

Cours de résidanat

Sujet : 54

Occlusions intestinales aiguës

Physiopathologie, Diagnostic, Orientations thérapeutiques.

Objectifs :

1. Définir une occlusion intestinale aiguë.
2. Expliquer les mécanismes étiopathogéniques et les conséquences anatomo-pathologiques des occlusions intestinales aiguës.
3. Expliquer les conséquences physiopathologiques d'une occlusion intestinale aiguë.
4. Etablir le diagnostic positif d'une occlusion intestinale aiguë à partir des données de l'examen clinique et de la radiographie de l'abdomen sans préparation.
5. Reconnaître à partir des données de l'examen clinique, des examens paracliniques et du terrain, les signes de gravité d'une occlusion intestinale aiguë.
6. Réunir les éléments cliniques et paracliniques permettant d'identifier le niveau, le mécanisme et l'étiologie de l'occlusion intestinale aiguë.
7. Planifier la prise en charge thérapeutique d'une occlusion intestinale aiguë en fonction de sa gravité, de son mécanisme, de son niveau, de sa cause et du terrain du patient.

Intérêt du sujet :

Les occlusions intestinales aiguës (OIA) constituent une urgence médico-chirurgicale fréquente qui peut en cas de retard de prise en charge, mettre en jeu le pronostic vital par le risque de nécrose intestinale et les troubles hydro-électrolytiques qu'elle engendre

I. Introduction (Objectif 1)

Définition : L'occlusion intestinale aiguë est définie comme étant un arrêt permanent et complet du transit intestinal au niveau d'un segment du tube digestif situé entre l'angle duodéno-jéjunal et l'anus.

C'est une urgence médico-chirurgicale fréquente caractérisée par le polymorphisme de sa présentation clinique et par la multiplicité de ses étiologies.

La nécrose et la perforation intestinales constituent la complication la plus redoutable et représentent la principale cause de mortalité.

La prise en charge de l'OIA doit être méthodique et comporte 4 grandes étapes :

- 1) le diagnostic positif
- 2) l'évaluation de la gravité
- 3) la détermination du siège et du mécanisme et en déduire l'étiologie
- 4) juger la nécessité et surtout l'urgence de la levée de l'obstacle

Le pronostic est multifactoriel et dépend essentiellement de la précocité de la prise en charge.

II. Etiopathogénie et anatomie pathologique (objectif 2)

A. Mécanismes de l'occlusion

Deux grands mécanismes peuvent être à l'origine d'une occlusion intestinale aiguë :

- Les **occlusions mécaniques** sont dues à l'existence d'un obstacle mécanique qui empêche la progression des matières et des gaz
- Les **occlusions fonctionnelles** sont dues à un trouble de la mobilité intestinale
- Parfois ces deux mécanismes s'associent pour donner **une occlusion mixte**

1. Les occlusions mécaniques (figure n°1) :

L'obstacle mécanique responsable de l'occlusion intestinale réalise soit une obstruction de la lumière digestive soit il compromet la vascularisation de l'anse intestinale tout en obstruant sa lumière réalisant une strangulation.

a) Les occlusions par obstruction :

L'obstacle peut être **endoluminal** en rapport avec :

- **Un fécalome**
- **Un calcul biliaire** qui a migré dans l'intestin par l'intermédiaire d'une fistule bilio-digestive réalisant un **iléus biliaire**.
- **Un bézoard** : il peut s'agir de **phytobézoard** (qui correspond à des aliments indigestes riches en cellulose et ingérés en grande quantité chez des patients édentés) ou de **trichobézoard** (qui correspond à un amas de cheveux déglutis chez des malades mentaux).

L'obstacle peut être **pariétal** tel que :

- **Une tumeur** : bénigne ou maligne, du grêle ou du colon (**adénocarcinome+++**). une sigmoïdite pseudo-tumorale
- **Une sténose** : inflammatoire (MICI, tuberculose), **ischémique**, **radique**, ... tumeur rétropéritonéale
- **Une atrésie** limitée ou étendue du grêle chez **le nouveau-né**.

Enfin il peut s'agir d'une **compression extrinsèque** :

- **Par une tumeur d'un organe de voisinage** qui peut être bénigne (kyste de l'ovaire, fibrome) ou maligne (cancer urogénital, carcinose péritonéale, ...).
- **par une adhérence ou une bride post-opératoire** qui entraîne une plicature de l'anse en question.

b) Les occlusions par strangulation :

L'occlusion intéresse non seulement un segment d'intestin mais aussi sa **vascularisation**. Il en résulte non seulement une **distension** de ce segment mais surtout une **ischémie intestinale** qui va aboutir à des lésions graves de **nécrose** et de **perforation**, en l'absence de traitement urgent (le plus souvent chirurgical).

La strangulation peut survenir par :

• **Etranglement herniaire :**

Il s'agit de l'incarcération d'une anse avec son méso dans un anneau fibreux. Il peut s'agir d'une **hernie pariétale** (inguinale, crurale, ombilicale ou de la ligne blanche) ou plus rarement d'une **hernie interne**. Cette dernière peut

se faire à travers **orifice normal** (hiatus de Winslow, fossettes para-duodénales) ou un **orifice pathologique** qui peut être congénital ou acquis (du mésocolon transverse, du mésentère ou du ligament large).

- **Volvulus :**

c'est la rotation de l'anse digestive **autour de l'axe de son méso**. Il peut être spontané et intéresse alors un **segment intestinal long et mobile** (**souvent le sigmoïde**, plus rarement le **cæcum** ou le colon **droit**, **exceptionnellement** le colon **transverse**).

Il peut se produire aussi **autour d'une bride** et intéresse dans ce cas **l'intestin grêle** (parfois dans sa totalité !).

- **Invagination intestinale aiguë :**

c'est le **télescopage** d'un segment intestinal dans celui situé immédiatement en aval. L'invagination intéresse **aussi bien l'anse que son méso**.

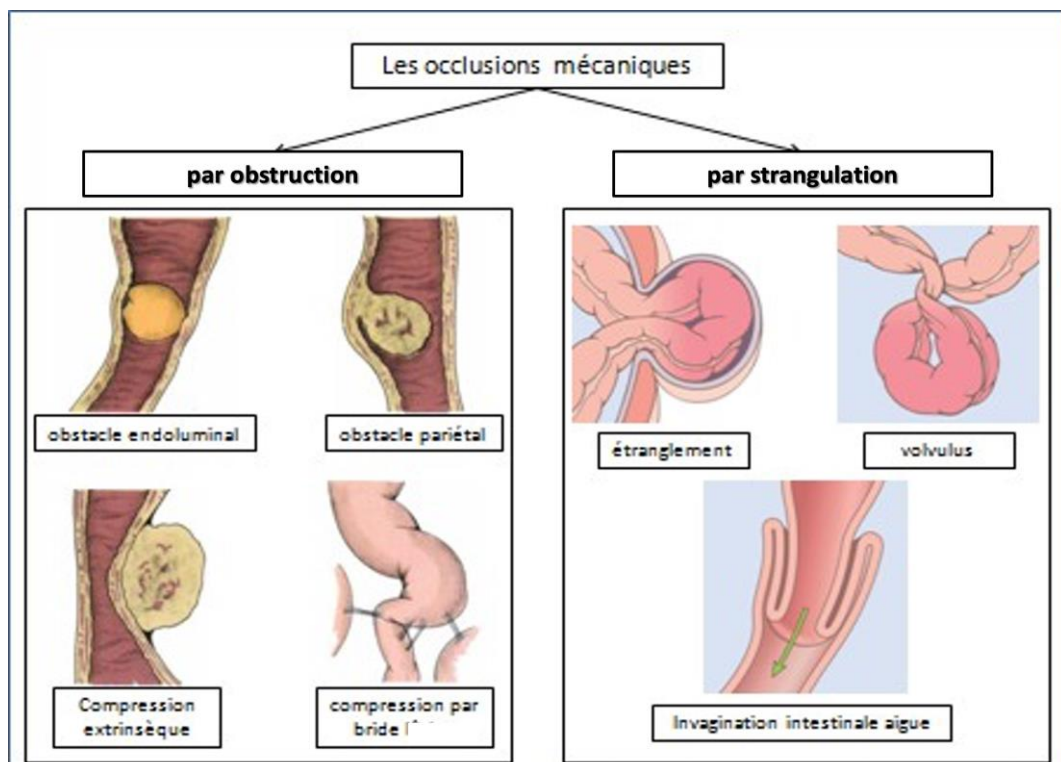


Figure n°1 : Les occlusions mécaniques

2. Les occlusions fonctionnelles :

L'occlusion fonctionnelle est en rapport avec une **anomalie de contractilité** de l'intestin **sans atteinte anatomique vraie**, liée à un trouble **métabolique (hypokaliémie)**, à une **cause médicamenteuse (morphiniques, neuroleptiques)** ou à un phénomène **aigu inflammatoire** ou **infectieux**, en général intra-abdominal mais qui peut être extra-abdominal. Ce type d'occlusion est dû à la mise en action du système **autonome digestif** (sympathique et parasympathique).

3. Les occlusions mixtes :

Ce sont des occlusions mécaniques et fonctionnelles ; les deux mécanismes sont difficilement dissociables. Une occlusion **fonctionnelle** qui se prolonge peut **se compliquer par une plicature** intestinale, un **capotage** ou une **torsion** d'anses alourdies par la rétention liquidienne. A une occlusion **initialement fonctionnelle**, peut s'associer ainsi une composante **mécanique**.

B. Lésions anatomo-pathologiques

La principale conséquence physiopathologique est la distension intestinale.

En cas d'occlusion **fonctionnelle**, la distension intestinale est généralement **diffuse** (grêle et colon) et **modérée**. En cas d'occlusion mécanique par **obstruction**, la distension intestinale intéresse l'intestin **en amont** de l'obstacle. En cas d'occlusion mécanique par **strangulation**, la distension survient essentiellement **au niveau de l'anse strangulée**.

La gravité des lésions anatomopathologiques va dépendre du mécanisme de l'occlusion et de la durée de son évolution. Les lésions évoluent schématiquement en 3 stades :

1. Stade de congestion passive :

L'anse est **distendue**, ses **parois** sont **amincies**, **blanchâtres** et **lisses**. La paroi laisse **sourdre** vers le péritoine et la lumière intestinale une **sérosité** de même composition que le plasma. A ce stade la **vitalité** de l'anse **n'est pas compromise**. L'anse peut reprendre son péristaltisme quelques minutes après la levée de l'obstacle.

2. Stade d'ischémie :

L'anse est **inerte**, **ecchymotique**, **rouge foncé** puis **violacée**. La paroi intestinale est **alourdie**, **infiltrée par l'extravasation sanguine**. A ce stade, et en per-opératoire se pose le diagnostic de vitalité de l'anse et par conséquent la **conservation** ou la **résection** intestinale.

3. Stade de nécrose et de perforation :

Les **ulcérations** apparues initialement au niveau de la muqueuse touchent maintenant **toutes les couches** de l'intestin. L'anse est **grisâtre**, couleur feuilles mortes **très amincies** aux endroits où elle va se perforer. A ce stade, la vitalité est compromise, la **résection s'impose**.

Toutes ces lésions peuvent survenir, selon le siège de l'occlusion, au niveau du colon ou du grêle. Cependant, **dans les occlusions coliques**, la rapidité et la gravité des lésions anatomopathologiques au niveau du colon, en amont de l'obstacle, va **dépendre du caractère continent ou non de la valvule iléo-caecale** (figure n°2).

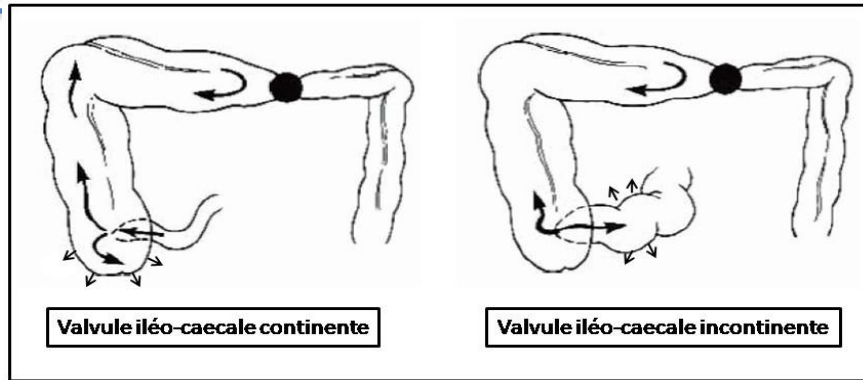


Figure n°2 : Caractère continent ou non continent de la valvule iléo-caecale

En effet, lorsque la valvule est **continent**, la distension colique va se faire en vase clos entre l'obstacle et la valvule iléo-caecale. Ceci va être responsable d'une **distension caecale importante** avec risque de **perforation caecale dite diastatique** à l'origine d'une **péritonite stercorale gravissime**. Dans le cas contraire, une valvule **incontinente** permet une **décompression** rétrograde dans l'intestin grêle **diminuant** ainsi la **distension colique** mais au prix d'une **distension du grêle** associée. **NHA mixte**

Par ailleurs, dans les **occlusions par strangulation** mis à part leur siège, du fait de l'atteinte de la **vascularisation de l'anse digestive**, les lésions anatomopathologiques **apparaissent et évoluent rapidement** ce qui fait toute la **gravité de ce type d'occlusion**.

III. Conséquences physiopathologiques (Objectif 3)

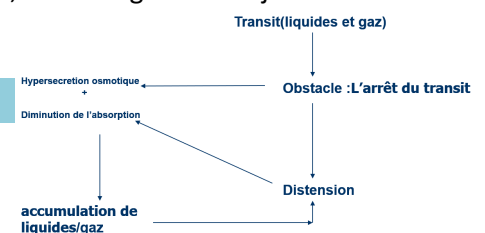
La survenue d'une occlusion intestinale aiguë va être responsable de conséquences tout d'abord locales, liées à la distension intestinale et à l'altération de la vascularisation digestive, qui vont retentir plus ou moins rapidement sur l'état général. **L'apparition et l'intensité** du retentissement **général dépendent du siège et du mécanisme** de l'occlusion et elles sont **directement proportionnelles au degré de la distension** de l'intestin. Par ailleurs, les strangulations ajoutent un facteur vasculaire qui leur confère une gravité particulière.

A. Conséquences locales (figure n°3) :

1. La distension intestinale :

L'arrêt du transit entraîne une **accumulation de liquides** et de gaz en amont de l'obstacle, une **hyperpression** (expliquant les douleurs abdominales) et finalement après une phase de lutte intestinale une **dilatation passive**.

Les **liquides** sont ceux que le malade a **ingérés** avant l'occlusion, les liquides de **sécrétion gastro-intestinale** et **bilio-pancréatique** (8 l/j) et le liquide **d'exhémie plasmatique** dans la lumière intestinale. **Quant aux gaz**, ils proviennent pour une faible part des **fermentations** intestinales et pour une grande part de **l'air dégluti**.



N° Validation : 0854202259

L'intestin distendu **perd** la plus grande partie de son **pouvoir absorbant** et contribue à accroître l'**accumulation aéro-liquidienne** d'où l'installation d'un véritable cercle vicieux. La distension intestinale ainsi progressivement croissante va entraîner une **altération des plexus nerveux** intra-muraux de l'intestin à l'origine :

- d'une **paralysie et d'une atonie intestinale** qui favorisent encore la distension.
- d'une atteinte des **plexus nerveux péri-vasculaires** qui **accroît l'exhémie plasmatique** et de troubles circulatoires au niveau de la paroi intestinale même. La **pression intra-intestinale** devient et de façon progressive **plus importante que la pression veineuse**, il en résulte un encombrement vasculaire avec **stase lymphatique et surtout veineuse** considérable associant ainsi à la distension intestinale un **facteur vasculaire**

2. Le facteur vasculaire :

Les troubles de la vascularisation au sein de la paroi intestinale vont être à l'origine de :

- une souffrance **anoxique** pariétale
- une **augmentation de la perméabilité** capillaire
- **une fuite plasmatique** hors des vaisseaux (vers la grande cavité péritonéale, dans les parois de l'intestin et vers la lumière intestinale) responsable de la **constitution du 3^{ème} secteur**.

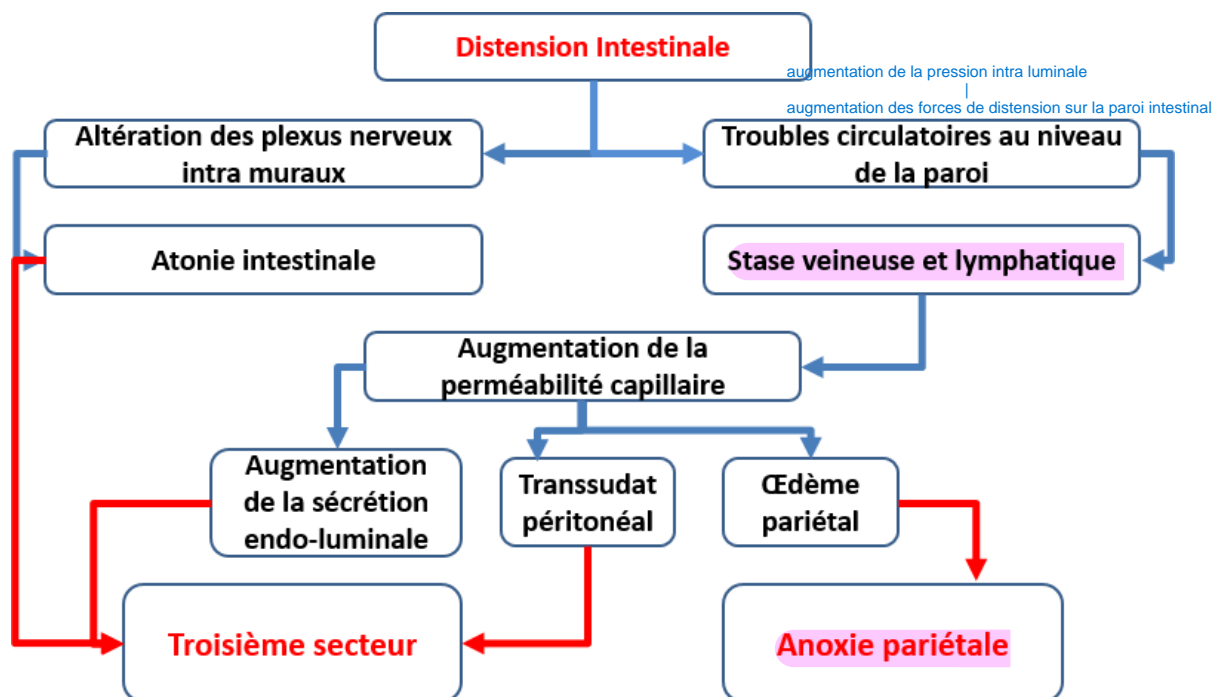


Figure n°3 : Conséquences locales de l'occlusion intestinale aiguë

B. Conséquences générales (figure n°4):

Le 3^{ème} secteur entraîne une **hypovolémie**, majorée par les **vomissements**. En outre, si la distension est importante, elle entraîne une **diminution du retour veineux par compression de la VCI**, ce qui va aggraver l'hypovolémie. Si l'hypovolémie se prolonge, elle aboutit à un état de **choc hypovolémique**.

La stase secondaire à l'accumulation de liquide et de gaz dans la lumière digestive favorise la **pullulation microbienne** suite à la prolifération de la flore intestinale (jusque là saprophyte et qui est devenue pathogène par la stase). En outre, la survenue d'une **nécrose** voire d'une **perforation** intestinale aboutit à une **translocation** bactérienne et passage des toxines dans la circulation systémique entraînant un **sepsis** sévère.

L'état de choc hypovolémique et le sepsis sévère vont retentir sur les principales fonctions (cardiaques, respiratoires, rénale, hépatique, cérébrales) : c'est **défaillance multiviscérale**.

Par ailleurs, la distension intestinale (lorsqu'elle est importante) entraîne une diminution du **jeu diaphragmatique** ce qui va majorer la détresse respiratoire.

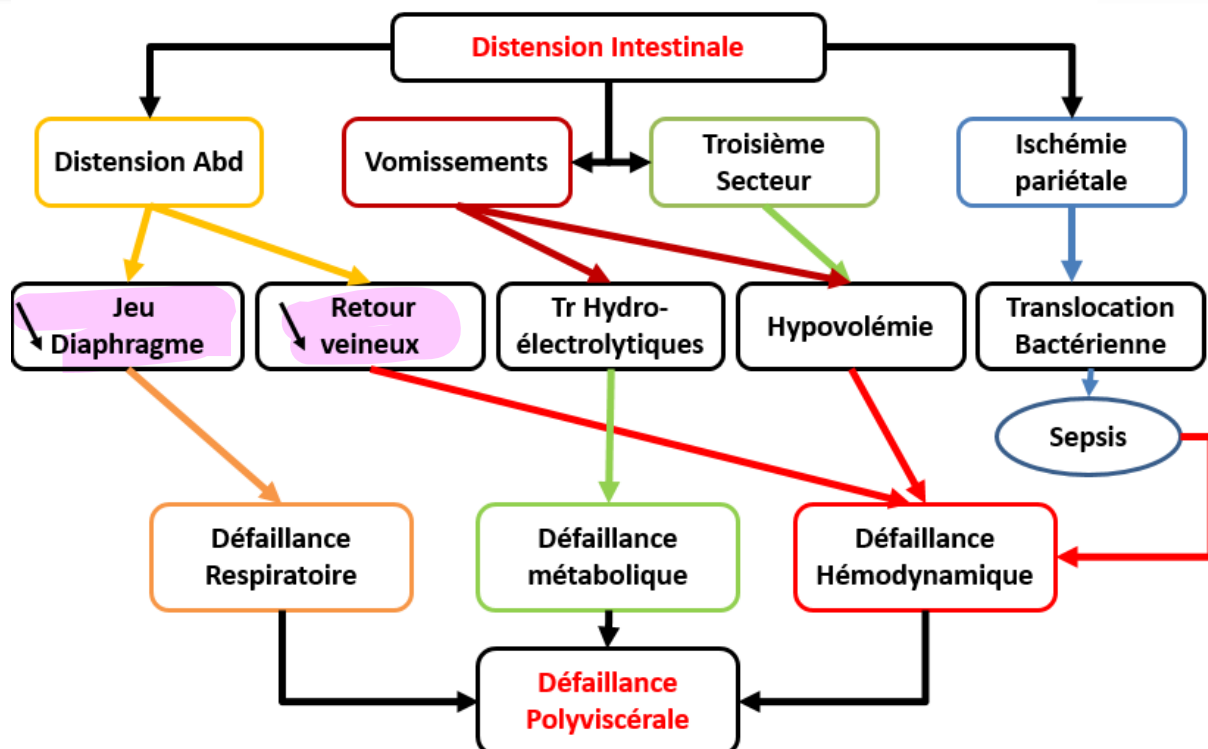


Figure n°4 : Conséquences générales de l'occlusion intestinale aiguë

Ainsi, la **distension intestinale** est au centre de la **physiopathologie** de l'OIA et elle est constamment entretenue par le 3^{ème} secteur, aboutissant à un **cercle vicieux**. Un geste simple permet de supprimer cette distension et de **rompre ce cercle vicieux** : la mise d'une **sonde nasogastrique en aspiration**.

A noter qu'en cas de **strangulation**, la distension intéresse surtout l'anse strangulée. **L'ischémie** et la **pullulation** microbienne surviennent **précocement**, vu l'**atteinte vasculaire** associée et par conséquence, les risques de **nécrose** et de **perforation** sont plus élevés. De ce fait, la **strangulation** nécessite une levée **URGENTE** de l'obstacle.

En cas d'**obstruction**, l'**ischémie** est plus tardive et ne survient qu'en l'**absence de traitement à temps**.

De ce fait, elle peut être **évitable**.

IV. Diagnostic Positif (Objectif 4)

A. Tableau clinique :

Le **syndrome occlusif** est défini cliniquement par **4 signes cardinaux** constitués par :

- **trois signes fonctionnels** : douleur, vomissement et arrêt des matières et des gaz
- **un signe physique** : le météorisme abdominal.

1. La douleur abdominale

est le **signe d'alarme constant** qui constitue la **principale cause de consultation** en urgence. Elle apparaît, **sans** facteur déclenchant particulier, à **début** variable brutal ou progressif. La douleur **est** souvent **intense** et **vive** évoluant par **paroxysmes** entrecoupés par des périodes d'accalmie. Parfois la douleur est **discrète** évoluant de façon **continue**. Le **siège** est extrêmement variable, surtout au début. Il peut être péri-ombilical, localisé à un quadrant ou diffus.

2. Les vomissements

sont souvent précédés par des nausées, répétés à des intervalles variables et plus ou moins abondants. Ils sont d'abord **alimentaires** puis **bilieux** peuvent devenir **fécaloïdes**.

3. L'arrêt des matières et des gaz.

soulagent la douleur
Responsable d'une alcalose métabolique par perte du HCL. Peuvent être remplacé par des nausées.

Il peut être **difficile** à apprécier **au début** et peut être **masqué** par la vidange du segment intestinal en aval de l'obstacle.

4. Le météorisme abdominal

est la traduction objective du syndrome occlusif.

A l'inspection, le météorisme se traduit par une **voussure** de la paroi abdominale, de forme et de situation variable. Il peut être **diffus** intéressant tout l'abdomen ou **localisé**. Il est **essentiel** de rechercher si le météorisme est **immobile** ou animé **d'ondulations** péristaltiques. Ces ondulations se voient **lors des paroxysmes douloureux**.

On précisera au cours de l'examen leur point de départ et leur point d'arrivée qui sont fixes.

A la palpation, le météorisme donne une sensation de **résistance élastique** ou un **durcissement intermittent** lors d'une **ondulation** péristaltique. L'abdomen est distendu mais il est souple et dépressible. Il n'y a **pas de contracture pariétale (signe négatif majeur)**.

La percussion confirme le **météorisme**. Elle se traduit par une **sonorité métallique** et une **matité mobile et déclive des flancs**.

L'auscultation a pour but de rechercher des **bruits hydro-aériques**. Ceux-ci peuvent être **absents** ou **présents** spontanément, témoignant de l'existence d'un péristaltisme qui essaie de vaincre un obstacle situé en aval.

Il ne faut pas attendre les 4 signes cardinaux de l'occlusion pour poser le diagnostic positif. La présence d'un seul de ces signes doit faire évoquer le diagnostic et indiquer des explorations radiologiques.

B. Radiologie :

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

- C'est l'examen à réaliser en **1ère intention**. Il doit être réalisé **en position debout**. Si celle-ci n'est pas possible, on le réalisera en **décubitus dorsal avec des rayons horizontaux**.
- Dans tous les cas, les clichés doivent être de **grand format**, prenant **toute la cavité** abdominale des coupes diaphragmatiques au pelvis, flancs compris. L'analyse des clichés de l'abdomen sans préparation doit être faite de façon minutieuse sur un négatoscope.
- **Normalement** en dehors de toute occlusion, l'abdomen sans préparation ne montre que: **la poche à air gastrique** sous diaphragme gauche empiétant largement sur l'ombre du rachis, **une bulle gazeuse** inconstante au niveau du **genu supérus**, une **discrète aéroiléie terminale** et **quelques gaz coliques**.
- La **présence de niveaux hydro-aériques (NHA) confirme** le diagnostic d'OIA. Cependant, **leur absence n'élimine pas** une OIA, notamment en cas d'occlusion **très proximale (occlusion à ventre plat)**.
C'est dans ce cas que le **scanner** trouve son indication en vue du diagnostic positif de l'OIA en montrant une distension intestinale (diamètre **> 25 mm** au niveau de l'intestin **grêle**, diamètre **> 60 mm** au niveau du **colon**).

- Les NHA sont consécutifs à la distension intestinale et à l'accumulation de liquides et de gaz. Les gaz étant plus légers que les liquides, vont se placer au dessus (en position debout) tout en dessinant un niveau horizontal. Sur l'ASP, seuls les gaz sont visibles sous forme de clarté.

On distingue 2 types de NHA (figures 5 et 6) :

- 1) **Les bulles gazeuses** : Correspondent au **sommet d'une anse** par ailleurs **pleine de liquide**, leur limite **supérieure** est **régulièrement convexe** et leur limite **inférieure horizontale** correspondant à la ligne de niveau liquide caractéristique.
- 2) **Les arceaux gazeux** : Correspondent à un épanchement gazeux prédominant qui occupe **non seulement le sommet mais aussi les 2 jambages de l'anse** sur une **hauteur variable** et **pas toujours identique des deux côtés**.

N° Validation : 0854202259

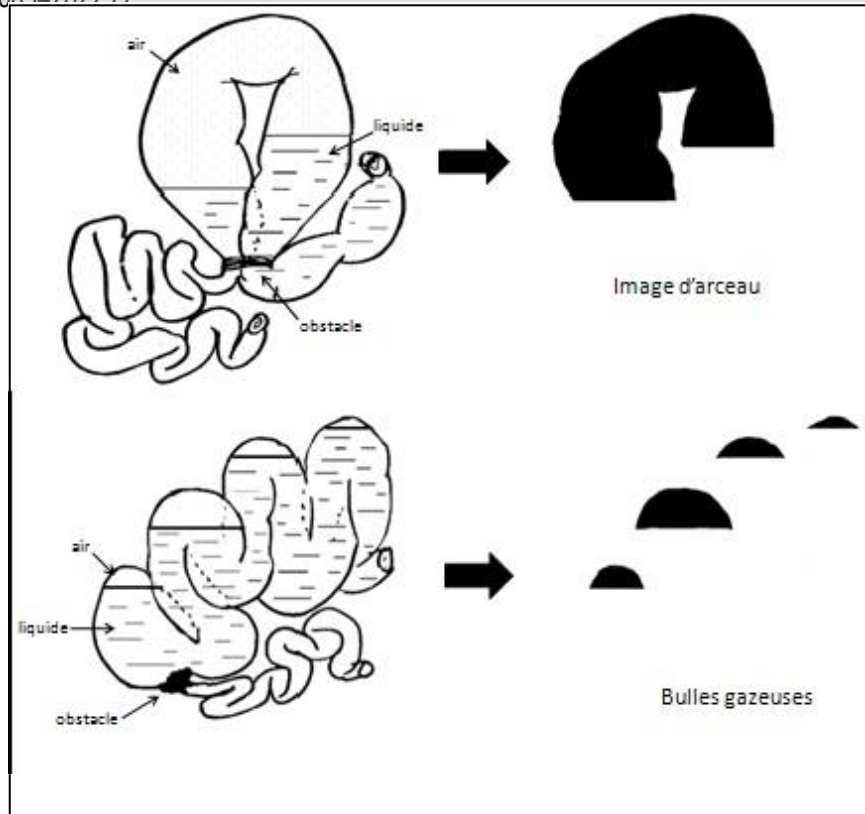


Figure n°5 : Niveaux hydro-aériques et corrélation anatomo-radiologique

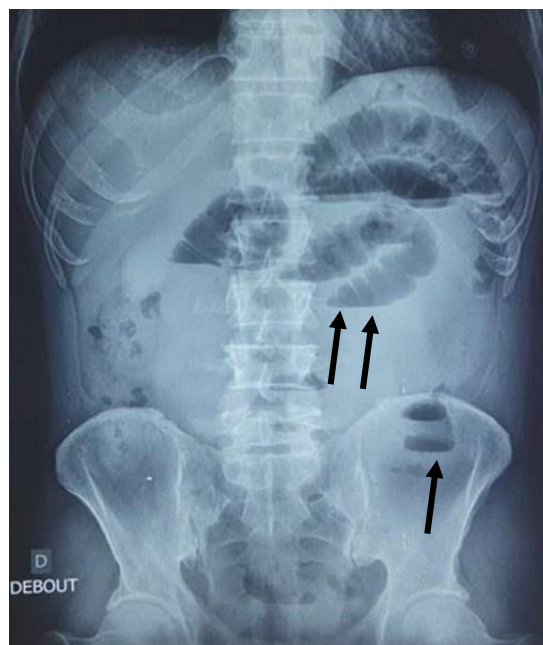


Figure n°6 : Radiographie d'abdomen sans préparation debout montrant des bulles gazeuses (flèche simple) et un arceau gazeux (double flèche)

Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë étant retenu, le patient doit être hospitalisé en milieu de réanimation chirurgicale afin de :

- Evaluer le retentissement et rechercher des signes de gravité
- Démarrer la réanimation en vue de préparer le patient à une éventuelle intervention : mise en place d'une **sonde naso-gastrique**, d'une sonde **vésicale** et d'un **abord veineux**. On **surveillera** les constantes hémodynamiques, la diurèse, la température et l'état de l'abdomen.
- Compléter les autres étapes de la prise en charge à savoir le diagnostic du siège, du mécanisme et de l'étiologie
- Etablir une stratégie thérapeutique

V. Diagnostic de gravité : (Objectif 5)

La gravité de l'OIA est inhérente aux **défaillances viscérales**, à la **souffrance intestinale** et à la **durée prolongée** de l'évolution (attestée par l'apparition de vomissements fécaloïdes).

Il est capital de rechercher ces signes de gravité car ils dictent les indications thérapeutiques. En effet, la présence de **défaillances viscérales** exige l'hospitalisation du patient **en unité de soins intensifs** afin d'assurer une réanimation active alors que la présence de signes de souffrance intestinale et de **vomissements fécaloïdes** imposent une **chirurgie en urgence**.

A. Défaillances viscérales

Il s'agit essentiellement de **l'état de choc hypovolémique** (l'état de choc septique survient en cas de perforation et de péritonite).

Le tableau clinique associe une **tachycardie**, une **chute de la TA** avec **pincement de la différentielle**, une **soif intense**, une **marbrure** des extrémités et une **oligo-anurie**.

A la biologie, il existe une **hémococoncentration**, une insuffisance **rénale** (au début fonctionnelle puis organique) et dans les cas grave une **acidose** métabolique.

D'autres défaillances peuvent s'observer dans les cas extrêmes telles qu'une insuffisance **hépatique** aiguë (ictère, cholestase, cytolyse), une **dyspnée**, des **troubles neurologiques**, une **CIVD**, ...

B. Signes de souffrance intestinale :

1. Signes cliniques :

La fièvre est un signe d'alarme très important et doit faire suspecter une **souffrance intestinale** (ischémie, nécrose, voire perforation)

La souffrance intestinal peut se traduire par un tableau de **péritonite** aigue avec une **défense** ou une **contracture** abdominale avec **toucher rectal** très douloureux voire par un état de choc **septique**.
la déshydratation,

2. Signes biologiques:

Ils sont représentés essentiellement par une **hyperleucocytose** surtout si elle supérieure à **15000** éléments/mm³.

3. Signes radiologiques:

a) ASP :

La présence de **pneumopéritoine** signe une perforation intestinale

La dilatation du **cæcum > 12 cm** témoigne d'une **perforation diastatique imminente** (*en cas d'occlusion basse avec valvule continente*)

b) Scanner :

Le **pneumopéritoine** est mieux montré par le scanner. **Une seule bulle d'air extradiigestive suffit** pour porter le diagnostic de perforation intestinale.

Les signes scannographiques d'ischémie intestinale sont représentés par

- Un **défait de réhaussement** de la paroi
- Un **œdème pariétal (> 3 mm)**
- Une **pneumatose pariétale** (présence de l'air dans la paroi intestinale)
- Une **aéroportie** (présence de l'air dans les vaisseaux portes) : c'est un signe **très péjoratif** dont l'évolution est souvent fatale.

C. Vomissements fécaloïdes :

Leur survenue témoigne d'une **occlusion qui a trop duré** dans le temps au point que le contenu des anses intestinales est transformé en un aspect semblable à celui des matières fécales sous l'effet de la **pullulation microbienne**.

VI. Diagnostic du siège, du mécanisme et de l'étiologie de l'occlusion (Objectif 6)**A. Diagnostic du siège :**

Aucun signe clinique ne permet à lui seul de faire le diagnostic du siège, celui-ci repose sur un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques.

1. Occlusion haute (ou du grêle)**a) Signes cliniques :**

En faveur d'une occlusion haute plaident des **signes fonctionnels accentués, des signes généraux marqués** et des signes **physiques peu importants** du moins au début. La douleur est à début **brutal, très vive** et à **paroxysmes** fréquents. Les **vomissements sont précoces**, fréquents, répétés, d'abord alimentaires puis deviennent rapidement bilieux. **L'AMG est difficile à mettre en évidence au début**. **L'état général s'altère rapidement** avec apparition précoce d'un état de **choc**.

Le **météorisme est discret**. Quand il est présent, il est **localisé et médian**.

b) Signes radiologiques :

En faveur d'une occlusion du grêle (occlusion haute), on retient (**figure N°7**) :

- **Des NHA centraux plus larges que hauts** (notamment en cas de bulles gazeuses). Ils sont souvent disposés selon un **axe oblique en bas et à droite** sur le cliché debout de face.
- **Au niveau des anses jéjunales**, les NHA sont larges, disposées **horizontalement** au niveau de **l'hypochondre gauche**. Les plis intestinaux caractéristiques de l'intestin grêle sont appelés les **valvules conniventes** et se traduisent par de fines spires. Elles sont plus visibles et nombreuses en cas d'occlusion portant sur le jéjunum.

{pour rappel le jéjunum une disposition horizontales → puis se verticalise à l'iléon}

- **Au niveau des anses iléales**, les valvules conniventes sont rares ou absentes. Les NHA sont **bas situés** et disposés **verticalement** en **se projetant sur le rachis**, donnant par **superposition des images en « marche d'escaliers »**.

	grêle	colon
NHA	+larges que hauts	+hauts que larges
	centraux	périphériques
	nombreux	Peu nombreux
	En marche d'escaliers	

**Les valvules conniventes****Les haustrations coliques**



ASP couché: Distension du grêle, valvules conniventes, Liquide inter anse

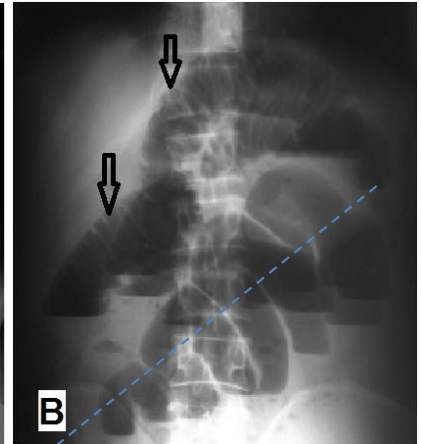
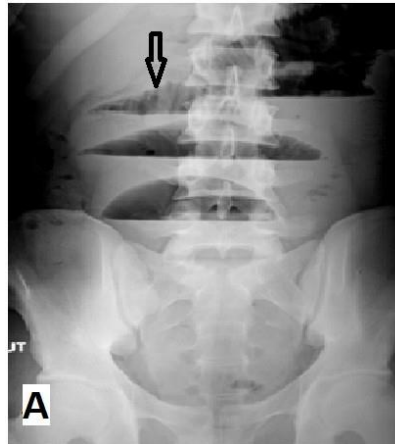


Fig. 7 : Occlusion haute sur les clichés de l'ASP. NHA de type grêlique.

A : sous forme de bulles gazeuses. B : sous forme d'arceaux gazeux.

Les valvules conniventes sont visibles au niveau du jéjunum (flèches creuses).

2. Occlusion basse (ou colique) :

En faveur d'une occlusion colique (occlusion basse) plaident des signes **fonctionnels atténués**, des signes **généraux peu marqués** et des signes **physiques majorés**. Les images radiologiques sont souvent caractéristiques.

a) Signes cliniques :

La douleur est **peu intense**, atténuée, à **paroxysme peu net, diffuse**, et souvent **sous ombilicale**. Les **vomissements sont très tardifs** et souvent remplacés par des nausées. Ces vomissements sont d'abord alimentaires puis bilieux. Quand elles **deviennent fécaloïdes**, elles témoignent de l'ancienneté de l'occlusion et imposent un acte chirurgical rapide. **L'arrêt des matières et des gaz est net, absolu et précoce**. L'état **général est conservé**. Le **météorisme** est rapidement volumineux.

b) Signes radiologiques : (figure N°8)

Sur les clichés de l'abdomen sans préparation les **NHA** sont **peu nombreux** mais **volumineuses**, plus **hauts** que larges, disposées en **périphérie** sur le trajet du **cadre colique**.

On trouve aussi des images caractéristiques de la paroi coliques : les **haustrations** coliques.

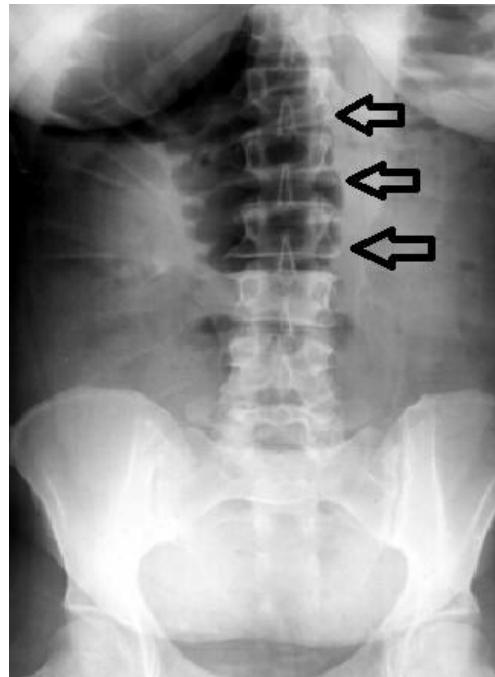


Figure N° 8 : NHA de type colique sous forme d'un arceau gazeux dessinant les haustrations coliques (flèches creuses)

Les critères distinctifs entre les occlusions hautes (grêliques) et les occlusions basses (coliques) sont illustrés dans le **tableau 1**.

Tableau 1 : diagnostic du siège de l'OIA

	Occlusion haute (grêle)	Occlusion basse (colon)
Début	Brutal	Progressif
Douleurs abdominales	Intenses	Modérées
Vomissements	Précoces	Tardifs
AMG	Absent ou tardif	Net et précoce
Météorisme abdominal	Modéré et central	Volumineux et diffus
État général	Rapidement altéré	Conservé
ASP : NHA	Centraux Nombreux Peu volumineux Larges > hauts Valvules conniventes	Périphériques Peu nombreux Volumineux Hauts > larges Haustrations coliques

5ter colon kbirr

B. Diagnostic du mécanisme

1. Occlusions mécaniques :

a) Les occlusions par obstruction :

Elles sont les **plus fréquentes** et représentent les **2/3** des occlusions qui se voient aussi bien au niveau du **grêle** qu'au niveau du colon.

Ces occlusions **ne sont pas nécessairement complètes** ce qui explique que **certaines d'entre elles cèdent** sous traitement médical et aspiration gastrique.

Ces occlusions se caractérisent par un **début progressif**. Des crises douloureuses ou un syndrome de **Koenig** (douleur et ballonnement abdominal suivis de débâcles diarrhéiques) peuvent précéder l'occlusion. **L'état général est souvent conservé**. Le **météorisme est diffus**. Il est **mobile**, animé **d'ondulation** péristaltique et **gargouillant**.

La **TDM** montre un **niveau transitionnel** entre intestin distendu (en amont de l'obstacle) et intestin plat (en aval de l'obstacle). Elle peut montrer l'obstacle lui-même sauf en cas de bride.

b) Les occlusions par strangulation :

➤ La gravité de ces occlusions réside dans les faits suivants :

- la vascularisation du segment intestinal occlus est compromise,
- en absence de traitement, l'évolution se fait inéluctablement et rapidement vers **l'ischémie**, la **nécrose** et la **perforation**,
- l'occlusion est **complète et irréversible** en l'absence de traitement urgent (souvent chirurgical).

➤ Les signes cliniques en faveur de l'occlusion par strangulation :

- ✓ Le **début est brutal**, marqué par des douleurs abdominales **survenant par crises** et évoluant sur un **fond continu**. **L'état général est rapidement altéré**.
- ✓ Le **météorisme localisé**, tympanique et douloureux. Il est **immobile, sans ondulations** péristaltiques et traduit une **inertie** intestinale.

➤ sur l'ASP,

les signes radiologiques pouvant différencier une occlusion par strangulation d'une occlusion par obstruction sont inconstants. **L'image d'arceau unique est en faveur** de la strangulation par volvulus (**figure N°9**)

➤ Sur la TDM,

le **signe du tourbillon (ou whirl sign)** est **pathognomonique** d'une strangulation par **volvulus**. Il est la traduction de la **torsion des vaisseaux** qui irriguent le segment intestinal volvulé (**figure N°9**).

N° Validation : 0854202259

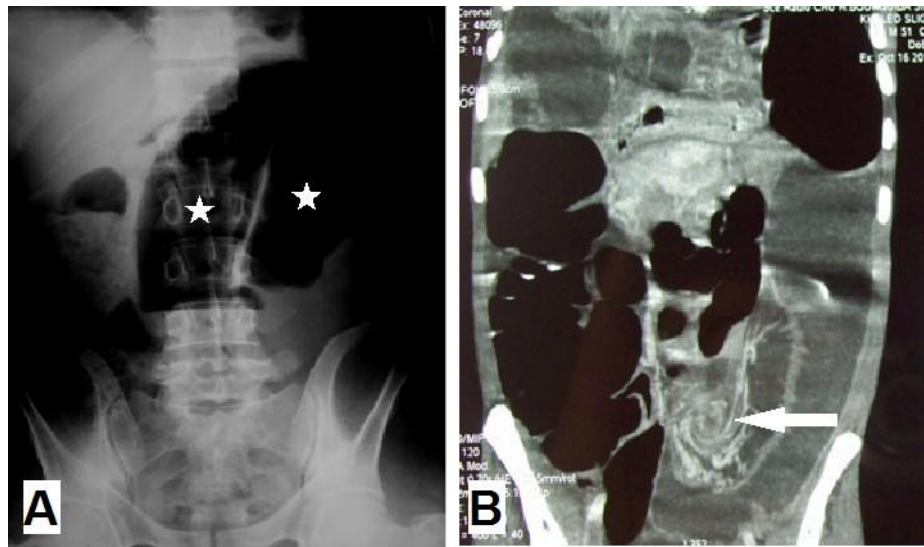


Figure N°9 : Occlusion par strangulation secondaire à un volvulus du sigmoïde.

A : ASP debout montrant une image en arceau de type colique (étoiles).

B : TDM montrant le signe du tourbillon (flèche).

Les éléments cliniques et radiologiques qui permettent de distinguer une occlusion par strangulation d'une occlusion par obstruction sont illustrés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Diagnostic du siège de l'OIA mécanique

	Obstruction	Strangulation
Début	Progressif	Brutal
Douleurs abdominales	Modérées, paroxystiques	Intenses
État général	Conservé	Rapidement altéré
Météorisme abdominal	Diffus	Asymétrique
Auscultation	Gargouillement	Silence
ASP	-	Image en arceau (en cas de volvulus)
Scanner	Niveau transitionnel	Signe du tourbillon ou whirl sign (en cas de volvulus)

	Mécanique	fonctionnelle
	Strangulation	Obstruction
Début	brutal	progressif
Douleur	Vive intense	Moins vive , paroxystique
Vomissement	abondant	tardifs
Météorisme	Asymétrique localisé immobile	symétrique Diffus Mobile
Auscultation	Silence	borborygme
EG	altéré	conservé
ASP	Arceau+++	NHA
TDM	Wirl sign	Zone transitionnelle

2. Occlusions fonctionnelles :

Les occlusions fonctionnelles ou iléus réflexe sont la conséquence d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale ; de cause réflexe ou inflammatoire. En faveur d'une occlusion fonctionnelle plaident des éléments cliniques et surtout radiologiques.

a) Eléments cliniques :

La symptomatologie clinique est d'expression variable, marquée par des douleurs d'intensité modérée et rarement paroxystiques. Les vomissements sont rares et peu abondants. Le météorisme est généralement diffus et modéré.

b) Eléments radiologiques :

Sur l'ASP, L'occlusion fonctionnelle se caractérise par des NHA mixtes (grêlique et colique) à prédominance gazeuse. Parfois, il s'agit d'une seule bulle gazeuse localisée au niveau d'un segment d'anse (anse sentinelle) dont le siège oriente vers la pathologie primitive. La présence de gaz dans le rectum est un signe important d'occlusion fonctionnelle mais il est inconstant.

La TDM montre une distension intestinale diffuse souvent modérée mais, fait important, sans mise en évidence d'obstacle mécanique.

C. Diagnostic étiologique :

1. Enquête étiologique :

a. Interrogatoire :

Les antécédents de laparotomie orientent vers une occlusion sur bride.

Les antécédents de cancer digestif ou gynécologique orientent vers l'origine tumorale de l'occlusion.

Les antécédents de MICI orientent vers l'origine inflammatoire de l'occlusion. Les antécédents de radiothérapie orientent vers la sténose radique de l'intestin. La présence de troubles du transit oriente vers un cancer colorectal.

La présence de terrain vasculaire (artériopathie des membres inférieurs, insuffisance coronaire, AVC ischémique, grand tabagique, ...) oriente vers l'origine ischémique de l'occlusion.

La notion de prise de certains médicaments oriente vers le syndrome d'Ogilvie.

b. Examen clinique:

L'examen des orifices herniaires est systématique à la recherche d'une hernie étranglée

L'examen abdominal permet de chercher une éventration ou une masse.

Le toucher rectal (**TR**) permet de déceler une **masse** tumorale, un **nodule** de carcinose péritonéale ou une **spire de volvulus** du colon pelvien.

c. Scanner :

Le scanner abdominal est un outil précieux pour la mise en évidence de la plupart des étiologies de l'occlusion intestinale aiguë.

2. Occlusions mécaniques du grêle (75% des cas)

a. Occlusions sur bride :

La bride est la **cause la plus fréquente** (environ **2/3 des cas**) des occlusions intestinales aiguës. Elles peuvent survenir après toute laparotomie de façon **précoce** (dans l'année qui suit) ou **tardive** (des dizaines d'années après). Elles sont plus fréquemment rencontrées après **chirurgie sous mésocolique**, d'autant plus que l'intervention était **septique** ou **hémorragique**.

La présence d'antécédents de chirurgie abdominale avec syndrome occlusif et niveaux hydro-aériques de type grêle sur l'ASP doit faire évoquer le diagnostic d'occlusion du grêle sur bride.

L'occlusion peut être par **strangulation** (volvulus d'une partie ou de tout le grêle autour d'une bride menaçant ainsi la vitalité de l'anse) ou par **obstruction** (plicature d'une anse par la bride)

La TDM est d'un apport considérable : elle permet de préciser le mécanisme de l'OIA, le **siège du niveau transitionnel** et de chercher les signes de **souffrance** intestinale.

b. Occlusion sur hernies étranglées :

C'est la conséquence d'un passage d'un segment intestinal au travers d'un orifice fibreux non extensible.

Le tableau clinique est celui d'une occlusion **haute par strangulation**. On distingue :

i. Les hernies étranglées **externes (les plus fréquentes)** :

l'étranglement peut se faire à travers un orifice **inguinal**, **crural** ou **ombilical**. Le contenu du sac est variable, il dépend du siège de la hernie.

Le diagnostic est fait par le seul examen clinique. Il s'agit d'une tuméfaction **douloureuse, non réductible** et **non impulsive à la toux** siégeant au niveau d'un orifice herniaire.

ii. Les hernies étranglées **internes** :

elles peuvent être acquises ou congénitales. Les hernies **internes acquises** : elles sont rares et représentent 0,6 à 5,8 % des occlusions intestinales. Leur diagnostic est souvent fait en per opératoire.

Les hernies **internes congénitales** : Les hernies **internes para duodénales droite et gauche** sont les plus fréquentes. La TDM peut faire le diagnostic, sinon celui-ci sera fait en per opératoire.

e. Autres causes d'occlusions mécaniques du grêle

Chez un patient sans antécédents de chirurgie abdominale (**abdomen vierge**) ayant des **orifices herniaires libres**, d'autres diagnostics d'occlusions mécaniques du grêle vont être évoqués. Prennent ici toute leur importance, un interrogatoire précisant le terrain, les antécédents digestifs et surtout la tomodensitométrie abdominale qui permet, en dehors des malades graves, de faire le diagnostic étiologique.

• Occlusion sur obstacle pariétal :

Il peut s'agir d'une **tumeur pariétale bénigne** (léiomyomes, lipomes, neurinomes ou schwannome), **maligne primitive** ou le plus souvent **secondaire** (notamment une **carcinose péritonéale** localisée ou diffuse, secondaire à un cancer digestif ou extra-digestif).

Il peut s'agir aussi d'un **hématome de la paroi** intestinal secondaire à un **surdosage en AVK** ou à un traumatisme. Le diagnostic est facilement fait par le scanner.

Une **sténose radique** est suspectée devant des **antécédents de radiothérapie abdominale ou pelvienne**.

La **tuberculose intestinale** et la maladie de **Crohn** constituent une **cause rare d'occlusion intestinale** aiguë et siègent avec **prédilection au niveau de la dernière anse iléale**. Elles entraînent plutôt une sténose **incomplète** rapidement **résolutive**.

• Occlusion par obstacle intra-luminal :

L'obstruction de la lumière intestinale peut être faite par :

* **Un corps étranger : phytobézoard ou trichobézoard**, ingéré de façon accidentelle ou volontaire. Le corps étranger peut se bloquer au niveau de la valvule de Bauhin ou de zones de rétrécissements pathologiques. Le **phytobézoard survient volontiers chez le sujet âgé édenté** alors que le **trichobézoard** survient chez les patients atteints de pathologie psychiatrique qui s'arrachent les cheveux et les avalent (schizophrénie, autisme, ...)
Phytobézoard sont favorisé par les antécédents de gastrectomie ou de GEA: gastro entero anastomose
Les trichobézoard peuvent se bloquer au niveau de l'iléon terminale

* **Iléus biliaire** : un calcul biliaire après être passé à travers une **fistule** bilio-digestive (souvent **cholécysto-duodénale**), se bloque au niveau de la valvule de Bauhin.

Aerobili = OIH

Le tableau **clinique est celui d'une occlusion haute par à-coups**. L'interrogatoire peut retrouver la notion de **coliques hépatiques** ou de **lithiase vésiculaire connue** et documentée.

L'ASP peut montrer une **aérobilie** (présence de l'air dans l'arbre biliaire) qui signe la présence d'une **fistule** bilio-digestive et plus rarement l'image d'un **calcul** radio opaque dans l'intestin.

La TDM montre mieux **l'aérobilie** et le **calcul endoluminal**.

- **Les occlusions par invagination :**

L'invagination intestinale aiguë est plus fréquente **chez le nourrisson** et elle est alors **idiopathique**. Elle est souvent **iléo-iléale ou iléo-caecale**. Le tableau clinique associe typiquement des douleurs **paroxystiques** (ou des **pleurs intermittents**) séparés par des périodes d'accalmie, des **rectorragies** au toucher rectal et la palpation d'un **boudin** d'invagination. **L'échographie** montre l'image en **cible**. Le **lavement** aux hydrosolubles permet de confirmer le diagnostic et de **tenter la désinvagination**.

Chez l'adulte, l'invagination est beaucoup plus rare (5 à 16% des cas). Elle est souvent **secondaire à une tumeur ou à un polype**. L'échographie et le scanner montrent une image caractéristique **"en cocarde"**.

Peuvent survenir sur
un diverticule de Meckel
tumeur de la paroi
polype de la paroi

3. Les occlusions mécaniques du colon :

a. Occlusion secondaire à un cancer colorectal :

Le cancer colorectal est responsable de **70% des occlusions coliques**. Il s'agit en général d'un **adénocarcinome** de type squirreux infiltrant qui siège **dans 2/3 des cas au niveau du colon sigmoïde**, vu son diamètre réduit par rapport au reste du colon.

Le diagnostic est évoqué chez un **patient âgé** de **50 à 70 ans** ayant des troubles du **transit** ou des **rectorragies**. Le tableau clinique est celui d'une **occlusion basse par obstruction**. L'installation est **progressive** marquée par une **douleur abdominale modérée**, un **arrêt** des matières et des **gaz franc** et **précoce** et un **ballonnement** abdominal **volumineux** plus au moins **symétrique**. La palpation de l'abdomen, souvent gênée par le météorisme, permet rarement de mettre en évidence une masse abdominale. Le **toucher** rectal montre une ampoule rectale **vide** et permet dans de rares cas de **palper la tumeur** (notamment en cas de volumineuse tumeur de la jonction recto-sigmoïdienne prolabée ou en cas de tumeur du moyen ou du bas rectum).

La **TDM** abdominale permet d'objectiver l'obstacle tumoral et de faire en même temps le bilan d'extension. Elle permet aussi d'évaluer la vitalité et le diamètre du cæcum (risque de perforation diastasique à partir de 12 cm !)

b. Occlusions secondaire à un volvulus du colon :

- **Le volvulus du sigmoïde :**

c'est la forme la plus fréquente (85%). Il représente 15% des occlusions coliques. Le tableau clinique typique est celui d'un patient connu porteur d'un dolicho-sigmoïde avec constipation chronique ou de notion de colopathie et de douleurs abdominales spontanément résolutive qui consulte en urgence pour l'apparition de façon brutale d'une douleur abdominale intense et diffuse et AMG. Le météorisme est volumineux et asymétrique prédominant sur le coté gauche

L'ASP montre typiquement une image en grand arceau avec double jambage dont le sommet atteint l'hypochondre gauche. « tube interne coudé » cours 2019

La TDM montre le signe du tourbillon, correspondant au tour de spire au niveau du méso sigmoïde (figure N° 9). La TDM avec opacification basse montre un arrêt en « bec d'oiseau ».

La colonoscopie (sans préparation préalable) permet d'apprécier la vitalité de la muqueuse colique. En l'absence d'ischémie, la dévolvulation endoscopique est tentée.

- **Le volvulus du colon droit ou du cæcum :**

Il représente 15-35% des volvuli colique. Il est dû à un défaut d'accolement du colon droit. le tableau clinique est celui d'une occlusion mixte avec douleur abdominale centrale et un ballonnement asymétrique. Les vomissements sont notés une fois sur deux. L'arrêt des matières et des gaz n'est pas aussi net que dans le cas du volvulus du sigmoïde. L'ASP montre souvent un NHA unique, géant et central.

La TDM montre une FID déshabillée avec présence du colon droit au centre de la cavité péritonéale ou parfois dans l'hypochondre gauche avec le signe du tourbillon. La TDM montre un élément très important : le colon gauche est plan ce qui permet d'éliminer un volvulus du sigmoïde.

- **Le volvulus du colon transverse**

est exceptionnel. Le diagnostic est souvent fait en per opératoire.

c. Occlusions par obstacle intra-luminal :

La cause la plus fréquente est le fécalome : c'est l'accumulation et le durcissement du bol fécal au niveau du rectum. Il est observé surtout chez les patients âgés,

N° Validation : 0854202259

grabataires et les patients atteints de maladie **psychiatrique** ayant une constipation tenace. Le **diagnostic est fait par le toucher rectal** qui perçoit un fécalome dur. **L'ASP** montre une ampoule rectale dilatée siége de granité.

d. Occlusion par compression extrinsèque :

Il peut s'agir de **cancer gynécologique** chez la femme ou de cancer de la **prostate** chez l'homme ou de cancer de la **vessie** chez les 2 sexes avec envahissement locorégional du colon, du rectum ou du grêle. L'occlusion intestinale peut être inaugurale comme elle peut survenir au cours de l'évolution d'un cancer déjà connu.

e. Autres causes d'occlusion mécanique du colon :

- **Sténose ischémique**

Elle est évoquée devant une **sténose longue, systématisée**, souvent du **colon gauche** survenant sur un **terrain vasculaire** (I^{ce} coronaire, AVC, artériopathie MI, tabac, ...)

- **Sténose sur MICI: Crohn ou RCH**

Le diagnostic est suspecté devant un aspect **tubulé** avec **disparition des haustrations** coliques (**microcolie**).

- **Sténose secondaire à une diverticulite sigmoïdienne**

Elle est évoquée en cas d'antécédents de **multiples poussées de diverticulite**. Elle est **parfois inaugurale** posant le problème de diagnostic différentiel avec le cancer du colon.

4. Occlusions fonctionnelles :

Elles représentent **5% des OIA**. Les étiologies sont diverses (foyers **inflammatoires** ou **infectieux**, **douleurs** intense, troubles **ioniques**, atteinte de **l'innervation intrinsèque** de l'intestin ou de sa **vascularisation**, certains **médicaments** qui touchent la motricité intestinale).

a. Iléus inflammatoire :

L'iléus inflammatoire est dû à un **foyer inflammatoire ou infectieux intra ou rétro-péritonéal**.

Le tableau clinique **typique** est celui d'une **occlusion fébrile**.

Les étiologies sont nombreuses dont les fréquentes sont **l'appendicite méso-coeliaque**, la **pancréatite** aiguë, la **diverticulite** sigmoïdienne, la **cholécystite** aiguë, la **salpingite** aiguë, la **pyélonéphrite** aiguë, etc ...

b. Iléus réflexe :

L'iléus réflexe est secondaire à des **douleurs intenses**. Il peut s'agir d'une colique **néphrétique**, un **IDM** inférieur, un **angor méésentérique**, une colique **hépatique**, des douleurs **post opératoires** (abdomen, pelvis, rétropéritoine, rachis), un **traumatisme** (abdomen, bassin, rétropéritoine, rachis), etc ...

c. Des Troubles ioniques, notamment une hypokaliémie

d. Des troubles de l'innervation intrinsèque de la paroi intestinale :

- **Le syndrome d'Ogilvie (pseudo-obstruction colique aigue)**

Il est dû à un **déséquilibre entre les systèmes para et ortho sympathique**.

Il survient sur un **terrain particulier**: Sujet **âgé**, **alité**, **diabétique**, **AVC**, **Parkinson**, prise **médicamenteuse** (**neuroleptique**, **anticholinergiques**, **antiparkinsoniens**, **antidépresseurs**, **sédatifs**).

L'ASP et surtout la **TDM** permettent de confirmer le diagnostic : NHA **coliques** à prédominance **gazeuse**, notamment au niveau du **colon droit sans obstacle** avec parfois présence de **l'air** au niveau du **rectum** (signe **majeur mais inconstant**).

Le **risque** majeur est représenté par la **perforation** cœcale.

- **La maladie de Hirschprung :**

Elle est caractérisée par une **aganglionnie de la paroi rectale** ce qui entraîne une stase en amont, réalisant une occlusion basse mais sans obstacle mécanique sur le scanner. Elle touche préférentiellement l'enfant

e. Infarctus méésentérique :

Il doit être évoqué chez les sujets **âgés ayant un terrain vasculaire**. Les douleurs sont généralement **intenses et diffuses**. Le diagnostic est basé sur **l'angioscanner** abdominal en montrant une sténose athéromateuse ou une embolie au niveau de l'artère méésentérique supérieure (ou plus rarement inférieure) ou de leurs branches. Le scanner permet également de préciser l'étendue du segment intestinal atteint ainsi que sa vitalité.

f. Prise médicamenteuse :

Certains médicaments tels que les **morphiniques**, les **neuroleptiques**, les **antidépresseurs**, les **antiparkinsoniens** sont connus pour effet délétère sur la motricité intestinale.

VII. Traitement (Objectif 7)

A. But :

- Corriger et si possible prévenir les conséquences physiopathologiques de l'occlusion
- Rétablir le transit intestinal
- Lever l'obstacle
- Traiter la cause et prévenir les récides

B. Moyens :

1. Traitement médical :

La réanimation doit être entamée dès l'admission du malade. Elle a pour but de corriger les perturbations hydro-électrolytiques et acido-basiques. Elle doit être poursuivie en pré, per et post-opératoire jusqu'à rétablissement du transit. Elle comprend :

- **La mise en place d'une sonde naso-gastrique** en aspiration douce qui permet de quantifier le 3^{ème} secteur, d'éviter les vomissements, de réduire la distension abdominale, d'éviter l'inhalation au moment de l'induction anesthésique et enfin de suivre l'évolution en appréciant la quantité et la qualité du liquide aspiré.
- **Un remplissage vasculaire** à l'aide de cristaalloïdes et/ou de colloïdes en fonction de l'état hémodynamique. Il permet de compenser les pertes hydro-électrolytiques.
- **La correction des troubles hydro-électrolytiques et acido-basiques**
- **La mise en place d'une sonde vésicale.**
- **Une antibiothérapie** : elle est indiquée vu la présence de pullulation microbienne même si elle est souvent latente. En général, seront administrées les associations suivantes : (amoxicilline-acide clavulanique + métronidazole) et (céfotaxime + gentamycine + métronidazole) pas systématique
- **Des antalgiques**

La surveillance doit être portée sur les constantes hémodynamiques (fréquence cardiaque, TA, diurèse), la température, l'examen abdominal et l'aspect du liquide gastrique.

2. Traitement chirurgical :

a. Voie d'abord:

Il peut s'agir de :

- **Laparotomie médiane.**
- **Cœlioscopie** : pour certaines occlusions sur brides
- **Voie d'abord élective** : en cas confection d'une colostomie de proche amont pour une occlusion colique néoplasique et pour l'abord d'une hernie de l'aine étranglée.

b. Exploration per opératoire :

La manipulation des anses intestinales doit être douce car celles-ci sont fragiles et œdématisées. L'exploration per opératoire doit préciser le mécanisme de l'occlusion, sa cause et la vitalité de l'intestin.

c. Gestes opératoires :

Le type du geste opératoire dépend de la cause de l'OIA et de la vitalité de l'intestin.

Il peut s'agir de :

- Section de brides
- Cure de hernie ou éventration (raphie simple sans prothèse)
- Résection intestinale :

Elle est indiquée en cas de sténose colique ou grêlique (maligne ou bénigne), en cas de volvulus du colon pelvien ou en cas de nécrose ou perforation intestinale.

Une anastomose immédiate est autorisée en cas de résection grêlique ou colique droite en l'absence de péritonite chez un malade ayant un état hémodynamique stable. Dans les autres cas, la résection est suivie d'une stomie.

- Stomie de décharge (ou de proche amont) :

Elle est surtout indiquée en cas de tumeur colique gauche en occlusion (non résécable ou de principe)

- Réduction d'une invagination
- Ablation de lithiase biliaire, de bézoard (après avoir ouvert l'intestin et ensuite le suturer)
- Traitement d'un foyer septique intra péritonéal : appendicectomie, cholécystectomie, salpingectomie, ...

3. Traitement endoscopique :

a. Stent colique :

Il est indiqué de cancer du colon gauche en occlusion. C'est une méthode palliative (tumeurs métastatiques ou non résécables ; état général altéré ou terrain débilisé empêchant une intervention chirurgicale en urgence).

Est réalisée sans insufflation /Présente un risque de perforation Permet de passer le cap aigue

b. Dévolvulation endoscopique :

Elle est indiquée en cas de volvulus du sigmoïde sans signes de nécrose, à la fois cliniques (fièvre, défense abdominale, rectorragies) et endoscopiques (muqueuse noirâtre).

c. Exsufflation endoscopique :

Elle est indiquée en cas de syndrome d'Ogilvie sans signes de perforation caecale après échec du traitement médical.

4. Réduction d'une invagination par des lavements aux hydrosolubles :

Elle constitue le traitement de première intention de l'invagination intestinale aigue idiopathique du nourrisson, en l'absence de signes de nécrose et de perforation intestinale.

C. Indications :

1. En fonction du mécanisme : (figure N° 10)

a. En cas d'occlusion fonctionnelle,

le traitement est celui de la cause. Il peut être médical (telle que une colique néphrétique, un IDM, une hypokaliémie) ou chirurgical (telle qu'une appendicite, une salpingite, une cholécystite, un infarctus mésentérique,...)

b. En cas d'occlusion mécanique,

la chirurgie en urgence est indiquée en cas de

- Occlusion par **strangulation**
- Occlusion par **obstruction avec**
 - des **signes de gravité** (notamment les signes de souffrance intestinale cliniques et/ou radiologiques ou en cas de vomissements fécaloïdes)
 - **ou absence d'amélioration** sous traitement médical bien conduit pendant **12 à 24h** (persistance ou aggravation du ballonnement ou de la douleur, absence de rétablissement du transit, persistance ou aggravation des NHA sur l'ASP).

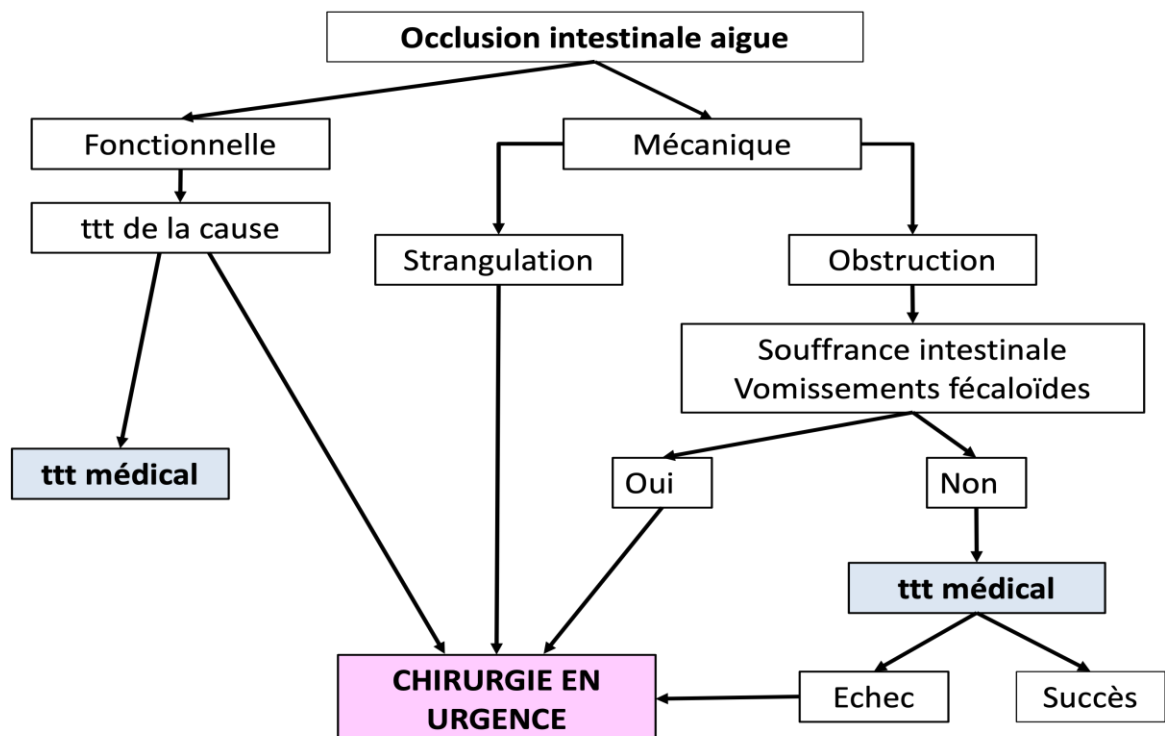


Figure N°10 : indications thérapeutiques en fonction du mécanisme de l'OIA

2. En fonction de l'étiologie.

a. En cas de brides :

- Section des brides.
- Sections des brides avec résection intestinale si vitalité compromise. Le rétablissement se fait souvent en un seul temps (sauf en cas de péritonite ou d'état de choc).

b. En cas de hernie étranglée :

- Réduction et cure de la hernie par voie élective.
- Résection intestinale et rétablissement de la continuité par voie médiane si nécrose intestinale

c. En cas d'iléus biliaire :

Si le calcul ne peut être repoussé dans le caecum, il sera extrait par entérotomie suivie de suture. La fistule bilio-digestive est souvent traitée en même temps opératoire ou ultérieurement en fonction des conditions locales et de l'état général du patient.

d. En cas de tumeur sténosante du grêle :

résection + anastomose habituellement en un seul temps.

e. En cas de tumeur colique sténosante :

• En cas de cancer du colon droit,

Le geste consiste en une colectomie droite. Une anastomose iléo transverse est réalisée sauf en cas de péritonite, d'état de choc ou de mauvais état général.

• En cas de cancer du colon gauche,

plusieurs options sont possibles (figure N°11) :

- Colostomie de proche amont. Geste rapide et simple, ayant pour but de dériver les selles en amont de l'obstacle et de passer le cap aigu de l'occlusion. La résection de la tumeur sera réalisée ultérieurement dans de meilleures conditions et après avoir fait un bilan d'extension adéquat.
- Résection colique gauche emportant la tumeur et confection d'une colostomie. Le rétablissement de la continuité digestive sera fait ultérieurement après préparation adéquate du malade et une colonoscopie.
- Colectomie totale en cas de lésions ischémiques du cæcum. Une anastomose iléo-rectale est réalisée en l'absence de péritonite et si l'état hémodynamique est stable.
- Stent colique : réservé pour les situations palliatives (terrain débilisé ou tumeur non résécable ou métastatique).

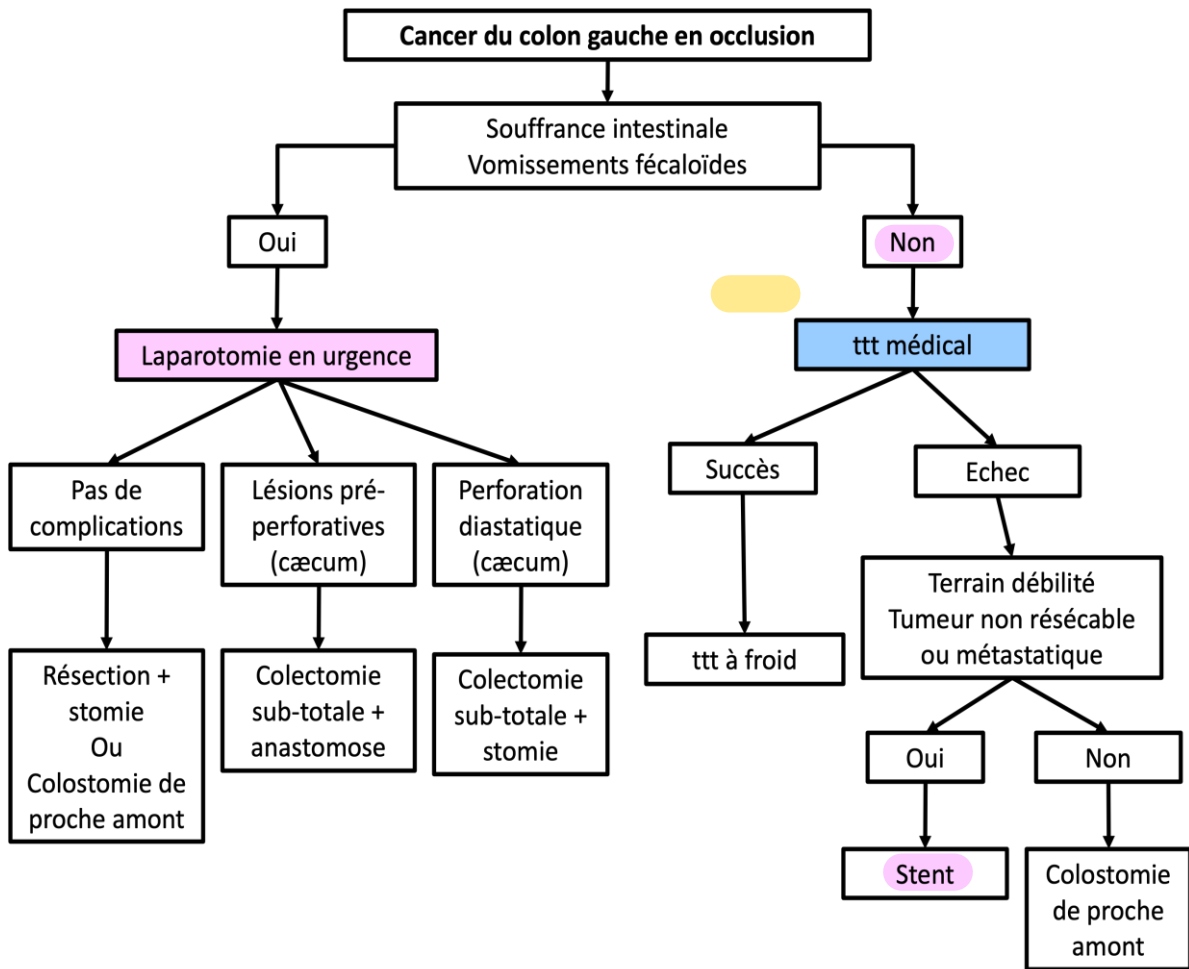


Figure N°11 : Indications thérapeutiques en cas de cancer du colon gauche en occlusion

colectomie sub totale : pération qui enlève presque tout le côlon, laissant en place tout l'intestin grêle en amont et en aval le rectum et une partie du sigmoïde
indiqué en cas d'atteint de caecum

f. Volvulus du colon :

- **En cas de volvulus du sigmoïde** : si échec ou contre-indications à la dévolvulation **endoscopique**, une **sigmoïdectomie avec double stomie** (intervention de Bouilly-Wolkmann) est indiquée (figure N°12).
- **En cas de volvulus du colon droit**, une colectomie droite avec anastomose immédiate doit être réalisée en urgence.

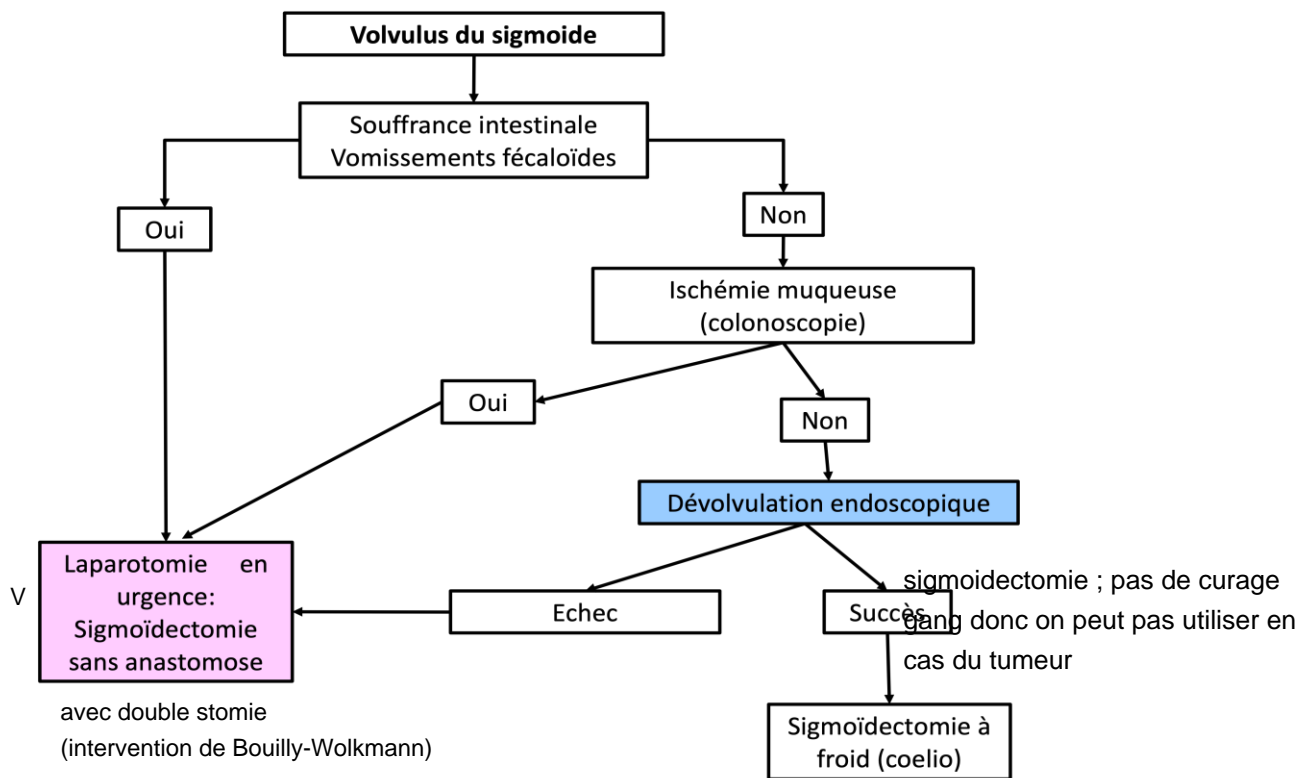


Figure N°12 : Indications thérapeutiques en cas de volvulus du sigmoïde

g. En cas d'invagination intestinale aiguë:

- Chez le **nourrisson**, la réduction par lavement aux hydrosolubles est indiquée en première intention en l'absence de signes de souffrance intestinale. Sinon (ou en cas d'échec), la résection chirurgicale s'impose.
- Chez l'**adulte**, le traitement est essentiellement chirurgical (résection intestinale emportant le polype ou de la tumeur sous jacente le boudin d'invagination).

D. Résultats :

La mortalité est comprise entre 3 et 5 % dans les occlusions par strangulation en dehors de toute résection intestinale. Elle est supérieure à 15% quand il y a une nécrose intestinale. La moitié des décès observés après occlusion sont en rapport avec la strangulation.

VIII. Conclusion :

L'occlusion intestinale aiguë est une urgence médico-chirurgicale fréquente. Elle se caractérise par son polymorphisme clinique lié à une grande diversité étiologique. Lorsqu'il s'agit d'une occlusion par strangulation, l'intervention doit être rapide avant la constitution de lésions irréversibles.

Le pronostic est multifactoriel mais dépend en premier lieu de la rapidité et de la qualité de la prise en charge.