

Université Mostefa Benboulaïd Batna 2
Faculté de Médecine
Département de Médecine

Cours de Sémiologie digestive
3ème année-Médecine
dr Chaib .H

Occlusion intestinale aigue





plan:

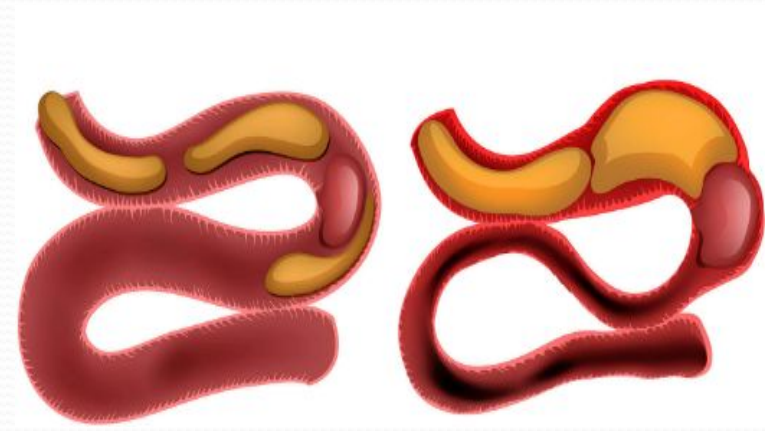
- 1-objectif
- 2-définition
- 3-physiopathologie /mécanisme
- 4-sémiologie clinique
- 5-sémiologie radiologique
- 6-bilan biologique
- 7-différents types d'OIA
- 8-les étiologies
- 9-conclusion


1/Objectifs:

- Définir une occlusion intestinale aigue (OIA).
- Décrire les mécanismes physiopathologiques OIA.
- Décrire les caractéristiques sémiologiques d'une OIA.
- Différencier une OIA mécanique d'une OIA fonctionnelle.
- Décrire en se basant sur les caractéristiques cliniques et radiologiques les deux formes topographiques d'une OIA mécanique(greluque/colique).
- Connaitre les principales complications d'OIA.

2/Définition:

- c'est un syndrome défini par un **arrêt complet** et **persistant** des matières et des gaz, , dans un segment digestif.
- conséquence **locale** et **générale**.
- Cause **mécanique** ou **fonctionnelle**.
- 3 étapes diagnostiques :
 - **reconnaître** l'occlusion.
 - préciser le **mécanisme** et le **siège**.
 - préciser la **cause** .
- Prise en charge sans délai: **urgence** médico-chirurgicale.

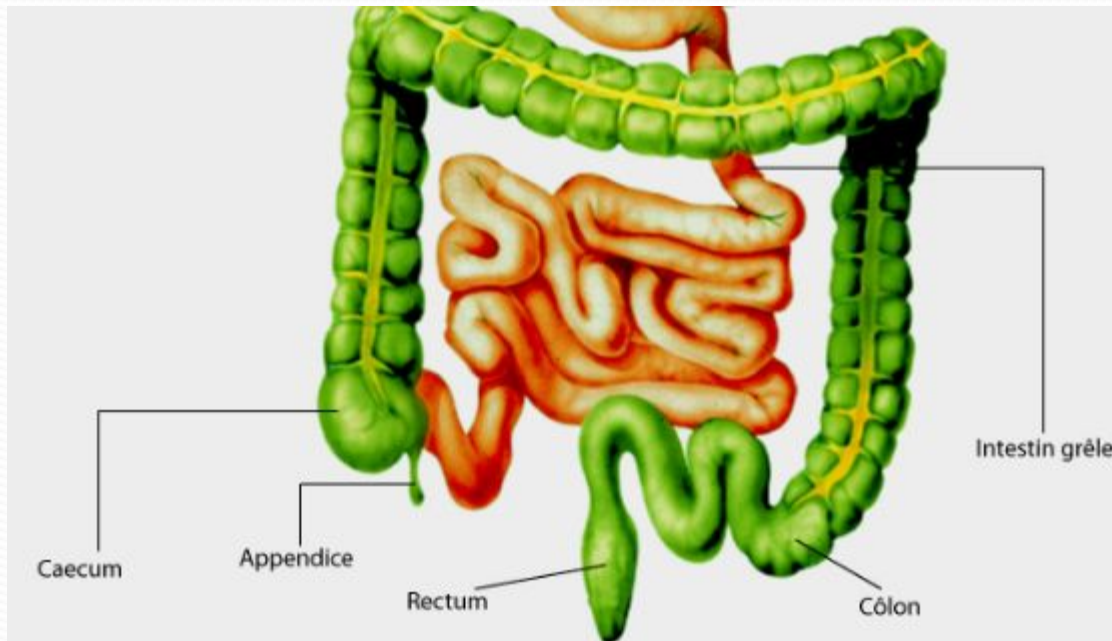


- 
- Les occlusions digestives sont un des **motifs les plus fréquents d'hospitalisation** en chirurgie digestive.
 - **Deux facteurs principaux de gravité:**
 - La **strangulation** :qui provoque une ischémie rapide du tube digestive avec un risque accru de nécrose.
 - Le **terrain** : les personnes âgées (vmts ,déséquilibre H/E).
 - La PEC commence toujours par une réanimation et une rééquilibration hydro-électrolytique, surtout chez les patients âgés.

3/Physiopathologie:

L'intestin est un organe creux, dynamique, qui comprend:

- 6,5m d'intestin grêle (jéjunum et iléon), dans la partie centrale, mobile.
- et 1,5m de colon, succession de segments mobiles et fixes.



□ On distingue selon **le siège de l'arrêt** :

1. **Occlusion Haute** : Duodénum et grêle.
2. **Occlusion Basse**: colon et rectum.

□ On distingue **deux grand types**:

-soit par un **obstacle** interrompt le transit et on parle alors d'une occlusion **mécanique** (**obstruction ,strangulation**)

-soit il n'y a pas d'obstacle ; **une paralysie** des muscles de l'intestin entraine l'absence de progression: **iléus** et on parle alors d'une occlusion **fonctionnelle**.

-Obstruction :

□ grêle : provoque

- **Hyper péristaltisme** réactionnel de lutte.

- Suivi d'une **distension de l'intestin**.

- D'abord secondaire à l'accumulation de gaz (surtout l'air dégluti),

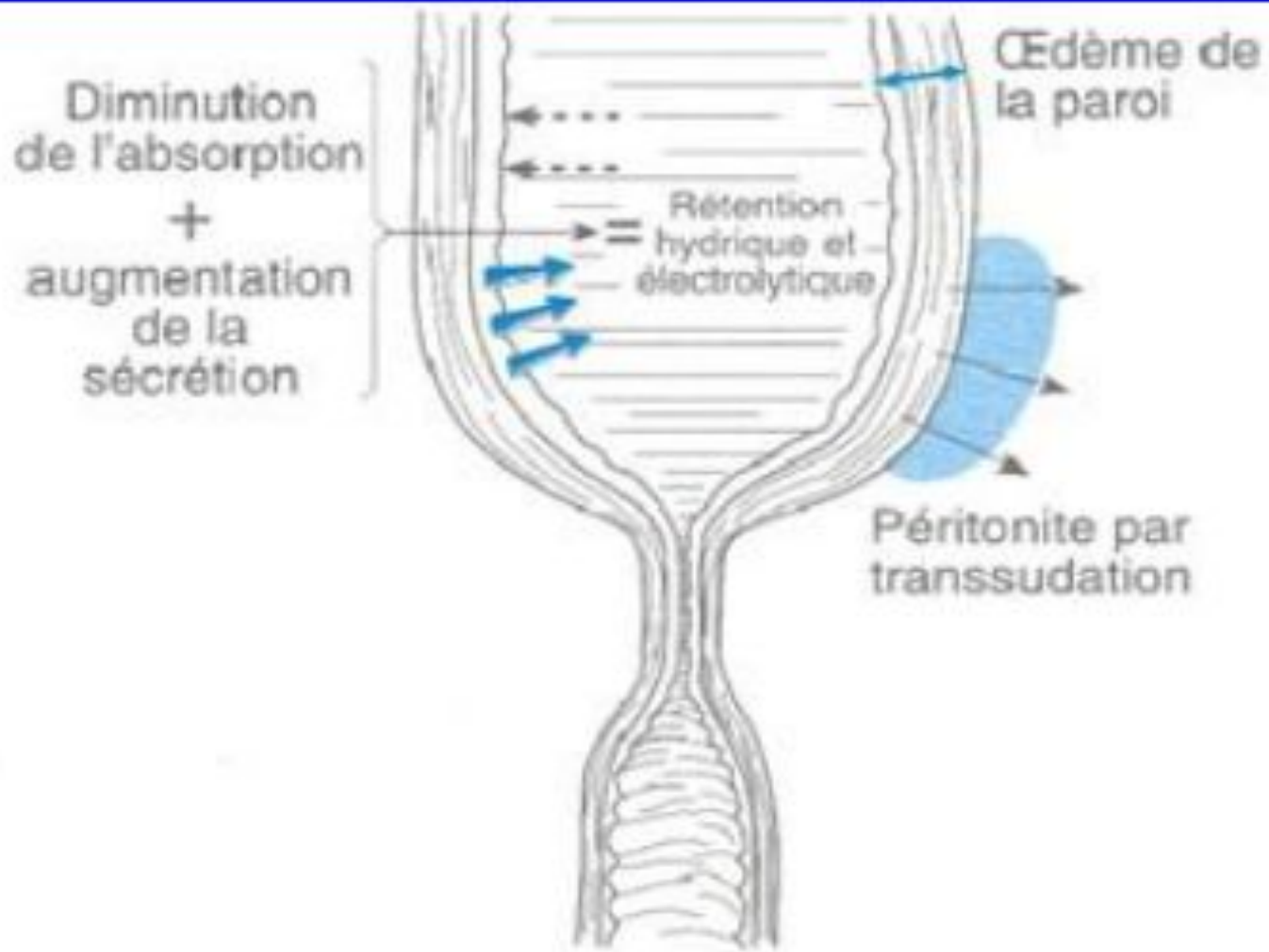
- puis, de liquide (sécrétion digestive est de 6 L/j).

- La décompression du grêle en partie (distension gastrique et aux vomissements).

-L'augmentation de la pression endo-luminale va diminuer le retour veineux --- **ischémie digestive**.

□ Coliques :

- Le péristaltisme réactionnel est moins franc.
- La distension colique est également secondaire à l'accumulation de gaz+++.
- Le grêle n'est distendu que si **la valvule de Bauhin** est incontinente.
- Si elle est continente, le caecum va subir toute la distension avec un risque d'ischémie et de **perforation diastatique** (caecum +++).



-Strangulation :

- En plus des conséquences physiopathologiques décrits pour les obstructions, la strangulation provoque des

lésions vasculaires :

- blocage du retour veineux --- extravasation de sang dans l'anse et dans la cavité péritonéale ;

- **ischémie artérielle** --- infarctus de la paroi en moins de 8 H.

- **La nécrose** va entraîner une **perforation digestive**.

-Occlusion fonctionnelle :

- L'occlusion est secondaire à une baisse de l'activité péristaltique de la paroi intestinale. Les vomissements sont rares par absence de péristaltisme.
- La distension est importante et précoce.
- Le volume du 3ème secteur (liquide dans la lumière digestive +++, épanchement intra-abdominal, œdème du tissu interstitiel...) peut être élevé.
- En revanche, les altérations pariétales sont tardives.



-Désordres métaboliques :

- Le 3ème secteur peut être responsable d'une déshydratation globale avec hypovolémie , pli cutané, insuffisance rénale fonctionnelle...
- Les troubles ioniques et acido-basiques dépendent de la localisation de l'occlusion :

OCCLUSION HAUTE

Vomissements précoces et abondants

- S'ils sont constitués uniquement de liquide gastrique, les pertes sont acides, hypotoniques et riches en chlore --- **alcalose métabolique** d'autant plus importante que l'hypovolémie est forte.
- S'ils sont constitués d'un mélange de liquide gastrique avec des sécrétions bilio-pancréatiques, les pertes sont alcalines, isotoniques et riches en sodium --- **acidose métabolique et hypokaliémie.**

OCCLUSION DISTALE

Vomissements tardifs,

- L'aspiration gastrique va enlever un liquide de stase constitué d'un mélange des sécrétions gastriques, bilio-pancréatique et jéjunale --- déficit global en sodium, bicarbonates, protons --- **déshydratation globale sans troubles acido-basiques.**
- Une acidose doit faire craindre un sepsis ou une ischémie (acidose lactique).



Résumé :


- Distension intestinale.
- Troubles de la microcirculation.
- Altération des secteurs hydriques de l'organisme

Mécanisme:

1-les occlusions mécaniques: liées à un obstacle organique sur le tube digestif ; elles surviennent suite à :

□ Obstruction de la lumière intestinale :

- Obstruction de la lumière intestinale par migration et blocage d'un corps étranger :débris végétaux, parasites, calcul biliaire ayant migré vers l'intestin .
- Rétrécissement de la lumière intestinale par épaissement inflammatoire de la paroi ou par rétraction scléreuse.
- Prolifération maligne ou bénigne d'une tumeur pariétale.
- Compression de l'intestin par une lésion extrinsèque à l'intestin.

- 
- **Strangulation intestinale** : **urgence absolue** du fait de l'entrée en jeu du facteur d'ischémie vasculaire. Elle survient :
- 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** ,cicatrice fibreuse secondaire à une intervention chirurgicale .

Les occlusions mécaniques

par obturation



obstacle endoluminal



obstacle pariétal



Compression
extrinsèque



compression par
bride lâche

par strangulation



étranglement

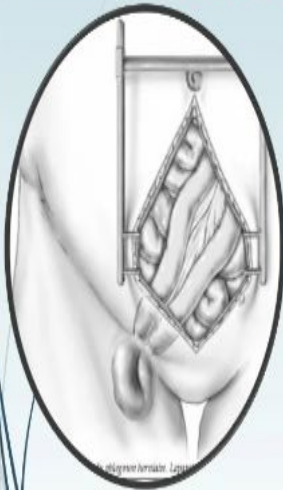


volvulus

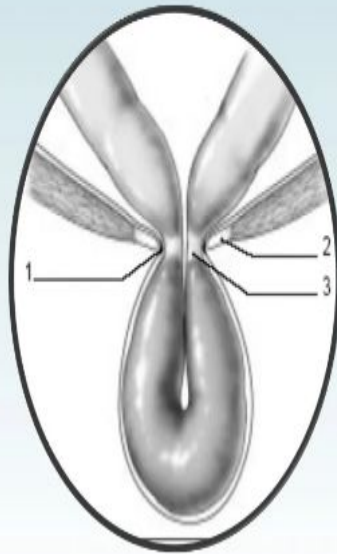


Invagination intestinale aigüe

OCCLUSIONS DU GRÊLE PAR STRANGULATION



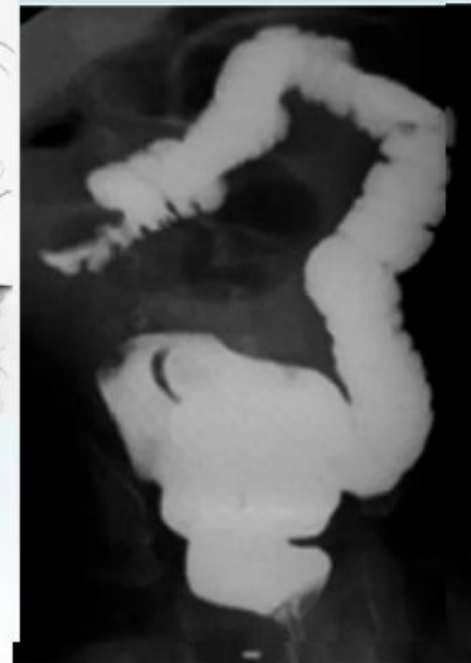
Hernie étranglée

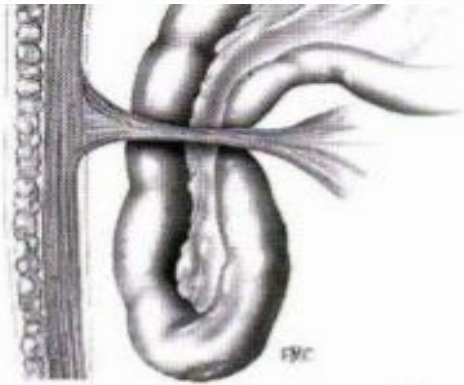


Occlusions du grêle par strangulation



Invagination intestinale

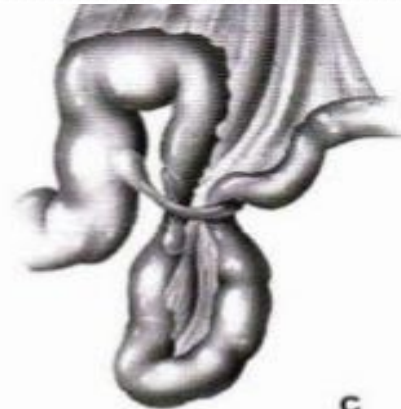




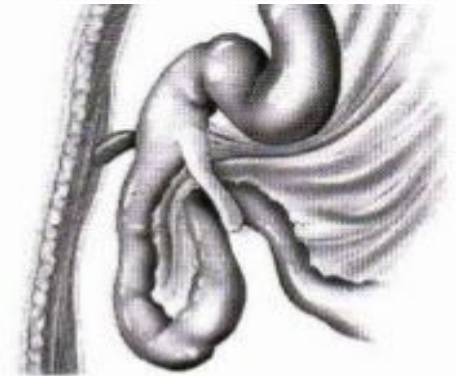
A



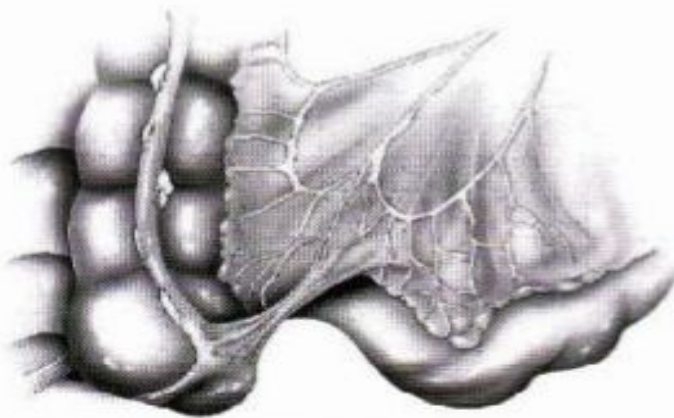
B



C



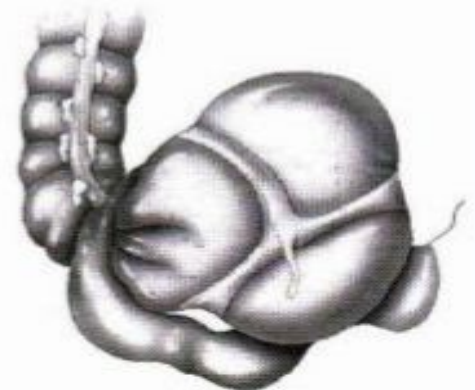
D



E



F



G

1

A. Étranglement dans une fenêtré pariétale.
B. Volvulus sur brides à la paroi.
C. Occlusion diverticulaire.
D. Occlusion par diverticule relié à la paroi.

E. Bride épiploïque postspendicectomie.
F. Volvulus du sigmoïde.
G. Volvulus du cecum.

Activer Windows
Accédez aux paramètres po

2-Les occlusions dynamiques ou fonctionnelles:

-liées à un trouble de la motricité intestinale(sans cause organique sur le tube digestif lui-même). C'est l'**iléus « paralytique »**. Le péristaltisme intestinal s'arrête au contact d'un :

- un foyer infectieux (ex. une appendicite ou une péritonite) .
- Un foyer inflammatoire (ex. une pancréatite aiguë).
- Métabolique (hypokaliémie).
- un épanchement de sang intrapéritonéal ou sous-péritonéal (ex.après une fracture du bassin)
- lors d'un épisode douloureux intrapéritonéal ou rétro péritonéal (ex. une colique hépatique ou une colique néphrétique chez le sujet âgé).

4/Sémiologie clinique: le syndrome occlusif aigue

Interrogatoire : Fondamental pour le diagnostic positif et étiologique.

- **Antécédents médicaux** : constipation, maladie inflammatoire de l'intestin, terrain vasculaire, diverticule du colon...
- **Antécédents chirurgicaux** : laparotomie +++, néoplasie colique...
- **Prise médicamenteuse** : ralentisseur du transit, anticoagulants, aspirine, neuroleptiques...

1-Signes fonctionnels :

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

a-Douleur abdominale :

- constante.
- début plus ou moins brutal.
- intensité variable évoluant par paroxysmes témoins de la lutte de l'intestin contre l'obstacle.
- Elle est d'abord localisée, puis généralisée à tout l'abdomen.

b-Vomissements :

- précoces ou tardifs ,
- d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïdes à un stade tardif. Parfois, ils sont remplacés par de simples nausées.

c-Arrêt des matières et des gaz:

- signe fondamental surtout l'arrêt des gaz qui précède l'arrêt des matières de Quelques heures.

2-les signes généraux:

- Altération progressive de l'état général.
- Signes d'hypotension (par déshydratation principalement +++): hypotension, tachycardie, oligurie,
- signes de déshydratation : pli cutané, sécheresse des muqueuses, soif...
- Signes de sepsis : fièvre, faciès terreux, tachycardie.
- Désordres acido-basique : bradypnée, hypoventilation
- Sueurs, agitation, confusion...

La gravité de l'occlusion tient autant à l'état général (déshydratation +++) qu'à l'occlusion elle-même.

3. Signes physiques:

□ L'inspection :

- Cicatrice d'intervention chirurgicale** évoquant une occlusion sur bride.
- météorisme abdominale:**
 - Distension abdominale central ou périphérique, majeur ou absent(occlusion haute à ventre plat) .
 - diffus ou localisé , symétrique ou asymétrique.
 - soit immobile, soit actif animé par des ondes péristaltiques spontanées ou provoquées par la douleur.
- Respiration abdominale** : normale en générale.

□ **la palpation:**

- recherche une douleur, une défense, une masse.
- Pas de contracture

□ **la percussion:**

- Tympanisme :sonorité plus longue ,plus intense que normalement.

□ **L'auscultation :**

- Gargouillement « borborygmes », ou silence abdominal (strangulation) .

□ **Touchers pelviens:** rectal et vaginal:

- Vérifie la vacuité de l'ampoule rectale.
- Recherche le pôle inférieure d'une tumeur rectale.
- Recherche une éventuelle rectorragie (invagination intestinale)
- Sensation de plénitude du cul-de-sac de Douglas (plein de liquide)

□ **Examens systématiques des orifices herniaire.**

4/Sémiologie radiologique:

-ASP : radiographie de l'abdomen sans préparation :

-face debout, face couché, face centré sur les coupes diaphragmatique
peut montrer:

-Des images de niveaux hydro-aériques avec opacité basale à limite supérieure horizontale, surmontée d'une hyperclarté.

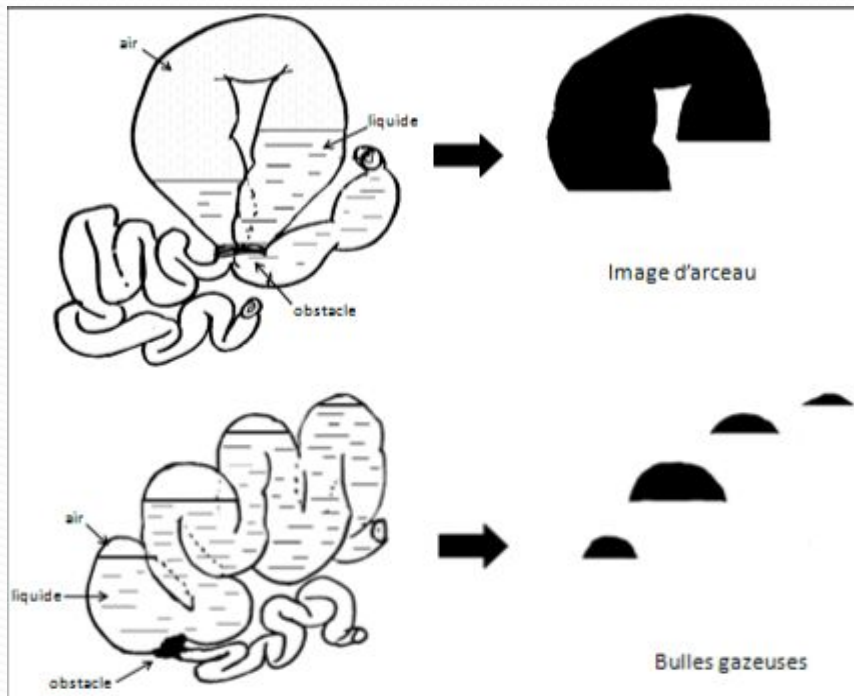
-Dans les occlusions grêliques : les niveaux sont souvent centraux, multiples, plus larges que hauts, disposés en marche d'escalier.

-Dans les occlusions coliques: les niveaux sont périphériques, peu nombreux, volumineux, et plus hauts que larges.

-Rechercher un pneumopéritoine, un épanchement liquidien.

1/ niveaux hydro-aériques et corrélation anatomo-radiologique.

2/ radiographie d'abdomen sans préparation debout montrant un arceau (flèche simple) et une bulle gazeuse (double flèche).



1

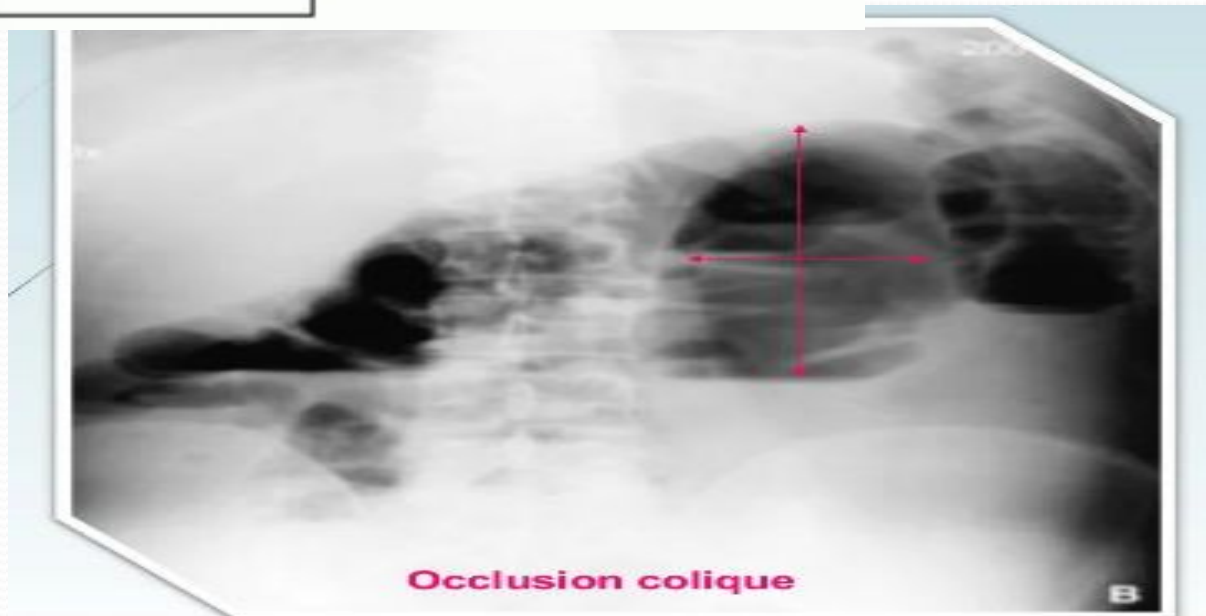


2

Radiographie sans préparation de l'abdomen en position debout chez un malade ayant une occlusion du grêle.

Il y a des niveaux hydro-aériques de type grêle (multiples, centraux, plus larges que hauts) car le malade est en position debout.

Noter l'absence d'air dans tout le cadre colique. En revanche, il existe encore des selles dans l'ampoule rectale ce qui traduit le caractère aigu et récent de l'occlusion.

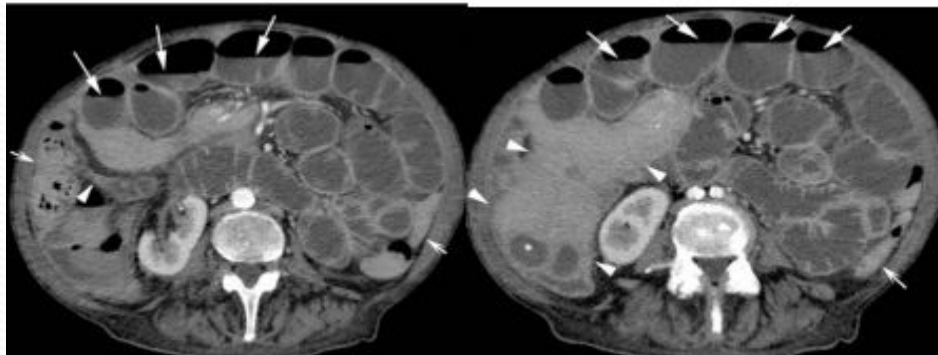


Occlusion colique

B

-La tomodensitométrie:

- 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)



-L'échographie abdominale :

- **faible apport** (volume de gaz), met en évidence:
- Un corps étranger en cas d'occlusion post-opératoire.
- Un foyer d'abcès, une tumeur ou une cholécystite lithiasique occlusive.
- utile chez l'enfant en cas d'invagination.

-Opacification digestives aux hydrosolubles:

- il peut préciser le **siège** et la **cause** de l'occlusion .
- En cas de doute sur occlusion colique proximale et grêle distal.
- En cas d'occlusion colique pour déterminer le niveau.

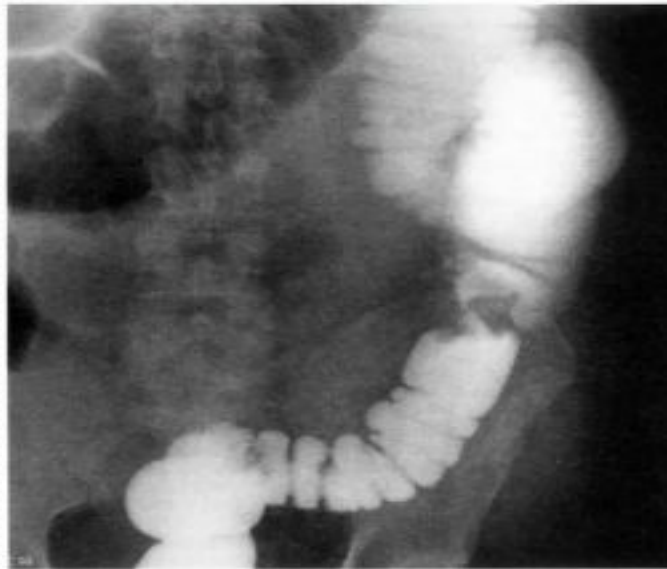



Image caractéristique d'une tumeur du colon gauche

5/Bilan biologique:

- Systématique : évalue les complications + prépare le bilan préopératoire.
- FNS** : hyperleucocytose (signe de gravité), anémie (cancer avec saignement occulte).
- Ionogramme** : retentissement du 3ème secteur(déshydratation, insuffisance rénale fonctionnelle) : Protidémie, HK et créatinémie.
- Bilan préopératoire** : Gr-Rh, hémostase : TP, TCA, INR selon terrain, (+ECG, téléthorax)



6/Au terme de l'examen clinique et des examens para cliniques : Selon le siège de l'occlusion, on a différents tableaux cliniques :

Occlusion du grêle:

▣ Signes fonctionnels:

- début brutal et très intense ; vomissements intenses et précoces ; arrêt des matières et des gaz tardif ; altération de l'état général importante ; collapsus par hypo volémie (formation du 3ème secteur : chyme intestinal sors de l'intestin vers la cavité péritonéale par transsudation et par perforation.
- ▣ **Signes physiques** : météorisme abdominal discret localisé, centré dans la région péri ombilicale.
- ▣ **ASP** : niveau hydro-aériques nombreux, centro- abdominaux, en marche d'escalier, de petites dimensions, plus larges que hauts

Occlusion du colon :

- **Signes fonctionnels** : douleurs abdominales à début progressif, d'intensité peu marquée; vomissements tardifs; arrêt des matières et des gaz précoce; état général longtemps conservé.
- **Signes physiques** : météorisme abdominal très important, soit périphérique en cadre, soit asymétrique, puis devient diffus et généralisé.
- **L'ASP** : montre des niveaux hydroaériques peu nombreux avec des bulles gazeuses périphérique dessinant le cadre colique, plus hautes que larges.

L'occlusion intestinale fonctionnelle :

-Elle réalise un iléus paralytique (paralysie momentanée des anses grêles)
reflexe le plus souvent résolutif sans obstacle organique vrai.

- ▣ **Signes fonctionnels** : arrêt des matières, sans arrêt absolu des gaz, douleur peu importante, voire absente.
- ▣ **Signes physiques** : météorisme abdominal diffus, immobile, sans ondulations péristaltiques
- ▣ **ASP**: montre une distension intestinale globale intéressant également le cadre colique sans niveaux hydro-aériques.

7/Les principales causes:

- Occlusion du nouveau né** :Elle survient à la naissance, dès les premières heures ; elle peut être due à :
 - Imperforation anale.
 - Atrésie de l'intestin grêle .
 - Sténose duodénale.
 - Maladie de HIRSCHPRUNG : maladie congénitale caractérisée par l'absence de ganglions nerveux qui contrôlent les muscles lisses de l'intestin. L'aganglionose est le plus souvent limitée au rectosigmoïde.



-Occlusion du nourrisson (âgé de moins d'un an):


C'est l'invagination intestinale aigue caractérisée par une crise douloureuse aigue avec arrêt des matières et des gaz et refus de biberon.

-Occlusion de l'enfant: Elle est rare et est surtout fonctionnelle (satellite d'une appendicite)



-Occlusion de l'adulte:

- Occlusions du grêle:** essentiellement par strangulation :
 - Adhérences et brides post-opératoires.
 - Etranglement herniaire.
 - Obstruction intrinsèque (iléus biliaire.)
 - Invagination intestinale
- Occlusions du colon:** survenant sur :
 - Volvulus du colon pelvien surtout chez le sujet âgé
 - Tumeurs colorectales - Sigmoidites rétractiles ou diverticulaires

- 
- Occlusions fonctionnelles : peuvent être réactionnelles à :
 - Processus infectieux : abcès, appendicite, péritonite
 - Troubles hydro électrolytiques : hypokaliémie
 - Post opératoires : un iléus normal peut survenir pendant 3 à 4 jours, au-delà il risque de devenir organique.



Conclusion:

- Syndrome abdominal fréquent.
- Urgence chirurgicale.
- Un bon examen clinique et des examens complémentaires de qualité.
- Une prise en charge précoce.