

# A. OCCLUSION INTESTINALE

## I. Sémiologie élémentaire

### a. Signes cliniques :

- **Carré de Mondor** : douleur, vomissement, arrêt du transit, météorisme.
- Signe radio : ASP et **niveaux hydro-aérique**. Scanner (permet de répondre à plusieurs questions)  
⇒ Diagnostic clinico-radiologique.

### b. Examen physique :

- INSPECTION : distension abdominale +++ « ballonné »
- PALPATION : localiser la douleur
- PERCUSSION : tympanique si intestin distendu.
- AUSCULTATION : bruit hydro aériques **métalliques** (Présence d'un obstacle), **silence auscultatoire** (occlusion fonctionnelle ou réflexe)

- Examen des **orifices herniaires** (toujours !)
- TOUCHER RECTAL :  
- vérifier ampoule rectale vide (sinon, occlusion mécanique)  
- Présence d'un **obstacle/tumeur**  
- Signe de péritonite : **cri de Douglas**.

- Examen général : **déshydratation, AEG, cachectique, fébricule (>38°C), perte de poids**

<b>Strangulation</b> : Volvulus (tour de spire de l'intestin) → souffrance vasculaire	<b>Obstruction</b> : mécanique → bouchon
Début <b>brutal</b> +++, <b>douleur</b> ++ Signes généraux précoces <b>Météorisme localisé</b> , +/- signes de souffrance intestinale <b>Image directe</b> : anse	Début progressif, <b>Douleur</b> + Signés généraux <b>tardifs</b> <b>Météorismes diffus</b> <b>Image indirecte</b> : dilatation de l'intestin en amont

### c. Radiologie :

Pas d'écho ni d'opassification.

- **ASP** (Abdomen Sans préparation) : JUSTFIE.

NB : 4x la dose de rayons d'une radio poumon

- **TDM**

Ce qu'on peut voir :

- Signes **directs** : anse/sigmoïde tordus
- Signes **indirects** ++ : niveaux hydro-aériques
- Signes de **complication** : pneumopéritoine (= perforation)
- Signes évocateurs d'une **étiologie** : cancer du côlon avec métastases/ganglions

⇒ Distinction Intestin grêle/côlon sur ASP :

<u>Grêle</u>	<u>Côlon</u>
Signes physiques <b>très intenses</b> <b>Météorisme médian</b> +++ Signes généraux <b>précoces</b> (s'explique par taille/proximité) Radio : <b>anses larges, de petites hauteurs</b>	Signes physiques <b>moins intenses</b> Météorisme médian moins prononcé Signes généraux <b>tardifs</b> (→ distalité) Radio : <b>anses plus hautes que larges</b>

### Occlusion distale :

- **Augmentation du temps d'apparition** des signes physiques (vomissement+++)
- Création d'un **troisième secteur** (prce d'eau dans le TD du à défaut d'absorption ou défaut de vascularisation)

Avec une sonde, on peut détordre le côlon.

⇒ Examen de référence : **TDM**

- Liquide dans la cavité péritonéale,
- Epaisseur et souffrance vasculaire de la paroi intestinale
- Position de l'obstacle
- Répond à la question :

- *Existe-t-il une occlusion du grêle ?*

Dilatation admise si **diamètre > 25mm**.

Sensibilité de 100% et Spécificité > 95%.

- Et la question :

- L'occlusion est-elle mécanique ou fonctionnelle ?
- ⇒ Il faut affirmer/infirmar la présence de l'obstacle pour classer l'occlusion

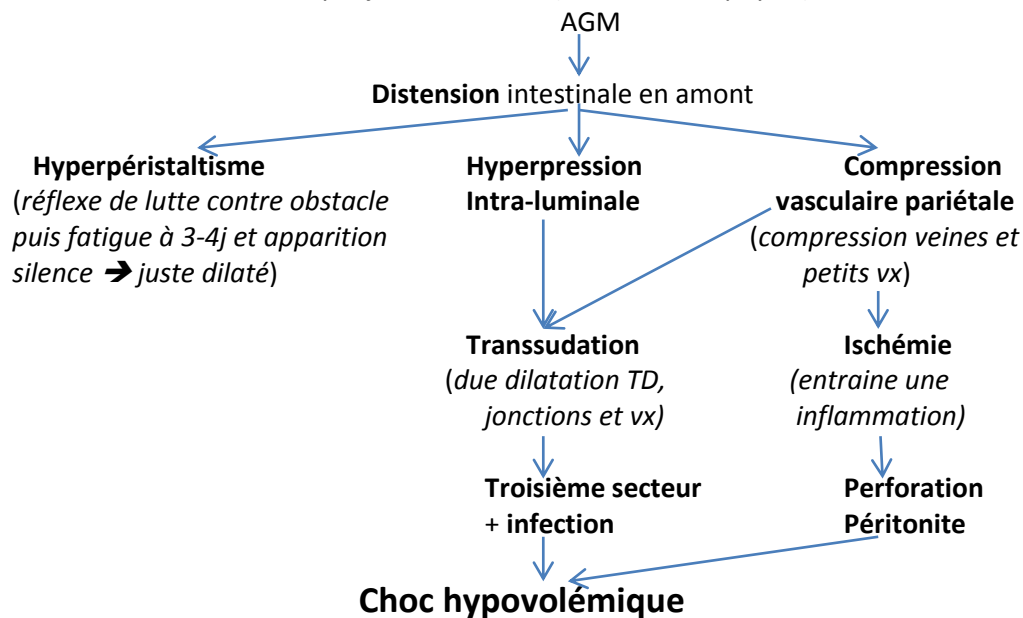
Occlusion mécanique	Occlusion fonctionnelle
Zone de transition entre grêle dilaté en amont et grêle plat en aval	Pas d'obstacle/de zone de transition, Associé à maladie chronique (Syndrome de Coeliaque : disfonction des plexus nerveux et dilatation de l'intestin)/péritonite (paralyse réflexe)/inflammation de l'intestin. Le degré de dilatation et la proportion d'air et de liquide ds IG: pas discriminant

NB : Quand l'estomac est plein du à l'occlusion → sonde naso-gastrique pour éviter fausses routes + remplissage par voie veineuse pour rétablir ionogramme

**Cas d'un Iléus biliaire** (rare !) : calcul biliaire qui fistulise dans l'intestin et provoque une occlusion.

## II. Physiopathologie

Plus de 7L de sécrétion par jour dans le TD (voir détail en physio)



### Classification :

- Occlusions mécaniques :**
  - **Obstruction** : iléus biliaire, tumeurs, corps étrangers
  - **Strangulation** : volvulus, brides, adhérences, hernies étranglés, invagination
  - **Agglutination des anses** : chronique, souvent en post-opératoire, intestin fait de nombreuse adhérence → indissécable.
- Occlusion dynamique :**
  - **Inflammatoires** : péritonite (occlusion + fièvre = péritonite)
  - **Fonctionnelles** : Paralytique (syndrome douloureux) ; maladie de l'intestin avec perte péristaltisme
- Occlusion mixte** : Strangulation → Ischémie → perforation → occlusion fonctionnelle associée

### Hernie interne

Orifice physiologiques dans la cavité péritonéale. Déplacement d'un ou plusieurs viscères dans un de ces orifices lors de l'augmentation de la pression intra-abdominale.

- Normale : hiatus de Winslow
- Paranormale : fossette duodénale para duodénales, iléo-coecales, trans-mésentériques ou trans-mésocoliques, paracoliques, supra-vésicale ou de ligament large de l'utérus.
- Pathologique : brèche à travers e mésentère, le mésocolon, le grand épipoon
- Congénitale : ligament falciforme du foie, méso d'un diverticule de Meckel

## III. Occlusions du côlon

### 1. Occlusion mécaniques :

- Par **strangulation** : volvulus du sigmoïde, autres...
- Par **obstruction** : cancer colo-rectal, sténoses bénignes (ischémie diverticulaire)

**Signe de Von Wahl** = météorisme abdominal avec intestin distendu, asymétrique, tympanisme, rénitent

### 2. Occlusions fonctionnelles :

- **Paralytique** : syndrome d'O'Gilvie
- **Inflammatoire** : péritonite

**CONCLUSION :** Questions à se poser :

- Existe-t-il une occlusion ?
- Mécanique ou fonctionnelle ?
- Localisation de l'obstacle ?
- Etiologie de l'obstacle ?
- Y a t – il une ischémie de l'intestin G ? → Urgence !

**Troisième secteur :** accumulation de liquide dans l'intestin.

Plusieurs mécanismes : si obstacle sur intestin, pas absorption de liquide très important dans le TD → le liquide s'accumule → état de choc, oligurie, déshydratation etc...

## B. PERITONITE

**Définition :** inflammation aigue de la totalité ou d'une partie de la **séreuse péritonéale**. Infection **non obligatoire**. Maj : secondaire à une infection (appendicite) ou agression chimique (perforation d'ulcère).

### I. Anatomie physiologique :

Le **péritoine** : membrane séreuse **vascularisée** et **innervée** comportant deux feuillets :

- **Feuillet viscéral** enveloppant entièrement ou partiellement tous les organes digestifs
- **Feuillet pariétal** tapissant les parois de la cavité abdominale  
⇒ Cavité virtuelle et des replis péritonéaux (mésos, ligaments, épiploon et loges)
- Sécrète un **liquide visqueux riches en protéines et en leucocytes** :
- **Glissement** des organes
- **Péristaltisme** intestinal
- Fonction **anti-infectieuse**
- **Résorption** jusqu'à 8% du poids du corps : vascularisation+++ , **membrane semi-perméable**. Résorption très importante au niveau sous diaphragmatique car le diaphragme joue un rôle de pompe dans la circulation du liquide péritonéal.

### II. Physiopathologie

#### 1. Les conséquences

- Le péritoine :
- Perd son **imperméabilité**
- **Exsude** (sécrète) → épanchement intra abdominal : signe de gravité
- **Absorbe les toxines** dans le sang et vont vers foie, poumons, rein, cœur : choc septique (AEG du patient)
- Le TD
- **Paralysie réflexe** au contact du foyer infectieux : occlusion (=iléus).
- Perte du péristaltisme
- **3ème secteur** provoque une déshydratation, aggravée par vomissements ou sondes naso-gastriques

#### → CERCLE VICIEUX

- 3ème secteur ( 4-6L/j) → **hypovolémie** (remplir par IV !) → quelques fois **défaillance circulatoire avec tachycardies**
- **Dissémination** des bactéries et des toxines → aggravation de l'état G + **choc septique** + fragilisation des tissus
- Irritation des terminaisons nerveuses → **douleur + contracture**.

Risques des conséquences à distance : Défaillance poly viscérale (respiratoire, rénale due à vasoconstriction, hépatique)

⇒ URGENCE !

### III. Classification

Péritonites Biochimiques	Péritonites bactériennes
Origine <b>haute</b> (UG, UD, cholécystite gangrène) <b>Peu septique</b> Très <b>corrosive</b> Apparition <b>brutale</b>	Origine <b>basse</b> <b>Très septique</b> (risque de choc)  Apparition +/- <b>lente</b>

**IV. Les mécanismes**

- **Péritonites primaires** (rares) : **pas de cause intra-abdominale** (péritonite spontanée 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 salpingite)
- **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.

Ex : les **péritonites post- opératoire** avec des germes extrêmement difficile à éliminer

**V. Examen clinique**

**a. Signes fonctionnels**

- **Douleur** abdominale **constante**, siège variable et maximum **d'intensité local**
- Peut être **violente**, brutale **diffuse/localisée** : mécanismes de défense qui empêche la diffusion.
  - **Vomissements inconstants** (= occlusion)
  - **Arrêt du transit** : avertissement pour le malade + inflammation = péritonite grave → paralysie de l'intestin avec iléus réflexe

**b. Signes généraux**

- **Fièvre** : dépend de la **virulence** de l'infection > 40 °C
- **AEG** (inconstant, +++ obèse)
- **TA basse** si 3ème secteur
- **Etat de choc** : tachycardie, marbrures (vasoconstriction périphérique), cyanose, oligurie (stade avancé : vasoconstriction de l'artère rénale → diminuer perte de liquide par urine).

**c. Signes physiques**

- **INSPECTION** :
  - **Ø respiration abdominale** (tousse mal, ça lui fera mal)
  - Abdomen **météorisé** : péritonite évoluée .
  - **Contracture** abdominale (patient maigre +++)

- **PALPATION**
  - **Contraction** rigide, musculaire **permanente invisible** et **douloureuse**
  - **Défense** localisée/généralisée (contraction involontaire à la palpation).
    - ⇒ Défense et la contracture : atténué cas de **maladie sous jacente** (diabète .. )
- **TOUCHER RECTAL** :
  - Contracture de **Douglas** : douleur contre la paroi antérieure du rectum → péritoine enflammé.

**d. Signes d'irritation péritonéale**

- **douleur** à la **palpation** et/ou à la **décompression** (douleur à droite, appuyer à gauche et relâcher brutalement → Douleur à droite : due à déplacement des organes intra-abdominaux)
  - douleur au **ressaut** (dos d'âne...)
  - douleur passage du **procubitus**
  - douleur à la **toux** due à la contraction des muscles
  - défense localisée/généralisée
  - contracture (Contraction avant palpation, permanente – invincible)
  - douleur au **TR**

• **Limites de l'examen clinique :**

- Pas de signes chirurgicaux chez les patients avec **peu ou pas de paroi musculaire**
- **Grand obèse** (couche de graisse importante)
- **Vieillard** (muscle hypotrophique)
- Patient **neurologique** (paraplégie)
- **Diabétique** (obèse et troubles neurologiques)

• **Signes essentiels de la péritonite**

<b>Défense</b>	<b>Contracture</b>
<b>Ne se voit pas</b> <b>Provoquée</b> , uniquement à la palpation <b>Localisée</b> au point de la palpation	<b>Se voit</b> <b>Spontanée</b> <b>Permanente</b>

⇒ palpation douce, précautionneuse, mains posées bien à plat, réchauffées.

**e. Signes biologiques**

- Hémogramme: **hyperleucocytose neutrophile**
- **CRP**
- **Phospholipase A**: prédire la survenue d'une défaillance multi viscérale

- **Pro calcitonine** : Distinction inflammation/infection
- Gaz du sang: **acidose métabolique**
- **Bilan hépatique/rénale** : → insuffisance
- **ionogramme sanguin** (3eme secteur) : si pas correct → influence sur le péristaltisme

#### f. Imagerie (signes indirects)

- **RX poumon** : Pneumopéritoine, condensation des bases pulmonaires, Epanchement pleural
- **Echographie** (cas patient instable) : épanchement péritonéal, abcès, difficile si iléus (présence d'air)
- **TDM** : (diagnostic étiologique) : épanchement, épaissement de la graisse, diverticule, pneumopéritoine, anomalie de la paroi digestive, bulles d'air extra digestives
- **ASP** : croissant gazeux sous diaphragmatique, signes d'occlusion avec niveaux hydro-aériques, signes d'épanchement : grisaille

#### Technique ASP :

- Patient valide : face couché, face debout, face debout centré sur les coupes
- Patient non valide : face couché, décubitus latéral
- Face debout : croissant gazeux sous-diaphragmatiques
- Face couché : Espace de Morrison, Ligament Falciforme
- Décubitus Latéral : Croissant gazeux entre le foie et la paroi abdominale

NB : le **stercolithe** (= pierre de caca)

Bouchon dans la lumière de l'appendice → sécrétions continuent → ischémie de la paroi → infection → appendicite.

Appendice inutile mais patient avec un petit appendice sont plus susceptible de faire une occlusion → pas disparition de l'appendice dans l'évolution. occlusion donc d'appendicite et il y a quelques siècles, on mourrait de l'appendicite.

## VI. Les formes cliniques

### a. Abcès

### b. Abcès appendiculaire

### c. Péritonite asthénique

- patient âgée, immunodéprimé, AEG ou sous corticothérapie,
- **signes généraux très important** et grave ++,
- **contracture** souvent **absente**
- **Mauvais pronostic** → une défaillance viscérale

### d. Péritonite post-opératoire

- **rare** et **grave**
- après **chirurgie** biliaire pancréatique, colorectale
- Lâchage d'anastomose digestive: diarrhée, fébricule, oligo-anurie, torpeur.

→ Ré-intervention précoce après scanner

### e. Péritonites localisées

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

- **PALPATION** : sensation de **blindage doublant la paroi abdominale**
- **Douleur vive**, à type de **pesanteur**
- T°C > **39** & GB < **15000**
- **Transit capricieux**

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

### f. Abcès profond :

- **Signe de suppuration profonde : fièvre oscillante** (pic le soir), AEG, fascièce terreux, **insomnie**, GB > **20 000** ;
- **Signes locaux :**
  - **appendicite** : **douleur nette** FID pulsatile + **point** douloureux dans zone ramollie
  - **abcès sous-phrénique** (contexte post-op chirurgie sus-mésocolique) : +++ **signes d'irritation diaphragmatique** : toux, dyspnée, hoquet, gêne respiratoire, signe de Kehr. A la radiographie, surélévation de la coupole diaphragmatique, épanchement pleural, atélectasie. Diagnostic : TDM.
  - **Abcès du Douglas** : syndrome pelvien au TR (pollakiurie, ténésme et douleur hypogastrique). Diagnostic:TDM