

# Les occlusions intestinales

Le prof pose l'accent sur la sémiologie clinique et radiologique.

## I/ Sémiologie élémentaire

### 1. CLINIQUE

- Signes cliniques :

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent de connaître le carré de Mondor et de poser le diagnostic.

CARRE DE MONDOR

<b>DOULEURS</b>	<b>VOMISSEMENTS</b>
<b>ARRÊT DU TRANSIT</b>	<b>METEORISME</b>

- Signes radiologiques :

Abdomen sans préparation (ASP) où on retrouve les niveaux hydro-aériques

Il y a aussi le scanner (TDM).

=> diagnostic clinico-radiologique

L'interrogatoire est un moment clé pour connaître ces antécédents à partir du moment où il a mal. Il faut parler au patient..

L'examen clinique comprend l'examen physique de l'abdomen:

- Inspection: distension de l'abdomen (ballonné) est un élément extrêmement important → occlusion
- Palpation
- Percussion: si l'intestin est distendu, en général, il sera tympanique.
- Auscultation: bruit hydro-aériques métallique → l'intestin lutte contre un obstacle  
Ou silence → occlusion fonctionnelle ou réflexe
- Examen des orifices herniaires chez tout les patients ! toujours !
- Toucher rectal: pour s'assurer que l'ampoule rectale est vide → occlusion mécanique  
Ou palper l'obstacle, des masses (tumeurs basses) , ou l'irritation péritonéale ( avec la présence de pus) ..
- Examen général: il faut voir le patient comme un ensemble, s'il est fébrile, déshydraté. Perte de poids, Examen Général altéré.

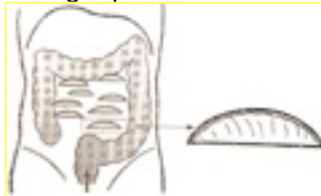

Strangulation	Obstruction
Volvulus: tour de spire de l'intestin. Les vaisseaux, qui arrivent dans l'intestin, sont compromis donc le sang n'arrive pas Ex: Cancer qui bouche l'intestin	Bouchon a l'intérieur de l'intestin
- Début brutal des signes +++ - Douleurs +++ - Signes précoces - Météorisme localisé avec +/- de signes de souffrances intestinales - Image directe à la radio ex : on voit l'anse strangulé	-Début progressif des signes -Douleur + -Signes tardifs -Météorisme diffus -Signe radio indirecte ex: on verra l'intestin en amont dilaté (surtout à l'ASP)

## 2. IMAGERIE

- Techniques:**
- ASP : examen justifier en cas de suspicion d'occlusion intestinale
  - Opacification classique
  - Ecographie
  - Tomodensitométrie ensuite

- Signe direct : anse tordue, sigmoïde tordue
- Signes Indirects (le plus fréquent): niveaux hydro-aériques
- Signes de complications : air dans la cavité péritonéale donc anse avec perforation
- Signes évocateur d'une étiologie au scanner on peut voir ganglions ou des métastases du cancer du colon

### Radiologie:

	Grêle	colon
- Signes physiques - Météorisme médian - Signes généraux	+++ ++ précoces	++ + tardif
- Signes radiologiques → niveaux hydro-aériques	plus large que haut 	plus haut que large 

En fait, plus l'occlusion est distale plus le patient met du temps à vomir et à créer un 3ème secteur (= accumulation de liquide dans le TD)



Ici, la boucle sigmoïde se dispose au milieu de l'abdomen. C'est le cas dans le volvulus du sigmoïde .



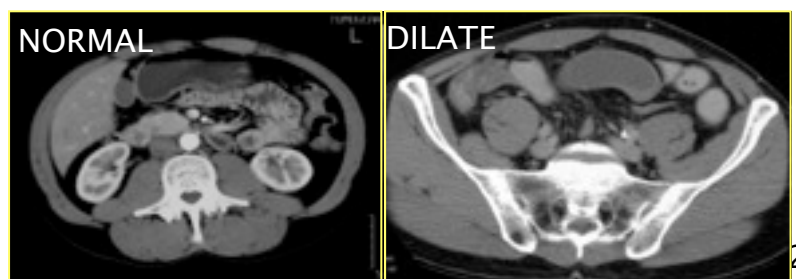
Ca c'est l'image d'une boucle sigmoïdienne qui occupe pratiquement tout l'abdomen.

### TDM

Depuis les années 90, on peut étudier l'épaisseur et la souffrance vasculaire de la paroi intestinale. Du liquide ou de l'air dans la cavité péritonéale indique une perforation.

*Existe-t-il une occlusion du grêle?*

- Dilatation admise si le diamètre > 25mm
- Sensibilité: proche de 100 %
- Spécifique: > 95 %



*L'occlusion est-elle mécanique ou fonctionnelle?*

IL FAUT RECHERCHER L'OBSTACLE pour caractériser l'occlusion .

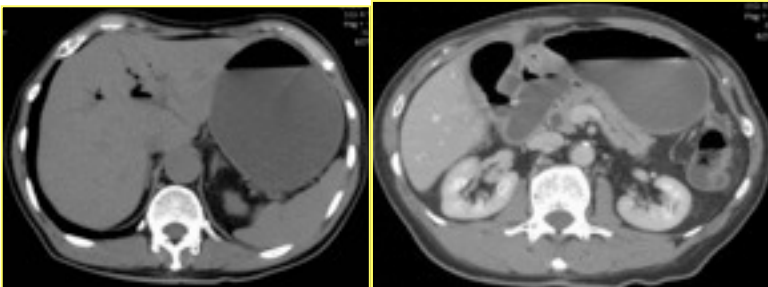
- Occlusion mécanique:

Zone de transition entre grêle dilate en amont et grêle plat en aval

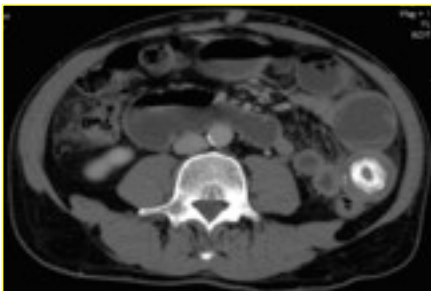
- Occlusion fonctionnelle :

- Pas d'obstacle, pas de zone de transition visualisation d'une cause expliquant l'occlusion.
- Associé à une maladie chronique ( Syndrome de couac, les plexus nerveux ne marche plus et l'intestin se dilate )
- Mais l'origine c'est la péritonite : inflammation de l'intestin
- Le degré de dilatation et la proportion d'air et de liquide dans le grêle ne sont pas discriminants.

Diagnostic étiologique



*Dans ce cas vous faites quoi ? On voit que l'estomac est plein. Premier geste en cas d'estomac plein → mettre une sonde naso gastrique pour vider le contenu parce si le patient vomit le risque est que ça aille dans les bronches.*

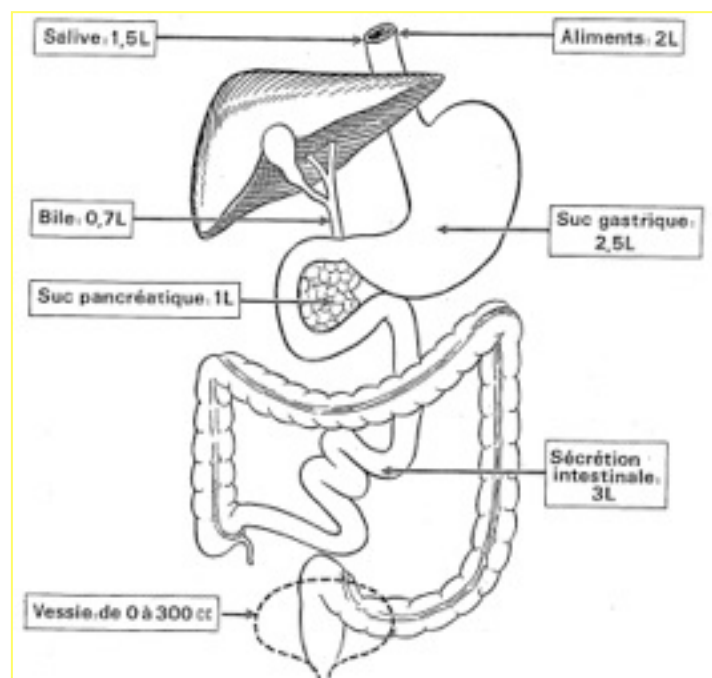


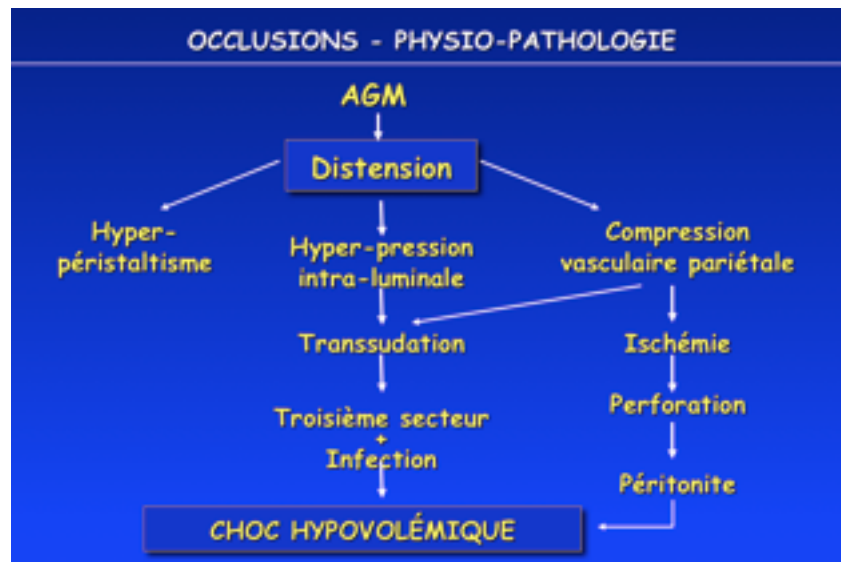
On a ici un ileus biliaire ( aujourd'hui très rare ) : calcul biliaire qui a migré dans l'intestin car la vésicule biliaire s'est perforé dans l'intestin (Généralement dans l'IG)

## II/ Physiopathologie

### FLUX DES LIQUIDES DANS LE TD

- 1,5 L de salive
- 0,7 L de bile
- 2,5 L par l'estomac
- 1 L sécrétion pancréatique
- 3 L de sécrétion intestinale





→ En fonction de l'hauteur de l'occlusion on peut voir ce qui peut s'accumuler dans le TD en une journée .

Lors d'une occlusion, il y a une distension de l'intestin en amont donc son premier réflexe est d'essayer de lutter contre l'obstacle. Il y a donc un hyper péristaltisme mais l'intestin se fatigue en 3-4 jours donc apparition du silence: il est juste dilaté.

De plus, il y a une augmentation de la pression abdominale donc on observe une transsudation car le TD se dilate, les jonctions et les vaisseaux se dilatent aussi. La transsudation provoque un troisième secteur et une infection.

La paroi de l'intestin distendue comprime les veines (la décharge veineuse est empêchée avec un début d'infarctissement de l'intestin) et les petits capillaires donc il y a ischémie ce qui peut mener à une inflammation d'où la perforation qui entraîne la péritonite.

→ tableau progressif mais cercle vicieux

## CLASSIFICATION

- Occlusions mécaniques
  - obstruction
  - strangulation
  - agglutination : tableau chronique , souvent en post opératoire ou l'intestin au lieu de faire quelques adhérences mais un tableau d'adhérence complexe : c'est pas bon on ne peut plus rien faire car tout est collé on ne peut plus le disséquer .
- Occlusions dynamiques
  - inflammatoire : péritonite
  - fonctionnelles : maladie de l'intestin qui ne le fait pas bouger :
- Occlusions mixtes
 

On démarre avec une strangulation, l'ischémie provoque une perforation → occlusion fonctionnelle associée.

## III/ Occlusion du grêle

### 1. OCCLUSIONS MECANIQUES

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Par strangulation:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Volvulus</li> <li>- Brides</li> <li>- Hernies étranglées</li> <li>- Invagination</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Par obstruction:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ileus biliaire</li> <li>- Tumeurs</li> <li>- Corps étrangers</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Par agglutination d'anses</u></li> </ul> |
|---|---|--|

→ Hernies internes :

Il faut retenir que, sans qu'il y ai eu d'opération, il y a des orifices physiologiques.

C'est le déplacement d'un ou plusieurs viscères

à travers un orifice intra péritonéal en cas d'augmentation de la pression intra abdominal ( ex : la grossesse .. )

- Normal : hiatus de Winslow

- Para normal :

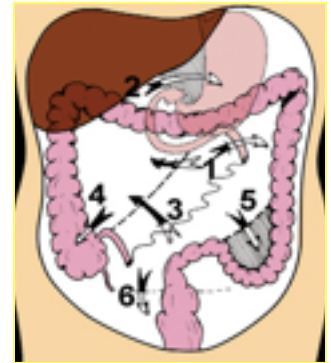
fossettes péritonéales para duodénales, iléo cœcales, trans mésentériques ou trans mésentériques, paracoliques, supra vésicales ou du ligament large de l'utérus.

- Pathologique :

brèche à travers le mésentère,  
le mésocolon, le grand épiploon

- Congénital :

ligament falciforme du foie, méso d'un diverticule de Meckel



## 2. OCCLUSIONS FONCTIONNELLES

- Paralytique : syndrome douloureux
- Inflammatoire : péritonite

**Occlusion + fièvre = péritonite**

*Pas tout le temps vrai mais c'est bien de retenir ça .*

## IV/ Occlusions du colon

### 1. OCCLUSION MECANIQUE

- Par strangulation
  - Volvulus du sigmoïde
  - autres
- Par obstruction
  - Cancer colo-rectal
  - Sténoses bénignes
  - Ischémie
  - Diverticulaires

Signe de Von Wahl = météorisme abdominal, intestin distendu

- Asymétrique
- Rénitent : résistance élastique (pas de contracture)
- Tympanique

### 2. OCCLUSION FONCTIONNELLE

- Paralytiques : syndrome D'O'Gilvie
- Inflammatoires

**Occlusion + fièvre = péritonite**

## Les questions qu'il faut se poser :

- 1- Existe-t-il une occlusion? S'il y a pas d'occlusion on stress pas.
- 2- Est-elle mécanique ou fonctionnelle? Si c'est fonctionnelle normalement on opère pas
- 3- Où se trouve l'obstacle? Important car les traitements et la physiopathologie sont différents
- 4- Quelle est l'étiologie de l'obstacle? bride, cancer, torsion ..
- 5- Y a-t-il une ischémie de l'intestin? Surtout au niveau du grêle mais le mésentère est intra péritonéale. S'il y a ischémie faut se dépêcher d'opérer pour sauver l'intestin

**Question d'une élève: C'est quoi le 3ème secteur?**

Le 3ème secteur est une accumulation de liquide dans le TD. Plusieurs mécanismes mènent à ça. En général, on a 10 L de sécrétion digestive dans la journée. S'il y a un obstacle, l'intestin n'est pas capable d'absorber soit parce qu'il exclu, paralyse, ou parce que la vascularisation est compromise donc pas de résorption. C'est une notion très importante car si on met au malade une sonde naso gastrique pour vider son contenu il faut compenser et le « reremplir » par voie veineuse et rétablir le ionogramme ( car si le ionogramme est altéré, le péristaltisme de l'intestin ne se remet pas en place ) .

**Les péritonites****I/ Définition**

Inflammation aiguë de la totalité ou d'une partie de la séreuse péritonéale sans qu'il n'y ait obligatoirement d'infection, le plus souvent secondaire à une infection (appendicite) ou à une agression chimique (acide gastrique = perforation d'ulcère)

Ex: Péritonite d'origine chimique ou du au talc des gants des chirurgiens.

**II/ Anatomie physiologique**

Le péritoine est une membrane séreuse vascularisée et innervée comportant deux feuillets:

- Un feuillet viscéral enveloppant entièrement ou partiellement tous les organes digestifs
- Un feuillet pariétal tapissant des parois de la cavité abdominale

Ces deux feuillets déterminent une cavité virtuelle qu'on peut la dilater pour gagner de l'espace: la cavité abdominale et des replis péritonéaux ( méso, ligaments, épiploons et loges )

Le péritoine sécrète un liquide visqueux riche en protéines et en cellules leucocytaires facilitant:

- Le glissement des organes les uns par rapport aux autres.
- Le péristaltisme intestinal
- Une fonction anti infectieuse: permet de lutter contre les infections
- Et surtout du à la vascularisation dense, il a une fonction de résorption (jusqu'à 8% du poids corporel) de

liquide et se comporte comme une membrane semi perméable soumise aux lois des osmose. Cette résorption est importante au niveau sous diaphragmatique. Le liquide se dirige de la partie la plus basse vers les coupes diaphragmatiques car le diaphragme joue un rôle de pompe diaphragmatique ( il bouge et aspire le liquide ) donc la circulation de liquide dans la cavité se fait du bas vers le haut .

C'est pour ça qu'en cas d'appendicite on peut se retrouver avec un abcès sous car les germes et le pus bougent.

*Première incision de l'appendicite au niveau du point Mac Burney: en 1905*

**III/ Physiopathologie****LES CONSEQUENCES**• Le péritoine

- Perd son imperméabilité
- Exsude (au lieu d'absorber il sécrète dans la cavité péritonéal => épanchement intra abdominal (liquide libre) c'est un signe de gravité)
- Absorbe les toxines qui passent dans le sang et vont vers les organes nobles (foie poumons rein cœur ..) et on observe un choc septique (altération G du patient)

### • Le TD

- Se paralyse au contact du foyer infectieux ( occlusion réflexe )
- Perd son péristaltisme ( ileus réflexe= 3ème secteur provoque une déshydratation, aggravé par les vomissements ou les sondes naso gastriques .)

### LE CERCLE VICIEUX

**Intestin:** => ileus => 3ème secteur ( 4-6L/j) => hypovolémie ( il donc les remplir par IV ) et quelquesfois défaillance circulatoire avec des tachycardie

**Dissémination des bactéries et des toxines** => aggravation de l'état G + choc septique  
Fragilisation des tissus

**Irritation des terminaisons nerveuse** == > donne la douleur et la contracture .

- Conséquence à distance** =>
- Défaillance poly viscérale
  - Insuffisance respiratoire
  - Insuffisance rénale ( du a la vasoconstriction rénale ..)
  - Insuffisance hépatique

=> cercle vicieux qu'il faut interrompre le plus vite possible

## IV/ Classification

### P. BIOCHIMIQUES

- Origine haute ( ulcère DG , cholécystite gangrène)
  - Peu septiques
  - Très corrosive ( a cause de l'acide gastrique )
- D'apparition brutale

### P. BACTERIENNES

- Origine basse ( colique, génitale ou abcès hépatique )
- Très septiques
- Risque de choc septique car les toxines sont absorber
- D'apparition +/- lente

### LES MECANISMES

- **Péritonites primaires** (rares) : pas de cause intra-abdominale ( péritonite du cirrhotique, péritonite tuberculeuse, péritonite du pneumocoque .. )
- **Péritonites secondaires** (les plus fréquentes) : le foyer septique est intra abdominal
  - Perforation du TD
  - Foyer infectieux (appendicite, foyer infectieux (appendicite, cholécystite salpyngite)
- **Péritonite tertiaire** : stade avancé de la péritonite; les signes cliniques de péritonite et le sepsis persistent après le traitement d'une péritonite secondaire; peu ou pas de germes isolés dans la cavité mais les signes restent.
  - les péritonites post- opératoire avec des germes extrêmement difficile à éliminer

### LES FORMES CLINIQUES DU SYNDROME PERITONEAL

- Les péritonites asthéniques : le patient n'a pas la force de réagir avec ces muscles ( épuisé, muscle hypotrophique)
- Les péritonites post-opératoires
- Les péritonites localisées et généralisées
- Les abcès profonds

## V/ Examen clinique

### SIGNES FONCTIONNELS

- **Douleur abdominale** constante, de siège variable, le siège et son maximum d'intensité ont une valeur localisatrice. Elle peut être violente, brutale diffuse à tout l'abdomen ou localisée car il y a des mécanismes de défense qui empêchent la diffusion dans tout l'abdomen.
- **Vomissements** inconstants ( dépend d'une occlusion ..)
- **Arrêt du transit**: les troubles du transit sont un avertissement pour le malade car en plus on aura une inflammation donc une péritonite grave → paralysie de l'intestin avec ileus réflexe)

### SIGNES GÉNÉRAUX

- **La fièvre** varie avec la virulence de l'infection > 40 degrés
- Altération de **l'état générale** qui n'est pas toujours retrouvée, plutôt chez les obèses
- **TA** diminue ( s'il y a un 3<sup>ème</sup> secteur ..)
- **Etat de choc**: tachycardie, marbrures (vasoconstriction périphérique), cyanose, oligurie (stade avancé), vasoconstriction de l'artère rénale pour éviter que le malade perde encore plus de liquide sous forme d'urine.

### SIGNES PHYSIQUES

#### • Inspection

- Suppression de la respiration abdominale .
- Le malade tousse mal, ça lui fera mal
- Abdomen météorisé : péritonite évoluée .
- Contracture abdominale

#### • Palpation

- Contracture rigide (faut un malade maigre pour le voir) , musculaire permanente invisible et douloureuse
- Défense localisée ou généralisée: cela se contracte quand le médecin appuie, contraction involontaire . Au début la paroi se laisse déprimer mais là où ça sera enflammé, on va avoir une contracture. La défense et la contracture peuvent être atténuées en cas de maladie sous-jacente ( diabète .. )

- **Toucher rectal**: douleur au bout du doigt contre la paroi antérieure du rectum. Contracture de Douglas car on touche le péritoine enflammé.

### SIGNES D'IRRITATION PÉRITONÉALE

- douleur provoquée à la palpation
- douleur à la décompression: le malade a mal à droite, vous appuyez à gauche et vous relâchez d'un coup le malade aura mal à droite. Le déplacement des organes intra-abdominaux va déclencher la douleur
- douleur au ressaut (dos d'âne...)
- douleur passage du procubitus
- douleur à la toux dû à la contraction des muscles
- défense localisée (contraction à la palpation, réflexe – cède)
- défense généralisée
- contracture (Contraction avant palpation, permanente – invincible)
- douleur au TR

Contracture	Défense (signe essentiel de la péritonite)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• se voit</li> <li>• spontanément</li> <li>• permanente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ne se voit pas</li> <li>• provoquée</li> <li>• uniquement à la palpation</li> <li>• localisée au point de la palpation</li> </ul>

La palpation doit être douce, précautionneuse avec les mains posées bien à plat, réchauffées pour ne pas déclencher une contraction volontaire.

### SIGNES BIOLOGIQUES

- **Hémogramme**: hyperleucocytose neutrophile
- **CRP**
- **Phospholipase A**: intérêt pour prédire la survenue d'une défaillance multi viscérale
- **Pro calcitonine** : permet de distinguer l'inflammation de l'infection
- **Gaz du sang**: acidose métabolique
- **Bilan hépatique** (insuffisance rénale, hépatique)
- **ionogramme sanguin** (à cause du 3ème secteur) si ce ionogramme n'est pas correct cela peut influencer le péristaltisme .

### IMAGERIE

Imagerie : seulement signe indirect

#### • RX poumon:

- Pneumopéritoine : perforation quasi générale
- Condensation des bases pulmonaires
- Epanchement pleural

#### • ASP

- croissant gazeux sous diaphragmatique :
- signes d'occlusion: niveaux hydro-aériques
- signes d'épanchement : grisaille

#### → Face debout

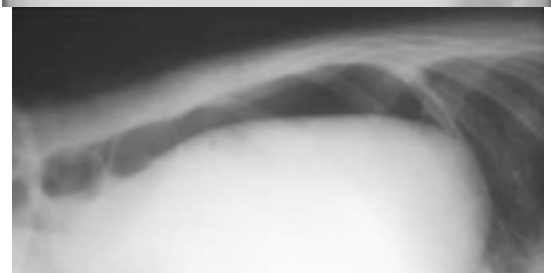
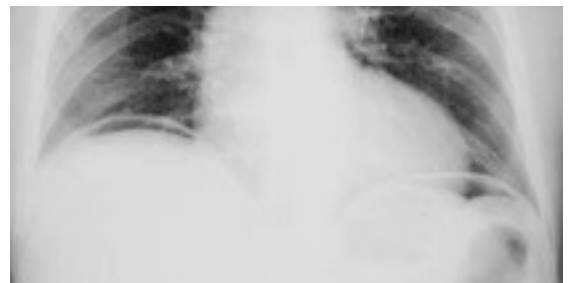
Croissant gazeux sous-diaphragmatiques

#### → Face couché

Espace de Morrison  
Ligament Falciforme

#### → Décubitus Latéral (si le patient est invalide on peut pas faire debout mais on peut faire couché sur le côté )

Croissant gazeux entre le foie et la paroi abdominale



Autre exemple : le stercolithe ( = pierre de caca, dixit le prof )



Ce caillou se fait dans la lumière de l'appendice puis la bouche. Les sécrétions continuent et provoquent l'ischémie de la paroi donc infection et ça provoque l'appendicite. L'appendice sert à rien mais il n'a pas disparu avec l'évolution de l'homme car les appendices plus courts (qui tendaient à disparaître) sont plus susceptibles d'occlusion donc d'appendicite et il y a quelques siècles, on mourrait de l'appendicite.



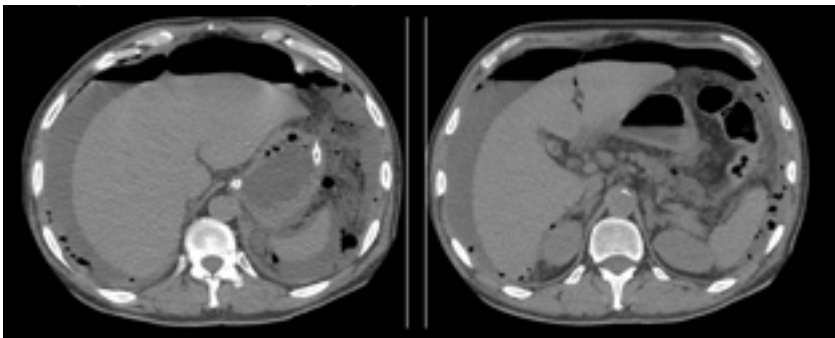
• **Echographie (patient instable)**

- épanchement péritonéal
- abcès
- difficile si iléus

• **TDM**

- Recherche de pneumopéritoine
- Anomalie de la la paroi digestive
- Bulles d'air extra digestif ( au niveau de la flèche )

Diagnostic etiologique :



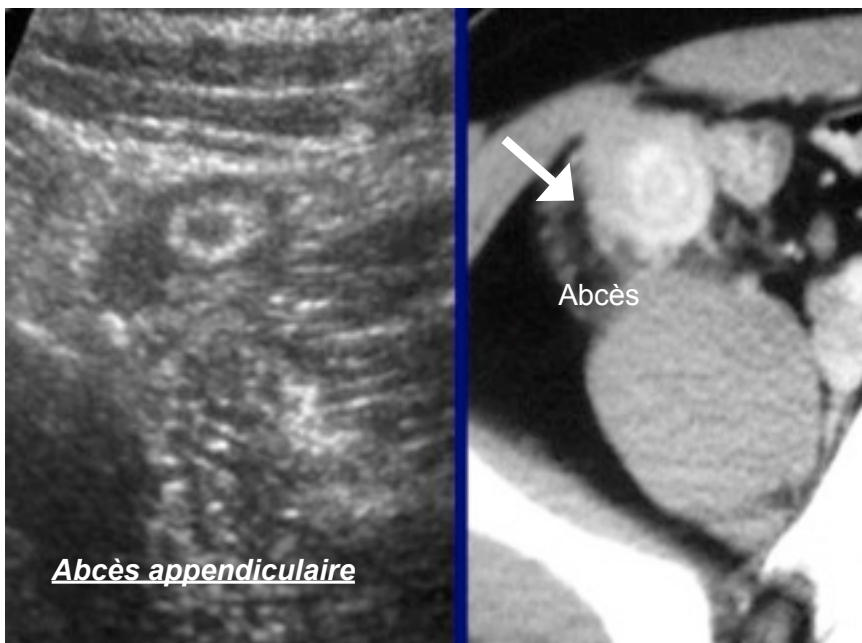
Signes généraux: • Bulles d'air extra digestif  
• épanchement  
• pneumopéritoine

Bulle d'air, épanchement en regard de l'organe perforé  
lumière oblitérée  
Epaississement de la graisse  
Diverticules ( bulle d'air en dehors du TD)

**Le scanner permet donc de faire le diagnostic etiologique**



**VI/ Les formes cliniques**



## LES PERITONITES ASTHENIQUES

- patient âgée, immunodéprimé, en mauvaise Etat Général ou sous corticothérapie
- signes généraux très important et grave ++
- contracture souvent absente
- pronostic sombre aboutissant à une défaillance viscérale

### Les frontières de l'examen clinique

Ne pas attendre des signes chirurgicaux chez les patients qui n'ont peu ou pas de paroi musculaire

- grand obèse (couche de graisse importante)
- vieillard (muscle hypotrophique)
- patient neurologique (paraplégie)
- diabétique (obèse et troubles neurologiques)

## LES PERITONITES POST OPERATOIRES

- rares et graves
- après chirurgie biliaire pancréatique, colorectale
- Lâchage d'anastomose digestive: diarrhée, fébricule, oligo-anurie, torpeur.
- réintervention précoce

Le mieux est de faire un scanner pour comprendre et opérer le patient dans le doute

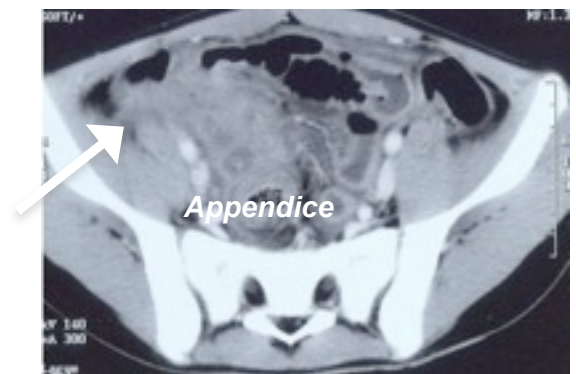
## LES PERITONITES LOCALISEES

Le foyer d'infection initial est circonscrit par l'agglutination des anses grêles et des viscères locaux (la péritonite plastique localisée ou plastron)

La palpation retrouve une **sensation de blindage** doublant la paroi abdominale

- La **douleur** est vive à type de pesanteur
- La **température** est supérieur à 39 : GB sup à 15000
- Le **transit** est capricieux

Son évolution peut se faire vers la constitution d'un abcès.



## LES ABCES PROFONDS

### Signes de suppuration profonde :

- fièvre oscillante ( avec des pics le soir)
- AEG faciès terreux,
- insomnie,
- GB +20 000

### Signes locaux :

- Appendicite: douleur nette FID de caractère pulsatile, avec un point douloureux exquis dans une zone ramollie.
- Abcès sous phrénique: survient dans un contexte post-opératoire de chirurgie sus-mésocolique
- +++ signes d'irritation diaphragmatique:
  - toux, dyspnée, hoquet, gêne respiratoire et douleur scapulaire (signes de Kehr)
  - Rx : surélévation de la coupole diaphragmatique , épanchement pleural, atelectasie
  - diagnostic : TDM
- Abcès du Douglas : syndrome pelvien au TR (pollakiurie, ténésme et douleur hypogastrique).  
Diagnostic:TDM