

Cas clinique

Patient âgé de 75 ans admis en urgence pour un arrêt des matières et des gaz, un météorisme abdominal. Le début de la symptomatologie remonte à 3mois marqué par les troubles du transit avec alternance de diarrhée et de constipation

- 1- Quel sont les éléments importants que l'interrogatoire n'a pas recherchés
 - Rectorragie et amaigrissement
- 2- Quel est le dg le plus probable?
 - Occlusion sur cancer
- 3- Quel est l'examen à demander en premier?
 - ASP
- 4- Quels sont les risques évolutifs en dehors de traitement
 - Péritonite par perforation
- 5- Le patient est opéré , en per opératoire on découvre un cancer sigmoïdien Quel est votre conduite à tenir
 - Résection tumorale et stomie

Définitions - Physiopathologie

-Examen clinique

-Imagerie

-Biologie

-Nature et siège de l'occlusion

- Etiologies
- Principes de traitement

Introduction

- L'occlusion intestinale aiguë (OIA) est un **syndrome** défini par **l'arrêt du transit intestinal normal**.
- C'est une **Urgence abdominale** car elle engage souvent le **pronostic vital**.
- Elle nécessite **toujours** une hospitalisation en **milieu chirurgical** et conduit souvent à une **indication opératoire** avant la survenue des conséquences **locales** et **générales** de l'occlusion.\$

Buts

1. Reconnaître le syndrome occlusif.



C'est le diagnostic positif

2. Préciser son mécanisme dont dépendra le degré de l'urgence.



Réflexe ou mécanique ?

3. Préciser son siège et son étiologie.



Traitement

Physiopathologie

Intestin est un organe creux, dynamique, qui comprend:

- 6,5m d'intestin grêle (jéjunum et iléon), dans la partie centrale, mobile.
- et 1,5m de colon, succession de segments mobiles et fixes. (schéma)

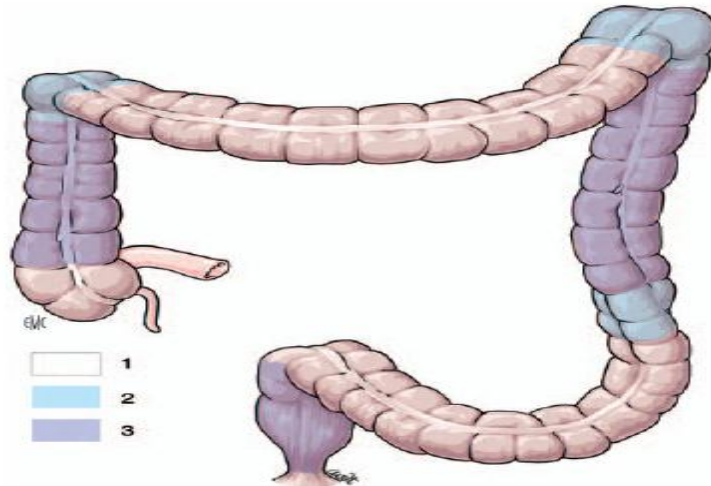


Figure 6. Les zones fixes (côlon accolé) (3) s'opposent aux zones mobiles (côlon flottant) (1). Des zones charnières (angles coliques et colon iliaque) (2) les séparent.

Contenu de l'intestin:

- Air
- Liquides de sécrétions digestives
- Aliments
- Bactéries (colon+++)
- On distingue selon le siège de l'arrêt :
 - 1-Occlusion **Haute** : Duodénum et grêle
 - 2-Occlusion **Basse** : colon et rectum.

• Conséquences **locales** :

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

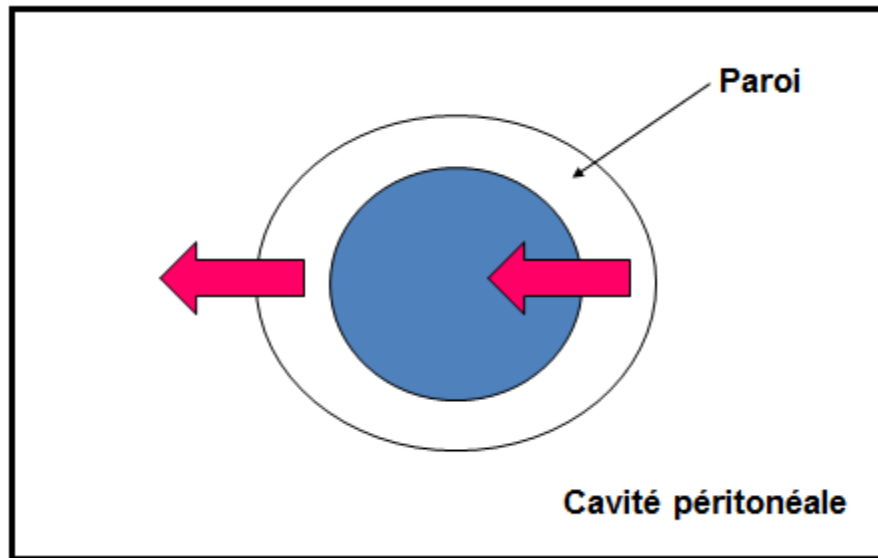


Anoxie de la paroi intestinale = **Souffrance!!**

Cette **souffrance** donne:

- 1- Paralysie progressive de l'intestin
- 2-Fuite de liquide à l'intérieur des anses
- 3-Et à l'extérieur des anses (péritoine, bactéries+++)





- Conséquences **générales** :
 - Hémococoncentration (Ht ↑) et donc une **déshydratation**
 - Spoliation ionique : **Baisse K⁺ (VMST)**, Cl⁻ et Na⁺
 - **Etat de choc hypovolémique**
 - **Passage des germes** à travers la paroi et donner une **péritonite** progressive par diffusion voire par perforation.



PRONOSTIC VITAL !

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

↓

Grande urgence chirurgicale !
Pk????
- Occlusion mécanique par:
 - 2-Obstruction:** liés à un obstacle pariétal (tumeur) ou à corps étranger migrant (calcul, bézoard...)
- Occlusion **fonctionnelle**: elle correspond à un *iléus paralytique* :
 - Foyer infectieux (appendicite ou péritonite) c'est l' Occlusion fébrile.
 - Foyer inflammatoire (pancréatite aiguë)
 - Sang (péritonéal ou retro-péritonéal)
 - Douleur (colique néphrétique+++)

Diagnostic

Le diagnostic sera établi après **réunion**:

1-Signes Fonctionnels (interrogatoire+++)

- Douleur

- Vomissements
- Arrêt des matières et des gaz

2- L'examen clinique

3- Les explorations radiologiques

Signes Fonctionnels

- **Douleur :**
 - Début ? « aigue, progressive »
 - Siège ? Et localisation initiale
 - Intensité
 - Type (coliques violentes = lutte)
 - Mode évolutif (Intenses vs Endolorissement diffus!! Attention à la nécrose!)
- **Vomissements :**
 - Réflexes au début face à l'intensité de la douleur.
 - Puis mécaniques, répétés et ont un **caractère modifié** avec le temps :
 - D'abord alimentaires
 - Puis bilieux
 - Puis fécaloïdes.
 - Aggravent la déshydratation.
 - D'autant plus précoces que l'obstacle est haut
- **Arrêt des matières et des gaz :**
 - Maître symptôme, le plus constant
 - Inquiète toujours le malade
 - **L'arrêt des gaz est plus fiable, il est nécessaire et suffisant.**
 - L'arrêt des matières l'est moins, car il peut être masqué par la vidange du segment intestinal distal!!

L'examen clinique

Interrogatoire:

- ➔ Antécédents médicaux, chirurgicaux (chirurgie abdominale?), traitement
- ➔ Mode d'installation: brutal ou progressif
- ➔ Horaire
- ➔ Transit habituel
- ➔ Crises similaires

Signes généraux:

- ➔ déshydratation extracellulaire: tachycardie, hypotension, oligurie, pli cutané
- ➔ signes de choc: marbrures cutanées, cyanose...
- ➔ température: élément étiologique / gravité+++ (pkois)

L'examen clinique (1)



- → Inspection:
 - *cicatrices abdominales, éventration
 - *péristaltisme
 - *météorisme
- → Palpation
- *abdomen tendu, souple et élastique
- *sensibilité / défense □ siège
- **Palpation :**
 - Apprécier sa souplesse (élastique et tendu)

MAIS on peut retrouver :

 - Une sensibilité
 - Une défense localisée ou diffuse (**Souffrance**)
 - Voire une contracture
 - Examen attentif des **orifices herniaires** +++
- **Percussion :**
 - Tympanisme +++ signe la présence de gaz en amont de l'obstacle.
 - Parois, matité des flancs (**épanchement liquidien**)
- **Auscultation :**
 - **Borborygmes** traduisant le péristaltisme en amont de l'obstacle.
 - **Silence** intestinal traduisant une paralysie (attention si forme évoluée!)
- **Touchers pelviens :**
 - **TR++ souvent négligé** mais souvent révélateur et peu coûteux :
 - Fécalome
 - Tumeur du rectum+++
 - Tumeur sigmoïdienne prolabée

VS

Les explorations radiologiques

- 1- La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)
- 2- LAVEMENT AUX HYDROSOLUBLES

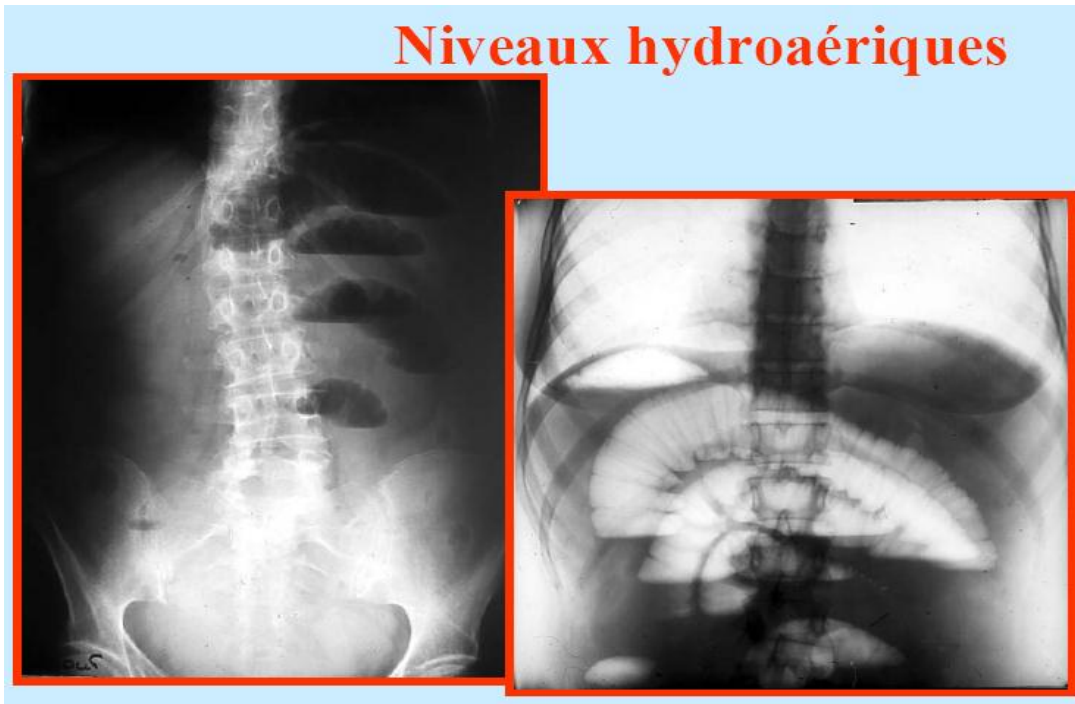
- 3- ECHOGRAPHIE ABDOMINALE
- 4- SCANNER (TDM)

La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

- Examen clé
- Facile à réaliser
- Peu coûteux
- Tend à être supplanté par le scanner

- Quels clichés demander ?
 - **ASP face incidence debout et couché**
 - **Centré sur les coupoles**
 - **ASP rayons horizontaux**, le malade étant couché sur le coté (L'état général l'impose)

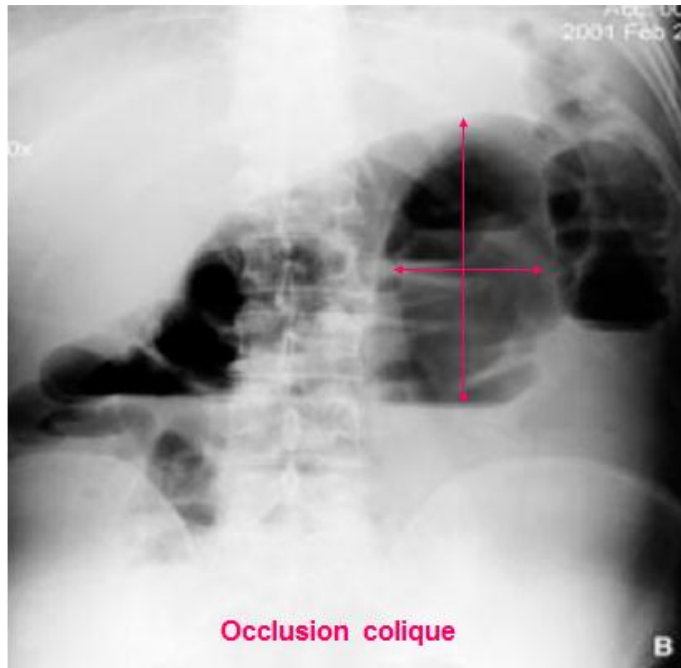
- Image type est **l'image hydroaérique** (le liquide est surmonté par de l'air)
- On appréciera :
 - Forme
 - Taille
 - Nombre
 - Répartition



- Cet examen apporte souvent une aide au **diagnostic** de l'occlusion en précisant le **type** et le **siège** de l'occlusion.

- Sur le colon, les NHA sont :
 - Périphériques
 - Plus hauts que larges

- Avec des haustrations



- Sur le grêle, les NHA sont:
 - Centraux
 - Plus nombreux
 - Plus larges que hauts
 - Avec des valvules conniventes

Radiographie sans préparation de l'abdomen en position debout chez un malade ayant une occlusion du grêle.

Il y a des niveaux hydro-aériques de type grêle (multiples, centraux, plus larges que hauts) car le malade est en position debout.

Noter l'absence d'air dans tout le cadre colique. En revanche, il existe encore des selles dans l'ampoule rectale ce qui traduit le caractère aigu et récent de l'occlusion.



GRELE

- Centrale
- Nombreuses
- Plus larges que hautes
- Peu volumineuses
- Variables
- Valvules conniventes
- Parois fines

COLON

- Périphérique
 - Peu nombreuses
 - Plus hautes que larges
 - Volumineuse (volvulus)
 - Immobiles
 - Haustrations
 - Parois épaisses
- La **répartition** des NHA est en faveur d'une occlusion:
 - Fonctionnelle si elle est diffuse;
 - Organique du grêle si elle est orientée vers un quadrant de l'abdomen (en fosse iliaque droite en cas d'appendicite)

Lavement aux hydrosolubles

Lavement aux hydrosolubles

- Il peut préciser **le siège et la cause** de l'occlusion
- En cas de doute sur occlusion colique proximale et grêle distal
- En cas d'occlusion colique pour déterminer le niveau

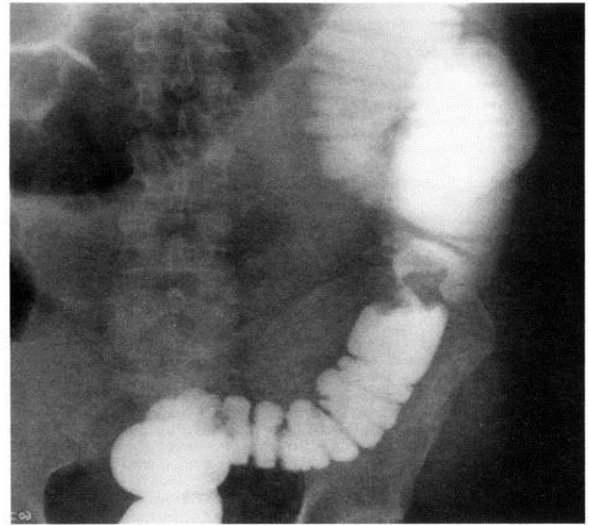
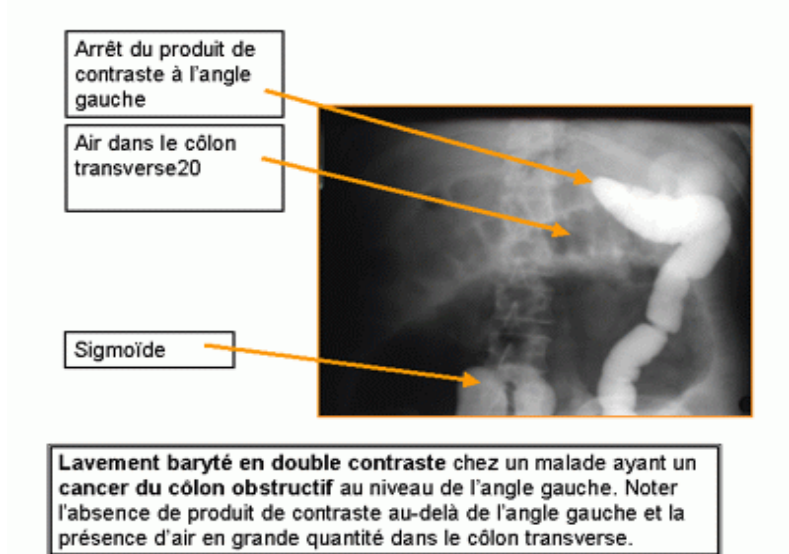


Image caractéristique d'une tumeur du colon gauche

Échographie

- Peu ou pas de place
- Gênée par l'air et la distension
- Néoplasme suspecté ?



Scanner (TDM)

Scanner

- Examen de **référence** +++
- Aide incontestée au **diagnostic étiologique**
- Disponible
- Réalisation **rapide** (Nouvelle génération)
- **Mais** nécessité d'opacification à l'**iode** pour être plus performant

- Occlusion du colon (cause)
- Doute sur le mécanisme (mécanique / fonctionnel) (Si clinique et ASP insuffisants)
- Doute sur le diagnostic : multi-opérés, carcinose
- Occlusion fébrile (masse, abcès, sigmoïdite, vésicule)
- Grêle atypique : niveaux, retentissement paroi, cause)

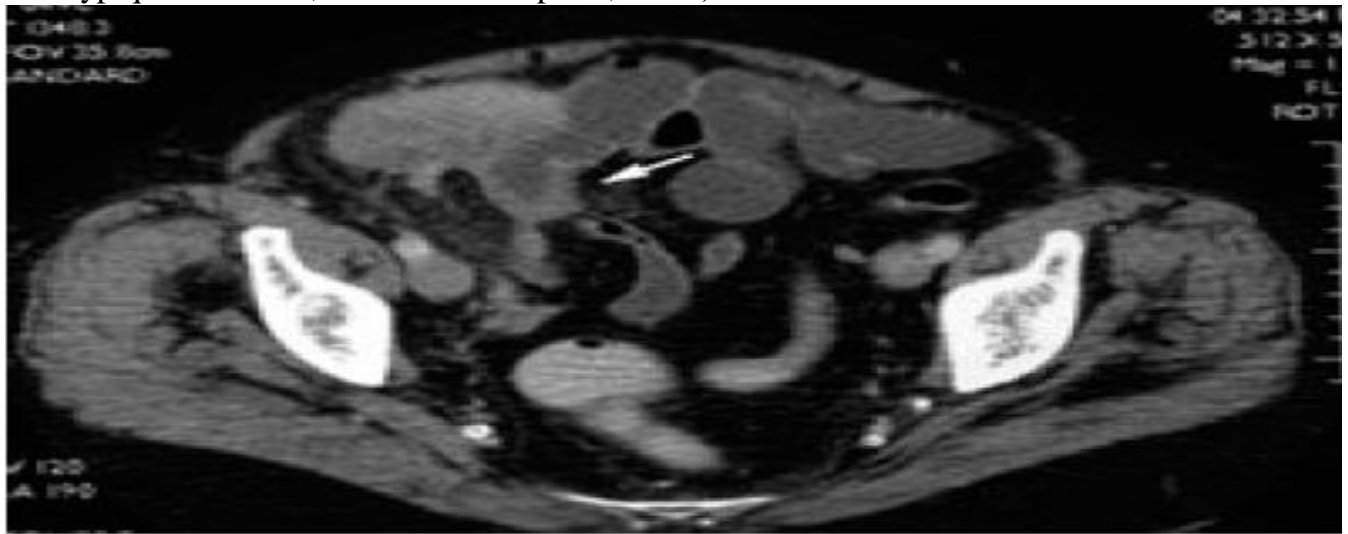


Fig. 2 : Occlusion paralytique de l'intestin grêle liée à une appendicite aiguë. Infiltration inflammatoire péri-cæcale responsable d'un épaissement de la paroi d'une anse grêle (flèche).

Examens biologiques « classiques »

→ NFS, plaquettes, bilan de coagulation, ionogramme sanguin, créatinémie, groupage sanguin

→ objectif:

*retentissement général de l'occlusion: IRF,

hypokaliémie++

*bilan préopératoire (anesthésie++)

Coloscopie

- Plus tôt une recto-sigmoïdoscopie
- Si pas de scanner et en l'absence de contexte fébrile

- Obstacle colique bas (néoplasique +++)

OCCLUSIONS INTESTINALES DE L'ADULTE
DIAGNOSTIC DE SIEGE
SIGNES CLINIQUES

GRELE

Début aigu
Douleurs vives
Vomissements
Arrêt des matières parfois
masqué par l'évacuation du
bout distal

Météorisme modéré, central parfois
absent

Péristaltisme (si présent) : VIF
(syndrome de Koenig)
AEG

COLON

Début progressif
Douleurs peu importantes
Vomissements tardifs
AMG précoce

Météorisme volumineux
Fosse iliaque dte non dépressible
Péristaltisme (si présent) : peu VIF
Etat général conservé

Diagnostic de mécanisme

1 Occlusion Fonctionnelles

- Clinique :
 - Occlusion **sans** obstacle
 - Douleurs **peu** importantes
 - Arrêt **incomplet** des M.G.
OU
 - Arrêt complet **transitoire** des M.G.
 - Météorisme diffus, sans péristaltisme, silence à l'auscultation

1 Occlusion Fonctionnelles


- RADIO
 - Images H.A. sur le grêle et le colon
 - Bulles peu volumineuses
 - Niveaux liquides peu ou pas, siège variable
- CAUSES : chirurgicales ou médicales

2 Occlusions mécaniques

A Occlusion par obstruction:

Urgence + **CANCER COLIQUE+++**

B Occlusion par strangulation:

Urgence +++ Occlusion + risque de nécrose intestinale  gangrène !

 perforation, péritonite

A OCCLUSIONS PAR OBSTRUCTION :

- **CLINIQUE :**
 - début progressif
 - douleurs moins violentes par crises paroxystiques nettes

- vomissements moins abondants
- pas d'état de choc précoce, pas de fièvre
- péristaltisme constant
- météorisme diffus
- auscultation : borborygmes aigus pendant les crises

A OCCLUSIONS PAR OBSTRUCTION :

- **RADIOLOGIE :**

- niveaux nombreux régulièrement étagés
- persistance des plis muqueux sur le grêle ou des haustrations sur le colon
- parfois visualisation de l'obstacle au lavement baryté

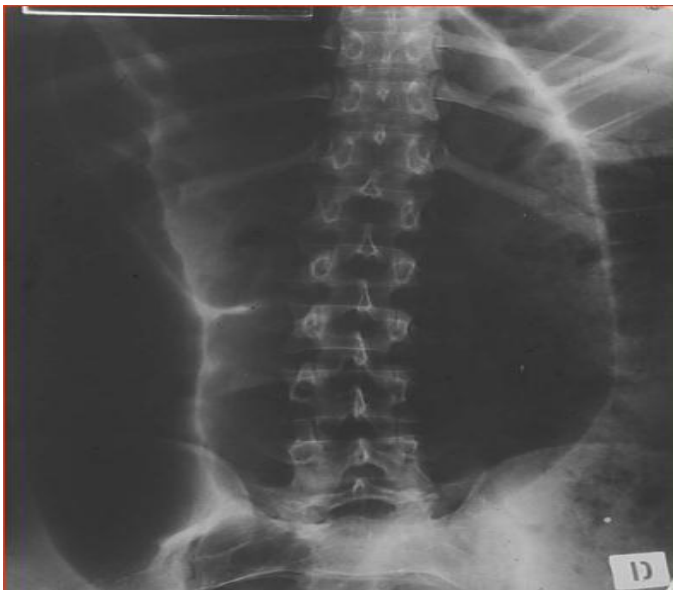
B OCCLUSIONS PAR STRANGULATION :

- **CLINIQUE :**

- début brutal
- douleurs vives, permanentes
- pas de péristaltisme
- vomissements abondants (sauf strangulation basse)
- état de choc précoce et sévère
- météorisme asymétrique, immobile, tympanique et douloureux
- parfois défense vraie
- auscultation : silence complet et permanent

- **RADIOLOGIE :**

- ASP : images caricaturales sur le colon **une énorme clarté gazeuse et unique**
- LB : aspect spiralé



Volvulus du colon pelvien

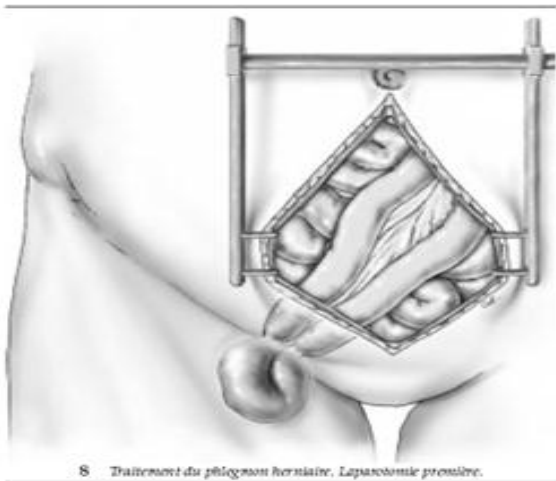


Volvulus du colon droit

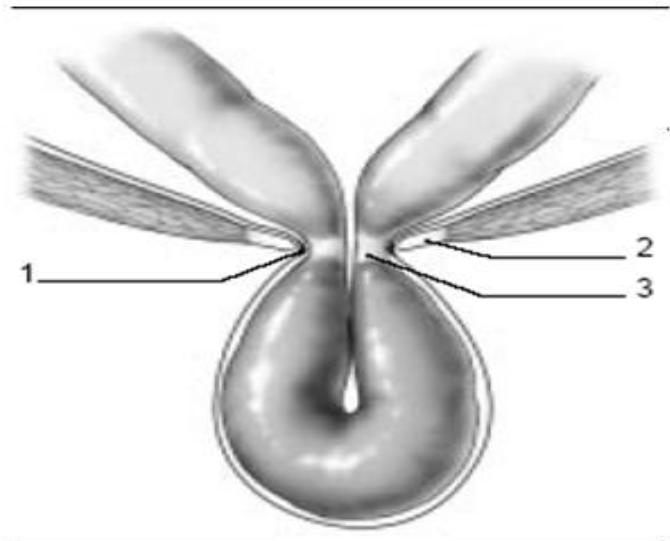
Diagnostic étiologique

Étiologies

- Occlusions du grêle par
 - Strangulation
 - Obstruction
- Occlusions colique
 - Obstruction
 - Strangulation
- **Occlusions du grêle par strangulation:**
 - Volvulus sur bride.
 - Hernie / éventration étranglée.
 - Invagination intestinale.



8 Traitement du phlogose herniaire, Laparoscopie prestère.

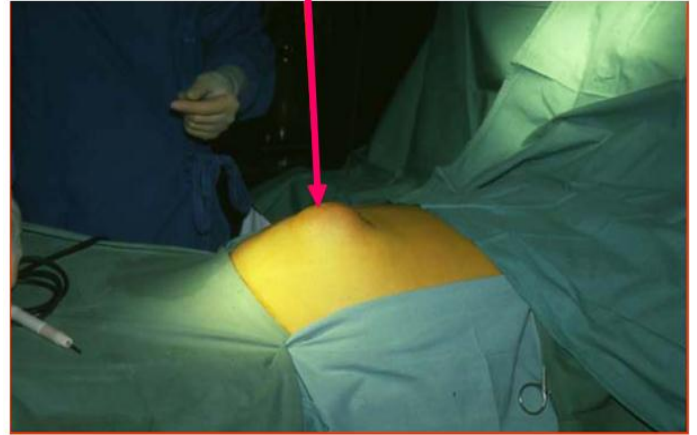


Hernie étranglée

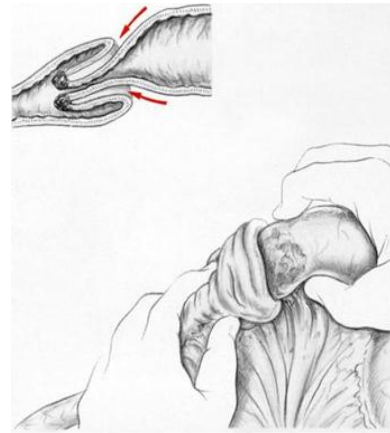
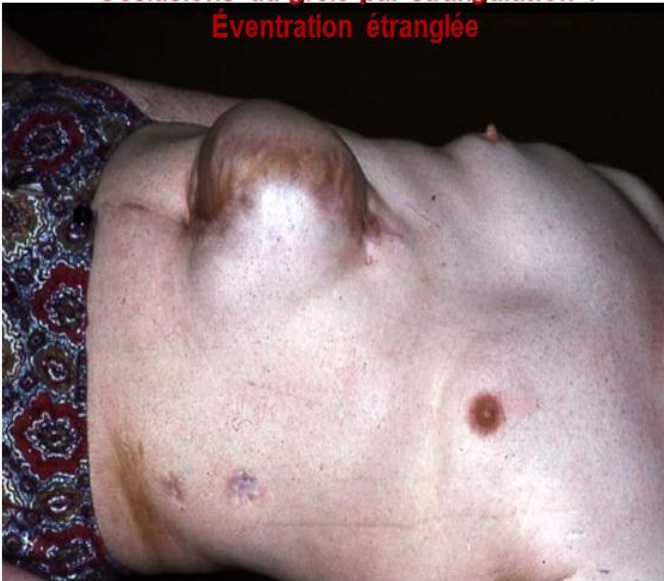


Hernie inguinale étranglée

Hernie ombilicale étranglée



**Occlusions du grêle par strangulation :
Événtration étranglée**

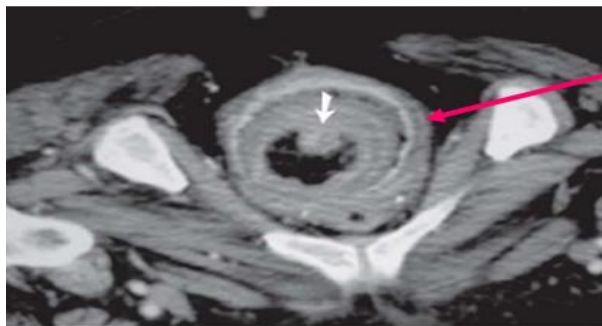


Occlusions du grêle par strangulation

Invagination intestinale



Occlusions du grêle par strangulation



SCANNER

ECHOGRAPHIE

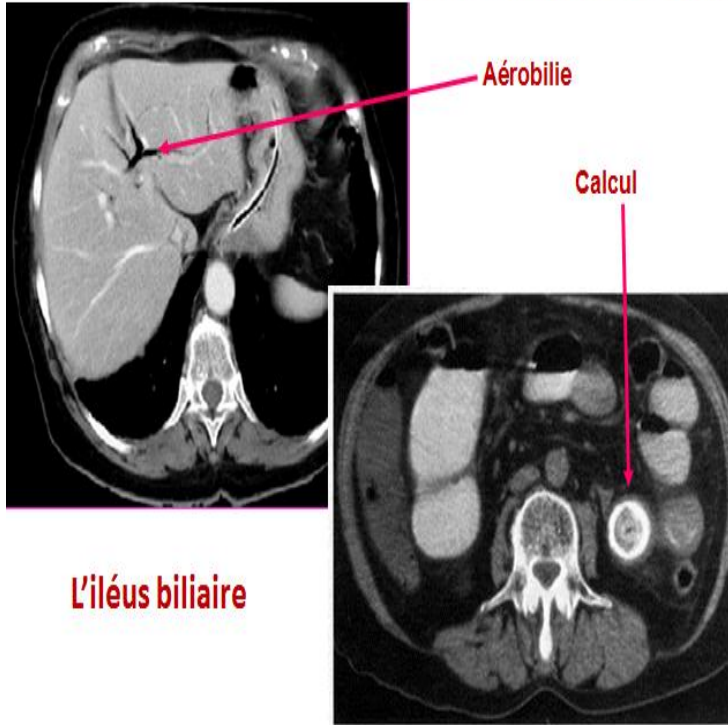
Invagination intestinale



• **Occlusions du grêle par obstruction :**

- Iléus Biliaire (aérobilie +++)
- Bézoard , corps étranger
- Tumeurs du grêle.

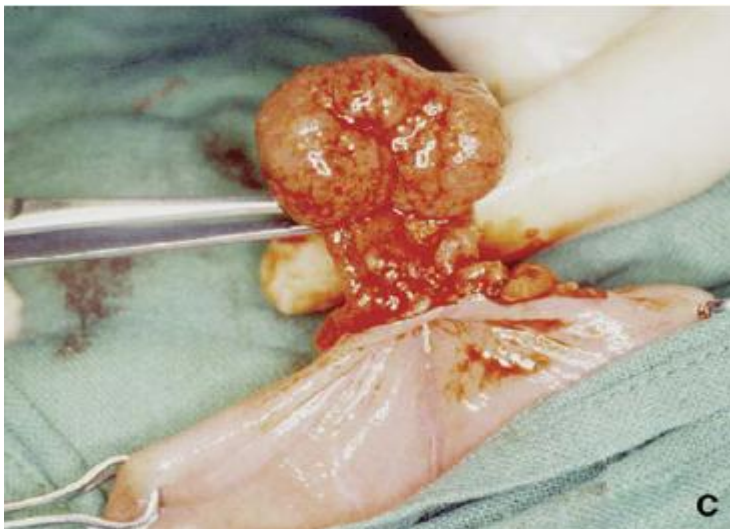
Occlusions du grêle par obstruction



L'iléus biliaire

Occlusions du grêle par obstruction corps étranger

Bézoard



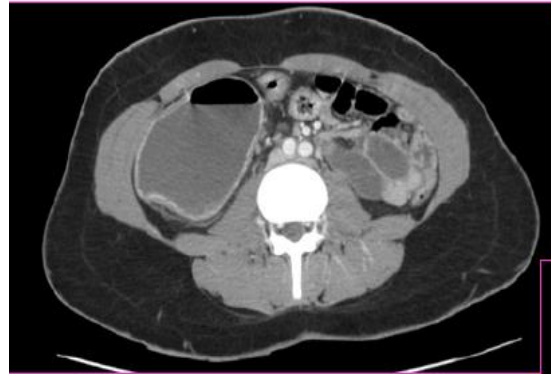
Tumeur du grêle



• **Occlusions coliques par obstruction :**

- **Sténoses néoplasiques** +++ (lavements +/- endoscopie) et actuellement le scanner.

Occlusions coliques par obstruction



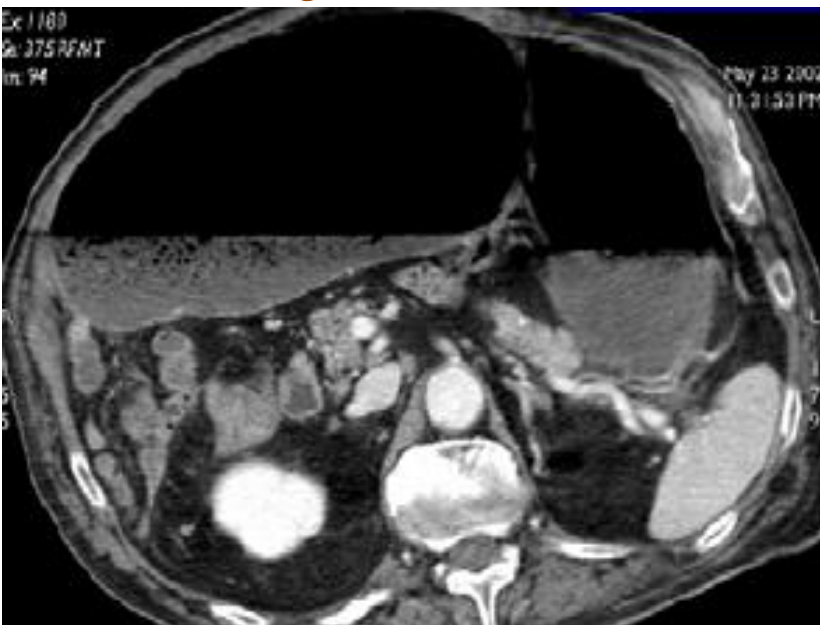
Occlusion colique sur
adénocarcinome
sténosant de l'angle
droit



• Occlusions coliques par strangulation :

- **Volvulus du colon pelvien** (anse sigmoïde longue et non fixée, le météorisme est asymétrique). Le diagnostic à l'ASP est caractéristique.
- **Volvulus du caecum**.(signes d'occlusion du grêle)

Volvulus du colon sigmoïde



• Occlusions inflammatoires :

- Tout **processus infectieux ou inflammatoire intrapéritonéal** localisé ou généralisé (péritonite) peut entraîner un arrêt du transit.
- On y trouve **les occlusions fébriles** (URGENCE ++++)

- **Les occlusions fébriles :**
 - Appendicite
 - Sigmöidite
 - Cholécystite
 - Abscess péri-néoplasiques
 - Maladies inflammatoires digestives (Crohn)

Traitement

- Le traitement de l'occlusion aiguë mécanique est **presque toujours chirurgical**
- Parfois endoscopique (coloscopie courte et mise en place d'une sonde en cas de volvulus, stent)
- Rarement radiologique (lavement IIA du nourrisson, stent)

➔ Nécessité d'une équipe de réanimation médico-chirurgicale.

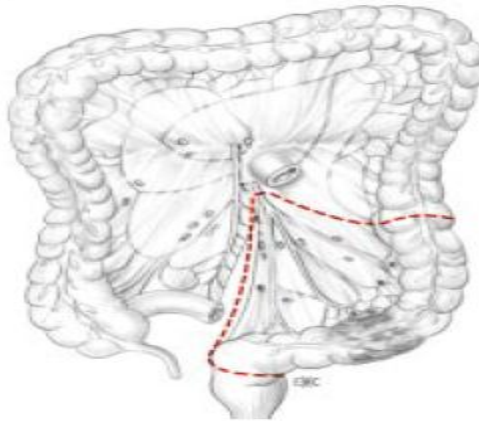
- Le temps du traitement **médical préalable** comprend :
 - **Aspiration gastrique** +++ (Aspect – quantité – fonctionnalité)
 - Réanimation pour obtenir un remplissage correcte (compensation de l'aspiration)
 - Ce temps est d'autant plus court que la vitalité de l'intestin est menacée
- Le **traitement chirurgical** doit toujours:
 - **But**
 - 1- Lever l'obstacle
 - 2- Enlever les segments nécrosés ou douteux
 - 3- Rétablir la continuité dans un **second temps** (presque toujours pour le colon) ou **pendant l'intervention** si les conditions locales et/ou générales le permettent.

**La résection s'impose
(avec ou sans rétablissement)**



Cancer du colon sigmoïde en occlusion :

Colostomie de proche amont (laissant la tumeur en place)



4 Colectomie segmentaire de gauche basse : schéma de l'exérèse.

Cancer du colon sigmoïde en occlusion Intervention de Hartmann



Colostomie terminale lors d' une intervention de hartmann

Cancer du colon sigmoïde en occlusion :

Intervention de Bouilly Volkman

