

Syndromes Occlusifs. Diagnostic et traitement (217)

Professeur Christian LETOUBLON
Avril 2003 (Mise à jour Mars 2005)

Pré-Requis :

Séméiologie abdominale chirurgie PC2

Résumé :

Les syndromes occlusifs sont de gravité variable selon le site de l'obstacle éventuel, selon la cause (mécanique ou paralytique), selon le caractère complet ou non. Ils nécessitent presque toujours une prise en charge en milieu chirurgical, et très souvent une intervention.

Exercices :

1. Introduction

Arrêts du transit intestinal. Ils sont soit de type mécanique par obstacle situé entre l'angle duodéno-jéjunal et l'anus, soit de type paralytique par arrêt du péristaltisme (5 à 10 % des cas).

2. Physiopathologie

2.1. Mécanismes de l'arrêt du transit

2.1.1. Obstacle mécanique

- Dans la lumière : iléus biliaire, bezoard, parasites, fécalome.
- Dans la paroi intestinale : cancer, sténoses (sigmoïdite, Crohn, entérite radique, ischémie, traumatisme, anastomose, endométriose), hématome pariétal. Invagination intestinale : le plus souvent dûe à une anomalie pariétale.
- Extra-intestinal : brides ou adhérences péritonéales - carcinose, compression par tumeur de contiguité - hernie. Le volvulus = torsion d'une anse sur son pédicule => ischémie surajoutée

2.1.2. Paralysie du péristaltisme

- Par réflexe (péritonites aiguës, lithiase urétérale, fracture rachis, hématome rétropéritonéal).
- Par ischémie artérielle ou veineuse.
- Par cause métabolique (hypo K⁺, acidose), médicamenteuse, maladie générale (diabète, hypothyroïdie, porphyrie, sclérodermie, saturnisme). Forme à part = la pseudo-obstruction colique idiopathique ou syndrome d'Ogilvie.

2.2. Conséquences de l'occlusion

- **Obstruction simple** : au début lutte puis distension (type occlusion sur bride).
 - Troisième secteur intra-luminal, pariétal et péritonéal. Hypovolémie, hyponatrémie, alcalose. Insuffisance rénale fonctionnelle au début.
 - Sur le côlon, tableau d'installation plus lente, distension parfois gigantesque (risque de perforation diastatique).
- **Dans la strangulation (occlusion à anse fermée)** : A l'obstruction s'ajoute l'ischémie la prolifération bactérienne avec endotoxémie, translocation bactérienne, choc septique et risque de rupture.
- **Dans la paralysie** : Les signes au début correspondent à l'étiologie.

3. Diagnostic positif. Il est habituellement facile

3.1. ...Devant une triade fonctionnelle

- **Douleur** :
 - aiguë ou sourde
 - continue ou paroxystique et angoissante
 - rapidement diffuse
- **Vomissements** :
 - contemporains de la douleur, non soulagée par eux
 - alimentaires puis bilieux, puis fécaloïdes
 - parfois tardifs ou absents
- **Arrêt des matières et des gaz** : valeur surtout de l'arrêt des gaz.

3.2. ... Grâce à une enquête clinique

3.2.1. Interrogatoire

Horaire, antécédents médicaux, chirurgicaux, crises analogues.

3.2.2. L'examen abdominal

- Recherche une cicatrice (o. par bride) et vérifie les orifices herniaires.
- Apprécie le météorisme, retardé, et cherche des ondes péristaltiques
- Palpation : résistance élastique. Clapotage souvent. Parfois tumeur.
- Auscultation : bruits exagérés de lutte au début (obstruction)
- Toucher rectal : rectum vide.

3.2.3. Examen général : apprécie le retentissement

- Température normale ou inférieure à 38 °. Pas de signe de choc au début.
- Déshydratation extra-cellulaire précoce (soif, oligurie, hypotonie oculaire...).

3.3. ...Grâce à l'examen radiologique

- Face couché, face debout et cliché centré sur les coupes.
- Lavement opaque parfois utile secondairement (obstruction colique).
- TDM de plus en plus utilisée

=> Niveaux liquides, indication de niveau de l'obstacle en ASP et orientation sur l'intestin en cause.

=> Dilatation digestive en amont de l'obstacle en TDM. Efficacité++ de l'entéroscanner

3.4. L'enquête biologique permet de guider la Réanimation

Groupe, numération, ionogramme complet.

4. Diagnostic Différentiel

Affections médicales à formes pseudo-occlusives ou pseudo-abdominales :

- Colique néphrétique : S. cliniques, examen des urines, échographie et/ou UIV.
- Colique vésiculaire (clinique, échographie).
- Infarctus du myocarde (ECG).
- Pathologie pleuro-pulmonaire de la base.
- Tabes et Saturnisme dans un contexte évocateur.

5. Diagnostic de Nature et du siège de l'occlusion

Cherchant le siège et le mécanisme, on oppose en principe :

- L'obstruction avec sa douleur intense et ses ondes péristaltiques.
- Et la strangulation avec son météorisme localisé, son immobilité et ses signes de souffrance.

En fait difficile, et l'argument de fréquence des étiologies sera souvent le guide :

5.1. Un volvulus au niveau du grêle est évoqué si on retrouve

- Un balafre de l'abdomen.
- Une douleur brutale péri-ombilicale intense.
- La précocité des vomissements et des S.G.
- Le météorisme immobile, défense localisée et matité des flancs.
- L'anse distendue avec ses deux niveaux à l'ASP, et un épanchement en échographie.
- La laparotomie s'impose (risque de perforation et de péritonite).

5.2. L'occlusion du grêle par obstruction, en revanche

Par tumeur ou rétrécissement, progressive, parfois incomplète ou précédée de crises de Koenig. L'occlusion non totale et la distension modérée peut faire demander un transit du grêle ou entéroscanner.

5.3. Les volvulus du côlon

Le volvulus du côlon pelvien est le plus fréquent, avec :

- Météorisme immobile tympanique, oblique de la F.I.D. à l'hypocondre gauche.
- Arrêt en bec d'oiseau au lavement opaque ou TDM.
- La rectosigmoïdoscopie confirme le dg, et peut réduire la torsion.

5.4. Les cancers du côlon : surtout côlon gauche

- A.M.G. précoce à vomissements tardifs et E.G. longtemps conservé.
- Météorisme en cadre et caecum distendu.
- Arrêt typique au lavement opaque, et en TDM.
- Tumeur perçue parfois au T.R.
- Tumeur rarement palpable sauf sur le côlon droit.

5.5. Iléus biliaire

- Femme âgée, parfois lithiasique connue.
- Occlusion par à coups.
- ASP : calcul centro-abdominal et aérobie.

5.6. Pseudo-obstruction du côlon chez le vieillard alité ou sous neuroleptiques

- Fécalomes, reconnus à la palpation, au T.R., à l'A.S.P. et aux lavement aux hydro-solubles qui ont un effet thérapeutique.
- Syndrome d'Ogilvie, distension sans obstacle, qui est levé sous aspiration coloscopique, intubation prolongée, et stimulateurs du transit.

5.7. L'occlusion fébrile fait rechercher

- La péritonite localisée avec avant tout l'abcès appendiculaire.
- La sigmoïdite diverticulaire : empatement de la F.I.G. signe typique au lavement hydrosoluble prudent. Intérêt de T.D.M. en cas de doute persistant ou de recherche d'abcès.
- L'iléite segmentaire de Crohn.

5.8. Les occlusions post-opératoires précoces

Diagnostic et traitement difficiles.

5.9. Les occlusions-symptomes réalisant des syndromes occlusifs paralytiques, évoquent

- Tous les processus infectieux intrapéritonéaux
- La Pancréatite aiguë

6. Traitement

6.1. Occlusion mécanique du grêle

En urgence si strangulation, parfois différé de quelques heures dans les occlusions mécaniques simples du grêle, le traitement chirurgical est précédé d'une préparation basée sur le bilan hémodynamique et des grandes fonctions :

- Aspiration gastrique - correction du désordre métabolique - relance de la diurèse et antibiothérapie prophylactique.
- La laparotomie médiane permet de rechercher l'obstacle, de le réséquer si nécessaire (tumeur ou infarctus). Rétablissement de continuité selon l'état local.

6.2. Volvulus du sigmoïde vu précocément :

Tentative de détorsion par sonde rectale sous endoscopie. Echec => intervention chirurgicale.

6.3. Occlusion basse du côlon par cancer

En absence de signe de gravité, la surveillance est possible. Elle peut permettre la rétrocession et la chirurgie ultérieure à froid. Ailleurs, soit colostomie élective d'amont et résection secondaire, soit colectomie et Hartmann, soit enfin colectomie totale ou sub-totale avec rétablissement de continuité iléo-colique (en cas de colectasie pré-perforative). La mise en place radiologique d'une prothèse expansive provisoire permet la levée de l'obstacle, la préparation intestinale et la chirurgie en un temps (procédé en évaluation).

6.4. Occlusion compliquée d'abcès ou de péritonite

Le traitement de l'infection est primordial et une anastomose digestive d'emblée est dangereuse (stomies transitoires sont préférées).

7. Cas clinique : Occlusion du grêle (ou comment un train peut en cacher un autre...)

Patient de 80 ans aux antécédents d'appendicectomie, de cholécystectomie hospitalisé pour un syndrome occlusif évoluant depuis 72 heures. A l'examen clinique l'abdomen est souple, sans masse palpable, peu douloureux. Il n'y a pas de hernie ou d'éventration étranglée, le toucher

rectal est normal. Le patient n'a aucun signe de gravité clinique ou biologique. L'abdomen sans préparation met en évidence une occlusion du grêle typique.



[Photo : ASP :](#)
Occlusion du grêle
(C. Létoublon)

Devant l'absence de gravité, un traitement médical est mis en route avec aspiration nasogastrique douce, réhydratation et antalgiques mineurs. Le patient reprend en moins de 24 heures un transit normal. La réalimentation se passe sans difficulté.

La première hypothèse étiologique est une occlusion sur bride, mais l'âge du patient, des antécédents de cancer colique chez un frère et la notion d'un amaigrissement récent font réaliser un lavement aux hydrosolubles.



[Photo : Lavement aux hydrosolubles :](#)
Image en virole
(C. Létoublon)

L'image en virole typique fait poser le diagnostic très probable d'un adénocarcinome colique droit, qui est confirmé par endoscopie. Le bilan d'extension est négatif. Le patient bénéficie finalement d'une hémicolectomie droite.