

LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

M.CHADLI UMC-CHU-SBA

16/01/2022

Sommaire

-Les objectifs

I-Définition-généralités

II-Physiopathologie

A-En cas d'obstruction

B-En cas d'étranglement

C-Les occlusions mécaniques

D-Les occlusions fonctionnelles

III-Classification / Mécanismes

A-Occlusions mécaniques

B-Occlusions fonctionnelles

C-Occlusions mixtes

IV-Diagnostic clinique

A-Signes fonctionnels

B-Signes généraux

C- Signes physiques

V-Les examens para cliniques complémentaires

A- les examens biologiques

B-L'ASP (l'abdomen sans préparation)

C- L'Échographie abdominale

D- Le Scanner abdomino-pelvien

VI-Diagnostic de siège

A-Dans les OIA hautes ou OIA du Grêle

B- Dans les occlusions basses ou OIA du colon

VII-Diagnostic de mécanisme

A-L'OIA par obstruction

B-L'OIA par strangulation

C-Les occlusions fonctionnelles

VIII-Diagnostic différentiel

IX-Formes cliniques

A-Pour le Grêle

B-Pour le colon

X-Les principales complications aiguës de l'OIA

XI-Le traitement des OIA

A-But

B-Traitement médical

C-Traitement chirurgical

-Conclusion

Les objectifs:

1. Savoir **définir** une occlusion intestinale aiguë
2. Connaître les **différences physiopathologiques** entre l'obstruction et l'étranglement
3. Savoir différencier les **causes mécaniques et fonctionnelles des occlusions** et appliquer cette connaissance à la période postopératoire,
4. Connaître les **aspects cliniques, radiologiques et biologiques des occlusions** et leur type habituel aux **différents niveaux du tube digestif**
5. Savoir reconnaître aisément les **affections médicales des affections chirurgicales**
6. Connaître les **principales complications aiguës** de l'occlusion intestinale
7. Connaître les **mesures médicales, chirurgicales et instrumentales** à mettre en œuvre dans une occlusion intestinale aiguë.

I- Définition-généralités

- L'occlusion intestinale aigue (OIA) se manifeste par un **arrêt complet et permanent du transit intestinal composé de gaz et de matières**, dans un segment digestif en aval de la papille duodénale majeure.
- L'occlusion intestinale aigue est une **urgence médico-chirurgicale** fréquente, qui peut **mettre en jeu le pronostic vital** et peut se voir à tout âge.
- Elle représente **10% des douleurs abdominales aigues de l'adulte** et constitue le **deuxième motif d'hospitalisation** en urgence en chirurgie **après l'appendicite aigue**.
- L'occlusion peut être **organique (obstruction ou strangulation)** ou fonctionnelle.

Définition-généralités

- Le **diagnostic** est facile à partir d'un **examen clinique** et la **présence de niveaux hydro aériques** à la **radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)**.
- Le retentissement général est constant et impose des mesures de correction hydro-électrolytiques rapides. Les **signes de gravité** doivent être recherchés systématiquement
- Les **étiologies** sont **nombreuses** et l'**apport de la tomодensitométrie est important**. Le traitement est souvent chirurgical.

II- Physiopathologie

A-En cas d'obstruction:

- l'intestin d'amont se remplit de liquides de sécrétions digestives non résorbées : salive, suc gastrique, bile, suc pancréatique et sécrétion intestinale ;
- et de gaz, essentiellement formés de l'air dégluti
- cette stagnation constitue un **troisième secteur** et elle est le siège d'une **pullulation microbienne**. Cette pullulation microbienne endoluminale participe à la **genèse des altérations de la paroi intestinale**
- Les **troubles de la microcirculation** engendrent un blocage veineux et artériel qui entraîne une **nécrose de la muqueuse**, une **diminution de la résorption intestinale** avec la **libération des toxines** et une **vasoconstriction splanchnique**.
- La conséquence de cette **réplétion** est une **distension pariétale intestinale**.
- La **distension maximale** en cas d'occlusion colique avec une valvule de Bauhin étanche risque d'entraîner une **perforation diastatique** du côlon droit.

Physiopathologie

B-En cas d'étranglement d'une anse par volvulus ou par incarceration de l'anse dans un orifice étroit, la **vascularisation de l'anse** est immédiatement **entravée** et l'anse risque de se nécroser, d'où l'urgence du diagnostic et de l'intervention.

C-Les occlusions mécaniques, liées à un obstacle organique sur le tube digestif et elles sont de deux types, l'obstruction et la strangulation.

D-Les occlusions fonctionnelles, sont par définition sans cause organique sur le tube digestif lui même. C'est l'iléus « paralytique ». Le **péristaltisme** intestinal **s'arrête au contact d'un foyer infectieux**, inflammatoire, un épanchement de sang intrapéritonéal ou sous-péritonéal ou un épisode douloureux abdominal.

III- Classification / Mécanismes

A-Occlusions mécaniques :

--Obstruction de la lumière intestinale :

- Obstruction de la lumière intestinale **par migration et blocage d'un corps étranger** à type de débris végétaux, de **parasites** tel l'ascaris ou plus souvent, par un **calcul biliaire (iléus biliaire)**
 - Rétrécissement** de la lumière intestinale par **épaississement inflammatoire de la paroi** ou par **rétraction scléreuse(maladie de CROHN)**.
 - Compression de l'intestin par une **lésion extrinsèque** à l'intestin.
 - Prolifération maligne ou bénigne** d'une tumeur pariétale.
- ##### --Strangulation intestinale : urgence absolue du fait de l'entrée en jeu du facteur **d'ischémie vasculaire**.
- Par **torsion** d'une anse autour de son axe, c'est le **volvulus**
 - Par étranglement dans un anneau de striction congénital ou acquis, c'est la **hernie étranglée**
 - Par **télescopage** d'un segment dans un autre, c'est l'**invagination intestinale aiguë**
 - Par **bride post-opératoire**.

Classification / Mécanismes

B--Occlusions fonctionnelles : liées à un trouble de la motricité intestinale, soit spasmodique, soit paralytique

- De nature réflexe accompagnant des **états douloureux aigus**.
- Provoqué par des troubles métaboliques telle l'**hypokaliémie**.
- Conséquence d'une **suppuration intra-péritonéale** localisée ou généralisée tel un abcès pelvien ou une péritonite.

C--Occlusions mixtes : une occlusion fonctionnelle peut devenir mécanique lorsque l'anse occluse, alourdie par les sécrétions, tourne sur elle-même ou autour d'une bride. Inversement, une occlusion mécanique partielle peut devenir totale lorsqu'un facteur fonctionnel (métabolique) se surajoute.

IV- Diagnostic clinique

A. Signes fonctionnels

Il existe une **triade fonctionnelle** caractéristique faite de :

- **Douleur** brutale soit permanente soit progressive évoluant par paroxysmes témoins de la lutte de l'intestin contre l'obstacle. Elle est d'abord localisée, puis généralisée à tout l'abdomen.
- **Vomissements**, d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïdes à un stade tardif.

Parfois, ils sont remplacés par de simples nausées.

- **Arrêt des matières et des gaz**, signe fondamental.

B. Signes généraux

- Altération progressive de l'état général.
- Déshydratation avec yeux cernés, langue sèche, pli cutané et soif intense.
- Fièvre, pouls accéléré, TA basse, parfois état de choc d'emblée.

Diagnostic clinique

C. Signes physiques

Inspection: Rechercher une éventuelle **cicatrice opératoire** évoquant une occlusion sur bride.

- Met en évidence un **météorisme abdominal diffus ou localisé**. Ce météorisme est soit immobile, soit actif animé par des ondes péristaltiques spontanées ou provoquées par la douleur.

Palpation: Recherche une **défense ou une contracture**, Recherche un **étranglement herniaire** par palpation systématique des orifices herniaires.

Percussion: Retrouve un **tympanisme généralisé ou localisé**

Auscultation: Retrouve des **bruits hydro-aériques** et des gargouillements spontanés ou provoqués, témoin de la lutte intestinale , A un stade avancé de l'occlusion l'auscultation retrouve un **silence abdominal**

Toucher rectal :Vérifie la **vacuité de l'ampoule rectale**, Recherche le **pole inférieure d'une tumeur rectale**.

- Recherche une éventuelle **rectorragie** (invagination intestinale) ,Sensation de plénitude du cul-de-sac de Douglas (plein de liquide)

V- Les examens para cliniques complémentaires

A- les examens biologiques

- Les signes biologiques de **déshydratation** peuvent être une **hémococoncentration** ainsi qu'une **alcalose hypochlorémique** si les vomissements sont abondants.
- La formule de numération sanguine : **hyperleucocytose**
- Une augmentation de l'amylasémie
- Une augmentation de la **créatinine phosphokinase** (CPK), nécrose intestinale
- Demander un **bilan rénal** en particulier l'urée et la créatinine
- Demander un **ionogramme sanguin**.

B-L'ASP (l'abdomen sans préparation) de face et debout ++, centré sur les coupes diaphragmatiques. Il recherchera :

- des images de niveaux hydro-aériques (NHA), parfois plus tardives (6H), avec :
 - Une rétention des gaz,
 - Des plis intestinaux
 - Préciser leurs nombres
 - Préciser leur siège
 - Analyser le squelette , psoas, rein, calcifications anormales,
 - Rechercher un pneumopéritoine, un épanchement liquidien.

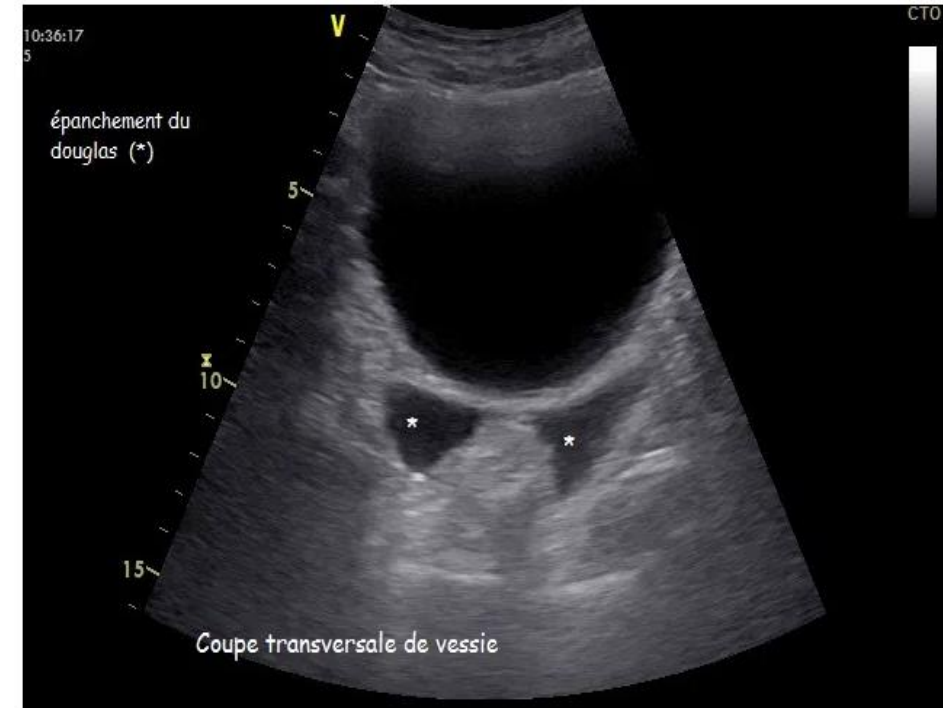


ASP avec rayons horizontaux (debout), montrant des anses digestives dilatées, sièges de nombreux NHA (flèches). Les fondamentaux de la pathologie digestive © CDU-HGE/Editions Elsevier-Masson - Octobre 2014

C- L'Échographie abdominale :

Classiquement, l'échographie n'a pas été reconnue comme une technique utilisable dans le cadre des syndromes occlusifs, en raison de la barrière acoustique réalisée par la présence de gaz contenu dans les anses intestinales dilatées. Cependant, les développements technologiques récents des appareils d'échographie, notamment l'apparition et l'amélioration des sondes de haute Fréquence couplées à l'étude Doppler couleur et pulsé, ont permis son utilisation dans les syndromes occlusifs.

- Elle peut retrouver un **épanchement péritonéal**
- Une **lithiase biliaire ou rénale** parfois.



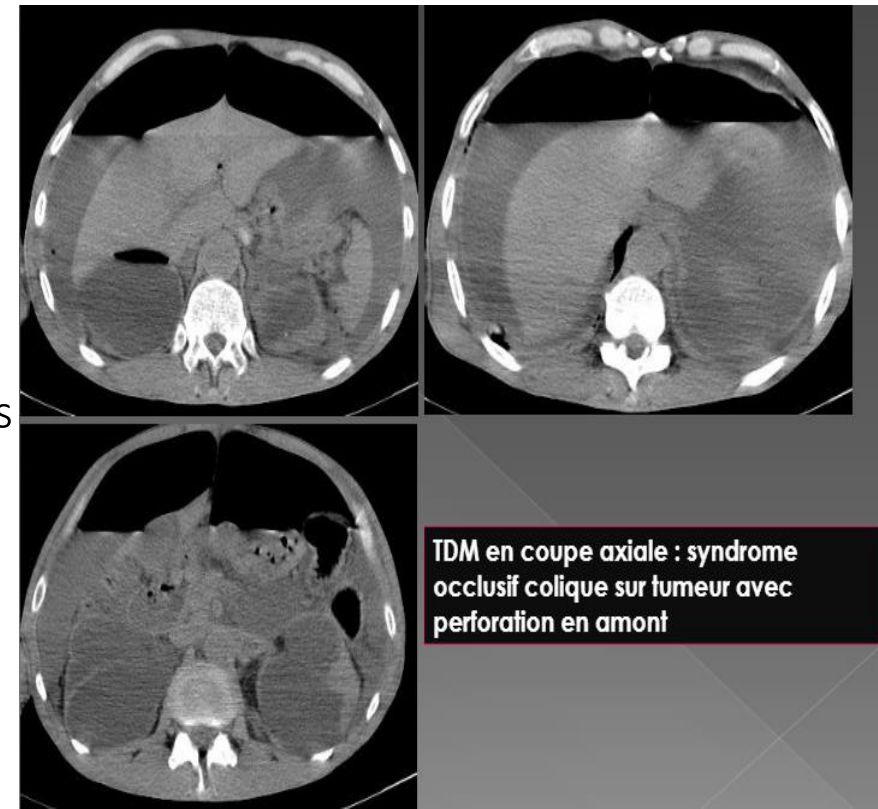
D- Le Scanner abdomino-pelvien (TDM AP) ++++

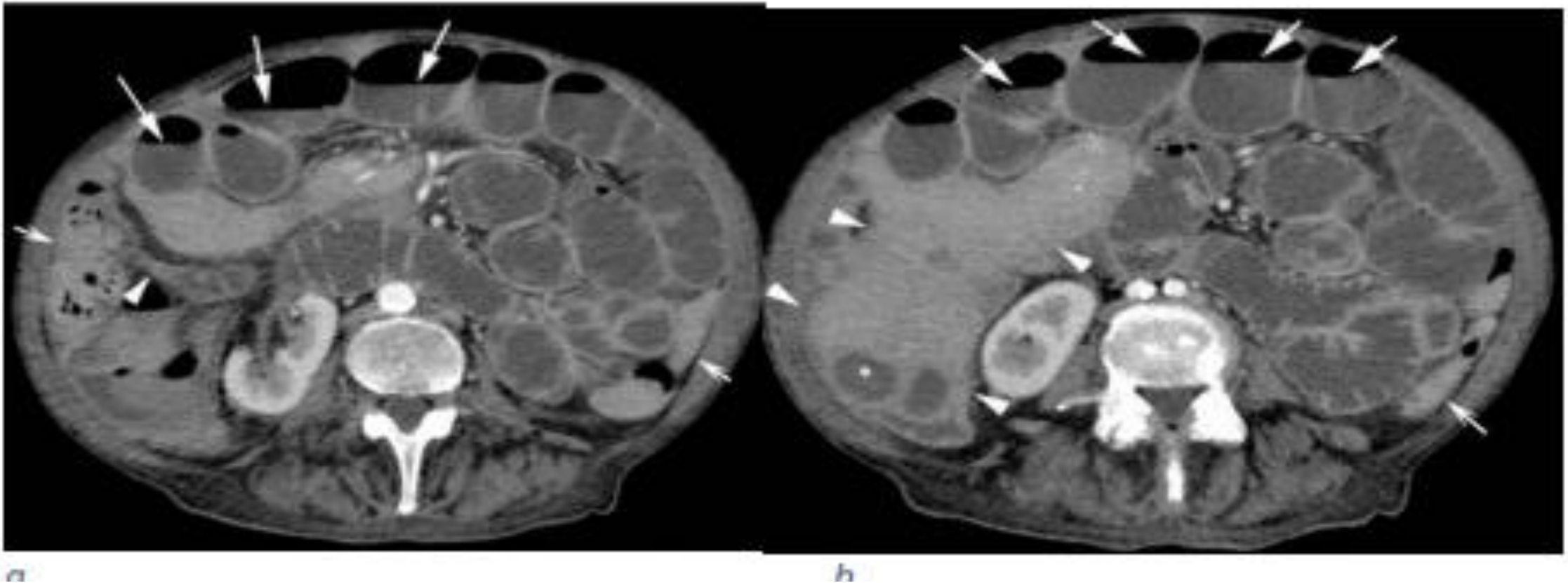
Seul examen utile en urgence en situation d'OIA.

-Le scanner est le **gold standard** dans la prise en charge des syndromes **occlusifs**. Il est supérieur aux examens conventionnels aux différentes étapes diagnostiques (**diagnostic positif, étiologique, différentiel et de gravité**).

-L'imagerie en coupe surtout la tomodensitométrie (TDM) joue un rôle essentiel devant un syndrome occlusif clinique en **confirmant le diagnostic positif** de l'occlusion et en déterminant la **cause de l'occlusion**.

-La TDM peut également apprécier le **siège de l'obstacle** dans les occlusions mécaniques et rechercher les **signes de gravité** à savoir l'**ischémie pariétale** qui peut aboutir très rapidement à la **gangrène intestinale** et à la **perforation**.
--Elle est **parfois associée** aux opacifications digestives et artérielles.





a. Occlusion du grêle sur bride. Les anses iléales et jéjunales sont dilatées avec NHA (flèches). Le côlon est plat (flèches creuses). La zone de disparité de calibre se situe sur la dernière anse iléale (tête de flèche).

b. Occlusion du grêle sur masse tumorale mésentérique (TDM) Les anses iléales et jéjunales sont dilatées avec NHA (flèches). Le côlon est plat (flèches creuses). La tumeur (têtes de flèche) enserre une anse iléale (*). Les fondamentaux de la pathologie digestive © CDU-HGE/Editions Elsevier-Masson - Octobre 2014

VI- Diagnostic de siège

A-Dans les OIA hautes ou OIA du Grêle (concernent le duodénum et l'intestin grêle), on peut observer :

- la présence de cicatrice ++
- des vomissements précoces,
- un arrêt du transit, plus tardif (le tube digestif d'aval poursuit sa vidange)
- et des douleurs intermittentes (spastiques).
- Un météorisme non important
- Rx : NHA plus Grandes que hauts, Centraux, Multiples

B-Dans les occlusions basses ou OIA du colon (concernent le côlon et le rectum.) Elles sont révélées par :

- un arrêt précoce du transit intestinal avec arrêt net des gaz ++
- des vomissements tardifs,
- Et des douleurs précoces et moins intenses
- un météorisme important ++
- Rx : NHA plus Hauts que larges, Périphériques et peu nombreux.

VII- Diagnostic de mécanisme

A-L'OIA par obstruction.

- Le début est généralement progressif
- Les douleurs sont spasmodiques, intermittentes, progressives
- Les bruits hydro-aériques sont accentués (douleur de lutte ou **syndrome de Köenig**)
- Le météorisme est diffus
- L'arrêt du transit est progressif, parfois l'arrêt des gaz est incomplet,
- Les vomissements sont plus ou moins abondants
- Les signes généraux sont soit peu marqués, soit en rapport avec la déshydratation (pouls accéléré, pression artérielle basse, faciès altéré).
- Causes :
 - soit intrinsèques (tumeurs ou sténoses de la paroi digestive liées à une maladie inflammatoire ou à un antécédent d'irradiation),
 - soit intra lumenales (corps étrangers/ fécalomes, calculs biliaires).

Diagnostic de mécanisme

B-L'OIA par strangulation (= torsion ou volvulus). Le mécanisme intéresse l'intestin et les pédicules vasculaires avec pour conséquence une ischémie et un risque de nécrose de la paroi intestinale.

- Le début des signes cliniques est souvent brutal
- Les douleurs sont intenses violentes et permanentes, fixe dans son siège et son intensité (douleur d'ischémie)
- On retrouve un silence à l'auscultation abdominale
- Le météorisme est asymétrique
- L'arrêt des matières et des gaz est brutal, complet.
- en cas d'absence de TRT précoce : nécrose intestinale
- Causes, il s'agit le plus souvent :
 - d'une bride postopératoire au niveau de l'intestin grêle
 - et les segments coliques mobiles (caecum et sigmoïde) au niveau du colon.

Diagnostic de mécanisme

C-Les occlusions fonctionnelles, sont par définition sans cause organique sur le tube digestif lui-même. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination après un bilan complémentaire à la recherche d'une cause organique. Les occlusions fonctionnelles surviennent dans trois situations cliniques :

- **Occlusion réflexe ou iléus paralytique** qui est une réaction à une **douleur intense intra ou rétro péritonéale/** colique néphrétique, pancréatite aiguë. **Après une intervention chirurgicale** sur l'abdomen, il s'en suit une occlusion fonctionnelle réflexe dont la durée dépend des paramètres de l'intervention (durée, type etc.).
- **Occlusion en contexte inflammatoire/** péritonite, abcès intra abdominal, diverticulite, hématome etc.
- **Occlusion fonctionnelle d'origine métabolique ou endocrinienne/** syndrome d'Ogilvie, hypothyroïdie, hypokaliémie, hypocalcémie.

VIII- Diagnostic différentiel

-Les Affections médicales :

- Les coliques néphrétiques,
- Les coliques vésiculaires,
- L'infarctus du myocarde (IDM),
- Le tabes,
- Le saturnisme.

-Les Affections chirurgicales :

- La pancréatite aiguë,
- L'infarctus entéro-mésentérique,
- La péritonite.

IX- Formes cliniques

A-Pour le Grêle.

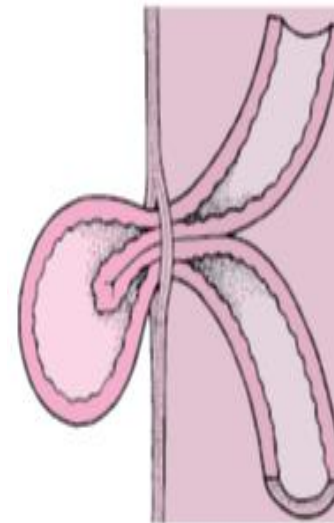
1. En cas de volvulus : « brides ou adhérences »

- douleurs intenses péri-ombilicales
- vomissements précoces
- défense localisée
- arrêt des gaz net
- parfois vidange du segment distal
- ASP : anse distendue + NHA

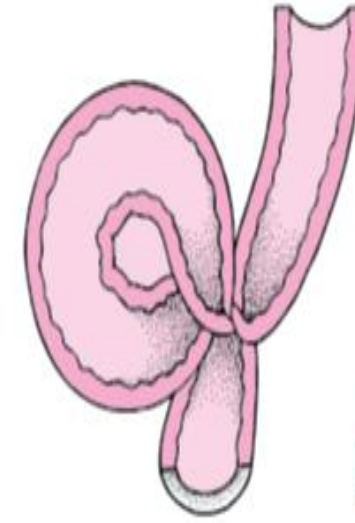
2. En cas de hernies étranglées.

Les hernies inguinales sont responsables de 95 % des occlusions. Le diagnostic se fait cliniquement

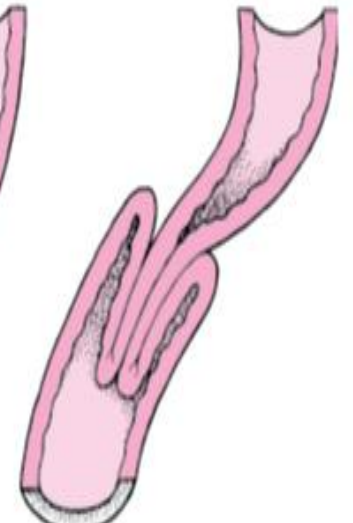
mais la tomodensitométrie est utile pour l'analyse du collet de la hernie, de leur contenu (grêle, côlon, épiploon, etc.) et la recherche de complications à type de strangulation.



Hernie étranglée



Volvulus



Invagination

3. En cas de tumeurs du grêle, bénignes ou malignes , ces tumeurs peuvent s'accompagner de :

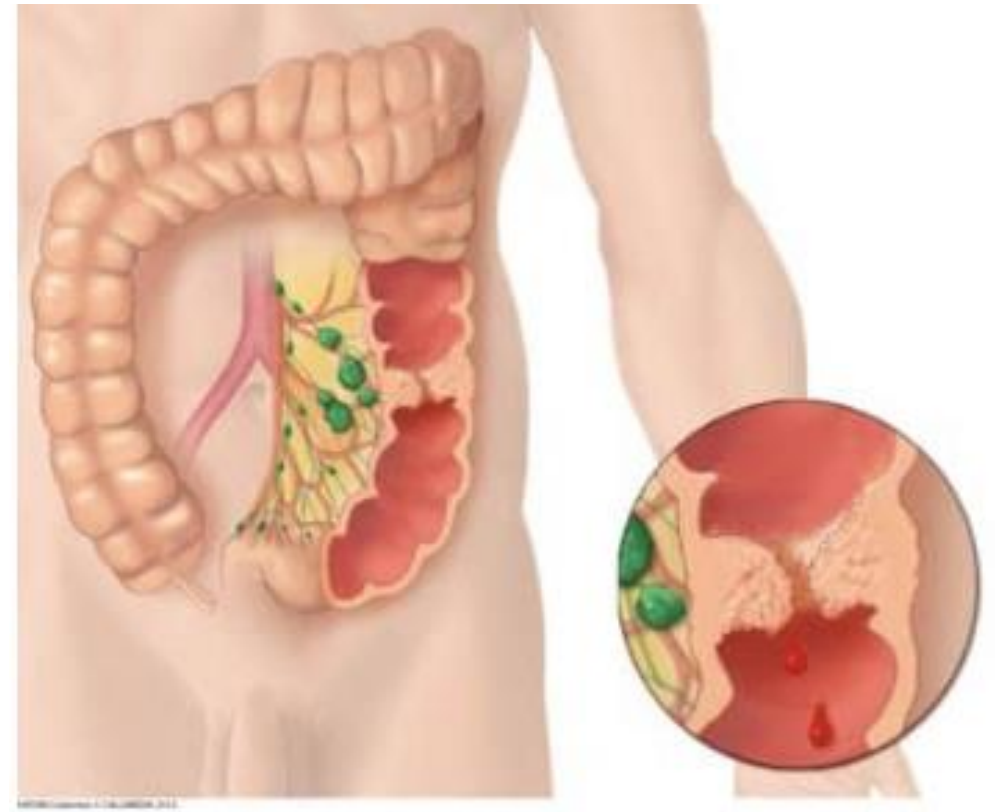
- perforation,
- rétrécissement progressif

4. autres causes : corps étrangers, parasites

B-Pour le colon:

1. Cancer :cause fréquente d'occlusion

- début progressif
- altération de l'état général
- parfois rectorragies
- arrêt net des gaz
- météorisme souvent en cadre
- ASP : NHA plus hauts que larges
- Scanner +++



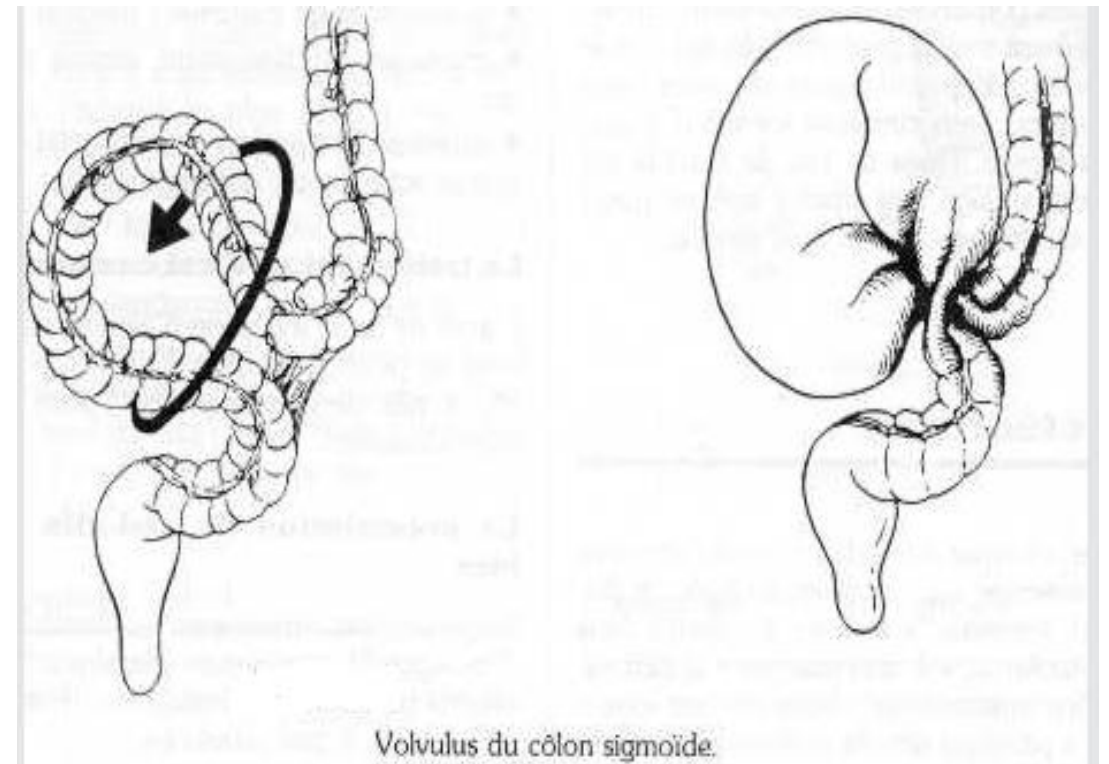
2. Le volvulus du sigmoïde : souvent un homme âgé de plus de 50 ans

- douleurs abdominales, fosse iliaque gauche
- A l'examen physique, on trouve un ballonnement rapidement monstrueux, asymétrique, en diagonale(météorisme important, asymétrique). L'anse colique distendue est inerte, tympanique et silencieuse. Au toucher rectal, l'ampoule rectale est vide. Parfois, on peut percevoir le pied du volvulus au sommet de l'ampoule.

- vomissements peu fréquents
- L'arrêt des matières et des gaz est immédiat.
- ASP : arceau volumineux, image en grain de café.

3. Le volvulus cæcum :

- défaut d'accolement
- distension abdominale
- arrêt des matières et des gaz



4. Autres :

- Le **syndrome d'Ogilvie** : c'est une dilatation colique sans obstacle mécanique. Les causes sont métaboliques et endocriniennes. Il s'agit d'une pseudo-occlusion. C'est une distension gazeuse aiguë du côlon.
- **Un iléus biliaire** : les signes fonctionnels sont une douleur abdominale diffuse, continue ou par crampes, des vomissements et un arrêt des matières et des gaz.
- Une sigmoïdite
- Le fécalome



X- Les principales complications aiguës de l'occlusion intestinale

- Les facteurs qui menacent la vie au cours d'une occlusion intestinale aiguë sont :
 - le choc hypovolémique et ses conséquences,
 - la perforation intestinale,
 - les hémorragies digestives (stress ou syndrome de Mallory-Weiss)
 - et les pneumopathies
 - L'inhalation au cours de vomissements. (syndrome de Mendelson)
- Le risque local de nécrose ou de perforation intestinale résultant d'ulcérations mécaniques (iléus biliaire) ou d'une ischémie pariétale, soit sur l'obstacle (bride, étranglement, volvulus) soit en amont de l'obstacle (perforation diastatique due à la distension gazeuse).

XI- Le traitement des occlusions intestinales aiguës

A- But :

- lever l'obstacle
- traiter les conséquences de l'OIA.
- Corriger les troubles hydro-électrolytiques

B- le traitement médical : Réanimation +++

- Il faut corriger les perturbations volémiques et hydro électrolytiques
 - Rétablir la volémie/ macromolécules, SSI
 - correction selon l'ionogramme.
- Mise en place d'une sonde d'aspiration naso-gastrique
- Mise en place d'une sonde urinaire (diurèse)
- Les antispasmodiques, antalgiques et antibiotiques

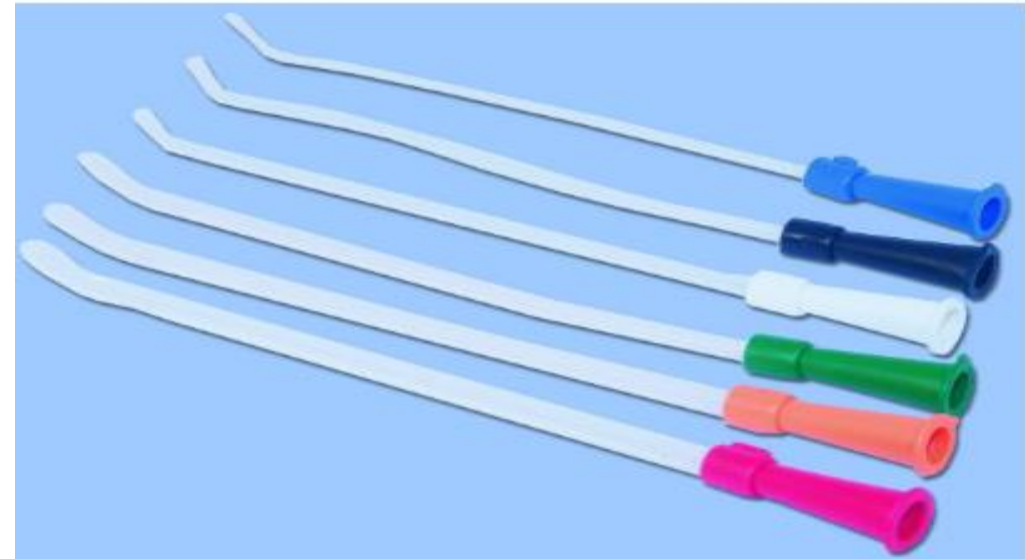
C-Techniques instrumentales :

Prudence en cas de traitement endoscopique !!!

Il s'agit d'une intubation recto-colique en cas de volvulus du côlon sigmoïde, d'un lavement désinvaginant en cas d'invagination intestinale aiguë du nourrisson

et de coloscopies itératives de décompression dans le syndrome d'Ogilvie pour éviter la perforation diastatique du côlon droit.

Le traitement des occlusions fonctionnelles n'est pas chirurgical, il revient à traiter la maladie causale et n'est pas chirurgical.



D- le traitement chirurgical : dépend du siège de l'occlusion et de l'étiologie exacte.

Les raisons d'une indication chirurgicale d'urgence dans l'occlusion intestinale aiguë peuvent être la menace de nécrose d'une anse intestinale ou un diagnostic étiologique incertain.

- la voie d'abord : laparotomie ou coelioscopie utile au diagnostic et au traitement
- faire une exploration complète
- il faut rechercher la cause de l'OIA.
- rechercher l'aspect typique du sillon de striction avec le segment intestinal plat et le segment dilaté.
- Appréciation de la vitalité de l'anse intestinale en cause (conservation en cas de viabilité et résection en cas de nécrose).
- traiter en fonction de l'étiologie
- Section d'une bride.
- Exérèse d'un segment grêlique et rétablissement de la continuité digestive/ anastomose / termino-terminale ou la confection d'une stomie.
- Exérèse d'un segment colique + colostomie en général (selon Hartman ou B.Wolkman)
- Une vidange rétrograde (si nécessaire) doit être prudente

Conclusion

-Les occlusions intestinales aiguës représentent une urgence médico-chirurgicale pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le diagnostic d'une occlusion mécanique et son degré de gravité doivent être précisés le plus rapidement possible, car un retard d'une intervention chirurgicale, lié le plus souvent à une erreur de diagnostic, accroît la mortalité en particulier en cas d'ischémie pariétale associée.

Références

- Taurel P, Blayac PM, Bruel JM. : Occlusion intestinale aigue : éliminer une occlusion mécanique compliquée d'une strangulation. Imageries des urgences. Ed Masson 2004;p83-99.
- Borie F, Guillon F, Aafort S. Occlusions intestinales aiguës de l'adulte: diagnostic. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris),
- Gastro Les fondamentaux de la pathologie digestive. CDU-HGE/Editions Elsevier-Masson - Octobre 2014
- Pr Mekideche. Occlusion intestinale aigue. Université Ferhat Abbas Sétif 1 Faculté de médecine Service de médecine interne.