

Module de gastro- entérologie
4^e année de médecine
Année universitaire 2019- 2020

LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

Dr Seddiki- Brahmi K
Chirurgie Générale
C C A, CHUORAN

Les objectifs du cours sur les occlusions intestinales aiguës

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
 - Occlusion du grêle par obstruction
 - Occlusion du grêle par strangulation
 - Occlusion du colon par obstruction
 - Occlusion du colon par strangulation
 - Iléus paralytique
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 (exceptionnelles) à mettre en œuvre dans une occlusion intestinale aiguë
8. Connaître les raisons d'une indication chirurgicale d'urgence dans l'occlusion intestinale aiguë.

LES OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

I. Généralités

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. Les étiologies sont nombreuses et l'apport de la tomodensitométrie est important. Le traitement est souvent chirurgical.

II. Définition

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. Tous les segments du tube digestif en aval de la papille duodénale majeure peuvent être concernés.

Le retentissement général est constant et impose des mesures de correction hydro-électrolytiques rapides. Les signes de gravité doivent être recherchés systématiquement.

L'occlusion peut être organique (obstruction ou strangulation) ou fonctionnelle. 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). Dès que le diagnostic est posé, il faut préciser le retentissement sur l'état général et le siège de l'occlusion.

III. Physiopathologie. L'obstruction et l'étranglement.

Normalement cinq litres de sécrétion digestive sont produits dont 90% sont absorbés. Dans l'OIA, il existe une diminution de la réabsorption et des vomissements qui entraînent une déshydratation avec des pertes électrolytiques.

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 zone en 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, d'où une gêne progressive aux circulations lymphatique, veineuse et

artérielle.

La distension maximale en cas d'occlusion colique avec une valvule de Bauhin étanche risque d'entraîner une perforation diastatique du côlon droit.

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.

On observe différents types d'occlusion intestinale.

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

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 (ex. une appendicite ou une péritonite) ou inflammatoire (ex. une pancréatite aiguë). La cause peut aussi être un épanchement de sang intrapéritonéal ou sous-péritonéal (ex. après une fracture du bassin) ou lors d'un épisode douloureux intrapéritonéal ou rétro péritonéal (ex. une colique hépatique ou une colique néphrétique chez le sujet âgé).

IV. Sémiologie clinique des occlusions aiguës

Le Syndrome occlusif associe des douleurs abdominales, des vomissements, une distension abdominale et un arrêt des matières et des gaz +++.

L'Etude clinique.

L'interrogatoire doit rechercher :

- le mode d'installation
- les ATCDS opératoires,
- une radiothérapie,
- une constipation,
- des rectorragies,
- des traitements suivis.

Les Signes fonctionnels

- Des douleurs abdominales qui représentent le symptôme le plus précoce ; elles sont progressives ou brutales, permanentes ou paroxystiques et angoissantes.
- Des nausées et vomissements, parfois absents au début, ils sont alimentaires bilieux parfois fécaloïdes.
- L'arrêt des matières et des gaz : parfois tardifs (l'arrêt des gaz est important). L'intestin d'aval est plat, il se vide parfois brutalement sous forme d'une diarrhée de vidange qui est trompeuse, mais (fait important) sans gaz (« faux » transit). La rapidité d'apparition de ces symptômes dépend du niveau de l'obstacle.

L'examen général

- la température est normale ou élevée,
- il faut rechercher un état de choc (cyanose, marbrures)
- Une déshydratation extracellulaire (hypotension, oligurie, soif...).

L'examen physique

- L'inspection
 - il faut rechercher une cicatrice abdominale,
 - un météorisme ou une distension abdominale qui est en amont de l'obstacle (gaz et fermentation)

- Lapalpatation
 - de l'abdomen, des Orifices inguinaux et cruraux
 - on recherchera une défense abdominale
 - des douleurs à la décompression
 - une résistance élastique
 - etparfois une contracture
- La percussion
 - Un tympanisme +++
- L'auscultation
 - Des bruits de lutte
 - Un silence abdominal à l'auscultation
- Les touchers pelviens sont systématiques

L'examen clinique doit rechercher une souffrance intestinale devant les signes suivants :

- une douleur intense résistant aux antalgiques de niveau 1
- une température à plus de 38°C
- des signes péritonéaux : défense ou contracture
- une matité déclive des flancs (épanchement péritonéal).
- une tachycardie plus de 100b/min
- une augmentation des GB : + 10.000/mm³

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. les examens radiologiques

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.



a. 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

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.

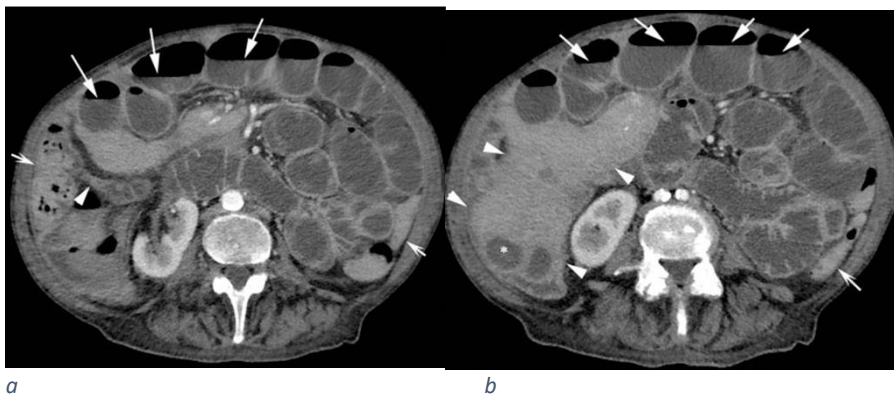
- Elle peut retrouver un épanchement péritonéal
- Une lithiase biliaire ou rénale parfois.

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 tomодensitométrie (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 peut orienter la voie d'abord et la conduite thérapeutique. 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

Certains caractères apportent des éléments de présomption.

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 **L**arges que hauts, **C**entraux, **M**ultiples

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
- des vomissements tardifs
- un météorisme important ++
- Rx : NHA plus **H**auts que larges, **P**ériphériques et **peu N**ombreux.

VII. Diagnostic de mécanisme

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 König)
- 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 intraluminales (corps étrangers/ fécalomes, calculs biliaires).

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.

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 aigue. 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, insuffisance rénale, hypothyroïdie, hypokaliémie, hypocalcémie.

VIII. Le diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel doit se faire avec :

Les Affections médicales :

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

Les Affections chirurgicales :

- La pancréatite aigue,
- 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. [66].

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

- perforation,
- rétrécissement progressif

4. autres causes : corps étrangers, parasitaires

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

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. Il peut survenir après un traumatisme de l'abdomen ou du rachis ou en cas d'insuffisance respiratoire.
- 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.
 - Les signes généraux sont ceux de l'affection causale (ex. graves en cas de pancréatite aiguë nécrotique et nuls en cas de colique néphrétique).
 - Les signes physiques sont un ballonnement diffus et un silence complet à l'auscultation.
 - Les signes biologiques sont ceux de l'affection causale.
 - Sur l'ASP, il existe une distension diffuse à la fois du grêle et du côlon, avec beaucoup

d'air et peu de liquide.

- Une sigmoïdite
- Le fécalome

Tableau Récapitulatif.

Les Différents types d'occlusion mécaniques et les causes les plus fréquentes, en fonction de la localisation

OBSTRUCTION	STRANGULATION
LE GRELE	
Maladie de Crohn	Brides (2/3 des occlusions)
Entérite radique	Volvulus du grêle
Hématome pariétal (accident des anticoagulants)	Hernies, éventrations étranglées
Iléus biliaire (très rare)	
LE COLON	
Cancer	Volvulus du côlon sigmoïde
Sigmoïdite	Volvulus du cæcum
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.
- 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

But :

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

1. 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 nasogastrique
- Mise en place d'une sonde urinaire (diurèse)
- Les antispasmodiques, antalgiques et antibiotiques

2. Techniques instrumentales : exceptionnelles

Prudence en cas de traitement endoscopique !!!

Il est exceptionnellement indiqué. Il s'agit d'une intubation rectocolique 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.

3. 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 : une laparotomie ou cœlioscopie 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 grêle 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

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

XI. 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.

XII. Références

IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)

e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 18, Issue 4 Ser. 6 (April. 2019), PP 76-100.

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, Aufort 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

AFSOS, référentiels inter-régionaux, version validée du 19 décembre 2013. Zelek L, Laval G, Asselain B. Somatostatin analogs for malignant bowel obstruction resulting from peritoneal carcinomatosis. J Clin Oncol. 2013 Jul 1;31(19):2519-20.

Hodel J, Zin M et al . Apport des reconstructions multiplanaires pour la localisation de la zone de transition au cours des occlusions du grêle. Feuille de radiologie, 1996; 33: 456-457.

Marcelin-Bezanech B, Laval G, Arvieux C, Chauvenet L et al. Recommandations pour la prise en charge de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale. Groupe de travail de la SFASP, 16 mars 2012.

Henry J.F, Sebag F, Portier F, Delarue A. Syndromes Occlusifs : Diagnostic et traitement. Octobre 2005..Chevallier P, Denys A, Schmidt S, et al.

Laval G, Marcelin-Benazech B, Arvieux C, Chauvenet L et al. Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : Recommandations de bonnes pratiques cliniques. Médecine palliative 2012 ; 11-Suppl 1: 1-24.

Frank Schwenter, Stéphane Dominguez. Occlusion grêle aiguë : traitement conservateur ou chirurgical ? Rev Med Suisse 2011; volume 7. 1341-1347