

OCCLUSIONS INTESTINALES AIGUES

Dr MAHBOUB M.

I-DEFINITION:

L'occlusion intestinale se définit par **un arrêt complet et persistant du contenu intestinal secondaire à un obstacle ou à une paralysie**. L'occlusion est révélée par le syndrome occlusif clinique et radiologique et doit être considérée comme une urgence chirurgicale d'où l'intérêt de reconnaître le syndrome occlusif, préciser le retentissement sur l'état général, préciser son siège et son étiologie, préciser son mécanisme dont **dépendra le degré de l'urgence**.

II-EPIDEMIOLOGIE :

Fréquence : 4 à 7 % des syndromes douloureux abdominal aigu.

Sex-ratio : femme > homme.

Incidence : après l'âge de 60 ans, l'OIA est la cause d'une douleur abdominale dans 1/3 des cas.

Siège : l'OIA siège 75 % des cas au niveau du grêle et 22 % au niveau colique.

Mortalité : était à 20 % est actuellement de 10 % et seule une intervention chirurgicale précoce peut l'abaisser.

III-PHYSIOPATHOLOGIE :

Les conséquences diffèrent selon le mécanisme

***L'OIA par obstruction** : entraîne un hyper péristaltisme réactionnel (vomissements et douleurs abdominales) laissant la place à une distension grêlique secondaire aux gazs et aux sécrétions. L'augmentation de la pression endoluminale va diminuer le retour veineux entraînant une ischémie intestinale.

***L'OIA par strangulation** : en plus des conséquences suscitées, la strangulation provoque des lésions vasculaires entraînant un infarctus de la paroi en moins de 8 heures.

***L'OIA fonctionnelle** : secondaire à une baisse de l'activité péristaltique de la paroi intestinale. Les vomissements sont rares par absence de péristaltisme. La distension est

importante et précoce entraînant une altération de la perméabilité de la paroi et le volume du 3^{ème} secteur (liquide intra abdominal et dans la lumière digestive++++) est augmenté pouvant entraîner une hypovolémie et une insuffisance rénale fonctionnelle. Les altérations pariétales sont tardives.

***Désordres métaboliques :**

Une hémococoncentration (Ht augmentée) est le reflet d'une déshydratation extracellulaire.

Une hypoxie entraînant une dyspnée suite à une surélévation des coupes diaphragmatiques secondaire à la distension des anses intestinales.

Les vomissements entraînent **une hypochlorémie, hyponatrémie et hypokaliémie**.

La septicité du contenu intestinal est aggravée par la stase, la paroi va devenir perméable aux germes pouvant entraîner **une péritonite** par diffusion ensuite per perforation.

III-DIAGNOSTIC POSITIF :

A-Signes fonctionnels :

Le syndrome occlusif associe une douleur abdominale, des vomissements, un arrêt de matière et de gaz et une distension intestinale.

1-Douleur dont on précisera

-le début brutal ou progressif, spasmodique entrecoupées d'accalmies.

-le siège est variable

-le mode évolutif : le changement du caractère de la douleur revêt une valeur pronostique, ainsi la disparition de celle-ci peut signifier le prélude de la nécrose.

2-les vomissements au début réflexes en rapport avec l'intensité de la douleur, puis secondairement à la régurgitation du contenu intestinal dans l'estomac.

-Leur caractère : alimentaires au début, puis bilieux et enfin fécaloïdes.

-la fréquence : sont très fréquents dans les occlusions du grêle et seulement la moitié des cas dans l'occlusion colique.

3-Arrêt des matières et gazs (AMG) : maître symptôme, le plus constant. L'arrêt des gazs est plus fiable car l'arrêt des matières peut être masqué par la vidange de l'intestin sous-jacent dans l'occlusion haute. L'arrêt du transit est plus net que l'occlusion siège plus bas.

B-Signes physiques :

1-l'inspection recherche **le météorisme abdominal** de siège central et localisé ou diffus, en cadre (colique), central (grêle), asymétrique (volvulus colique), absent à ventre plat en cas d'occlusion haute.

2-l'inspection recherche aussi une cicatrice de laparotomie.

3-la percussion : retrouve une sonorité importante le tympanisme, parfois une matité des flancs signe un épanchement liquidien associé.

4-la palpation : l'abdomen est tendu mais souple et élastique. Une défense localisée traduit la souffrance d'une anse intestinale. Elle comporte **l'examen des orifices herniaires**. Attention à l'hernie crurale chez la femme obèse.

5-l'auscultation peut retrouver des bruits hydro-aériques, soit un silence abdominal annonçant la gangrène de l'intestin.

6-**les touchers pelviens** : permettent parfois de retrouver la cause de l'occlusion (fécalome, tumeur palpable du rectum.....).

C-Signes généraux :

L'état général est conservé au début et lorsque le début est brutal, la pâleur, l'agitation ou l'accélération du pouls sont le reflet de l'intensité de la douleur .La température est normale.

A un stade plus tardif, la soif, le pli cutané, la sécheresse de la muqueuse buccale, l'oligurie ou un état de confusion peuvent témoigner de la souffrance d'une anse intestinale ou d'un état de déshydratation avancé.

D-Examens complémentaires :

Bilan rénal, hémocrite, ionogramme sanguin peuvent être perturbés.

E-Imagerie :

***Abdomen sans préparation : ASP** il permet d'affirmer le diagnostic dans la majorité des cas. Ce sont **des images de dilatation intestinale (niveau hydro-aérique : NHA)** qui sont en faveur de l'occlusion. Il comprend un cliché debout de face, un cliché debout centré sur les coupes du diaphragme et un cliché en décubitus latéral de face.

L'ASP permet de préciser l'origine de l'occlusion (haute ou basse).

OIA grêlique : les niveaux sont nombreux, centraux, plus larges que hauts, absence d'air dans le colon.

OIA colique : les niveaux sont périphériques, plus hauts que larges avec des haustrations coliques.

Remarques : les NHA peuvent être absents. Certains NHA peuvent être présents en dehors d'une OIA en cas de diarrhée, d'ischémie, de lavement évacuateur ou d'utilisation de laxatifs

- Le caractère diffus des images hydro-aériques est en faveur d'une occlusion fonctionnelle.
- L'image d'aérobilie en cas d'iléus biliaire est pathognomonique.
- L'image aérique extradigestive, le pneumopéritoine signe la perforation digestive.

***L'échographie abdominale** est habituellement en défaut dans les syndromes occlusifs mais paradoxalement contribue au diagnostic d'occlusion notamment par invagination intestinale, d'iléus biliaire.....

***La TDM abdominale injectée** permet le diagnostic de l'occlusion, de sa cause et l'état de souffrance de la paroi intestinale.

L'absence de rehaussement de la paroi intestinale signe l'ischémie.

La pneumatose pariétale est un signe de début de nécrose.

L'aéroportie (l'air dans la veine porte) est un signe de gravité extrême.

***Le lavement aux produits hydrosolubles (gastrograffine*, télébrix*)** peut préciser le siège et l'étiologie.

***L'ENDOSCOPIE** est contre indiquée vu le risque de perforation.

***Le LAVEMENT BARYTE** est interdit.

IV-DIAGNOSTIC DE SIEGE :

Le siège est évoqué par l'histoire clinique, le résultat de l'examen abdominal et l'imagerie. Schématiquement, l'occlusion haute et basse s'opposent comme sur ce tableau :

	Occlusion haute	Occlusion basse
Début	<i>Souventbrutal</i>	Souvent insidieux
Douleur	<i>Crampes+++++</i>	++
Vomissements	++++	+ tardifs et inconstants
Arrêt gaz et matières	Tardifs et incomplets	Précoce
Météorisme	+/- peut être absent	+++++
Péristaltisme	++++	+
NHA (ASP)	Centraux, multiples, plus larges que hauts	Périphériques et plus hauts que larges

Tableau 1

V-DIAGNOSTIC DE MECANISME :

A-OIA fonctionnelle :

Ces occlusions relèvent d'une altération de la motricité intestinale d'origine locale ou générale, de cause réflexe ou inflammatoire qui aboutit à la paralysie.

* Elles sont caractérisées cliniquement par :

- leur début progressif ;
- le caractère incomplet de l'arrêt de transit ;
- le météorisme est discret et tympanique.

*A l'imagerie :

- une dilatation diffuse du grêle et/ou du colon ;
- pas ou peu de NHA.

B-OIA mécanique par obstruction ou par strangulation :

Il est classique d'opposer obstruction et strangulation sur des signes cliniques et radiologiques qui figurent sur le tableau 2.

	OBSTRUCTION	STRANGULATION
Début	Progressif	Brutal
Etat général	Non altéré	Etat de choc
Température	Normale	Subfébrile
Abdomen	Météorisme Péristaltisme longtemps conservé	Météorisme localisé +/- asymétrique
Pouls	Normal	Tachycardie
Siège de l'occlusion	Siège bas en général	Siège haut en général
FNS	Normale	Hyperleucocytose
Radio	NHA	Arceau unique ou anse distendue

Tableau 2

VI-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

A-GRELE :

***Strangulation :**

- Volvulus du grêle** par bride postopératoire ou adhérences.
- **étranglement herniaire** ou sur éventration.
- invagination intestinale aiguë IIA (image en cocarde à l'échographie).
- Etranglement sur hernie interne (hernie obturatrice, fossette paraduodénale).

***Obstruction :**

Obstruction intraluminale :

- iléus biliaire** par migration d'un calcul vésiculaire par une fistule cholécysto-duodénale.
- syndrome de bouveret par enclavement d'un calcul vésiculaire au niveau du duodénum.
- phytobézoards** par agglutination de fibres végétales surtout chez le gastrectomisé.
- parasitose ASCARIS.**

Obstruction extrinsèque :

- carcinomes péritonéales
- compression par un kyste de l'ovaire, un myome utérin.**
- fibrose rétro péritonéale.

Obstruction pariétale :

- tumeurs du grêle bénignes ou malignes, métastases, GIST, hématome intramurale.
- **rétrécissement iléale sur maladie de CROHN.**

B-COLIQUE :

***Strangulation :**

- volvulus du colon pelvien.** (VCP)
- volvulus du caecum.
- volvulus du colon transverse.

***Obstruction :**

- sténoses néoplasiques.** Cancer du rectum, cancer du sigmoïde.

C-OCCLUSION INFLAMMATOIRE :

Secondaires à un processus infectieux intra abdominal localisé ou généralisé :
appendicite aiguë, cholécystite aiguë, péritonite aiguë, pancréatite aiguë.

D-OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES : précoces, paralytique, fébrile ou secondaire à une malfaçon technique.

E-OCCLUSIONS FONCTIONELLES :

-Infection intrapéritonéale.

-iléus postopératoire.

-autres : fécalome, hémopéritoine, globe vésical, colique néphrétique.

–le syndrome d’OGILVIE est une distension gazeuse aigue du colon idiopathique.

VII-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

-**ABDOMEN AIGU CHIRURGICAL** : torsion viscérale (kyste ovarien, vésicule biliaire, estomac), GEU rompue, perforation digestive.

L’erreur est acceptable dans la mesure où elle amène à l’intervention.

-**ABDOMEN AIGU MEDICAL** : colique néphrétique, colique saturnique, crise gastrique de TABES, IDM, affection pleuro pulmonaire à expression abdominale.

L’erreur est quelque fois redoutable, il faut dans tous les cas éviter un diagnostic et un traitement de facilité.

VIII-TRAITEMENT :

La prise en charge comprend 3 volets :

1-adapter la stratégie thérapeutique en identifiant les critères de gravité :

***cliniques** : fièvre, défense abdominale, douleur intense, état de choc, vomissements fécaloïdes.

***biologiques** : acidose métabolique, hyperleucocytose, CRP ++.

***imageries** : coecum dilaté > à 10 cm de Ø, pneumopéritoine, pneumatose et épanchement.

2-traitement médical : réanimation

La réanimation des OIA a pour but de corriger les perturbations de l’équilibre volémique, hydro électrolytique et acido-basique.

-Aspiration gastroduodénale continue : par **une sonde gastrique** avec prise d’air.

-**Correction hydroélectrolytique** 2 à 3 l/j SGI = 2/3 et SSI = 1/3.

-**Antibioprophylaxie** est systématiquement associée contre les germes Gram négatifs et anaérobies.

3-traitement chirurgical :

L'indication opératoire est liée à la menace de nécrose d'une anse intestinale ou à un diagnostic étiologique incertain.

Le traitement chirurgical doit toujours lever l'obstacle et enlever les zones de nécroses ou douteuses.

Il peut s'agir d'une simple section d'une bride, d'une résection du grêle ou du colon, emportant éventuellement un processus tumoral, avec rétablissement ou non de la continuité (stomies).

Avant de fermer la paroi, il est indispensable de faire une vidange rétrograde ou antérograde de l'intestin.

Autres méthodes :

-Traitement percoelioscopique des brides.

-Intubation recto colique sous contrôle d'une colonoscopie pour détordre l'anse sigmoïdienne volvulée.

-Coloscopies itératives de décompression en cas de syndrome d'Ogilvie.

-Lavement opaque sous pression en cas d'invagination intestinale chez le nourrisson.

IX-CONCLUSION :

Le diagnostic d'une OIA repose avant tout sur **l'interrogatoire et l'examen clinique**, l'imagerie et parfois le scanner ne vient que préciser le diagnostic.

La 1^{ère} préoccupation devant une occlusion est d'éliminer l'urgence extrême, c'est-à-dire une OIA par strangulation du grêle ; rechercher **une cicatrice abdominale** et palper systématiquement **les orifices herniaires**.

