

OCCLUSION INTESTINALE

OCCLUSION= interruption du transit intestinal

- **Mécanique** ; **obstacle** (de l'angle duodeno-jéjunal à l'anus)
 - intra luminal ; **parasite, bézoard**
 - intra pariétal : **KC, sténose inflammatoire, infectieuse**
 - extra intestinale ; **bride, carcinose péritonéale**
- **fonctionnelle** : **paralytique** par arrêt du transit ; (10% des cas)
 - réflexe ; **foyer infectieux, CN, épanchement**
 - ischémie ; **artérielle ou veineuse**
 - causes **métaboliques, médicamenteuses, idiopathiques**



CSQ DE L'OCCLUSION

- **occlusion simple** :
 - **stagnation** du contenu intestinal en amont, distension, ↘ réabsorption liquidienne, séquestration hydroélectrique intra – abdominale = **3° SECTEUR** → **Hypovolémie, IRF**
 - **vomissement** → **hémococoncentration, acidose hypo Chlorémique et hypoKaliémique**
- **strangulation**
 - **ischémie** → translocation bactérienne → **CHOC SEPTIQUE**
 - risque **nécrose** → perforation → **PERITONITE**

EXAMEN CLINIQUE

Interrogatoire ; ATCD med, chir (chir abdo), TTT, mode d'installation, horaire, transit habituel, crises similaires

SIGNES GENERAUX :

- **DEC** ; tachyc, hypoTA, oligurie, pli cutané
- **CHOC** ; marbrure cutanée, cyanose ...
- **T°** ; étiologique et pronos (gravité ++)

Examen abdominal :

INSPECTION ; cicatrice abdo, éventration, péristaltisme, météorisme
PALPATION ; abdomen tendu, souple, élastique ? Sensibilité, défense ?
Orifices herniaires ++++, TR ++ : Ø des matières, fécalome, tumeur rectale, nodules de carcinose.

OCCLUSION=PALPATION DES ORIFICES HERNIAIRES+++++

PERCUSION, tympanisme (gaz ; météorisme), matité des flancs (épanchement intrapéritonéal)

AUSCULTATION ; BHA exagérés au début (lutte) puis **silence** auscultatoire ; nécrose intestinale

Signes de souffrance intestinale +++ = Fièvre + défense voir contracture abdo

→ CARRE DE MONDOR

Douleur abdominale+++ -début: brutal/progressive -siège initial -intensité -permanente/paroxystique	Arrêt des matières et des gaz -signe constant et souvent précoce -arrêt des matières parfois masqué par vidange du segment d'aval -arrêt des gaz+++
Vomissements -délai d'apparition / douleur -fréquence -évolution: alimentaires, bilieux, puis fécaloïde -parfois tardifs ou absents	Météorisme - diffus/localisé; central/en cadre -ondulations péristaltiques -signe inconstant, +++ si occlusion haute

Nature de l'occlusion

STANGULATION -début brutal, dlr intenses+++ -signes de souffrance viscérale -choc précoce -météorisme silencieux, immobile	OBSTRUCTION -début progressif, dlr modérées+++ -état général conservé au début -météorisme diffus, avec BHA -choc: rare
---	--

Siège de l'occlusion

GRELE -vomissements: frq, précoces -arrêt des matières: tardif, ± masqué par la vidange du bout distal -météorisme: modéré, central, parfois Ø -ASP: NHA + larges que haut	COLON -vomissements: tardifs -arrêt des matières: précoce -météorisme: volumineux, en cadre ou asymétrique -ASP: NHA + haut que larges
---	---

Imagerie

ASP : FD, FC centré sur les coupoles ● Face debout ; NHA +++ (si impossible couché de profil) - grêle = centraux, + large que haut, svt nombreux - colon = Périphérique, + hauts que larges, peu nombreux ● Face couché ; quel intestin est distendu ? - grêles : parois fines, valvules conniventes - colon ; parois épaisses, haustration coliques ● aérobilie si iléus biliaire Occlusion du grêle: ASP sensibilisé par ingestion de produit de contraste iodé	TDM abdo avec injection PDC iodé : ++ si occlusion colique , par obstruction ou febrile (recherche foyer infectieux), Pas indispensable si occlusion du grêle typique → Confirmation occlusion → Gravité ; épanchement, pneumopéritoine, épaississement parois intestinales → Topographie : siège de l'obstacle → Étiologie	Echo abdo ; peut d'intérêt ; interposition gazeuse +++ → pour patho spé ; lithiase vésiculaire ou rénales, patho pelvienne Lavement hydrosolubles = indiqué si occlusion colique ; siège +++ Radio thorax pour bilan préopératoire
---	--	--

Répéter si nécessaire les examens de radiologie, +++ ASP pour apprécier le suivi évolutif.

Biologie classique

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


→ **retentissement général de l'occlusion**: IRF, hypokaliémie++ ET **bilan préopératoire** (anesthésie++)

Diagnostic différentiel

Affections médicales avec **manifestation « subocclusive »**

- **colique néphrétique**: S. cliniques, BU, échographie
- **colique hépatique**: clinique, échographie
- **IDM** : ECG, enzymes cardiaques
- **Pathologies pleuro pulmonaires**
- rare: **maladie périodique, saturnisme, drépanocytose**

Etiologies

	OCCCLUSION DU GRELE	OCCCLUSION DU COLON
PAR STRANGULATION	<p>1-volvulus du grêle ++++ = torsion de l'intestin et de son méso sur son axe par brides, malrotations mésentériques</p> <ul style="list-style-type: none"> → cicatrice abdominale → douleur brutale, intense → Vomissements et signes généraux précoces; arrêt du transit incomplet, retentissement rapide sur l'état général → météorisme central, immobile, silencieux <p>TTT urgence++</p> <ul style="list-style-type: none"> → Section de la bride → +/- résection digestive selon vitalité intestinale <p>2-hernies et éventration étranglées ++++ : tuméfaction douloureuse, irréductible, non impulsive à la toux</p> <p>3-invagination intestinale aiguë = intussusception d'un segment intestinal et de son méso, dans le segment intestinal d'aval</p> <ul style="list-style-type: none"> - nourrisson et enfant: spontané → lavement désinvaginant; chirurgie si échec - rare chez l'adulte, habituellement IIR à une tumeur → résection / anastomose 	<p>1-Volvulus du colon sigmoïde+++</p> <ul style="list-style-type: none"> - facteur favorisante: boucle sigmoïdienne longue, avec méso court. - terrain: patient âgé, ou psychotique sous neuroleptique - ATCD frq : troubles du transit + douleurs abdominales → installation rapide : tableau d'occlusion colique avec douleurs modérées → météorisme volumineux, asymétrique (FIG → HCD) ASP: caractéristique : distension sigmoïdienne majeure (clarté digestive en arceau à double jambage : U inversé) → Exsufflation par sonde rectale → résection chir si signes souffrance <p>2-Volvulus du caecum = ++ rare</p> <ul style="list-style-type: none"> - facteur favorisante: défaut d'accolement du caecum ou du colon droit → installation rapide d'un tableau d'occlusion colique avec douleurs modérées; d'occlusion du grêle associés frq → météorisme épigastrique avec sensation de vide en FID ASP: Ø granité caecal en FID; ballon sous costal G, large NHA barre abdo. Urgence Chir: dévolvuler le caecum; selon la vitalité: colopexie voire résection <p>3-Autres causes rares</p> <ul style="list-style-type: none"> - volvulus colon transverse - étranglement hernie diaphragmatique - invagination colo-colique 
PAR OBSTRUCTION	<p>1-Iléus biliaire = classique mais rare = occlusion du grêle IIR à la migration d'un calcul au travers une fistule cholecystoduodénale dans l'intestin</p> <ul style="list-style-type: none"> → tableau d'occlusion haute → + signes de cholécystite (Dir hypocondre + fièvre) <p>ASP: 3 signes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - occlusion du grêle - aérobilie - calcification arrondie en FID <p>Urgence chir: extraction lithiasique par entérotomie; cholecystectomie; fermeture fistule cholecystoduodénale</p> <p>2-Tumeur du grêle = rare: 3% des tumeurs du TD</p> <ul style="list-style-type: none"> → \$ de Koenig: douleurs localisées par crises, ↗ rapidement d'intensité, disparaissant avec des BHA, répétées, de frq croissante. Anapath: adénocarcinomes, lymphomes, carcinoïdes, méta... TTT : résection / anastomose <p>3-Bézoard et CE ingérés volontairement Bézoard= agglutination de fibres végétales TTT chirurgical: extraction par entérotomie</p> <p>4-Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> - carcinose péritonéale - sténose ischémique, post-radique - hématome intramural (anticoagulants) - tuberculose iléocaecale - sténose inflammatoire (maladie de crohn) - parasitose (ascaridiose) <p>+ Bride ou adhérence n'incarcèrent pas le mésentère (Ø ischémie)</p>	<p>1-KC du colon = 70% des occlusions coliques</p> <ul style="list-style-type: none"> → installation progressive : occlusion type colique → récemment: tb du transit, rectorragies, AEG → météorisme en cadre; rechercher signes souffrance caecale; → TR: tumeur? → Lavement hydrosolubles+++: sténose cst, irrégulière, serrée; siège+++ → TDM TTT chir (colostomie, résections...), ou endoscopique (prothèse) <p>2-Sigmoïdite diverticulaire pseudo-tumorale = 7% des OC</p> <ul style="list-style-type: none"> → occlusion colique fébrile, défense ± tuméfaction de la fosse iliaque gauche → ATCD épisodes similaires? colo récente? ASP: niveaux coliques Lavement hydrosolubles+++: rétrécissement étendu du sigmoïde, centré, se raccordant progressivement avec le colon sain; présence de diverticules TDM++: diagnostic; signes gravité TTT : ATB + CHIR (résection anastomose protégée, ou Hartmann) <p>3-Autres causes rares</p> <ul style="list-style-type: none"> - compression extrinsèque (Kc ovaire...) - sténose ischémique, post radique - fécalome - tumeur bénigne: lipome, polype - corps étranger intra rectal

OCCLUSION FONCTIONNELLES - - - > Toujours y penser

- **TTT médical+++.**

- svt ; **occlusion grêle** , installation progressive, douleurs modérées, arrêt incomplet du transit, BHA peu nbr; ASP: distension gazeuse essentiellement
- **atteintes rétropéritonéales**: CN, hématome, chirurgie rachis
- **atteintes neurologiques**: SEP, parkinson
- **atteintes psychiatriques**
- **troubles métaboliques**: hypokaliémie, porphyrie, saturnisme

Par ailleurs, tout foyer infectieux ou inflammatoire intra abdominal peut générer un iléus fonctionnel

K PART : \$ D'OGILVIE

- pseudo obstruction colique **idiopathique**
 - **dilatation aiguë du cadre colique, sans obstacle**
 - contexte: **patients âgés++**, réanimation
 - installation progressive, arrêt incomplet du transit, météorisme diffus, volumineux et non douloureux
- ASP**: distension colique, prédominant à droite
Intérêt d'une coloscopie pour exsuffler le colon

Principes de TTT

HOSPITALISATION EN URGENCE EN MILIEU CHIRURGICAL

TTT MED

- **VVP, réanimation hydroélectrolytique**; si choc: PVC et remplissage
- à jeun, **sonde nasogastrique** en aspiration
- **Antalgiques, antispasmodiques**
- **Pas d'ATB systématique**, sauf étiologie spécifique ou antibioprophylaxie peropératoire

TTT CHIR = selon l'étiologie

CAS CLINIQUE

Un homme de 37 ans arrive aux urgences pour **douleur abdominales** d'apparition **brutale** apparues **5 heures auparavant**. Cette douleur, de siège **périombilical**, est associée à des **vomissements bilieux**; une débauche **diarrhéique** a eu lieu avant l' admission, mais le patient n'a **plus de gaz** depuis le début des signes.

A l'examen clinique, vous notez une **cicatrice d'appendicectomie**, une **sensibilité diffuse** sans défense, ainsi qu' un **météorisme central immobile**. Le toucher rectal,est normal et indolore

1-Quel est votre hypothèse diagnostique? Justifier

Occlusion intestinale aiguë du grele par strangulation sur bride post-opératoire

2- L'externe qui a rédigé l'observation semble avoir oublié un élément essentiel à l'examen clinique. Qu'en pensez vous?

La **palpation des orifices herniaires** à la recherche d'une hernie étranglée

3- Quel(s) examen(s) complémentaires(s) demandez vous pour confirmer le diagnostic?

Abdomen sans préparation face debout, face couché, centré sur les coupes

4- Qu'en attendez vous?

*ASP debout: **NHA type grele: petits, nombreux, centraux, plus larges que hauts**. Absence d'aération colorectale

* ASP couché: **distension grele**

* recherche **signes de gravité: pneumopéritoine**

5- Quelle est votre attitude thérapeutique?

→ **Hospitalisation en urgence en chirurgie**

MED : : **à jeun, SNG en aspiration, VVP, réanimation hydroélectrolytique, antalgiques**

CHIR ; **laparotomie; confirmation du diagnostic; section de la bride ± résection intestinale selon la vitalité de l'anse concernée.**

PERITONITES Ä

= inflammation aiguë localisée ou généralisée de la séreuse péritonéale
AGRESSION chimique (brûlure acide, biliaire) ou bactérienne (perforation organe creux)

Classification des péritonites:

- Primitives (1-2%): Ø foyer infectieux primaire intrapéritonéal. **Contamination hématogène ou diffusion pariétale** (ex ; Ascite cirrhotique) → ; souvent monomicrobienne: pneumocoque, streptocoque, Bk
- IIR +++: perforation organe creux → **polymicrobiennes**: BGN, anaérobies
- IIIR : péritonites post-opératoires (fistules+++)

DIAGNOSTIC		
<p>SIGNES FONSTIONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOULEURS ABDO intenses, svt brutales, permanentes, parfois paroxystiques; diffuses ou localisées (le siège initial oriente parfois l'étiologie) • VOMISSEMENTS: svt précoces, mais inconstant, alimentaires, bilieux, voire fécaloïdes • TB TRANSIT: diarrhées initiales, puis iléus 	<p>SIGNES GENERAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> • FIEVRE cst, +/- frissons (septicémie) • AEG marquée, faciès terreux, sueurs • tachyC, tachypnée • SIGNES DES CHOC : hypotension, marbrures... 	<p>SIGNES CLINIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • CONTRACTURE ABDOMINALE: = PATHOGNOMONIQUE = « ventre de bois » Parfois précédée d'une défense localisée (point de départ de la péritonite), puis défense généralisée • INHIBITION RESPIRATOIRE • +/- METEORISME ET TYMPANISME ABDOMINAL • TR: douleur vive CSD
<p>BIOLOGIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyperleucocytose PNN ++ • ↑ CRP • Retentissement péritonite: Ionogramme sanguin, lactates, fonction rénale, hémostase 		<p>IMAGERIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASP: grisaille diffuse, pneumopéritoine • Echo abdo peu de valeur (épanchement) • TDM abdo: EXAMEN DE REFERENCE <ul style="list-style-type: none"> - pneumopéritoine, épanchement intrapéritonéal - bilan étiologique - recherche collection

FORMES CLINIQUES	
<p>PERITONITE APPENDICULAIRE</p> <p>PERITONITE PAR PERFORATION ULCERE</p> <ul style="list-style-type: none"> -cause fréquente -homme entre 20-60 ans, Maghreb+++ -douleur débutant en épigastrique, irradiation scapulaire droite -notion d'AINS -malade agité, algique -défense épigastrique ou diffuse +/- contracture -hyperthermie -ASP(coupole): pneumopéritoine <p>→ suture perforation → coelioscopie ou laparotomie</p> <p>PERITONITE PAR PERFORATION COLIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sigmöïdite, cancer perforé -Symptôme débutant en fosse iliaque gauche -Fièvre constante, sepsis +++ (contamination bactérienne++) -En cas de cancer colique, perforation: tumorale, ou diastatique -TDM abdo+++ <p>→ résection colique sans rétablissement (HARTMANN ou résection anastomose protégée, voire colectomie subtotal en cas de perforation diastatique) → laparotomie</p>	<p>PERITONITE BILIAIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> -rare -complication cholécystite aiguë: perforation, ou diffusion à partir d'une gangrène vésiculaire -début en HCdt, puis généralisation douleur -pneumopéritoine absent -Intérêt de l'échographie++ <p>→ Cholécystectomie → coelioscopie ou laparotomie</p> <p>PERITONITE GYNECOLOGIQUE « pelvipéritoine »</p> <ul style="list-style-type: none"> -femme jeune -douleur hypogastrique bilatérale + leucorrhées purulentes -état général souvent conservé -touchers pelviens: douleurs+++ -Intérêt de l'échographie -Coelioscopie <p>PERITONITE POST-OPERATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnostic difficile; douleurs parfois absentes -Signes généraux (sepsis), désorientation temporo-spatiale, altération fonction rénale, insuffisance cardiocirculatoire. MORTALITE: 40%

TTT= URGENCE MEDICO-CHIRURGICALE	
<p>MESURE MEDICALES (réanimation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • VVP bon calibre • rééquilibration hydroélectrolytique; correction de la volémie • ATB IV • antalgiques, antispasmodiques • à jeun, SNG si vomissement • correction des insuffisances cardiocirculatoires et rénales si besoin 	<p>CHIRURGIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • voie d'abord: laparotomie ou laparoscopie (CI si état de choc) • toilette péritonéale complète et abondante • TTT de la cause : CHIR SELON ETIOLOGIE • drainage