

Université Ferhat Abbas Sétif 1
Faculté de médecine
Service de médecine interne

Module: Sémiologie Gastro-entérologique

Titre du cours: Occlusion intestinale aigue

Enseignant: Pr Mekideche

Date: 03/05/2020

Occlusion intestinales aigue

Définition

L'occlusion intestinale aiguë est une obstruction mécanique ou fonctionnelle de l'intestin avec arrêt complet et persistant des matières et des gaz, pouvant siéger au niveau du côlon ou du grêle. Il s'agit d'une urgence chirurgicale.

Classification – Mécanismes

Il existe deux types d'occlusion intestinale :

- I. **Les occlusions mécaniques:** liées à un obstacle organique sur le tube digestif ; elles surviennent suite à :
 - **Obstruction de la lumière intestinale**
 - **Obstruction de la lumière intestinale** par migration et blocage d'un corps étranger (débris végétaux, parasites, calcul biliaire ayant migré vers l'intestin
 - **Rétrécissement de la lumière intestinale** par épaissement inflammatoire de la paroi ou par rétraction scléreuse.
 - **Prolifération** maligne ou bénigne d'une tumeur pariétale.
 - **Compression de l'intestin** par une lésion extrinsèque à l'intestin.
 - **Strangulation intestinale:** urgence absolue du fait de l'entrée en jeu du facteur d'ischémie vasculaire. Elle survient :
 - Par **torsion** d'une anse autour de son axe, c'est le volvulus.
 - Par **étranglement** dans un anneau de striction congénital ou acquis, c'est la hernie étranglée.
 - Par **télescopage** d'un segment dans un autre, c'est l'invagination intestinale aiguë.
 - Par **bride post-opératoire**.
- II. **Les occlusions dynamiques ou fonctionnelles:** liées à un trouble de la motricité intestinale, soit spasmodique, soit paralytique.
- III. **Les occlusions mixtes:** une occlusion dynamique peut devenir mécanique et inversement, une occlusion mécanique partielle peut devenir totale lorsqu'un facteur dynamique se surajoute.

Diagnostic clinique

Le syndrome occlusif aigu est caractérisée par :

1. Signes fonctionnels

Il existe une triade fonctionnelle caractéristique faite de :

- Douleur brutale soit permanente soit progressive évoluant par paroxysmes témoins de la lutte de l'intestin contre l'obstacle. Elle est d'abord localisée, puis généralisée à tout l'abdomen.
- Vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux et enfin fécaloïdes à un stade tardif. Parfois, ils sont remplacés par de simples nausées.
- Arrêt des matières et des gaz, signe fondamental surtout l'arrêt des gaz qui précède l'arrêt des matières de quelques heures.

2. Signes généraux

- Altération progressive de l'état général.
- Déshydratation avec yeux cernés, langue sèche, pli cutané et soif intense.
- Fièvre, pouls accéléré, TA basse, parfois état de choc d'emblée.

3. Signes physiques

Inspection

- Rechercher une éventuelle cicatrice opératoire évoquant une occlusion sur bride.
- Met en évidence un météorisme abdominal diffus ou localisé. Ce météorisme est soit immobile, soit actif animé par des ondes péristaltiques spontanées ou provoquées par la douleur.

Palpation

- Recherche une défense ou une contracture
- Recherche un étranglement herniaire par palpation systématique des orifices herniaires.

Percussion

- Retrouve un tympanisme généralisé ou localisé

Auscultation

- Retrouve des bruits hydro-aériques et des gargouillements spontanés ou provoqués, témoin de la lutte intestinale.
- A un stade avancé de l'occlusion l'auscultation retrouve un silence abdominal

Toucher rectal

- Vérifie la vacuité de l'ampoule rectale.
- Recherche le pôle inférieure d'une tumeur rectale.
- Recherche une éventuelle rectorragie (invagination intestinale)
- Sensation de plénitude du cul-de-sac de Douglas (plein de liquide)

Examens complémentaires

I. Examens d'imagerie

1. ASP: montre

- Des images **de niveaux hydro-aériques** avec opacité basale à limite supérieure horizontale, surmontée d'une hyperclarté.
 - o Dans les occlusions grêliques, les niveaux sont souvent centraux, multiples, plus larges que hauts, disposés en marche d'escalier.
 - o Dans les occlusions coliques, les niveaux sont périphériques, peu nombreux, volumineux, et plus hauts que larges.

2. Echographie abdominale: met en évidence

- Un corps étranger en cas d'occlusion post-opératoire.
- Un foyer d'abcès, une tumeur ou une cholécystite lithiasique occlusive.

3. Tomodensitométrie abdominale : précise :

- Le niveau de l'obstacle : à la jonction entre l'intestin dilaté en amont et l'intestin plat d'aval.
- La nature de l'obstacle : syndrome de masse en cas d'obstacle tumoral et aspect de torsion du méso en cas de volvulus.

II. Bilan biologique

- **Ionogramme sanguin**: recherche un déséquilibre hydro-électrolytique et acido-basique.
- **FNS**: recherche une hyperleucocytose et une anémie.
- **Dosage de l'urée/créatinine sanguine**: évalue la fonction rénale.

Différents types d'occlusion intestinale

1. Occlusion grêle :

- **Signes fonctionnels** : début brutal et très intense ; vomissements intenses et précoces ; arrêt des matières et des gaz tardif ; altération de l'état général importante ; collapsus par hypo volémie (formation du 3ème secteur : chyme intestinal sors de l'intestin vers la cavité péritonéale par transsudation et par perforation.
- **Signes physiques** : météorisme abdominal discret localisé, centré dans la région péri ombilicale.
- **ASP** : niveau hydro-aériques nombreux, centro- abdominaux, en marche d'escalier, de petites dimensions, plus larges que hauts.

2. Occlusion du colon :

- **Signes fonctionnels** : douleurs abdominales à début progressif, d'intensité peu marquée; vomissements tardifs; arrêt des matières et des gaz précoce; état général longtemps conservé.

- **Signes physiques** : météorisme abdominal très important, soit périphérique en cadre, soit asymétrique, puis devient diffus et généralisé.

L'ASP montre des niveaux hydroaériques peu nombreux avec des bulles gazeuses périphérique dessinant le cadre colique, plus hautes que larges.

- **La cause de l'occlusion** : strangulation ou obstruction

3. L'occlusion intestinale fonctionnelle :

Elle réalise un iléus paralytique (paralysie momentanée des anses grêles) réflexe le plus souvent résolutif sans obstacle organique vrai. Elle peut survenir au cours d'une péritonite, de troubles hydro électrolytiques (hypokaliémie), d'une colique hépatique ou néphrétique.

- **Signes fonctionnelles** : arrêt des matières, sans arrêt absolu des gaz, douleur peu importante, voire absente.
- **Signes physiques** : météorisme abdominal diffus, immobile, sans ondulations péristaltiques
- **ASP** montre une distension intestinale globale intéressant également le cadre colique sans niveaux hydro-aériques.

Les principales causes

I. Occlusion du nouveau né

Elle survient à la naissance, dès les premières heures ; elle peut être due à :

- Imperforation anale
- Atrésie de l'intestin grêle
- Sténose duodénale
- Maladie de HIRSCHPRUNG : maladie congénitale caractérisée par l'absence de ganglions nerveux qui contrôlent les muscles lisses de l'intestin. L'aganglionose est le plus souvent limitée au rectosigmoïde.

II. Occlusion du nourrisson (âgé de moins d'un an)

C'est l'invagination intestinale aiguë caractérisée par une crise douloureuse aiguë avec arrêt des matières et des gaz et refus de biberon.

III. Occlusion de l'enfant

Elle est rare et est surtout fonctionnelle (satellite d'une appendicite)

IV. Occlusion de l'adulte

Occlusions du grêle: survenant sur :

- Adhérences et brides post-opératoires.
- Etranglement herniaire.
- Obstruction intrinsèque (iléus biliaire.)
- Invagination intestinale

Occlusions du colon: survenant sur :

- Volvulus du colon pelvien surtout chez le sujet âgé
- Tumeurs colorectales.

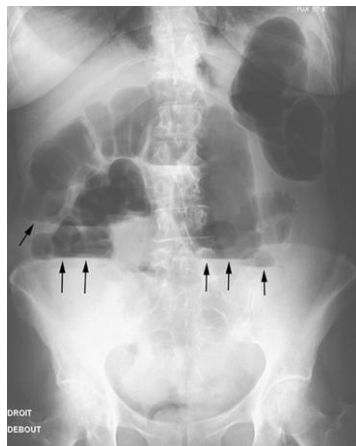
- Sigmoidites rétractiles ou diverticulaires.

Occlusions fonctionnelles : peuvent être réactionnelles à :

- Processus infectieux : abcès, appendicite, péritonite
- Troubles hydro électrolytiques : hypokaliémie
- Post opératoires : un iléus normal peut survenir pendant 3 à 4 jours, au-delà il risque de devenir organique.

Conclusion

L'occlusion intestinale est un syndrome abdominal fréquent réalisant une grande urgence chirurgicale. Sa reconnaissance impose un bon examen clinique et des examens complémentaires pertinents. Sa prise en charge doit être précoce en raison du risque d'ischémie vasculaire.



ASP montrant des anses digestives dilatées, sièges de nombreux niveaux hydroaériques (flèches).