

Occlusions Intestinales Aigues (OIA)

Dr. Benkhalifa M.L.

Urgences Chirurgicales

docriva@hotmail.fr

Occlusions Intestinales Aigues

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer un syndrome occlusif.
- Connaitre les conséquences physiopathologiques.
- Identifier les situations d'urgence.
- Connaitre les principales étiologies .
- Planifier leur PEC, médicales, chirurgicales ou instrumentales.

Occlusions Intestinales Aigues

1. Introduction

- L'occlusion intestinale se définit par l'obstruction au passage du contenu intestinal quelle que soit la cause.
- Toute occlusion doit être considérée comme une urgence chirurgicale jusqu'à preuve du contraire.
- Les occlusions digestives sont un des motifs les plus fréquents d'hospitalisation en chirurgie digestive.

Occlusions Intestinales Aigues

- L'occlusion est révélée par le syndrome occlusif.
- La démarche diagnostique doit confirmer l'occlusion, préciser son mécanisme et son siège.
- Elles sont souvent révélatrices d'une autre pathologie (cancer du colon , hernie inguinale étranglée,).

Occlusions Intestinales Aigues

- Deux facteurs principaux de gravité:
 - La strangulation qui provoque une ischémie rapide du tube digestif avec un risque accru de nécrose.
 - Le terrain : les personnes âgées.(Vts : déséquilibre H/E)
- La PEC commence toujours par une réanimation et une rééquilibration hydro-électrolytique, surtout chez les patients âgés.

Occlusions Intestinales Aigues

2. Physiopathologie :

➤ Elle diffère selon :

- le mécanisme (obstruction, strangulation ou fonctionnelle) .
- le siège (grêle ou colon)

Occlusions Intestinales Aigues

2.1 Obstruction :

- grêle : provoque
 - **Hyper péristaltisme** réactionnel de lutte.
 - Suivi d'une **distension** de l'intestin.
 - D'abord secondaire à l'accumulation de gaz (surtout l'air dégluti),
 - puis, de liquide (sécrétion digestive est de 6 L/j).
 - La décompression du grêle en partie (distension gastrique et aux vomissements).
 - L'augmentation de la pression endo-luminale va diminuer le retour veineux --- **ischémie digestive**.

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Coliques :

- Le péristaltisme réactionnel est moins franc.
- La distension colique est également secondaire à l'accumulation de gaz+++.
- Le grêle n'est distendu que si la **valvule de Bauhin** est incontinente.
- Si elle est continente, le caecum va subir toute la distension avec un risque d'ischémie et de perforation diastatique (caecum +++).

Occlusions Intestinales Aigues

2.2 Strangulation :

- En plus des conséquences physiopathologiques décrits pour les obstructions, la strangulation provoque des **lésions vasculaires** :
 - blocage du retour veineux --- extravasation de sang dans l'anse et dans la cavité péritonéale ;
 - ischémie artérielle --- **infarctus de la paroi** en moins de 8 H.
- La **nécrose** va entraîner une **perforation** digestive.

Occlusions Intestinales Aigues

2.3 Occlusion fonctionnelle :

- L'occlusion est 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.
- Le volume du 3^{ème} secteur (liquide dans la lumière digestive +++, épanchement intra-abdominal, œdème du tissu interstitiel...) peut être élevé.
- En revanche, les altérations pariétales sont tardives.

Occlusions Intestinales Aigues

2.4 Désordres métaboliques :

- Le 3^{ème} secteur peut être responsable d'une déshydratation globale avec hypovolémie, pli cutané, insuffisance rénale fonctionnelle...
- Les troubles ioniques et acido-basiques dépendent de la localisation de l'occlusion :

Occlusions Intestinales Aigues

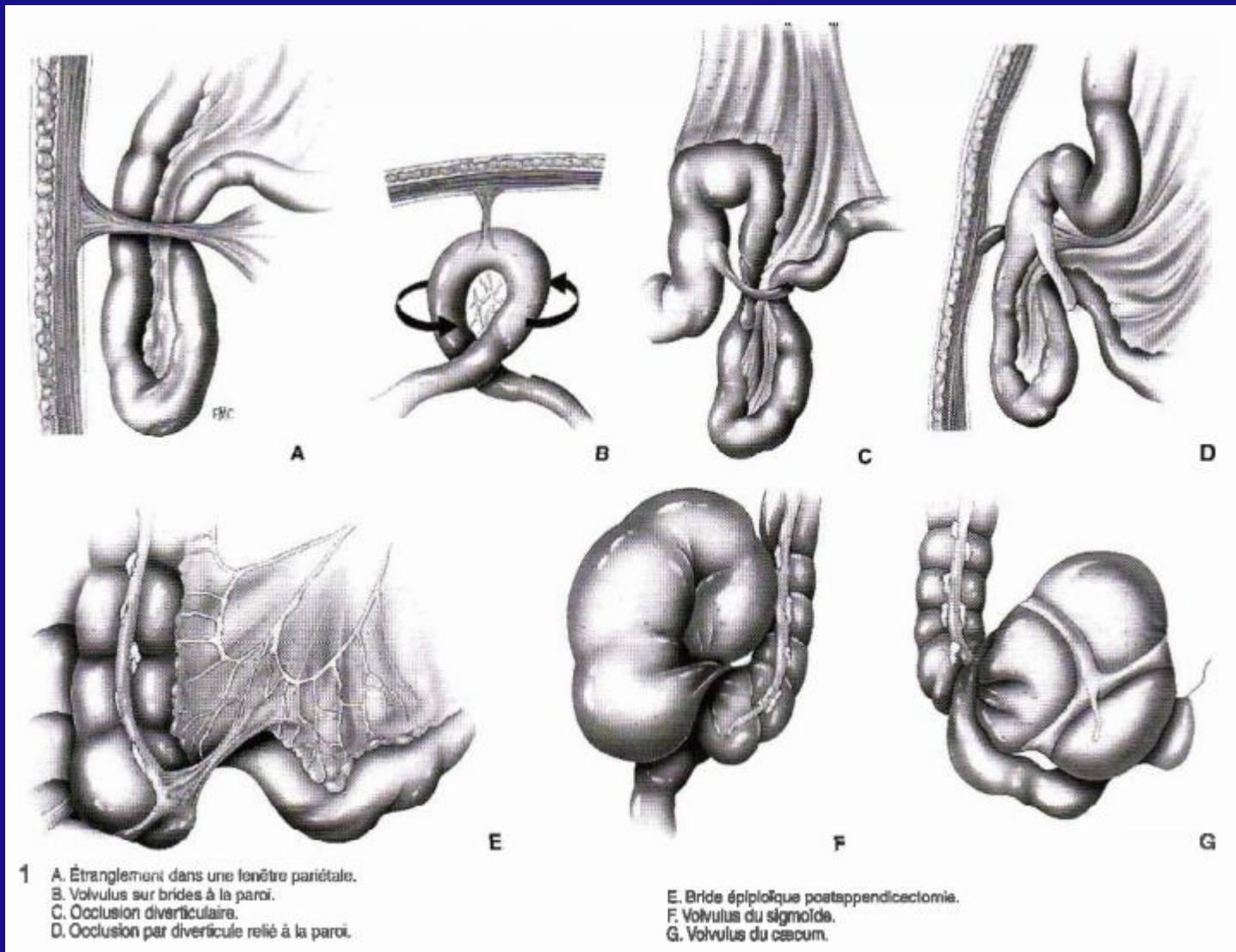
OCCLUSION HAUTE	OCCLUSION DISTALE
Vomissements précoces et abondants - S'ils sont constitués uniquement de liquide gastrique, les pertes sont acides, hypotoniques et riches en chlore --- alcalose métabolique d'autant plus importante que l'hypovolémie est forte. - S'ils sont constitués d'un mélange de liquide gastrique avec des sécrétions bilio-pancréatiques, les pertes sont alcalines, isotoniques et riches en sodium --- acidose métabolique et hypokaliémie.	Vomissements tardifs, - L'aspiration gastrique va enlever un liquide de stase constitué d'un mélange des sécrétions gastriques, bilio-pancréatique et jéjunale --- déficit global en sodium, bicarbonates, protons --- déshydratation globale sans troubles acido-basiques. - Une acidose doit faire craindre un sepsis ou une ischémie (acidose lactique).

Occlusions Intestinales Aigues

Résumé :

- ✓ Distention intestinale.
- ✓ Troubles de la microcirculation.
- ✓ Altération des secteurs hydriques de l'organisme.

Occlusions Intestinales Aigues



Occlusions Intestinales Aigues

3. DIAGNOSTIC

3.1. Examen clinique :

Permet souvent de suspecter l'étiologie et d'estimer le degré d'urgence.

➤ Interrogatoire :

Fondamental pour le diagnostic positif et étiologique.

- Antécédents médicaux : constipation, maladie inflammatoire de l'intestin, terrain vasculaire, diverticule du colon...
- Antécédents chirurgicaux : laparotomie +++, néoplasie colique...
- Prise médicamenteuse : ralentisseur du transit, anticoagulants, aspirine, neuroleptiques...

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Signes fonctionnels : **TRIADE**

– 1 : **Arrêt des matières et des gaz.** (AMG).

- D'autant plus précoce que l'occlusion est basse.
- Un épisode de diarrhée n'élimine pas le diagnostic (possibilité de vidange du segment en aval de l'occlusion).
- C'est l'arrêt des gaz qui est le signe le plus important.

Occlusions Intestinales Aigues

– 2 : Douleur abdominale :

- Souvent intense et se majorant avec le temps.
- Le début peut être brutal (Strangulation+++).
- Peu sensible à la toux ou à l'inspiration profonde,
- Plus souvent péri-ombilicale ou diffuse,
- Sans irradiation.
- Une majoration de la douleur en FID doit alerter : souffrance caecale +++.

Occlusions Intestinales Aigues

– 3 : Vomissements :

- Nausées ou vomissements sont fréquents.
- D'autant plus tardifs que l'occlusion est basse,
- Volontiers bilieux.
- Plus fréquents pour les occlusions gréliques que coliques.
- Ils soulagent les douleurs abdominales.

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Evaluation de l'état général :

– Détermine l'urgence thérapeutique (médicale et chirurgicale) :

– Altéré plus rapidement si :

- occlusion vue tardivement,
- terrain morbide,
- patient âgé.

Occlusions Intestinales Aigues

– On recherche :

- Signes d'hypotension (par déshydratation principalement +++)
: hypotension, tachycardie, oligurie,
- Déshydratation : pli cutané, sécheresse des muqueuses, soif...
- Signes de sepsis : fièvre, faciès terreux, tachycardie.
- Désordres acido-basique : bradypnée, hypoventilation
- Sueurs, agitation, confusion...

La gravité de l'occlusion tient autant à l'état général (déshydratation +++) qu'à l'occlusion elle-même.

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Examen physique :

Sera complet et centré sur l'abdomen :

– *Inspection* :

- Recherche de cicatrice abdominale +++
- Météorisme abdominal 75% des patients (plus fréquent en cas d'occlusion colique). Les ondulations péristaltiques de lutte contre l'obstacle peuvent être visualisées.

Occlusions Intestinales Aigues

– *Palpation :*

- **Orifices herniaires** +++ : pour ne pas méconnaître une hernie étranglée (Diagnostic plus difficile en cas d'hernie crurale chez une femme obèse).
- Rechercher une **douleur** élective (FID+++), ou une **défense** (signe de souffrance digestive). Pas de contracture (sauf en cas de péritonite secondaire par perforation).
- Examen de l'hypogastre : recherche d'un **globe urinaire**+++.

Occlusions Intestinales Aigues

– *Percussion* :

- Le tympanisme confirme la distension abdominale.
- Une matité en hypogastre --- globe urinaire +++.

– *Auscultation* :

- Les bruits hydro-aériques sont plus souvent diminués/absents qu'augmentés.
- Audibles, ils sont en faveur d'une lutte sur une obstruction. Leur absence est un critère de gravité.

– *Touchers pelviens* :

- TR +++ : fécalome ? Ampoule rectale vide ? Tumeur ? Masse abdominale ? Globe vésicale ? Sang --- ischémie ?
- TV : masse abdominale ? Globe vésicale ?

Occlusions Intestinales Aigues

➤ La synthèse de l'examen clinique oriente vers le mécanisme, la localisation et la gravité :

	Strangulation	Obstruction	Fonctionnelle
Douleurs	Aigue, brutale, constante	Progressive, spasmes	Très progressive ou liées à la cause de l'iléus
Arrêt du transit	Rapide	Progressif mais précoce si colon Plus tardif si grêle	Rapide
Vomissements	Précoces Claires	Tardifs si colique Plus précoces si grêle Abondants, fécaloïdes	Inconstants Clairs
Météorisme	Absent si jéjunum Important si iléon Monstrueux si colon		Rare dans l'iléus réflexe Important dans le syndrome d'Ogilvie

Occlusions Intestinales Aigues

3.2. Examens para-cliniques :

- Biologie : Systématique : évalue les complications + prépare le bilan préopératoire.
 - FNS : hyperleucocytose (signe de gravité), anémie (cancer avec saignement occulte).
 - Ionogramme : retentissement du 3^{ème} secteur (déshydratation, insuffisance rénale fonctionnelle) : ↗ Protidémie, HK et créatinémie.
 - Bilan préopératoire : Gr-Rh, hémostase : TP, TCA, INR selon terrain, (+ECG, téléthorax)

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Imagerie : permet d'identifier le siège +++

– *TDM abdominale* :

- Permet le diagnostic positif, étiologique, différentiel, de gravité.
- Quasiment systématique :
 - doute diagnostique,
 - tableau atypique,
 - personne âgée,
 - patient multi-opéré,
 - immunodéprimé,
 - occlusion post-opératoire...

Occlusions Intestinales Aigues

- Sans et avec PC (attention à la fonction rénale si sujet âgé et occlusion depuis quelques jours++).
- L'opacification basse non systématique.
- L'opacification haute est CI en cas de vomissements.

Occlusions Intestinales Aigues

- Va :
 - Confirmer l'occlusion : **distension** localisée +/- diffuse (grêle > 25mm, colon > 60mm), **niveaux hydro-aériques**.
 - Localiser le segment responsable (plat/dilaté).
 - Rechercher une étiologie : tumeur, bride, hématome...
 - Rechercher des signes de gravité.

Occlusions Intestinales Aigues

– Signes de gravité :

- Epaissement circonférentiel en cible marqué des anses (œdème sous muqueux par congestion veineuse) qui prend le contraste.
- Diamètre du caecum > 10cm.
- Epanchement intra-péritonéal.
- Signes d'ischémie : absence de rehaussement de la paroi, amincissement.
- Pneumatose pariétale (bulle d'air dans la paroi digestive) : signe le début de nécrose.
- Aéroportie (air dans la veine porte visible au niveau du foie) : signe de nécrose digestive étendue (gravité extrême ++)
- Pneumopéritoine +++.

Occlusions Intestinales Aigues

– ASP :

- N'a plus d'indication dans l'occlusion +++ (HAS 2009).
- Comporte : 3 clichés (face couché, face debout, centré sur les coupes diaphragmatiques).
- Même signes que sur une TDM :
 - NHA (clichés debout)
 - Pneumopéritoine (clichés centrés sur les coupes)

Occlusions Intestinales Aigues

	Grêle	Colon
Debout : NHA	Nombreux, centraux, plus larges que hauts	Périphériques, plus hauts que larges
Couché	Valvules conniventes (image de plis circulaires, fins, réguliers, nombreux, allant d'un bord à l'autre du grêle, moins proches en allant vers l'iléon distal, aspect de ressort)	Haustrations coliques (images linéaires courtes, épaisses, ne joignant pas les 2 bords du colon)
Autres signes	Absence d'air dans le colon	En cas de dilatation de l'iléon --- la valve est perméable (30-50%)

Occlusions Intestinales Aigues

- Autres examens : moins utilisés :
 - *Transit du grêle* :
 - Origine et siège de l'obstacle.
 - CI pour les OIA mais garde une place pour les OIC (carcinose).
 - *Lavement* :
 - Occlusion colique --- visualise la tumeur (trognon de pomme),
 - Confirme le volvulus sigmoïde
 - Une invagination intestinale.
 - Hydrosolubles (Gastrografine*, Télébrix*) car baryte CI (risque majeur si perforation ou infarctus mésentérique).
 - *Echographie* : faible apport (volume de gaz).

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Endoscopie :

- CI en cas d'OIA : risque majeur de perforation.
- Exception pour la pose de prothèse (Stent) colique ou duodénale.

Occlusions Intestinales Aigues

3.3. Signes de gravité cliniques et paracliniques :

Signent une souffrance digestive : urgence chirurgicale +++

Clinique
Fièvre Défense, douleur très intense Etat de choc Vomissements fécaloïdes
Biologie
Acidose métabolique Hyperleucocytose, élévation de la CRP Augmentation des lactates --- ischémie digestive ?
Imagerie
Distension caecale majeur > 10cm Pneumopéritoine Epaississement pariétal Epanchement intra-abdominal Pneumatose pariétale voire aéroportie

Occlusions Intestinales Aigues

4. ETIOLOGIES :

4.1. Occlusion du grêle :

4.1.1. *Occlusion par obstruction :*

- Moins fréquentes que par strangulation.

- Peuvent provenir de la paroi du grêle, de la lumière ou être extrinsèques.

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Par obstacle pariétal :

—*Non tumorale* :

- Hématome de la paroi (anticoagulant).
- Maladie de Crohn : 1/3 des patients, occlusions plutôt chronique (typiquement syndrome de König)
- Sténose post-ischémique : infarctus...

—*Tumeurs du grêle* :

- Bénignes : léiomyome, polype...
- Malignes primitives : ADK +++, endocrine, lymphome, GIST.
- Métastases +++ : origine digestive ou extradigestive (mélanome).

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Par obstacle intra-luminal :

– *Bezoard* :

- Concrétions de fibres végétales
- Causes : ralentissement du transit, chirurgie gastroduodénale, alimentation riche en cellulose.

– *Corps étranger* :

- Dans 90% l'objet suit les voies naturelles et sera évacué.
- Sinon endoscopie voir chirurgie.
- La perforation est à craindre si occlusion fébrile.
- Enfants en bas âge, maladie psychiatrique, prothèse dentaire.

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Par obstacle intra-luminal :

- *Ascaris* :

- *Ascaris lumbricoïdes*.
- Occlusion par leur nombre, obstruction de la valve iléo-caecale, inflammation...

- *Iléus biliaire et syndrome de Bouveret* :

- Complication de la cholécystite chronique avec fistule
- Iléus biliaire : iléon ou le diamètre est $<$ à celui du calcul.
- Syndrome de Bouveret : le calcul se bloque au duodénum --
- occlusion haute (bulbe duodéal).

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Par obstacle extrinsèque :

–*Compression* :

- Utérus polomyomateux, kyste ovarien, pseudokyste, abcès intra-abdominal...

–*Carcinose péritonéale* :

- Aggravation progressive, AEG.
- TDM : nodules péritonéaux, épaissement de l'épiploon, ascite ++

Occlusions Intestinales Aigues

4.1.2. Occlusion par strangulation :

- Les plus fréquentes

➤ Occlusion sur brides :

- Cause la plus fréquente : 1/3 dans les pays développés.
- La formation d'adhérence est très fréquente après chirurgie (surtout sous-mésocolique)
- A n'importe quel moment : dans la 1^{ère} année dans 1/3 des cas.
- TDM : jonction grêle plat-grêle dilaté.

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Hernie étranglée :

- Souvent inguinale ou crurale.
- Un examen clinique bien conduit permet de faire le diagnostic.

➤ Invagination intestinale aigue :

- Associe obstruction et ischémie digestive.
- Idiopathique chez l'enfant, sinon rechercher une cause organique (diverticule de Meckel, tumeur...)
- Symptômes :
 - Vacuité de la FID
 - Palpation du boudin d'invagination (HCD, Epigastre) : tuméfaction ferme, mobile et ovalaire.
 - Troubles neurovégétatifs (compression des nerfs mésentériques).
 - Vomissements +/- rectorragies

Occlusions Intestinales Aigues

– Diagnostic : échographie :

- boudin d'invagination : image en cocarde (couronne périphérique hypoéchogène entourant un centre hyperéchogène).
- +/- épanchement et ganglions mésentériques.

– Traitement médical dans la majorité :

traitement symptomatique, réduction du boudin par lavement aux hydrosolubles sous contrôle scopique.

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Diverticule de Meckel :

- Secondaire à l'absence de fermeture du canal vitellin.
- Siège : 40 à 100 cm de la valvule iléo-caecale.
- Mécanisme : le plus fréquent : fixation du diverticule à la paroi ou la formation de bride entre le diverticule et la paroi.

➤ Volvulus du grêle :

- Pathologie rare.
- Cause : défaut de rotation de l'intestin au cours de l'embryogénèse.
- Mécanisme : Tout l'intestin grêle tourne au tour de l'axe mésentérique --- ischémie complète : urgence chirurgicale absolue +++.

Occlusions Intestinales Aigues

4.1.3. Occlusion fonctionnelle :

- Etiologies multiples : infection, hémopéritoine, pancréatite, globe urinaire, fécalome, médicale...
- L'iléus post chirurgie abdominale est constant (durée selon le geste et le patient), mais ne doit pas éliminer une complication postopératoire (abcès, fistule...) : TDM

Occlusions Intestinales Aigues

4.2. Occlusion colique :

4.2.1. *Occlusion par obstruction :*

- Les plus fréquentes (contrairement au grêle) : cancer colique +++
 - Cancer colique : 70% des cas
 - Mode de révélation du cancer dans 15-25%.
 - Surtout personne âgée et colon gauche.
 - Interrogatoire : alternance diarrhée-constipation, réctorragies.
 - Diagnostic par TDM +++.
 - Diverticulose sigmoïdienne :
 - Cause : pseudotumeur inflammatoire ou inflammation.
 - Eliminer le diagnostic de tumeur.

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Fécalome :

- Surtout chez les personnes âgées (voir confusion)
- TR +++.
- Causes : pathologies proctologiques, alitement prolongé, état grabataire, traitements ralentisseurs de transit (psychotrope, neuroleptique...)
- Peut provoquer des fausses diarrhées ou pseudo-incontinence.

➤ Corps étranger :

- Evacuation sous AG par relâchement musculaire souvent.
- Sinon laparotomie avec stomie provisoire pour certains patients (HAS 2009)

Occlusions Intestinales Aigues

4.2.2. Occlusion par strangulation :

- Dominées par les volvulus colique :
 - 10% des occlusions dans les pays développés.
 - 50% dans les pays en voie de développement.
- Segments mobiles:
 - sigmoïde 60-80%.
 - caecum 15-35%.
 - transverse <5%)

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Volvulus du sigmoïde :

- Sujet âgé > 70 ans. Patients souvent constipés.
- FDR anatomiques : mégadolicho-sigmoïde, insertion courte du méso.
- Clinique:
 - AEG rapide.
 - Douleur importante souvent brutale, météorisme important et asymétrique, vomissements rares, AMG précoce.
 - Abdomen souple mais sensible, défense et fièvre si souffrance de la paroi.
- Paraclinique :
 - TDM : distension de l'anse sigmoïde remontant vers l'HCD.
 - Lavement aux hydrosolubles : si doute : ampoule rectale remplie de PC se terminant « en bec d'oiseau » sans opacification du colon en amont.

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Volvulus du caecum :

- A tout âge (plus si > 60 ans), touche plus la femme.
- FDR :
 - Anatomiques : Caecum/colon droit non accolés au péritoine pariétal postérieur (1 personne /3).
 - Plus souvent si obstacle en aval (cancer du colon gauche +++), constipation ou troubles de la motricité colique, grossesse, chirurgie, coloscopie.
- Clinique
 - Douleur importante souvent brutale, météorisme important et diffus, vomissements plus fréquents, AMG dans 1 cas/2.
 - Abdomen souple mais sensible, défense et fièvre si souffrance de la paroi.

Occlusions Intestinales Aigues

– Paraclinique :

- TDM : pose le diagnostic dans moins de 50% des cas.
- Large NHA traversant le caecum distendu, NHA à l'HCG.
- Absence de « granité » caecale dans la FID.
- Interprétation difficile si NHA grêliques secondaires.

Occlusions Intestinales Aigues

4.2.3. Occlusion fonctionnelle :

- Principalement syndrome d'Ogilvie (pseudo-occlusion) : dilatation colique sans obstacle sur colon sain. Eliminer avant une cause organique +++.
- Homme > 60 ans avec contexte médical ou chirurgical.
- Physiopathologie mal connue (déséquilibre entre système sympathique et parasympathique).
- Clinique : Distension abdominale majeure, diffuse, AMG, douleurs modérées ou absentes, abdomen tympanique sans bruit hydro-aérique, pas de signes péritonéaux.
- Complications : respiratoires, digestives, AEG.
- Biologie : FNS, CRP, ionogramme.
- Imagerie : TDM : éliminer un obstacle. Rectoscopie/lavement.

Occlusions Intestinales Aigues

5. Traitement :

5.1. Stratégie thérapeutique :

- Identifier les patients avec des critères de gravité (F° , hyperleucocytose, choc, défense...) : à opérer en urgence.
- Le traitement est médico-chirurgical.

Occlusions Intestinales Aigues

5.2. Traitement médical :

- Hospitalisation, urgence, à jeun.
- Pose d'une voie veineuse.
- Antalgiques (éviter morphine et dérivés) et antispasmodiques IV.
- Correction de la déshydratation et des troubles ioniques +++.
- Correction d'une hypovolémie : remplissage éventuel.

Occlusions Intestinales Aigues

- Sonde naso-gastrique en aspiration :
 - Permet de traiter certaines occlusions du grêles sur adhérences.
 - Diminue la douleur .
 - Evite l'inhalation.
 - Permet la vidange gastrique.
- Pertes compensées par perfusions de cristalloïdes (Ringer-lactate).
- IPP en IV pour lutter contre le RGO provoqué par la sonde et éviter l'hypokaliémie (blocage de la pompe H^+/K^+)

Occlusions Intestinales Aigues

5.3. Traitement chirurgical :

- Indiqué en cas de :
 - complication,
 - mauvaise tolérance clinique,
 - absence d'amélioration sous TRT médical,
 - signe de gravité,
 - ou obligatoire pour l'étiologie.

Occlusions Intestinales Aigues

- Principes :

- La voie d'abord: laparotomie, coelioscopie possible (occlusion précoce, faible distension).
- Explorer la cavité abdominale.
- Prélever les épanchements : examen bactériologique.
- Lever l'occlusion ou décompresser le segment d'amont avec une stomie.
- Traiter une éventuelle complication (péritonite, ischémie...)
- Le rétablissement de continuité dépend des conditions locales : pas d'anastomose/suture si distension, ischémie ou péritonite.

Occlusions Intestinales Aigues

5.4. Traitement spécifique des occlusions du grêle :

➤ Par obstruction :

- *Tumeur, crohn* : Occlusion progressive
 - TRT surtout chirurgical, le TRT médical permet d'opérer les patients en urgence différée.
 - En cas de maladie de crohn : chirurgie après échec du TRT médical.
 - Résection : économe (sans curage ni marges digestives) en cas de M. de Crohn, et carcinologique en cas de tumeur.
 - Si tumeur inextirpable : dérivation interne pour lever l'occlusion.

Occlusions Intestinales Aigues

- *Corps étranger, Bezoard, iléus biliaire* : Entérotomie et extraction.
- *Carcinose péritonéale* :
 - TRT préférentiellement médical : aspiration, corticothérapie forte dose IV (1mg/kg/j) courte durée.
 - TRT chirurgical dans de rares cas :
 - ✓ Palliatif avec dérivation interne (sans résection) ou gastrostomie de décharge.
 - ✓ Rarement curatif (car l'occlusion signe une carcinose étendue) : cytoréduction chirurgicale +/- CHIP

Occlusions Intestinales Aigues

➤ Par strangulation :

- *Hernie et éventration* : Traitement toujours chirurgical.

- Section du collet herniaire.
- Vérification de la vitalité du grêle ou du contenu de l'éventration/hernie.
- Résection éventuelle si l'ischémie a été trop importante.
- Réparation pariétale en évitant la mise en place d'une prothèse en raison du risque infectieux.

Occlusions Intestinales Aigues

- *Bride adhérence* :

- En présence de signes de gravité : Chirurgie urgente :
 - ✓ Exploration, section de la bride ou adhérences.
 - ✓ Vérification de la vitalité, résection si nécrose ou ischémie ne récupérant pas.
 - ✓ Vidange rétrograde prudente du grêle (non systématique)

Occlusions Intestinales Aigues

- *Bride adhérence* :

- En l'absence de signes de gravité (souvent) : TRT médical :
 - ✓ Aspiration , antalgique 6-12H.
 - ✓ Transit à la gastrograffine peut accélérer l'évolution :
 - Majoration des douleurs ou vomissements --- chirurgie.
 - PC dans le colon 4-6 H après ou reprise du transit --- abstention thérapeutique et reprise de l'alimentation.
 - ✓ Si aucune amélioration sous TRT médical ou apparition de signes de gravité : TRT chirurgical.

Occlusions Intestinales Aigues

- *Invagination* :

- Chez l'enfant : réduction spontanée ou par lavement.
- Grand enfant ou adulte : laparotomie/coelioscopie : réduire l'invagination, identifier et traiter la cause (tumeur le plus souvent : réséction+curage et anastomose)

- *Ischémie* :

- Ischémie artérielle : TRT chirurgical.
- Thrombose veineuse : TRT médical (anticoagulants).

Occlusions Intestinales Aigues

4.5. Traitement spécifique des occlusions du colon :

- Volvulus du colon gauche :
 - *TRT de 1^{ère} intention* :
 - ✓ TRT médical fondamental chez ces patients agés.
 - ✓ Tentative de réduction :
 - Par tube Faucher sous scopie.
 - Ou par recto-sigmoidoscopie : permet la vision du tour de spire et placer le tube de Faucher sous contrôle endoscopique une fois le volvulus levé.
 - ✓ En cas de succès : tube digestif laissé en place, puis résection segmentaire avec anastomose en 1 temps à distance (1semaine) pour prévenir la récurrence.
 - ✓ Si possible colonoscopie avant chirurgie pour éliminer un cancer.

Occlusions Intestinales Aigues

- *TRT de 2^{ème} intention :*
 - ✓ Si échec, signe de gravité, perforation : urgence
 - Résection et anatomopathologie.
 - Extériorisation à la peau des 2 extrémités coliques par le même orifice de stomie en FIG (Intervention Bouilly-Volkman) ou colostomie d'amont et fermeture du moignon rectal (Intervention de Hartmann).
 - ✓ A distance (2-3 mois) : rétablissement de continuité avec confection d'une anastomose colorectale.

Occlusions Intestinales Aigues

- Autres étiologies :

- *Fécalome* :

- ✓ Dans la majorité des cas : lavement répété avec l'eau tiède et vaseline --- efficace.
- ✓ L'extraction digital peut accélérer le TRT
- ✓ Parfois AG pour retirer un fécalome très dure.
- ✓ TRT préventif : lutte contre la constipation et l'alitement des personnes âgées.

Occlusions Intestinales Aigues

- *Syndrome d'ogilvie* :
 - ✓ Traitement d'un facteur favorisant (hypoK...) et des troubles secondaires à l'occlusion.
 - ✓ Mise en place d'un tube de Faucher pour limiter la distention.
 - ✓ Et/ou prostigmine (néostigmine*) : 0.5mg en IV lente, jusqu'à 2.5 mg/j en absence de CI (asthme, parkinson, occlusion mécanique) avec monitoring cardiovasculaire (risque de bradycardie).
 - ✓ Coloscopie d'exsufflation : indiquée si diamètre du caecum > 11cm, si le TRT médical n'a pas été efficace.
 - ✓ La chirurgie (caecostomie, colostomie voire colectomie droite) est nécessaire en cas d'échec du TRT médical, ischémie ou perforation.

Occlusions Intestinales Aigues

Conclusion

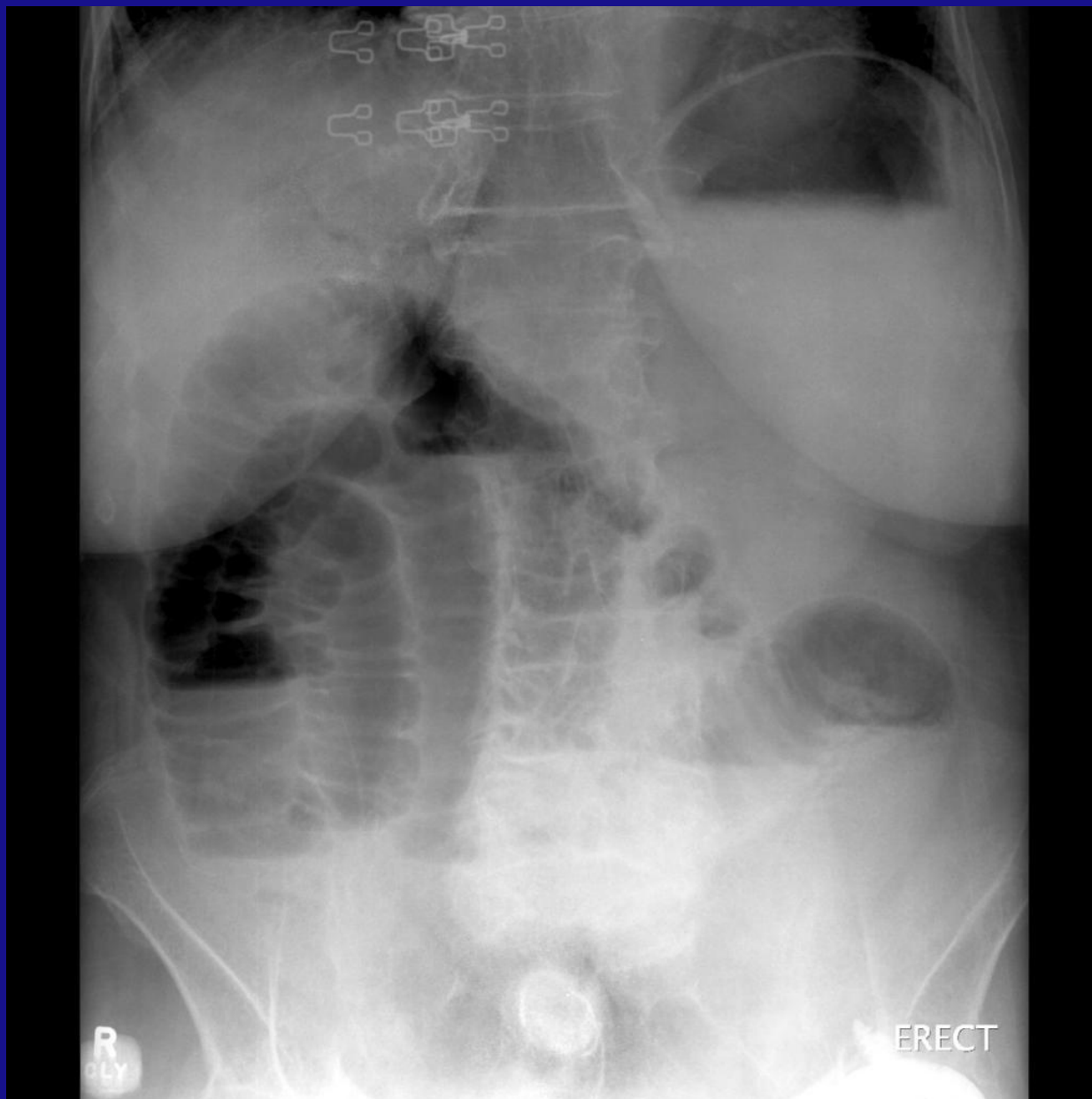
- Pathologie fréquente.
- Etiologies diverses.
- Gravité dominée par les conséquences physiopathologiques surtout lors de la strangulation.
- Le doute diagnostic est levé par l'apport de la TDM.
- La PEC médicale initiale est primordiale.

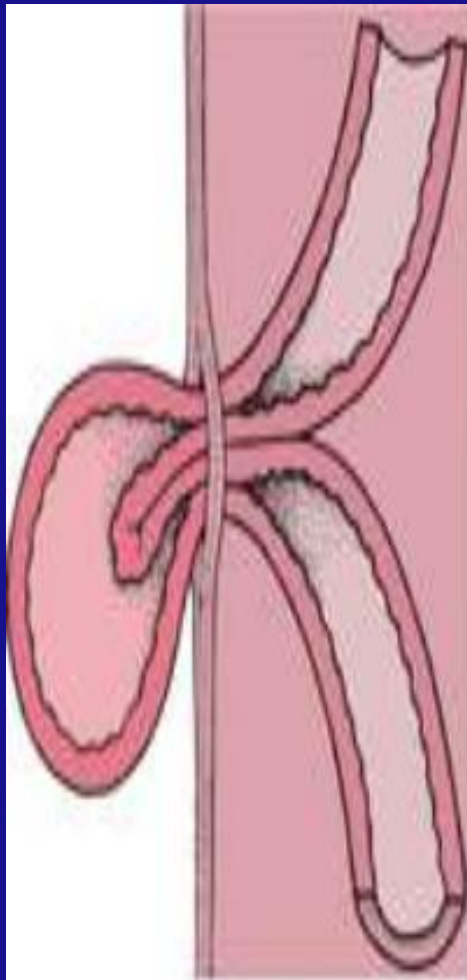


www.fascicules.fr

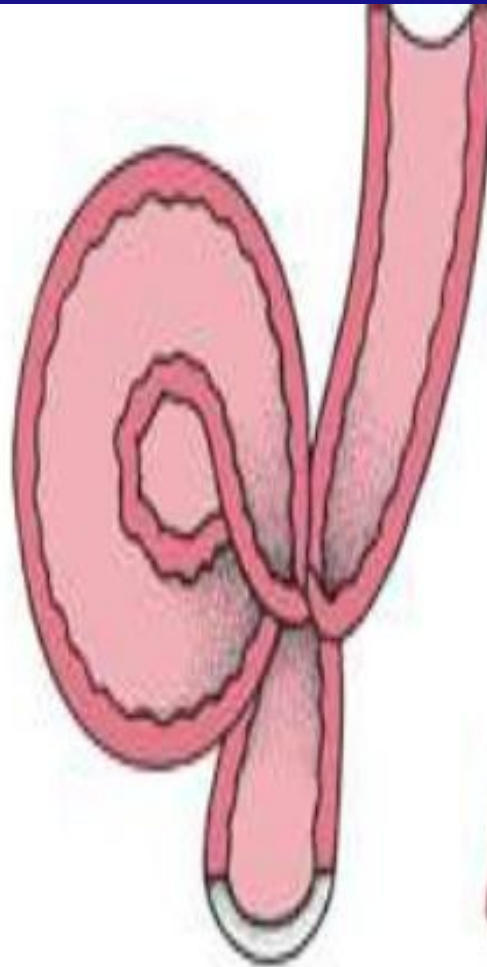


DT DEBOUT

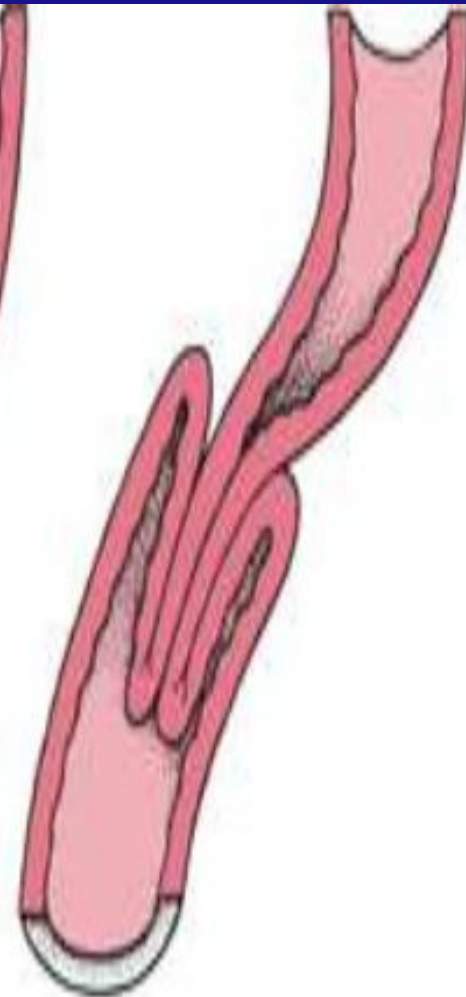




Strangulated Hernia



Volvulus



Intussusception



Figure 2

Une tumeur placentaire d'aspect hémorragique et lobulée, en contact avec le bord supérieur droit de l'utérus, au 3^e trimestre (28 semaines de grossesse), en cours de résection.



ASP couché

Cours IFSI



ASP debout



TDM abdominale injectée :

Occlusion du grêle sur tumeur colique. Métastase hépatique à la jonction des segments 6 et 7. Epanchement intra-abdominal. Petit pneumopéritoine en avant du foie : perforation digestive



TDM abdominale injectée :

Occlusion sur tumeur colique. Distension cœcale majeure avec pneumatose pariétale. Dilatation des anses grêles (→ valvule de Bauhin « forcée »)

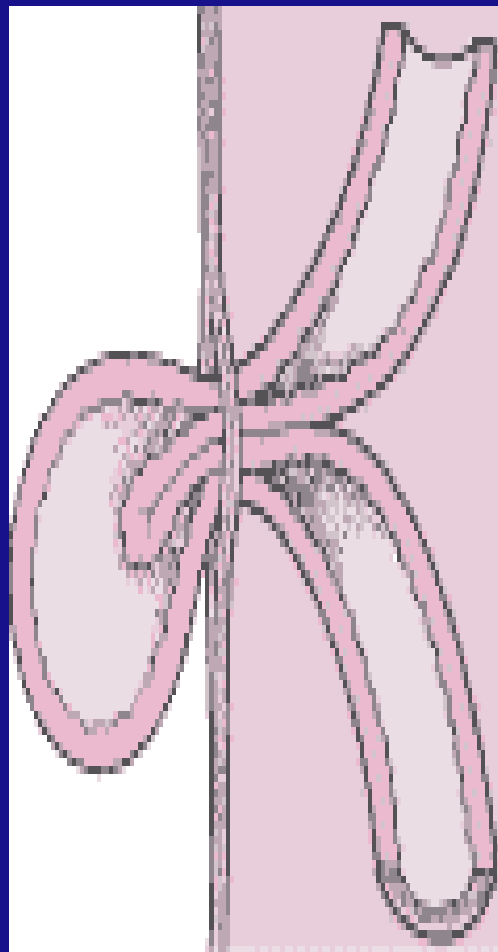


Volvulus du sigmoïde

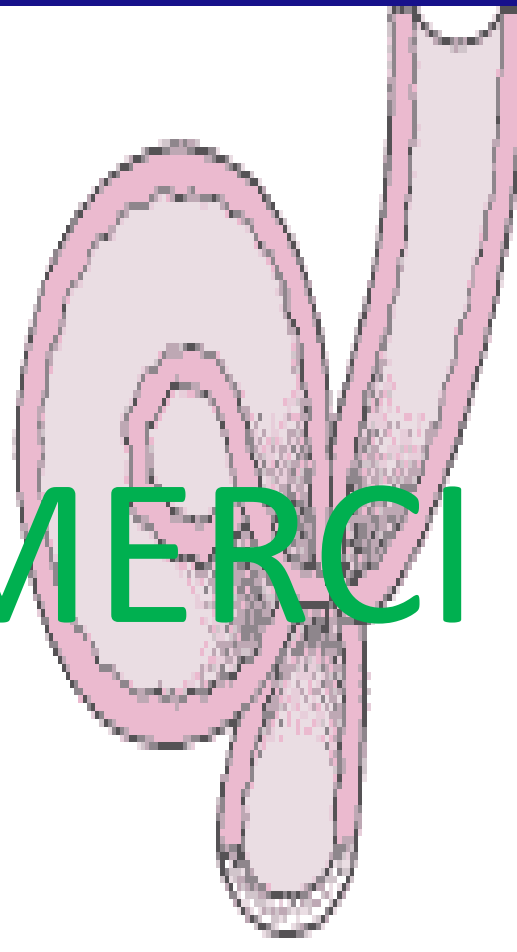


ASP debout et couché : volvulus du cæcum

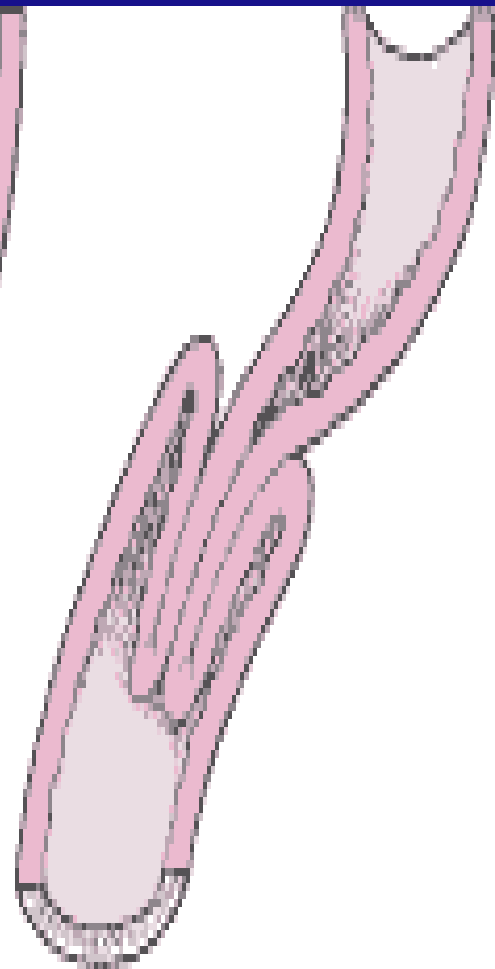
MERCI



Hernie étranglée



Volvulus



Invagination