

## OCCLUSION INTESTINALE AIGUE (Item 217)

Dr N. Carrère, Pr B. Pradère

L'occlusion intestinale aiguë se définit comme un arrêt du transit intestinal. Elle se traduit par un arrêt des matières et des gaz. La cause de l'occlusion peut être organique (obstruction ou strangulation) ou fonctionnelle. Le diagnostic en est le plus souvent facile dès l'examen clinique et confirmé par la présence de niveaux liquides à la radiographie de l'abdomen sans préparation.

Lorsque le diagnostic d'occlusion est posé, il faut savoir apprécier son retentissement général, différencier une occlusion organique d'une occlusion fonctionnelle, et en cas d'occlusion organique, reconnaître son siège.

Il s'agit d'une urgence qui impose une prise en charge chirurgicale sans délai.

### I. DIAGNOSTIC POSITIF D'OCCLUSION INTESTINALE :

#### Signes fonctionnels :

- **les douleurs** abdominales constantes, précoces, localisées ou diffuses, le plus souvent à type de crampe d'intensité variable.

- **les vomissements** variables dans leur fréquence et leur abondance. Ils sont d'autant plus précoces que l'obstacle est haut situé.

- **l'arrêt des matières et des gaz** est le symptôme principal, mais il peut être masqué par la vidange du segment intestinal distal. Il est d'autant plus précoce que l'obstacle est bas situé.

#### Signes physiques :

- **Le météorisme** associe un ballonnement abdominal visible à l'inspection et un tympanisme décelé par la percussion. L'abdomen est tendu et sensible de façon diffuse, habituellement souple mais une défense localisée peut traduire la souffrance d'une anse intestinale.

- **L'auscultation** peut retrouver soit des borborygmes en rapport avec un hyper-péristaltisme en amont de l'obstacle, soit un silence abdominal qui traduit la distension et la paralysie de l'intestin (iléus paralytique ou strangulation).

- **La palpation** comporte l'examen attentif des orifices herniaires. Les touchers pelviens permettent parfois de retrouver la cause de l'occlusion (fécalome, cancer du rectum).

**Trois gestes fondamentaux à ne pas oublier (+++) :**

**Recherche d'une cicatrice abdominale**

**Toucher rectal**

**Examen des orifices herniaires**

Signes radiologiques :

Le diagnostic est confirmé par l'examen radiologique de **l'abdomen sans préparation debout de face** .

Il montre le signe radiologique fondamental de l'occlusion intestinale : **les niveaux hydro-aériques**, qui associent une image d'opacité à bord supérieur horizontal correspondant au niveau liquide, surmonté d'une clarté gazeuse.

**L'examen tomodensitométrique abdominal** sans et avec injection de produit de contraste est réalisé de plus en plus souvent devant un tableau clinique d'occlusion dont la cause n'est pas évidente d'emblée. Il est utile non seulement au diagnostic positif mais surtout au diagnostic topographique et étiologique de l'occlusion.

**Un lavement opaque aux produits hydrosolubles** (gastrograffine) peut être utile au diagnostic des occlusions coliques, pour préciser le niveau de l'obstacle et sa nature.

## **II. EVALUATION DU RETENTISSEMENT GENERAL DE L'OCCLUSION :**

Rechercher des signes cliniques d'hypovolémie : tachycardie, hypotension artérielle, oligurie et insuffisance rénale fonctionnelle, mais aussi d'une déshydratation le plus souvent extra-cellulaire en rapport avec le **troisième secteur**.

Etudier l'équilibre acido-basique et reconnaître l'alcalose hypochlorémique d'une occlusion haute.

### **III. DETERMINATION DU TYPE ET DU SIEGE DE L'OCCLUSION :**

L'essentiel est de regrouper rapidement les éléments qui vont permettre de poser une indication opératoire en urgence.

Il faut éliminer une constipation grave, distinguer l'occlusion fonctionnelle qui n'implique pas forcément de sanction chirurgicale de l'occlusion organique (mécanique) qui est toujours chirurgicale, et préciser le siège et le mécanisme en cas d'occlusion mécanique.

#### **1. Eliminer une constipation grave :**

Certaines constipations opiniâtres favorisées par l'alitement, la restriction hydrique et certains médicaments, le fécalome, le syndrome d'Ogilvie (défini par une colectasie idiopathique et pouvant conduire à une véritable occlusion fonctionnelle) peuvent prendre le masque d'un syndrome occlusif.

Elles sont caractérisées par un arrêt des matières remontant souvent à plusieurs jours.

A l'examen, l'abdomen est météorisé, tympanique avec une matité des flancs. Le toucher rectal montre une ampoule rectale remplie de matières. L'ASP montre une distension gazeuse sans niveau liquide avec un granité périphérique en cadre descendant dans le petit bassin traduisant la rétention des matières fécales dans le colon.

#### **2. Différencier les 2 types d'occlusion :**

##### **- Occlusions fonctionnelles**

Elles sont caractérisées par une paralysie intestinale réactionnelle.

Il n'y a pas de bruit hydro-aérique à l'auscultation ; le liquide gastrique est peu abondant et clair ; les signes généraux cliniques et biologiques sont modérés .

La radiographie montre une dilatation diffuse du grêle et/ou du colon (aéroiléie ou aérocolie). On les rencontre lors d'un épisode douloureux intra- ou rétro-péritonéal (colique néphrétique), au contact d'un foyer infectieux (appendicite, sigmoïdite), d'un foyer inflammatoire (pancréatite aiguë), de sang intra-ou sous-péritonéal (fracture du bassin), chez les diabétiques, chez les vieillards atteints de troubles neurologiques (maladie de Parkinson) ou de troubles psychiatriques.

### **- Occlusions mécaniques**

Les occlusions mécaniques sont les plus fréquentes et relèvent d'un transfert d'urgence en milieu chirurgical. Elles peuvent siéger sur le grêle ou le colon. Leur mécanisme relève soit d'une obstruction, soit d'une strangulation.

Les signes généraux cliniques et biologiques sont marqués .

### **3. Préciser le mécanisme et le siège d'une occlusion organique :**

#### **- Occlusion par strangulation**

La douleur est d'apparition brutale, elle est permanente et intense. Les conséquences générales sont précoces et se traduisent par l'apparition rapide d'un état de choc.

L'examen retrouve en général un météorisme asymétrique voire une défense localisée. Il existe un silence auscultatoire. L'ASP peut montrer une anse dilatée en arceau avec deux niveaux liquides (image en U renversé) et le retentissement d'amont sous forme d'anses arciformes dilatées avec des niveaux liquides .

Les reconnaître est fondamental car elles s'accompagnent d'emblée de lésions vasculaires (strangulation de l'intestin et de son méso) .

L'existence de cet élément ischémique rend compte de l'extrême urgence. Il faut intervenir avant le stade irréversible de la nécrose qui implique une résection intestinale et avant le stade de perforation et de péritonite qui aggrave encore le pronostic.

#### **- Occlusion par obstruction**

Le début de la maladie est progressif, les douleurs sont moins intenses, les vomissements sont tardifs et parfois absents. Le météorisme est diffus. Il existe un hyper-péristaltisme intestinal responsable de crises douloureuses abdominales à type de coliques intermittentes, suivies

parfois d'une sédation avec des bruits de gargouillis ou une débâcle de matières, réalisant le syndrome de Koenig .

Le retentissement général est tardif et souvent latent. À l'auscultation, on retrouve une augmentation des bruits hydro-aériques.

Les radiographies montrent des images variables en fonction de l'étiologie mais leur topographie est diffuse .

L'urgence est moins grande que dans les occlusions par strangulation, mais il ne faut pas oublier que tout retard aggrave la distension d'amont et fait apparaître un risque vasculaire pariétal secondaire et un retentissement général .

L'examen tomodensitométrique est très utile pour préciser le niveau de l'obstacle qui correspond à la zone de jonction entre l'intestin dilaté d'amont et l'intestin plat d'aval. Il peut souvent déterminer la nature de l'obstacle (syndrome de masse en cas d'obstacle tumoral, aspect de torsion du méso en cas de volvulus,...)

#### - Diagnostic de siège

la distinction entre les occlusions du grêle et les occlusions du colon est à la fois clinique et radiologique .

Dans les **occlusions du grêle**, les vomissements sont précoces, l'arrêt des matières et des gaz tardif, les signes de déshydratation extra-cellulaire sont marqués et ceci d'autant plus que l'obstacle siège haut. L'ASP montre des niveaux liquides plus larges que hauts, nombreux, centraux avec plis circulaires visibles d'un bord à l'autre de la lumière digestive (valvules conniventes).

Dans l'**occlusion du colon**, les vomissements sont tardifs, l'arrêt des matières et des gaz précoce ; les signes de déshydratation extra-cellulaire sont modérés. Les niveaux hydro-aériques sont plus hauts que larges, de siège périphérique et les plis (haustrations) ne sont visibles que sur la moitié de la circonférence de l'intestin.

#### IV. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Commentaire [P1]:

## **1. Occlusion mécanique de l'intestin grêle :**

### **- par strangulation**

#### **. Volvulus du grêle sur bride**

Cause d'occlusion intestinale aiguë la plus fréquente. C'est avant tout une maladie du patient laparotomisé.

Le tableau est typique des occlusions par strangulation. La lésion responsable peut être **une bride postopératoire** qui rétrécit le pied de l'anse et facilite sa rotation et sa torsion. Toutes les interventions chirurgicales peuvent laisser en place des brides mais plus particulièrement les interventions de l'étage sous mésocolique surtout du petit bassin.

#### **. Hernie étranglée (ou éventrations étranglées)**

Accident évolutif classique et grave de la hernie surtout chez les sujets âgés ; celle-ci justifie le traitement systématique à froid de toute hernie diagnostiquée.

Les signes d'étranglement herniaire sont : la douleur maximale au niveau du collet, la perte de l'impulsivité à la toux et l'irréductibilité.

#### **. Invagination intestinale aiguë**

Elle est possible chez l'adulte, rare et presque toujours secondaire à une lésion organique (tumeur, adénopathies).

### **- par obstruction.**

#### **. Iléus biliaire**

Rare, défini par l'obstruction de la lumière intestinale par un gros calcul qui a migré de la vésicule par une fistule cholecysto-duodénale, il réalise un tableau d'occlusion à rechute avec une maladie biliaire souvent asymptomatique.

l'ASP retrouve des niveaux liquides et une aérobilie.

#### **. Tumeur du grêle (bénignes ou malignes)**

rare représente 3 % des tumeurs du tube digestif .

La symptomatologie est progressive et typique réalisant un syndrome de Koenig.

. **Autres causes : carcinoses péritonéales, sténose inflammatoire (Maladie de Crohn), hématome pariétal (accident des AVK), anomalies congénitales (mésentère commun, diverticule de Meckel), bézoard, parasites, corps étrangers,...**

## **2. OCCLUSION MECANIQUE DU COLON**

**- par strangulation**

### **. Volvulus du sigmoïde.**

Le plus fréquent des volvulus intestinaux; il survient en général chez le sujet âgé.

Le météorisme est important et asymétrique (masse tympanique oblique en haut et à droite, allongée de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre droit). L'ASP montre une volumineuse image gazeuse du pelvis jusqu'aux coupes diaphragmatiques. Le lavement à la gastrograffine montre la spire de torsion avec une image caractéristique en "bec d'oiseau".

Le traitement en urgence consiste en une manœuvre endoscopique (exsufflation).

### **. Volvulus du cæcum ou du colon droit**

**- par obstruction**

### **. Cancer colo-rectal**

Cause de plus de la moitié des occlusions du colon. Accident évolutif classique des cancers du colon gauche .

Le tableau est progressif et la distension est importante pouvant aboutir à une perforation du segment intestinal d'amont (perforation diastatique du cæcum sur une virole du colon sigmoïde). Le lavement à la gastrograffine ou le scanner en urgence confirment le siège et la nature de l'obstacle sur le colon.

Le traitement urgent consiste à réaliser une colostomie de proche amont en vue d'une exérèse différée après préparation colique.

. **Autres causes : sténose inflammatoire ou cicatricielle (sur sigmoïdite, sténose anastomotique,...), colite ischémique,...**

## V. TRAITEMENT

Le traitement de l'occlusion aiguë est presque toujours chirurgical, parfois instrumental (endoscopie de décompression dans le volvulus du sigmoïde, lavement désinvaginant dans l'invagination intestinale du nourrisson).

Il nécessite une équipe de réanimation médico-chirurgicale .

### 1. Il est toujours précédé par un temps de traitement médical

Le premier geste d'urgence est la **mise en place d'une sonde naso-gastrique**. En effet, l'aspiration par la sonde permet de réduire l'accumulation des liquides, de rompre le cercle vicieux de la distension et de l'ischémie et parfois de reprendre le transit intestinal. Dans certains cas d'adhérences occlusives post-opératoires l'évolution peut ainsi être favorable conduisant à une disparition de la douleur et une reprise du transit, évitant au patient une nouvelle intervention chirurgicale.

**La réanimation** comporte en priorité la correction d'une hypovolémie, de la déshydratation, des troubles respiratoires et de l'équilibre acido-basiques.

Ce temps de traitement médical, destiné à amener le malade à l'intervention, **doit être d'autant plus court que la vitalité intestinale est menacée.**

### 2. Le traitement chirurgical dépend de la cause de l'occlusion.

- **Les occlusions fonctionnelles** ne nécessitent pas en elles-mêmes de traitement chirurgical, sauf si elles sont en rapport avec un foyer septique intra-péritonéal.

- **Les occlusions par obstruction** peuvent parfois céder sous traitement médical ce qui permet leur traitement dans de meilleures conditions à froid. Dans le cas du cancer du colon, le traitement médical permet ainsi parfois d'éviter la colostomie en urgence et de pouvoir réaliser une colectomie idéale avec résection et anastomose en un temps. En urgence, plusieurs méthodes sont envisageables : colostomie simple de dérivation, résection sans anastomose (opération de Hartmann), colectomie totale, lavage colique per-opératoire permettant une anastomose en un temps... L'utilisation récente du stent colique pourrait

permettre dans cette indication de lever l'occlusion et de préparer le patient à la résection colique en évitant le recours à la colostomie.

- **Les occlusions par strangulation** de type occlusion sur bride ou sur hernie étranglée doivent être opérées en urgence en raison du risque de nécrose intestinale. L'intervention consiste à sectionner la bride ou libérer le collet herniaire selon le cas; il faut ensuite examiner la vitalité de l'anse digestive : en cas d'ischémie persistante, une résection intestinale avec anastomose est nécessaire.