquides.
 - toute occlusion mécanique peut entraîner une péritonite par perforation ou par diffusion.
 - toute occlusion mécanique entraîne une hypovolémie par création d'un troisième secteur, avec hémoconcentration et spoliation ionique.

L'enchaînement de ces facteurs aboutit à un cercle vicieux qu'il convient de rompre le plus tôt possible par l'aspiration naso-gastrique et la vidange intestinale.

DIAGNOSTIC POSITIF

Signes fonctionnels:

Le syndrome occlusif associe une douleur abdominale, des vomissements, un arrêt de matière et de gaz et une distension abdominale.

1- La douleur: dont on précisera:

- le début brutal ou progressif, parfois rythmique traduisant la lutte de l'intestin;
- le siège : variable
- l'intensité
- le mode évolutifs: le changement de caractère de la douleur revêt une valeur pronostique. A la lutte contre l'obstacle succède une phase d'épuisement avec disparition de la douleur qui revêt un pronostic sévère (prélude de la nécrose).

2- Les vomissements sont d'abord alimentaires, puis biliaires et enfin fécaloïdes. Ils aggravent la déshydratation et la spoliation ionique.

3- L'arrêt des matières et des gaz est d'autant plus précoce que l'obstacle est bas situé. Une occlusion haute peut s'accompagner de l'émission de selles provenant de l'intestin sous jacent.

• Signes physiques

1- L'inspection: permet

- de voir le météorisme abdominal en appréciant son siège: central, périphérique ou en cadre global, son caractère localisé ou diffus;
- la recherche éventuelle d'ondes péristaltiques, visibles chez le sujet maigre après avoir stimulé les anses par une chiquenaude;
- de rechercher une cicatrice de laparotomie.

2- La palpation objective une résistance élastique mais il n'y pas de contracture. L'existence d'une zone douloureuse localisée correspond à une anse étranglée sous jacente. La palpation comporte l'examen attentif des orifices herniaires à la recherche d'une hernie étranglée.

3- La percussion confirme le caractère tympanique de la distension abdominale

4- A l'auscultation, l'existence de bruits hydro-aériques traduit la filtration liquidienne à travers un obstacle et lorsqu'ils s'accompagnent de douleurs à type de crampes, définit le syndrome de Koenig caractéristique d'une OIA du grêle par obstruction. Le silence abdominal correspond à l'absence de lutte intestinale et annonce la gangrène de l'anse étranglée.

5- Les touchers pelviens: permettent parfois de localiser l'occlusion: fécalome, cancer du rectum, tumeur sigmoïdienne prolabée dans le cul-de-sac de Douglas.

• Signes généraux :

L'état général est en principe conservé et ne s'altérera que tardivement lorsque apparaissent des signes de nécroses entraînant un état de choc avec infection.

L'état général sera apprécié par : le pouls, la tension artérielle, l'état de conscience, la température.

A un stade du début : la tachycardie et la pâleur sont en rapport avec l'intensité de la douleur notamment si le début est brutal.

A un stade tardif ils témoignent de la souffrance d'une anse volvulée ou d'un état de déshydratation avancé: soif, plis cutané, sécheresse de la muqueuse buccale, oligurie, un état de confusion ou de torpeur notamment chez le vieillard.

• Radiologie:

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

Elle permet d'affirmer le diagnostic d'occlusion dans plus de 90 % des cas. Il s'agit surtout d'incidence de face debout, parfois de face couché ou en décubitus latéral de face.

Les clichés vont mettre en évidence **l'image hydro-aérique** qui traduit la présence de liquide surmonté par l'air. L'ASP permet de préciser le type et le siège de l'occlusion:

- Sur le côlon les niveaux hydro-aériques sont périphériques plus hauts que larges avec des haustrations.
- Sur le grêle, ils sont plus nombreux, plus larges que hauts.
- Le caractère diffus des images hydro-aériques est en faveur d'une occlusion fonctionnelle.
- Certains signes sont pathognomoniques de l'étiologie (aérobilie ou image de calcul dans l'iléus biliaire).

2- Opacifications digestives :

- le transit du grêle
- le lavement aux hydrosolubles.

3- La tomodensitométrie est l'examen de référence en cas de suspicion de syndrome occlusif intestinal. Elle permet :

- d'affirmer le diagnostic en objectivant les niveaux hydro-aériques.
- de préciser le siège de l'obstacle et sa nature.
- de chercher des signes de souffrance intestinale secondaire à l'occlusion (grâce à l'injection de produit de contraste intraveineux).
- Le siège de l'obstacle se situe à la jonction entre l'intestin dilaté et l'intestin plat.

DIAGNOSTIC DE SIEGE

Le siège est évoqué par l'histoire clinique et le résultat de l'examen abdominal. Schématiquement, occlusion haute et basse s'opposent comme sur le tableau:

	Occlusion haute	Occlusion basse
Début	Souvent brutal	Souvent insidieux
Douleur	Crampes+++	++
Vomissements	+++	+ tardifs et inconstants
Arrêt gaz et matières	Tardifs et incomplets	Précoce
Météorisme	+ peut être absent	+++
Péristaltisme	+++	+
Niveaux hydro-aériques	Centraux, multiples plus larges que hauts	Périphériques et plus hauts que larges

Tableau I: Différenciation clinique et radiologique entre occlusion haute et basse

DIGNOSTIC DE MECANISME

A- OIA Mécanique et fonctionnelle:

Les occlusions fonctionnelles relèvent d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale, de cause réflexe ou inflammatoire qui aboutit à la paralysie.

- Elles sont caractérisées cliniquement par:
 - leur début progressif;
 - le caractère incomplet de l'arrêt de transit;
 - le météorisme est discret et tympanique.

- A la radiologie:
 - une dilatation diffuse du grêle et/ ou du côlon;
 - pas ou peu de niveau hydro-aériques.

B- OIA par obstruction ou par strangulation

Il est classique d'opposer obstruction et strangulation sur des signes cliniques et radiologiques qui figurent sur le tableau II

	OBSTRUCTION	STRANGULATION
Début	progressif	brutal
Etat général	Non altéré	Quelquefois état de choc
Température	normale	Subfébricule
Abdomen	Météorisme Péristaltisme longtemps conservé	Météorisme localisé± localisé, asymétrique
Pouls	normal	Tachycardie
Siège de l'occlusion	en général bas	en général haut
FNS	normocytose	Hyperleucocytose
Radio	Niveaux hydro-aériques	Arceau unique au début ou une anse distendue

Tableau II.- Opposition clinique et radiologique entre obstruction et strangulation

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

A- GRELE

- **Strangulation :**
 - Volvulus du grêle
 - Etranglement herniaire
 - Invagination intestinale aigue
 - Etranglement dans un orifice interne
- **Obstruction:**
 - Iléus biliaire
 - Bézoard
 - Tumeur du grêle
 - Carcinose péritoniale
 - Hématome intramural de l'intestin.

B- COLON

- **Strangulation :**
 - Volvulus du côlon pelvien
 - Volvulus du caecum
 - volvulus du colon transverse
- **Obstruction:** Les sténoses néoplasiques

C- AUTRES/

- Occlusions fonctionnelles en rapport avec un syndrome douloureux aigu de l'abdomen (Iléus réflexe): colique néphrétique.
- Occlusions inflammatoires:Elle se développent au contact d'une suppuration localisée ou généralisée: appendicite aiguë, cholécystite aiguë, pancréatite aiguë, péritonite aiguë généralisée
- Occlusions post-opératoires: elles peuvent être paralytiques, inflammatoires ou mécaniques.

TRAITEMENT

Le traitement de l'occlusion intestinale aiguë mécanique est presque toujours chirurgical (parfois instrumental) nécessitant en préalable une réanimation médicale.

• Réanimation

- Correction des déséquilibres hydro-électrolytiques
- Eventuellement antibiothérapie
- Aspiration naso-gastrique

• **Le traitement chirurgical** doit toujours lever l'obstacle et enlever les zones de nécroses ou douteuses. Il peut s'agir d'une simple section d'une bride, d'une résection du grêle ou du côlon, emportant éventuellement un processus tumoral, avec rétablissement ou non de la continuité (stomies). Avant de fermer la paroi, il est indispensable de faire une vidange rétrograde ou antérograde de l'intestin.

• Dans certaines circonstances la levée de l'obstacle est **instrumentale**

- Rectosigmoïdoscopie de décompression dans le VCP
- Le lavement désinvaginant dans l'invagination intestinale aiguë du nourrisson.

Conclusion:

L'occlusion intestinale est responsable d'environ 20 % des urgences chirurgicales abdominales. L'application de certains principes diagnostiques et thérapeutiques simples permet aujourd'hui d'en diminuer la gravité.