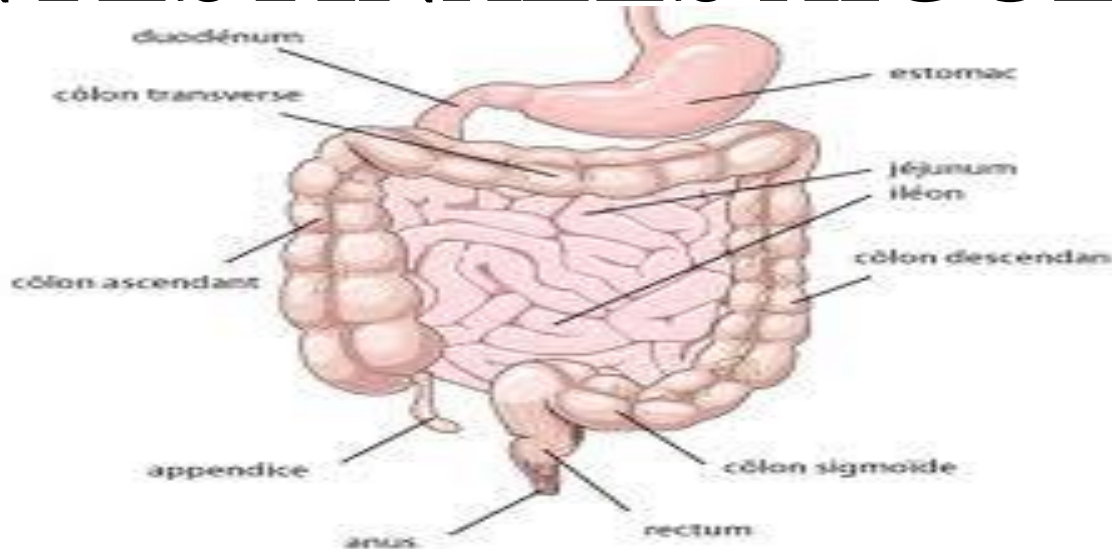


# PHYSIOPATHOLOGIE DES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES



**Dr ACHI M.**  
**Maitre Assistant en**  
**Anesthésie Réanimation**

# PLAN:

**1/INTRODUCTION:**

**2/DEFENITION :**

**3/PHYSIOPATHOLOGIE :**

**A-Mécanisme de l'occlusion intestinale aigue**

**A-1 Occlusions mécaniques**

**A-2 Paralysie du péristaltisme**

**B-Conséquence de l'occlusion**

**4/EVALUATION DU RETENTISSEMENT GENERAL DE L'OCCLUSION:**

**5/DIAGNOSTIC POSITIF:**

**6/DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:**

**7/DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

**8/PRISE EN CHARGE :**

**9/CONCLUSION:**

# INTRODUCTION:

- L'occlusion intestinale aiguë est une situation potentiellement grave qui engage souvent le pronostic vital quand il y a un retard au diagnostic et/ou la prise en charge initiale est insuffisante.
- Elle nécessite toujours une hospitalisation en milieu chirurgical et conduit souvent à une indication opératoire avant la survenue des conséquences locales et générales de l'occlusion.
- Les occlusions intestinales représentent 10% des douleurs abdominales de l'adulte et les occlusions du grêle sont 3 à 4 fois plus fréquentes que les occlusions coliques.

# DEFINITION:

- L'occlusion intestinale aiguë est un syndrome définit par l'arrêt brusque et complet du transit intestinal complet au niveau du grêle ou du côlon.
- C'est une **Urgence abdominale** engage souvent le **pronostic vital**.

(un Transit intestinal normal= péristaltisme et la lumière intestinale libre)

# DEFINITION:

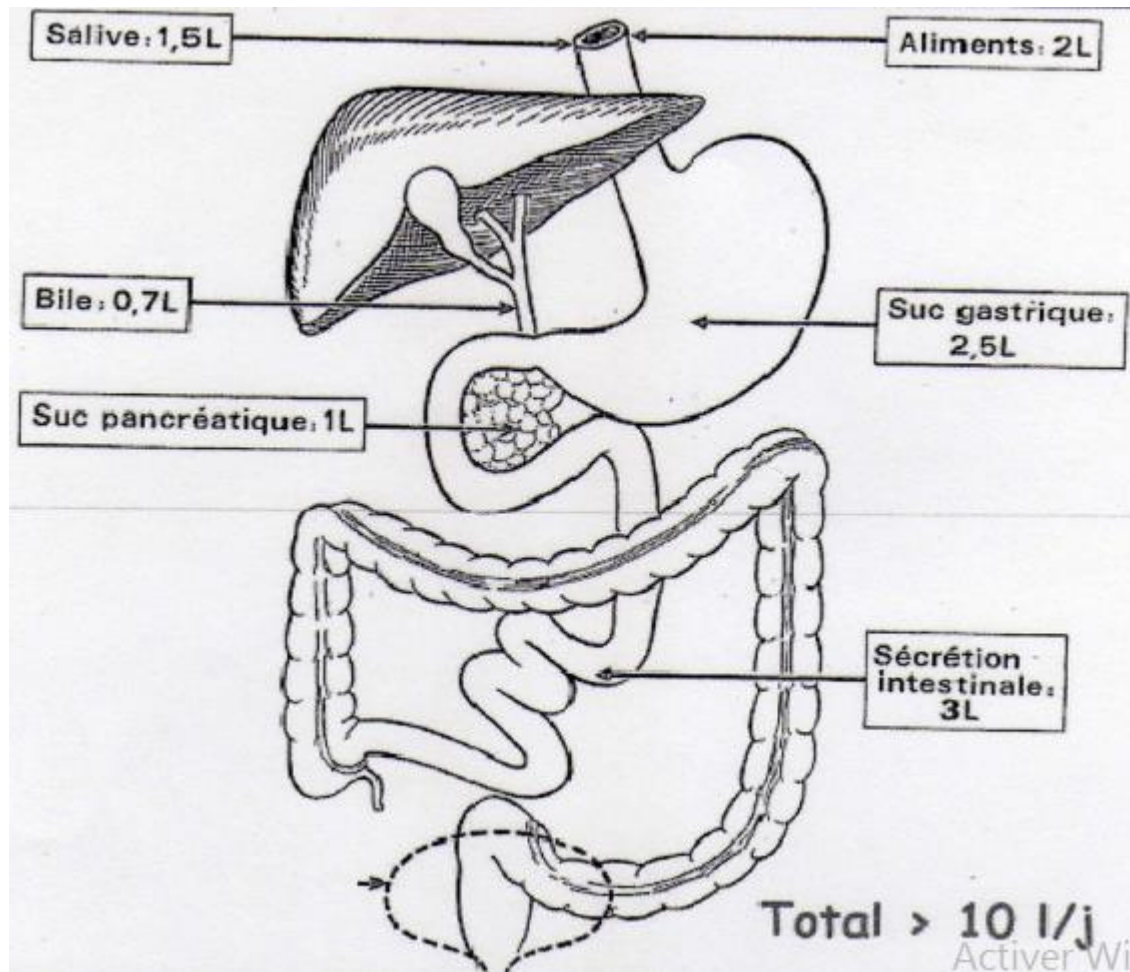
- Elle nécessite **toujours** une hospitalisation en **milieu chirurgical** et conduit souvent à une **indication opératoire** avant la survenue des conséquences **locales** et **générales** de l'occlusion.

# PHYSIOPATHOLOGIE:

- L'intestin est un organe creux, dynamique, qui comprend :
  - 6,5 m d'intestin grêle (jéjunum et iléon); mobile
  - 1,5 m de colon; succession de segments mobiles et fixes .
- Contenu de l'intestin :
  - Air
  - Liquide de sécrétions digestives
  - Aliments
  - Bactéries (colon+++)

# PHYSIOPATHOLOGIE:

- Le flux des liquide dans le tube digestif:



# PHYSIOPATHOLOGIE:

- On distingue selon le siège de l'arrêt :
  - Occlusion **Haute** : intestin grêle
  - Occlusion **Basse** : gros intestin (colon et rectum)



# **PHYSIOPATHOLOGIE:**

**A-Mécanisme de l'occlusion intestinale aiguë :**

**A-1 Occlusions mécaniques**

**A-2 Paralysie du péristaltisme**

**B-Conséquence de l'occlusion :**

# PHYSIOPATHOLOGIE:

## A-Mécanisme de l'occlusion intestinale aiguë :

- On distingue deux grands types :
  - Soit par un obstacle et on parle alors d'une **occlusion mécanique**.
  - Soit par une paralysie et on parle alors d'une **occlusion fonctionnelle**.

# PHYSIOPATHOLOGIE:

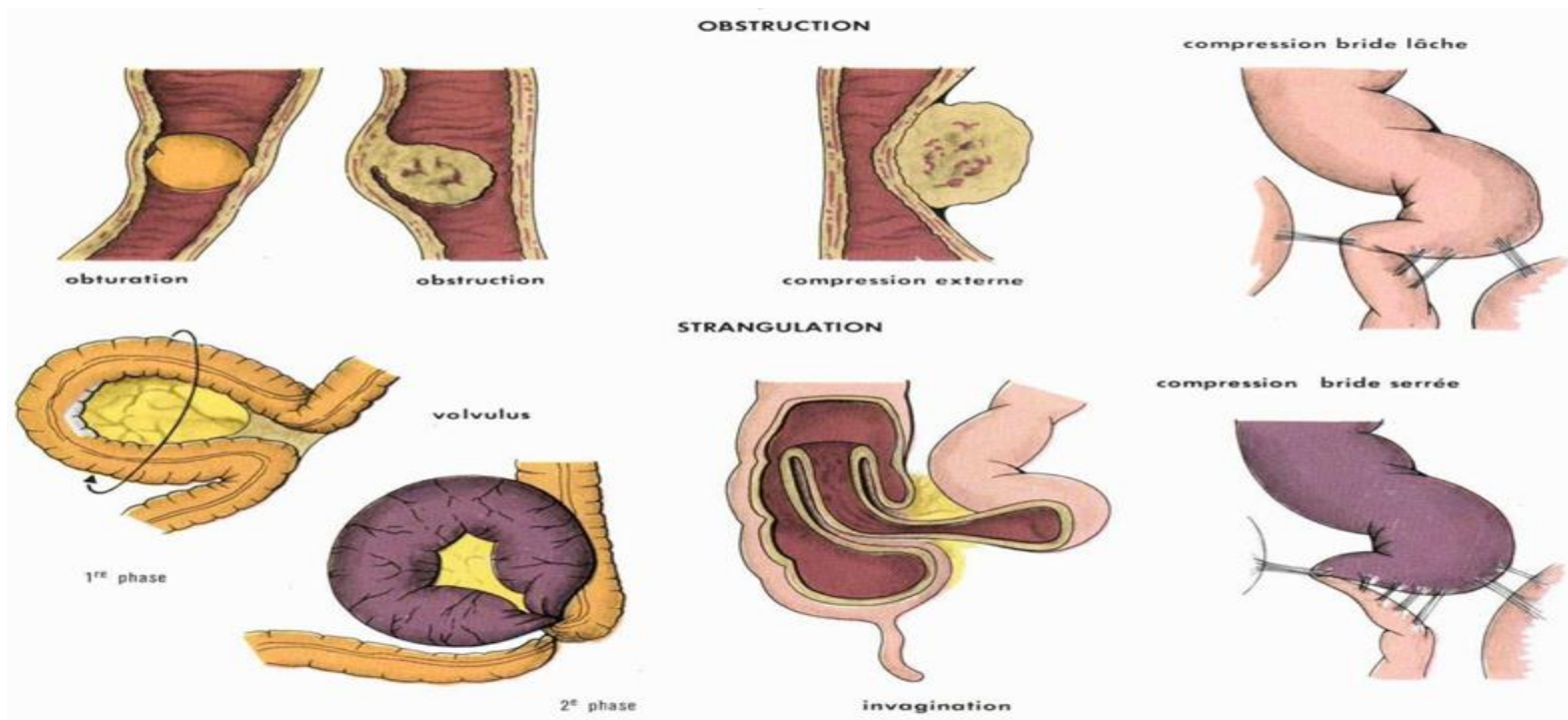
## A-Mécanisme de l'occlusion intestinale aigue :

### A-1 Occlusions mécaniques par :

- 1- **Strangulation:** bride, volvulus, invagination, où il existe une oblitération des vaisseaux

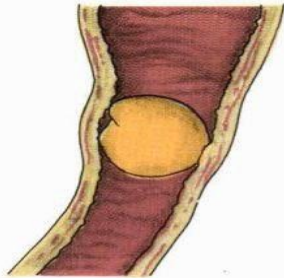
### Grande urgence chirurgicale

- 2- **Obstruction:** liés à un obstacle pariétal (tumeur) ou à corps étranger migrant (calcul, bézoard...)

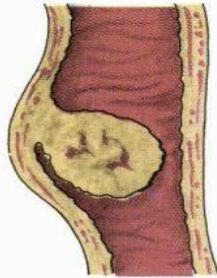


# PHYSIOPATHOLOGIE:

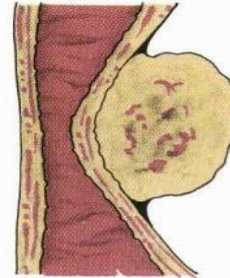
## OBSTRUCTION



obturation

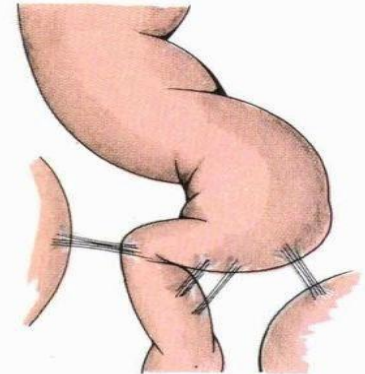


obstruction

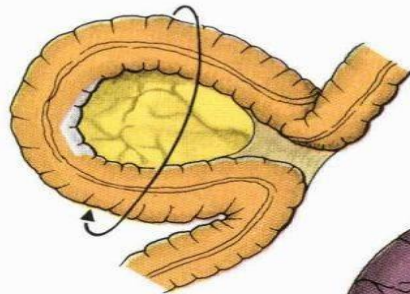


compression externe

compression bride lâche

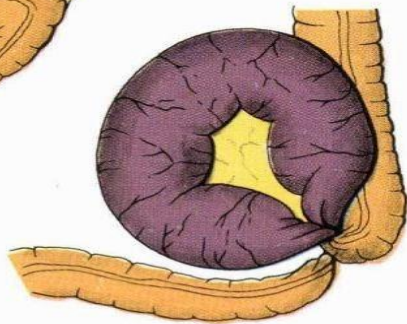


## STRANGULATION

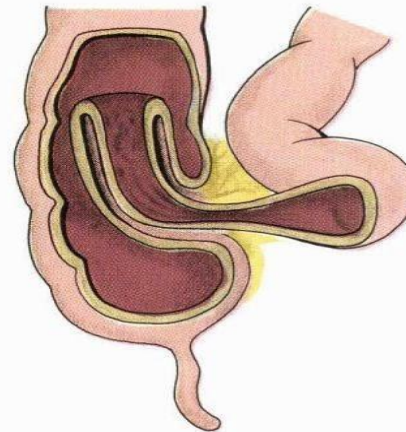


1<sup>re</sup> phase

volvulus



2<sup>e</sup> phase



invagination

compression bride serrée

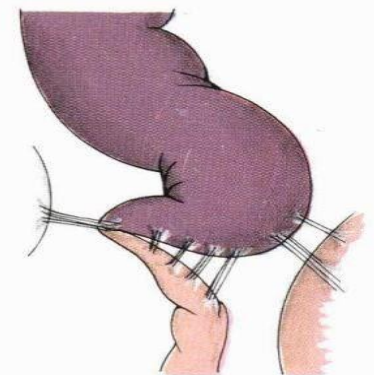


Schéma simple des occlusions par obstruction et par strangulation.

# PHYSIOPATHOLOGIE:

## **A-Mécanisme de l'occlusion intestinale aigue :**

**A-2 Occlusion fonctionnelle :** elle correspond à un iléus paralytique (paralysie du péristaltisme);

- Foyer infectieux (appendicite ou péritonite)  
c'est l' Occlusion fébrile.
- Foyer inflammatoire (pancréatite aiguë)
- Sang (péritonéal ou rétro-péritonéal)
- Douleur (colique néphrétique+++)

# PHYSIOPATHOLOGIE:

## **B-Conséquence de l'occlusion :**

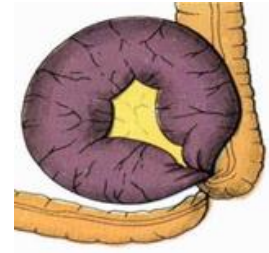
**B-1** Conséquences locales

**B-2** Conséquences générales

# PHYSIOPATHOLOGIE:

## □ B-1 locales :

- En amont de l'obstacle, la paroi s'amincit
- Stase veineuse
- Circulation artérielle gênée



Anoxie de la paroi intestinale = **Souffrance!!**

- Cette souffrance donne:
  - Paralysie progressive de l'intestin
  - Fuite de liquide à l'intérieur des anses
  - Et à l'extérieur des anses (péritoine, bactéries+++)

# PHYSIOPATHOLOGIE:

## □ B-2 générales :

- l'intestin réagit par des mouvements péristaltiques pour essayer de forcer l'obstacle dont la conséquence est **la douleur**
- dilatation intestinale avec accumulation d'air et de liquide provoquant des **vomissement**,
- La dilatation réduit la perfusion sanguine entraînant une augmentation de la perméabilité Capillaire avec **fuite hydro électrolytique**
- L'importance de cette fuite d'eau réalise un "**troisième secteur**" hydro-électrolytique responsable de **déshydratation** avec **troubles hydro-électrolytiques** voir **état de choc**



# PHYSIOPATHOLOGIE:

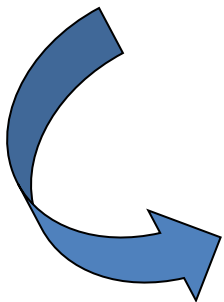
## B-2 générales :

- L'importance du ballonnement intestinale entraîne une **gêne respiratoire** voire une **insuffisance respiratoire**
- Constitution d'une **insuffisance rénale aigue**
- Si l'obstruction intestinale **n'est pas traitée** à temps ➡ **dégénérescence** et **nécrose** d'une partie de l'intestin qui est bloquée.
- Une perforation de l'intestin peut en résulter ➡ une **péritonite** ➡ une **infection grave**, voire au décès.

# PHYSIOPATHOLOGIE:

## B-2 générales :

- Hémococoncentration (Ht  $\uparrow$ ) et donc une **déshydratation**
- Spoliation ionique : **Baisse  $K^+$ ,  $Cl^-$  et  $Na^+$**
- **Passage des germes** à travers la paroi et donner une **péritonite** progressive par diffusion voire par perforation.



**PRONOSTIC VITAL !**

# PHYSIOPATHOLOGIE:

## B-2 générales :

- Occlusion



- / Secrétions digestives = distension intestin  
vomissement, insuffisance respiratoire



- Absorption



- Stase veineuse pariétale



- Fuite hydro-électrolytique réalisant un 3<sup>ème</sup> Secteur



- Hypovolémie = hypotension artérielle, insuffisance rénale aiguë

- Nécrose et perforation de l'intestin : péritonite →  
infection grave

# **EVALUATION DE RETENTISSEMENT GENERAL DE L'OCCLUSION:**

- **Rechercher des signes cliniques d'hypovolémie:**
  - › Tachycardie , hypotension artérielle, oligurie et insuffisance rénale fonctionnelle, mais aussi d'une déshydratation le plus souvent extracellulaire en rapport avec le 3<sup>ème</sup> secteur.
- **Etudier l'équilibre acido-basique :**
  - › Reconnaître l'alcalose hypochlorémique d'une occlusion haute.

# DIAGNOSTIC POSITIF:

- Il est habituellement facile, devant une triade fonctionnelle : Douleur , Vomissements, Arrêt des matières et des gaz.

# DIAGNOSTIC POSITIF:

- Douleur :
  - ›aigue
  - ›continue ou paroxystique et angoissante
  - ›rapidement diffuse
- Vomissements:
  - ›contemporains de la douleur, mais ne soulagent pas la douleur
  - ›alimentaires puis bilieux, puis fécaloïdes
  - ›parfois tardifs ou absents
- Arrêt des matières et des gaz: ›valeur surtout de l'arrêt des gaz.

# DIAGNOSTIC POSITIF:

## SIEGE

### GRELE

- vomissements: fréquents et précoces
- arrêt des matières: tardif,  $\pm$  masqué par la vidange du bout distal
- météorisme: modéré, central, parfois absent
- ASP: NHA + larges que haut

### COLON

- vomissements: tardifs
- arrêt des matières: précoce
- météorisme: volumineux, en cadre ou asymétrique
- ASP: NHA + haut que larges

## NATURE

### STANGULATION

- début brutal, dlr intenses+++
- signes de souffrance viscérale
- choc précoce
- météorisme silencieux, immobile

### OBSTRUCTION

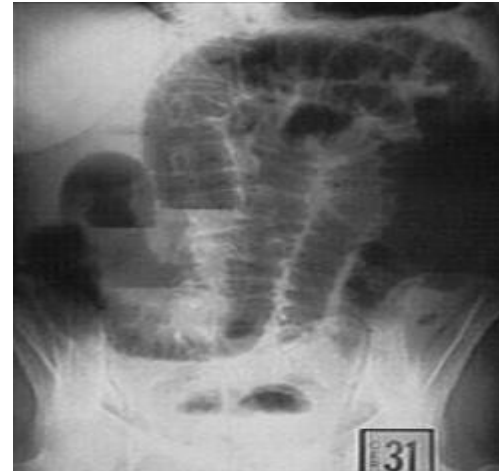
- début progressif, dlr modérées+++
- état général conservé au début
- météorisme diffus, avec BHA
- choc: rare

# DIAGNOSTIC POSITIF:

Sur Cliché : abdomen sans préparation



ASP: occlusion du grêle

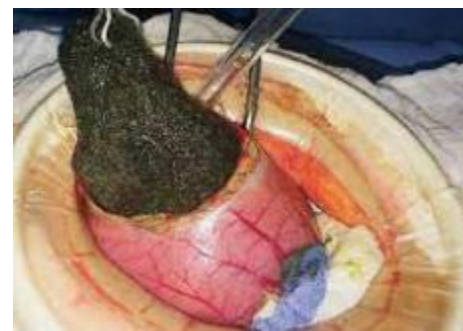


ASP: occlusion du colon



# DIAGNOSTIC POSITIF:

Occlusion Bézoards: accumulation très dense des matières partiellement digérées qui coincent dans le tube digestif.



# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

- **A-Occlusion mécanique:**
- Un volvulus au niveau du grêle est évoqué si on retrouve : Une balafre de l'abdomen, une douleur brutale péri-ombilicale intense, la précocité des vomissements et des signes généraux, le météorisme immobile, défense localisée et matité des flancs, l'anse distendue avec ses 2 niveaux à l'ASP et l'épanchement en écho.
- L'occlusion du grêle par obstruction, en revanche: par tumeur ou rétrécissement, progressive parfois incomplète.

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

- **A-Occlusion mécanique:**
- Les volvulus du colon : le volvulus du colon pelvien est le plus fréquent, le volvulus de caecum
- Obstruction du colon : les cancers surtout le colon gauche : tumeur perçue parfois au toucher rectal, rarement palpable sauf tumeur colon droit.

# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

- **B-Occlusion fonctionnelle :**
- L'occlusion fébrile fait rechercher : la péritonite localisée, abcès appendiculaire, la sigmoïdite diverticulaire, l'ileite segmentaire de crohn.
- Iléus biliaire: femme âgées, parfois lithiasique connue.
- Pseudo-obstruction du colon chez un malade âgé alité et/ou sous neuroleptique: fécalome, syndrome d'ogilvie, hypokaliémie


# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

- Les affections médicales provoquant une occlusion par reflexe ( iléus reflexe) doivent être reconnues car elle nécessitent pas une intervention chirurgicale:
  - infarctus de myocarde
  - colique néphrétique
  - pancréatite aigues hémorragique
  - infarctus du mésentère....

# PRISE EN CHARGE :

- Médico-chirurgicale
  - Réanimation pré opératoire :
    - 1-Voie veineuse de bon calibre pour rétablir un équilibre hydro électrolytique : (03-06 L) de cristalloïdes + apport potassique
- ⇒ Sous surveillance ECG + Ionogramme sanguin

# PRISE EN CHARGE :

- Réanimation pré opératoire :
- 2- Antibioprophylaxie :
  -  nbre et gravité de bactériémie péri opératoire
  - Limiter les récurrences et l'extension locales des infections -C2G: Céfoxitine ou Céfotétan si allergie
    - anti-anaérobies: flagyl ou clindamycine
    - aminoside

# PRISE EN CHARGE :

- Réanimation pré opératoire :
- 3-Sonde naso gastrique + aspiration
- 4- Oxygénothérapie systématique



# PRISE EN CHARGE :

- Réanimation per-opératoire :
  - Formes graves ou tardives; temps pré opératoire parfois inexistant
  - Traitement de l'état de choc mixte: hypovolémique et septique .
  - traitement de l'insuffisance respiratoire
  - ATB( germes aérobies/anaérobiques)

# CONCLUSION:

- L'occlusion intestinale aiguë est une urgence abdominale car elle engage souvent le pronostic vital et elle nécessite toujours une hospitalisation en milieu chirurgical et conduit souvent à une indication opératoire avant la survenue des conséquences locales et générales.
- De ce fait le diagnostic doit être précoce et la prise en charge initiale optimale.