

## Les occlusions intestinales aiguës

### Plan :

1. Définition.
2. Mécanisme
3. Physiopathologie.
4. Clinique.
5. Examens complémentaires
6. Formes cliniques
7. Traitement.

### 1. Définition :

C'est un empêchement à la progression du contenu intestinal (matières et gaz) du fait d'un obstacle mécanique ou d'un trouble fonctionnel de la paroi intestinale.

Il ne s'agit pas d'une seule maladie mais d'un syndrome dont les causes sont multiples et les mécanismes variables.

L'occlusion est une urgence médico-chirurgicale.

### 2. Mécanisme:

Il faut distinguer les occlusions mécaniques et les occlusions fonctionnelles.

1. Les occlusions mécaniques : Elles sont provoquées par un obstacle organique intrinsèque ou extrinsèque au niveau d'un segment intestinal. Elles sont secondaires soit à une obstruction soit à une strangulation
2. Les occlusions fonctionnelles : Elles sont liées à une altération de la motricité intestinale sans obstacle.

**Les occlusions mécaniques par obstruction** : ce type d'occlusion relève de quatre grands mécanismes :

- Obstruction de la lumière intestinale par un corps étranger.  
Ex : débris végétaux, parasite, calcul biliaire (fistule entre la vésicule et le grêle)...
- Obstruction de la lumière intestinale par un épaissement inflammatoire de la paroi. Ex : sténose par une tuberculose intestinale, maladie de Crohn...
- Obstruction de la lumière intestinale par compression extrinsèque. Ex tumeur ovarienne, tumeur hépatique, tumeur gastrique...
- Obstruction de la lumière intestinale par une tumeur bénigne ou maligne du grêle, du colon ou du rectum.

**Les occlusions mécaniques par strangulation** : ce mécanisme fait participer deux phénomènes : une compression de l'anse intestinale et surtout une compression de son pédicule vasculaire. Le risque est bien sur l'évolution rapide vers la nécrose du segment intestinal concerné par la strangulation (ischémie intestinale).

On note dans ce type d'occlusion quatre mécanismes :

- Volvulus : c'est une torsion d'une anse autour de son axe vasculaire.
- Etranglement : striction d'une anse par un orifice d'une hernie.
- Bride : fibrose cicatricielle post opératoire qui accole les anses entre elle ou avec la paroi abdominale.
- Invagination : c'est un télescopage d'un segment intestinal dans un autre.

**Les occlusions fonctionnelles** : la motricité intestinale (péristaltisme) peut être perturbée jusqu'au point d'être inhibée (atonie) soit par :

- Un phénomène réflexe à un syndrome douloureux aigu (colique néphrétique, pancréatite, pneumopathie basale, fracture des côtes..) ou à une suppuration profonde (péritonite, salpingite, appendicite, pancréatite...).

- Une perturbation métabolique hydro électrolytique essentiellement une hypokaliémie.

- Certains médicaments: morphine, antiacide, post opératoire (produits anesthésiques), empoisonnement par des métaux lourds, porphyrie.

### **3 - Physiopathologie :**

Trois éléments sont à prendre en compte dans la physiopathologie de l'occlusion intestinale : la distension intestinale, les troubles de la microcirculation et les altérations des secteurs hydriques de l'organisme.

#### 1. Distension intestinale

La distension de l'intestin grêle représente un des points importants de la physiopathologie de l'occlusion. En effet, le contenu intestinal qui stagne en amont de l'obstacle provoque une dilatation de la lumière intestinale qui progressivement s'accroît, entraînant la poursuite des sécrétions, puis la diminution de la réabsorption liquidienne. L'augmentation de la distension est liée à la présence de gaz, due à la fois à l'ingestion de l'air dégluti et à la fermentation du contenu intestinal stagnant. Du fait de la tension croissante sur la paroi intestinale, la capacité de réabsorption s'arrête, l'organisme séquestrant d'importantes quantités d'eau, d'électrolytes et de protéines dans le tube digestif.

#### 2. Troubles de la microcirculation

La persistance de la distension intestinale et donc une hypoxie avec possible nécrose de la muqueuse. L'insuffisance d'apport d'oxygène par distension de la paroi intestinale va entraîner un blocage de la microcirculation. Ceci va produire un oedème pariétal puis des manifestations inflammatoires nécrotiques voire perforatives.

#### 3. Altération des secteurs hydriques de l'organisme

Dans des conditions physiologiques, le tractus gastro-intestinal produit 5 à 6 L de sécrétions digestives par 24 h, 90 % d'entre elles étant réabsorbées. Avec l'arrêt de la réabsorption, se développent d'importantes " pertes " de liquides et d'électrolytes qui stagnent dans la lumière intestinale de l'ordre de 4 L.

Par ailleurs la distension abdominale entraîne également l'augmentation de la pression dans la cavité abdominale avec une diminution de la perfusion de l'artère mésentérique supérieure et de la veine porte ainsi que du débit cardiaque. Enfin, la distension intestinale occasionne la surélévation du diaphragme avec une limite de la fonction d'expansion pulmonaire. Ces différents mécanismes physiopathologiques aboutissent à une séquestration liquidienne intra-abdominale et à la formation d'un " troisième secteur " liquidien constitué aux dépens de la

masse liquidienne circulante. Une hypovolémie relative est donc la conséquence finale de l'occlusion avec l'évolution vers le choc hypovolémique et l'insuffisance rénale fonctionnelle.

Concernant l'équilibre acido-basique et électrolytique, il est à souligner qu'il est perturbé surtout dans les cas d'occlusion haute vu que les vomissements sont incoercibles, il s'agit d'une alcalose métabolique avec hypokaliémie et hypochlorémie. Ceci se traduit cliniquement par une bradypnée.

Ainsi, l'occlusion intestinale génère une redistribution, qui peut être importante, des secteurs liquidiens de l'organisme pouvant évoluer vers un tableau de choc hypovolémique.

#### **4 - Clinique :**

Le syndrome occlusif se définit cliniquement par un arrêt du transit (matière et gaz) avec douleur, ballonnement et vomissements.

L'interrogatoire est primordial dans l'établissement du diagnostic et dans la recherche de l'étiologie (antécédents chirurgicaux en particulier).

#### **Signes fonctionnels :**

- Douleur : c'est le signe le plus précoce et le plus constant
  - Selon le mécanisme, elle peut être d'installation brutale (strangulation) ou progressive (obstruction).
  - Elle peut être permanente mais souvent rythmée par l'hyper péristaltisme de lutte contre l'obstacle.
  - Siège : elle peut être diffuse ou localisée à un cadran, dans ce cas elle peut nous orienter vers l'organe intéressé (fosse iliaque droite : cæcum – fosse iliaque gauche : sigmoïde - épigastre, ombilic : grêle – cadre colique : colon).
  - Type : crampe – torsion – colique.
- Vomissements :
  - Leur fréquence dépend de la localisation de l'obstacle
  - Ils sont précoces, abondants dans les occlusions du grêle.
  - Ils sont tardifs, peu nombreux dans les occlusions du colon.
  - Selon l'évolution, ils peuvent être alimentaires, bilieux ou fécaloïde (occlusion avancée).
- Arrêt des matières et des gaz
  - L'arrêt est complet.
  - Son mode d'installation dépend de la localisation
    - tardif dans les occlusions du grêle.
    - Précoce dans les occlusions coliques.
- Distension abdominale (météorisme abdominal) :
  - Dans les occlusions du grêle, la distension est minime et centrale et parfois absente (occlusion iléale ou duodénale).
  - Dans les occlusions basse, la distension est précoce et importante souvent diffuse, gênant la respiration.

#### **Examen physique**

- L'examen clinique apprécie d'emblée l'état général du patient avec notamment l'existence d'une déshydratation extracellulaire (asthénie, tachycardie, hypotension, oligurie, pli cutané...), d'un état de choc (marbrures cutanées, cyanose, pincement de la pression artérielle...). La recherche de signes généraux permet ainsi d'apprécier le retentissement général de l'occlusion. La prise de la température est systématique. L'existence d'une fièvre oriente l'étiologie mais peut être également un élément de gravité

- Inspection
  - Rechercher une cicatrice d'intervention (cause possible : bride)
  - Mettre en évidence le ballonnement abdominal et apprécier sa localisation (absent ou minime, énorme, localisée ou diffuse)
  - Mise en évidence d'ondes péristaltiques surtout chez le sujet maigre, ces ondes peuvent être déclenchées par des percussions, elles traduisent la lutte du grêle contre un obstacle.
- Palpation :
  - Retrouver un aspect de résistance élastique (intestin distendu).
  - Retrouver une douleur généralisée ou localisée (siège de l'obstacle).
  - Examiner obligatoirement les orifices herniaires en particulier l'orifice crural.
  - Dans le syndrome occlusif il n'y a pas de contracture abdominale.
- Percussion :
  - Le météorisme abdominal se traduit par un tympanisme à la percussion.
- Auscultation : On peut retrouver
  - Des bruits hydroaériques (gargouillement)
  - Un silence abdominal qui peut traduire la souffrance intestinale (anse atone) après le stade de lutte.
- Toucher pelvien : le toucher rectal et vaginal peut faire découvrir une tumeur rectale dans les occlusions basses.

## 5 - Examens complémentaires :

### A - Examens radiologiques

#### a/ Abdomen sans préparation (ASP) :

Premier examen à demander en urgence (parfois le seul. Il permet d'affirmer le diagnostic dans plus de 90% des cas. C'est un examen simple, fait en position debout prenant les deux coupes diaphragmatiques en haut le pubis en bas et latéralement les flancs.

A défaut de la position debout (malade fatigué) on peut demander une incidence en décubitus latéral droit ou gauche avec rayon transversaux.

L'image radiologique élémentaire est l'image hydroaériques qui traduit la stagnation liquidienne surmontée par l'air. En position debout ces deux éléments sont séparés par un niveau horizontal.

Les différents types de niveau sont :

- Bulle gazeuse : le niveau hydroaérique siège sur le sommet de l'anse. Elle peut être unique ou multiple souvent disposée en terrasse étagée.
- Arceau gazeux : En rapport avec une quantité plus importante de gaz. L'air est présent dans les deux jambages d'une anse en forme de L inversé.

Les niveaux sont:

- Dans les occlusions hautes: plus larges que hauts centraux et nombreux.
- Dans les occlusions basses: plus haut que large, périphériques et peu nombreux

Cas particuliers:

- La mise en évidence d'une aérobilie (présence d'air dans les voies biliaires) ou une image de calcul en dehors de l'aire vésiculaire signe l'iléus biliaire (fistule entre la vésicule et un tube digestif qui peut être le colon, le duodénum ou l'estomac)

- Occlusions fonctionnelles: il n'existe pas de niveau hydroaérique, mais des images aériques diffuses dans tout le colon ou le grêle, traduisant l'absence de stagnation liquidienne donc d'un obstacle organique.

## **b/ Autres examens:**

### Echographie abdominale:

D'interprétation difficile du fait de la gêne causée par l'importance des gaz. Elle est contributive dans le diagnostic des invaginations, de l'iléus biliaire d'une pathologie pelvienne ou les tumeurs iléo-cæcales

### Scanner:

Examen complémentaire à l'ASP (jamais utilisé de première intention) : Il permet :

- De confirmer l'occlusion en retrouvant les images de niveau hydro-aériques vues à l'abdomen sans préparation ;
- D'apprécier sa gravité en mettant en évidence un épaississement des parois du grêle et un épanchement intra-abdominal ;
- De localiser le niveau de l'occlusion sur le grêle comme sur le colon;
- De suspecter l'étiologie en pouvant visualiser une cause extraluminaire telle qu'une tumeur, une cause pariétale, une tumeur bénigne ou maligne du grêle ou encore intraluminaire tel un calcul biliaire.

### Opacification digestive par un produit de contraste:

Cet examen reste utile devant l'impossibilité de réaliser un scanner avec injection de produit de contraste iodé. Les indications sont surtout le doute diagnostique malgré l'interrogatoire, l'examen physique, l'ASP, et le scanner et le doute diagnostique entre occlusion fonctionnelle et organique.

Méthodes: Transit du grêle et lavement baryté.

## **B - Examens biologiques**

Les examens faits en urgence (numération globulaire avec formule sanguine, ionogramme sanguin avec urémie, créatinémie, amylasémie, crase sanguine sont utiles pour apprécier le retentissement général de l'occlusion et peuvent être nécessaires à l'anesthésiste si une intervention chirurgicale doit être décidée.

## **6 - Formes cliniques :**

### **A - Formes selon le mécanisme**

#### **- Occlusions fonctionnelles:**

Le tableau est d'expression variable, il associe une distension abdominale plus ou moins prononcée et douloureuse et des vomissements.

L'interrogatoire recherchera une étiologie douloureuse, médicamenteuse ou infectieuse

Le diagnostic est radiologique avec une prédominance des images gazeuses par rapport aux images hydro-aériques, intéressant grêle et côlon. La topographie et le caractère segmentaire de la stase gazeuse sur le grêle orientent parfois sur la pathologie primitive: on parlera d'« anses sentinelles », exp : anses sentinelles au niveau de la fosse iliaque droite dans les appendicites.

#### **- Occlusion par strangulation par rapport à une occlusion par obstruction**

Notion de l'étiologie: hernie étranglée, brides, boudin d'invagination, Douleur brutale et violente, fixe dans son siège et son intensité (douleur d'ischémie) ou modification des douleurs abdominales, qui de coliques paroxystiques deviennent intenses et continues,

## B - Formes selon l'étiologie :

### 1 - Volvulus du grêle :

- Les signes fonctionnels sont ceux d'une occlusion haute. Les signes généraux sont un état général rapidement altéré en rapport avec la déshydratation (pouls accéléré, pression artérielle basse, faciès altéré) ; une fièvre est possible.
- On recherche des signes biologiques de déshydratation. On aura une hémococoncentration ainsi qu'une alcalose hypochlorémique si les vomissements sont abondants.
- Le cliché d'abdomen sans préparation révèle l'anse intestinale plus ou moins distendue et un ou deux niveaux hydroaériques. En amont de celle-ci, le grêle et l'estomac sont plus ou moins distendus. Le côlon n'est pas visible.

Etiologie : Brides post opératoires, existence d'une anomalie anatomique comme des malrotations (mésentère commun), ou la présence d'un diverticule de Meckel.

### 2 - Hernies externes : inguinales, crurales ou ombilicales, éventration.

Cliniquement la hernie ou l'éventration se modifie, devient irréductible non impulsive à la toux, douloureuse surtout au collet.

- **Hernies internes congénitales ou acquises** : sont rares et souvent du diagnostic peropératoire.

Le tableau clinique des hernies étranglées est le plus souvent celui d'une occlusion par strangulation

### 3 - L'iléus biliaire:

On retrouve souvent des antécédents de colique biliaire ou de cholécystite aigue.

Clinique: occlusion haute.

ASP: Aérobilie (fistule biliodigestive). Lithiase dans l'aire extra biliaire

Echo scanner: cholécystite aigue. Calcul.

Tableau particulier : syndrome de Bouveret : c'est le blocage d'un calcul au niveau du bulbe duodénal par fistule entre vésicule et estomac. Le tableau est celui d'une occlusion haute.

### 4 - Tumeurs du grêle

- **Tumeurs bénignes:** Les léiomyomes Les lipomes et les tumeurs neurogènes (neurinomes, schwannomes)
- **Tumeurs malignes primitives: adénocarcinomes.** Carcinome du grêle, léiomyosarcomes, les lymphomes du grêle (diarrhée, fièvre, dénutrition, anémie) souvent la tumeur est palpable.
- **Tumeurs malignes secondaires :** métastases sur le grêle de cancers digestifs et extradiigestifs.

Le tableau clinique est le plus souvent celui d'une occlusion par obstruction.

### 5 - L'invagination intestinale:

Elle se définit comme la hernie de l'intestin dans l'intestin avec incarceration du pédicule vasculaire. L'étranglement se produit au niveau du collet d'invagination avec apparition d'une ischémie du boudin invaginé. Fréquente chez l'enfant de 8 à 12 mois, apparaissant sans lésion organique intestinale. Les invaginations intestinales de l'adulte sont rares et habituellement secondaires à une tumeur (bénigne ou maligne du grêle.

## 6 - Autres étiologie gréliques

### - Corps étrangers:

L'ingestion de corps étrangers peut être accidentelle (enfant, prothèses dentaires, malades psychiatriques) ou volontaire (monde carcéral).

### - Phytobézoards:

Concrétion de fibres végétales (pulpe d'orange, noix de coco ~~gues~~, etc.) qui se forme dans la lumière de l'estomac. Ils surviennent avec une particulière fréquence chez les patients ayant des antécédents de chirurgie gastroduodénale.

### - Occlusions parasitaires:

Touche l'enfant entre 1 et 5 ans. Parasite le plus fréquent : *Ascaris lumbricoides*

## 7 - Occlusions du côlon

### - Cancers du colon et du rectum :

L'adénocarcinome est le plus fréquent, il touche dans 70% le colon gauche.

Il est fréquent chez le sujet âgé avec notion de constipation progressive, alternance diarrhée - constipation, épisodes subocclusifs, sang dans les selles. Le tableau est celui d'une occlusion basse. Il est de mauvais pronostic car il intéresse les tumeurs stade C et surtout D de Dukes.

### - Le volvulus du côlon pelvien :

Survient souvent après des années de troubles fonctionnels intestinaux (constipation opiniâtre, épisodes de ballonnements abdominaux douloureux chez des patients âgés ou psychotiques sous neuroleptique. Le début est rarement brutal. L'arrêt du transit est absolu. Le météorisme est souvent énorme, asymétrique avec les caractéristiques typiques du volvulus (de la fosse iliaque vers l'hypochondre droit).

L'ASP: l'anse sigmoïdienne est dilatée, énorme, occupant la quasi-totalité de l'abdomen, sous forme d'un immense arceau à double jambage, divergent du bas en haut avec un niveau hydro-aérique dans chaque jambage.

### - Le volvulus de côlon droit (ou du cæcum)

Rare. Météorisme important, asymétrique s'étendant de la fosse iliaque droite à l'hypochondre gauche

### - Pseudo-obstructions intestinales Aigues ou syndrome d'Ogilvie

C'est une dilatation colique qui survient sans obstruction mécanique sur un côlon antérieurement sain. Il survient dans un contexte pathologique chirurgical ou médical

- chirurgie urologique chez l'homme, les traumatismes des membres inférieurs et la chirurgie de la hanche.

- infections graves, les maladies cardiaques, les maladies neurologiques et les maladies respiratoires, notamment quand elles justifient une ventilation assistée.

La distension abdominale est diffuse, parfois monstrueuse elle va du cæcum au rectum. Il existe un risque de perforation lorsqu'elle dépasse 14 cm ou lorsqu'elle est produite par lavement avec contraste (indication opératoire)

La coloscopie a l'avantage de réaliser, dans le même temps le diagnostic et l'exsufflation thérapeutique.

### - Occlusions survenant dans un contexte particulier

#### ■ Occlusions postopératoires:

Iléus postopératoire ou problème mécanique (hernie interne, malformation des anastomoses...)

### ■ Sigmoidites:

- L'occlusion fonctionnelle inflammatoire s'accompagne d'un syndrome septique plus ou moins marqué avec fièvre, hyperleucocytose, défense de la fosse iliaque gauche ou de la région sus-pubienne. Le traitement ici est médical.
- La sigmoidite pseudo-tumorale réalise une occlusion mécanique. Le début est progressif, douleurs et constipation, tuméfaction FIG. Le diagnostic différentiel avec un cancer peut se poser en pré- ou périopératoire.

- Ischémie intestinale aiguë: rarement diagnostiquée avant le stade d'infarctus intestinal
- hématomes intramuraux du grêle et duodénum: surdosage du traitement anticoagulant ou traumatisme. Souvent spontanément régressives en 3 semaines
- Fécalome: on note souvent une lésion locale (fissure anale, la senescence un état grabataire ou certains terrains psychopathiques.
- Occlusions (sténose ou ectasie) et maladies inflammatoires du tube digestif:
  - maladie de Crohn
  - rectocolite ulcéro-hémorragique

## 7 - Traitement

### Traitement médical

#### 1. Réanimation

- corriger les perturbations de l'équilibre volumique hydro électrolytique et acidobasique.
- Nécessite des paramètres de surveillance: diurèse (sonde urinaire) biologie.
- Elle se poursuit en per- et postopératoire jusqu'à la reprise normale du transit intestinal.

#### 2. Aspiration gastroduodénale continue:

- lutte contre la distension intestinale (douleur, ampliation respiratoire, souffrance de la paroi...)
- Évite l'inhalation lors de l'induction anesthésique.

#### 3. Antibiothérapie: périopératoire.

### Traitement chirurgical

- Voie d'abord: médiane en dehors des hernies étranglées (abord électif parfois).
- Exploration:
  - Cause et mécanisme
  - Vérifier la viabilité de l'anse.
  - Vidange intestinale antérograde ou rétrograde

### Type d'intervention :

#### Traitement chirurgical des occlusions du grêle:

##### 1 - en cas de volvulus du grêle par strangulation:

- Brides sectionnées, adhérences libérées
- Détorsion de l'anse volvulée.
- Réintégration de l'anse en cas de hernie étranglée
- Résection en fonction de la vitalité de l'anse. (résection ou stomie)

##### 2 - Corps étranger ou iléus biliaire: Entérotomie extraction du corps étranger - fermeture (rarement stomie).

##### 3 - Tumeur du grêle, sténose inflammatoire: résection suivie d'une anastomose (rarement stomie).



## Traitement chirurgical des occlusions coliques

Les indications opératoires tiennent compte de l'étiologie de l'occlusion

- **Occlusion par cancer colique gauche** : selon le terrain et la vitalité intestinale
  - Une simple colostomie latérale d'amont. La résection colique avec rétablissement de la continuité étant effectuées dans un deuxième temps à froid.
  - Une résection première avec colostomie terminale temporaire (opération de Hartmann). Le rétablissement de la continuité étant effectuées dans un deuxième temps à froid.
  - Une colectomie gauche avec anastomose colo-rectale, protégée éventuellement par une colostomie latérale d'amont. Le lavage colique peropératoire permet actuellement d'éviter le plus souvent la colostomie de protection.
  - Une colectomie totale ou subtotalaire avec rétablissement immédiat de la continuité
- **Occlusion par cancer colique droit** : l'intervention la plus souvent réalisée est l'hémi-colectomie droite avec anastomose iléotransverse.
- **Occlusion par sigmoïdite** : Le choix du traitement est fonction des conditions locales (l'importance des lésions inflammatoires et (ou) suppurées)
  - Résection sigmoïdienne emportant la charnière recto-sigmoïdienne et anastomose colorectale en un temps.
  - Résection sigmoïdienne avec colostomie terminale et fermeture du moignon rectal. (opération de Hartmann)

### Occlusion par volvulus colique :

- **Volvulus du côlon pelvien** : le traitement varie selon l'état général du patient et l'état de l'anse volvulée.
  - Tentative de détorsion par endoscopie. L'endoscopie permet d'apprécier la vitalité du pied de l'anse détordue (anse viable)
  - résection suivi quelques jours après d'un rétablissement.
    - Résection avec abouchement du bout d'amont (intervention de Hartmann)
    - résection avec abouchement des 2 extrémités coliques à la peau, en double stomie (opération de Bouilly-Volkman)
  - résection sigmoïdienne avec anastomose colo-rectale protégée ou non par une colostomie ;
- **volvulus du côlon droit** : la détorsion par endoscopie et (ou) lavement hydrosoluble est souvent très difficile à obtenir. L'hémi-colectomie droite avec anastomose iléotransverse est l'intervention la plus souvent pratiquée
- **Syndrome d'Ogilvie**, l'exsufflation par coloscopie est le traitement de base, au besoin répétée en cas de récurrence pour éviter la perforation diastatique du côlon droit. La chirurgie n'intervient qu'en présence de complications (nécrose ou perforation cæcale).