

Occlusions intestinales

D. Pezet

dpezet@chu-clermontferrand

Occlusions: généralités

- Définition = Arrêt du transit intestinal normal
- Symptômes majeurs: arrêt matières et gaz, douleurs abdominales, vomissements, météorisme
- Erreurs fréquentes:
 - Occlusion ≠ constipation
 - Occlusion ≠ encombrement stercoral
 - Occlusion incomplète ≠ Diarrhée

Physiopathologie 1

- Occlusion mécanique → Obstacle sur grêle ou colon pariétal (tumeur), endoluminal (fécalome, bézoard, iléus biliaire), extraluminal (bride, compression)
- Occlusion fonctionnelle → paralysie intestinale par foyer infectieux ou inflammatoire (pancréatite, hémopéritoine, hémorétropéritoine, colique hépatique ou néphrétique), iatrogénique (neuroleptiques, morphinique, métabolique (hypokaliémie, hypocalcémie), postopératoire immédiate.

Physiopathologie 2

- Obstacle simple → dilatation d'amont progressive + accumulation sécrétions digestives + Gaz. Clinique → les troubles du transit dominant
 - 3^o secteur + pullulation microbienne
 - Sur colon → perforation diastatique si valvule continente
- Étranglement (volvulus, incarceration) → composante d'ischémie → nécrose + risque septique a court terme. Clinique la douleur domine.

Occlusion grêle par obstruction

- Signes généraux = Déshydratation
- Signes fonctionnels: Douleurs d'intensité variable dans le temps avec période d'accalmie complète.
- Signes physiques cf cours Fac MAIS
 - AUSCULTATION +++ → bruits hydroaériques
 - La fièvre présente 1 fois sur 3 n'est pas un critère de mauvais pronostic
- Biologie: Signes de déshydratation

Occlusion du grêle par Strangulation

- Signes généraux = altération rapide de l'EG
- Signes fonctionnels → DOULEURS ++++
L'intensité varie mais il n'y a pas de période d'accalmie.
- Signes physiques:
 - Ballonnement localisé
 - AUSCULTATION → sidération → silence

Occlusion colique par obstruction

- Signes généraux discrets ou liés à la cause (anémie du Kc)
- Signes fonctionnels:
 - Arrêt du transit gazeux précoce
 - Douleurs progressives peu intenses
 - Météorisme global
- Signes Physiques:
 - Auscultation → bruits HA +
 - Biologie ≠ normale ou anomalie lié à la cause
 - TR Lésion rectale ou sigmoïdienne prolabée

Occlusion colique par strangulation: ex volvulus sigmoïde

- Signes généraux: altération modérée EG liée à la douleurs
- Signes fonctionnels:
 - Douleurs intense +++
 - Stop transit immédiat
- Signes physiques:
 - Ballonnement asymétrique
 - Auscultation → silence
 - Bio: RAS

Occlusion Fonctionnelle

- Signes généraux et signes biologiques → liés à l'étiologie
- Signes fonctionnels: douleur peu intense et diffuse, vomissements et arrêt du transit tardifs
- Signes physiques:
 - Météorisme diffus
 - Auscultation → silence

Occlusion colique fonctionnelle: cas particulier = Syndrome d'Ogilvie

- Pseudo-obstruction colique
- Distension colique aigue sans obstacle
- Etiologie: Trauma rachis ou abdo, post-op, insuffisance respiratoire, gériatrie.
- Facteurs favorisant: neuroleptiques
- Traitement médicale → Prostigmine ou endoscopique (exsufflation) ou chirurgical (stomie)

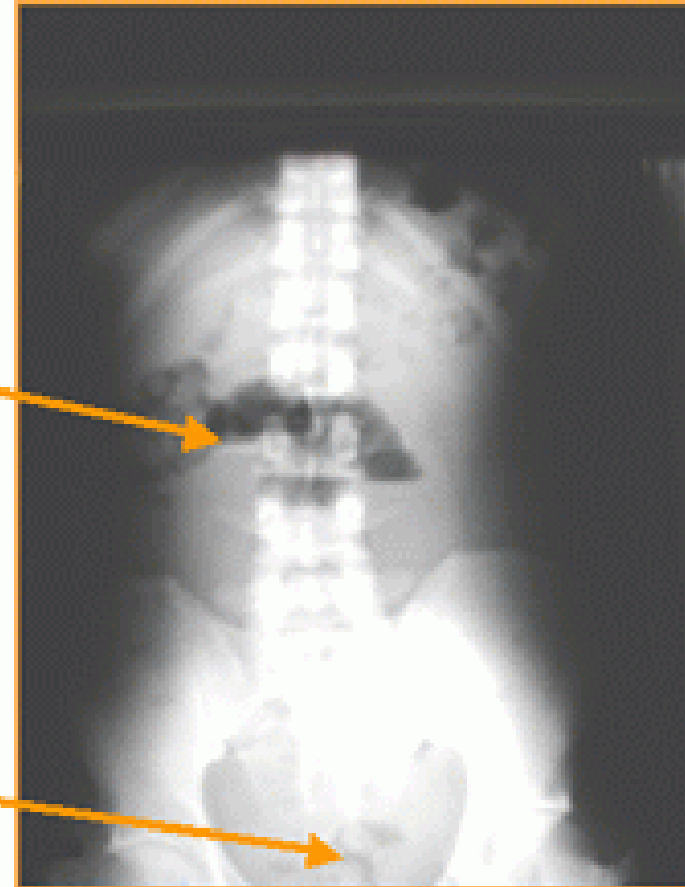
Quel Bilan Radiologique ?

- ASP ? → la mode actuelle est de démontrer qu'il est inutile et pourtant :
 - Aide à Caractériser l'occlusion: organique vs fonctionnelle
 - Aide à la localisation de l'occlusion grêle vs colon
 - Sélectionne les indications de TDM
 - Coût modeste (#15,00€)

Radiographie sans préparation de l'abdomen en position debout chez un malade ayant une occlusion du grêle.

Il y a des niveaux hydro-aériques de type grêle (multiples, centraux, plus larges que hauts) car le malade est en position debout.

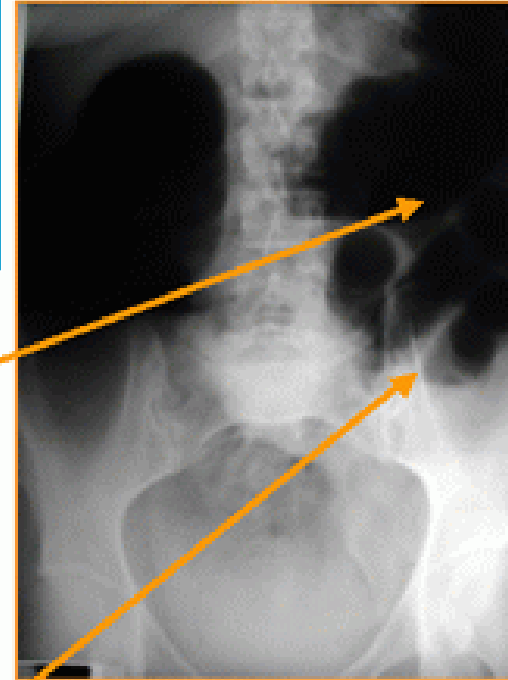
Noter l'absence d'air dans tout le cadre colique. En revanche, il existe encore des selles dans l'ampoule rectale ce qui traduit le caractère aigu et récent de l'occlusion.



Occlusion colique par obstruction: Kc colique

Distension colique gazeuse
jusqu'au niveau du colon
sigmoïde où on ne voit même plus
la présence d'air physiologique.

Niveaux hydro-aériques d'allure
colique (périphériques, plus hauts
que larges).



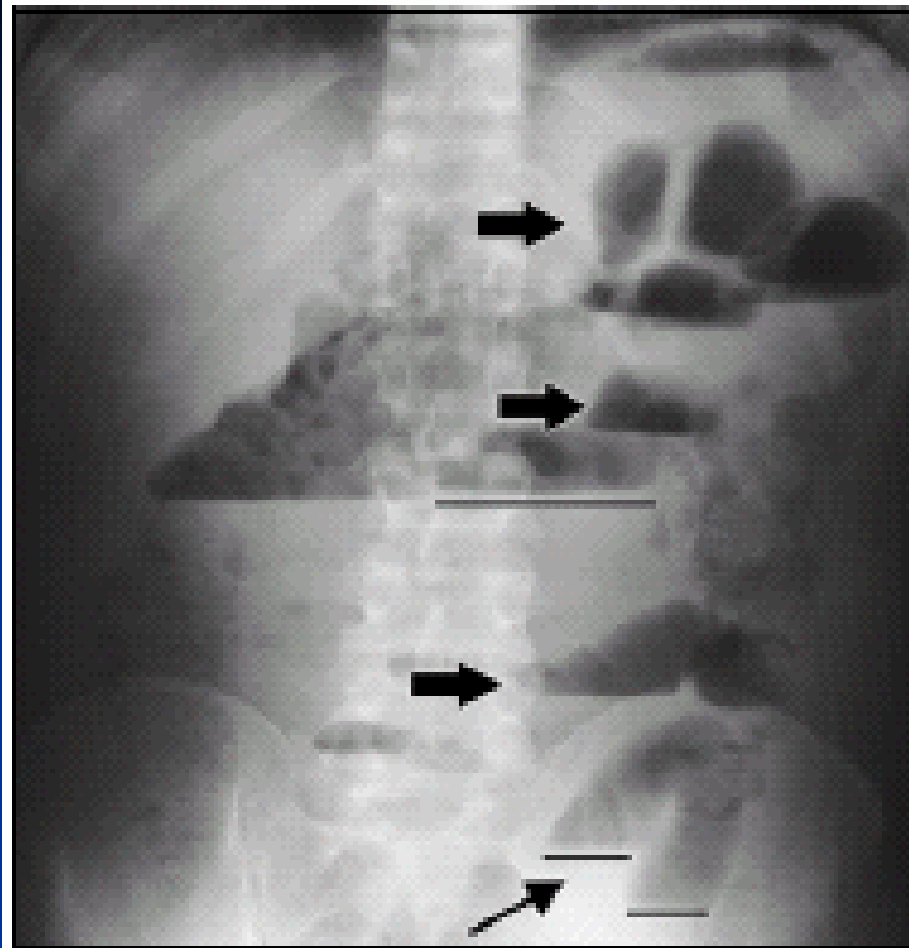
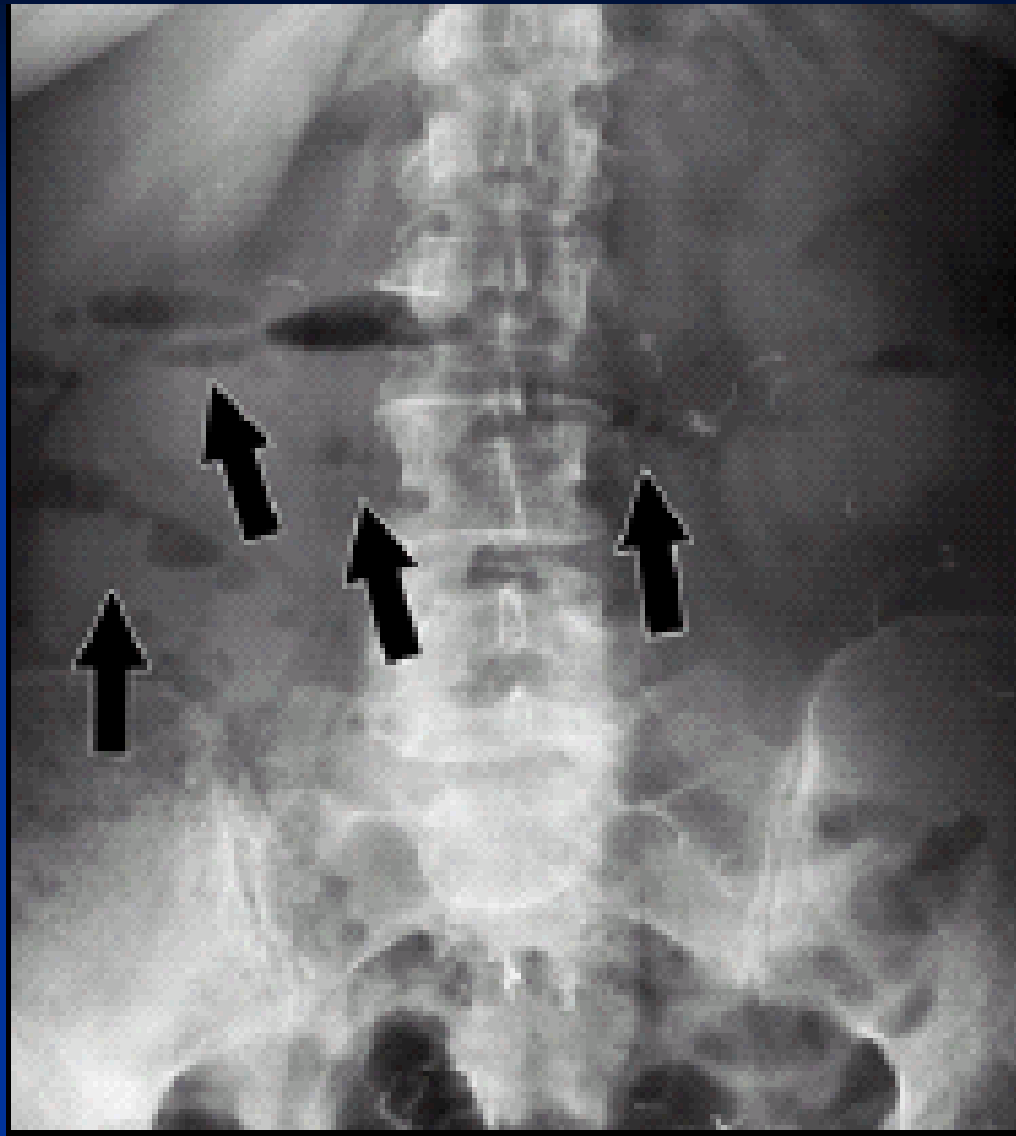
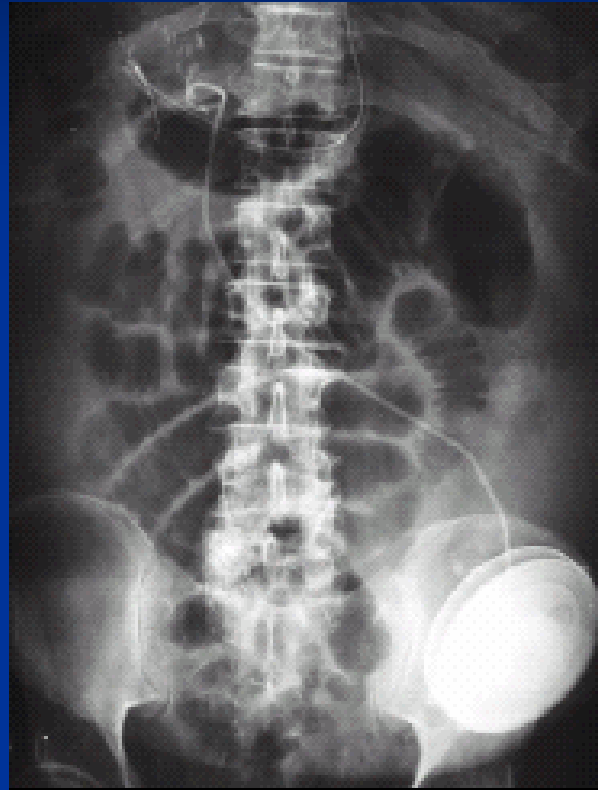


Fig. 1—38-year-old woman with closed-loop small-bowel obstruction found at surgery. Highly predictive air-fluid levels are visible. Upright anteroposterior abdominal radiograph shows all three highly predictive types of air-fluid levels: two or more levels (*thick arrows*), levels with a width of 2.5 cm or more (*long line*), and levels differing 5 mm or more from one another in same loop (*thin arrow, short lines*).

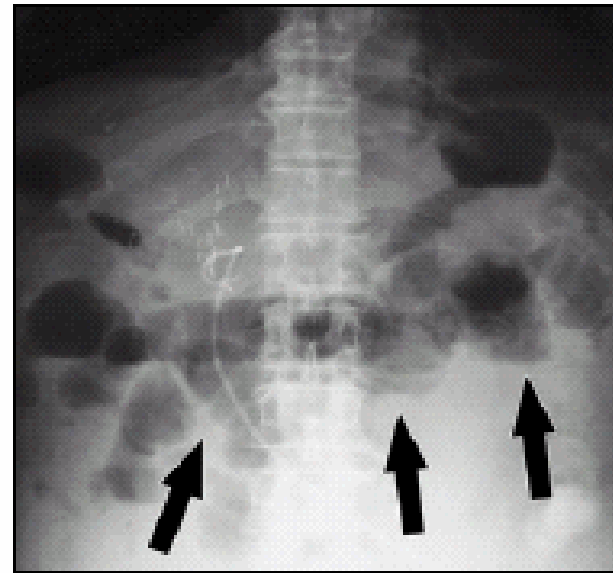
Obstruction grêle
basse. Le grêle est
plein de liquide →
niveaux en collier
de perles



**Occlusion
Fonctionnelle:
Ascite**



Couché



Debout

Quel Bilan Radiologique ?

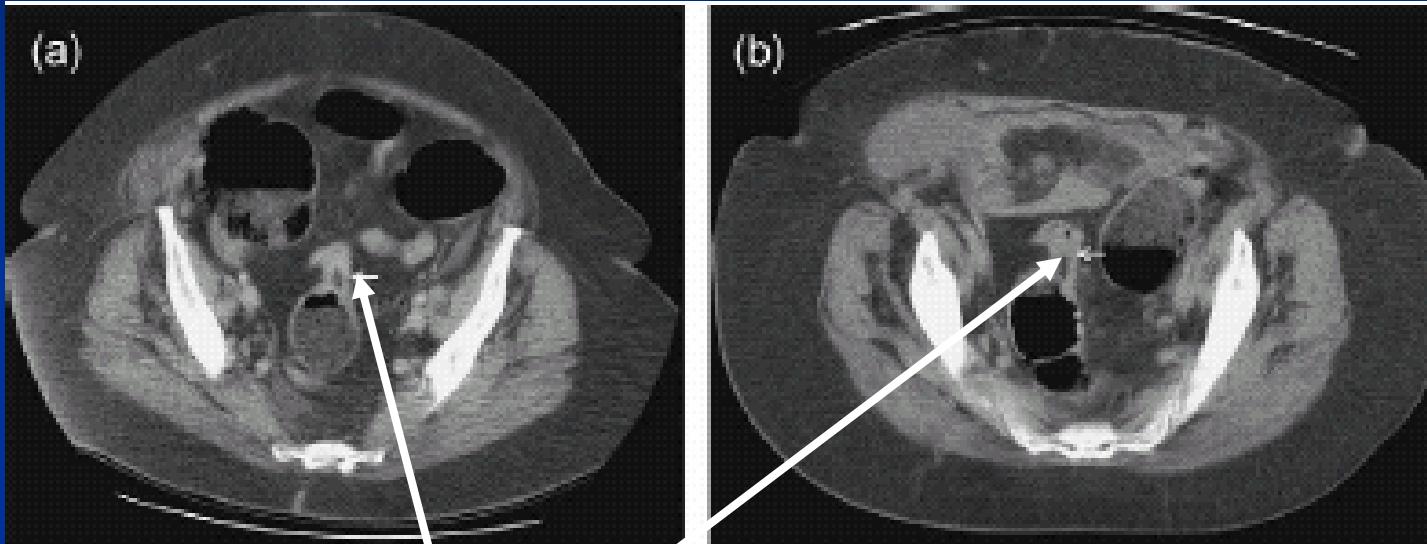
■ Le Scanner:

■ Quel Scanner ?:

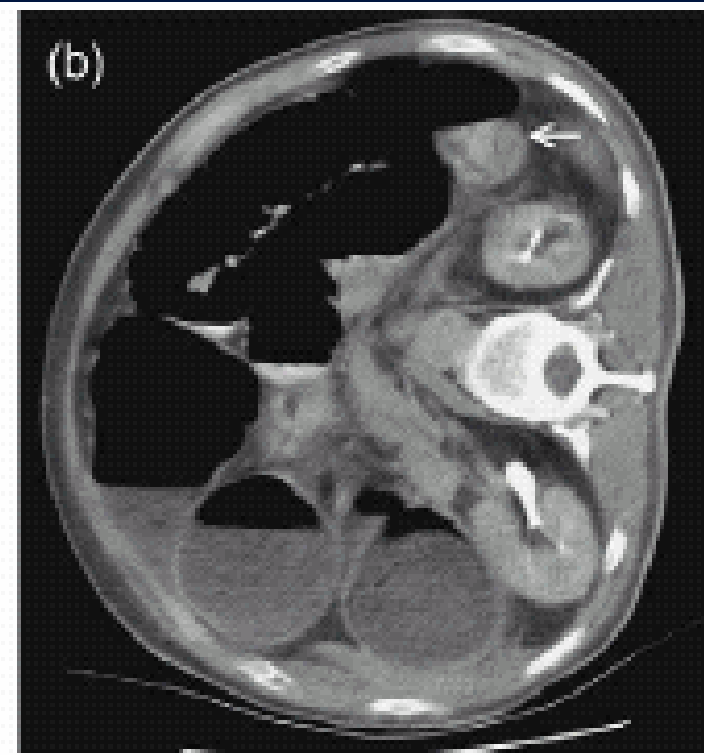
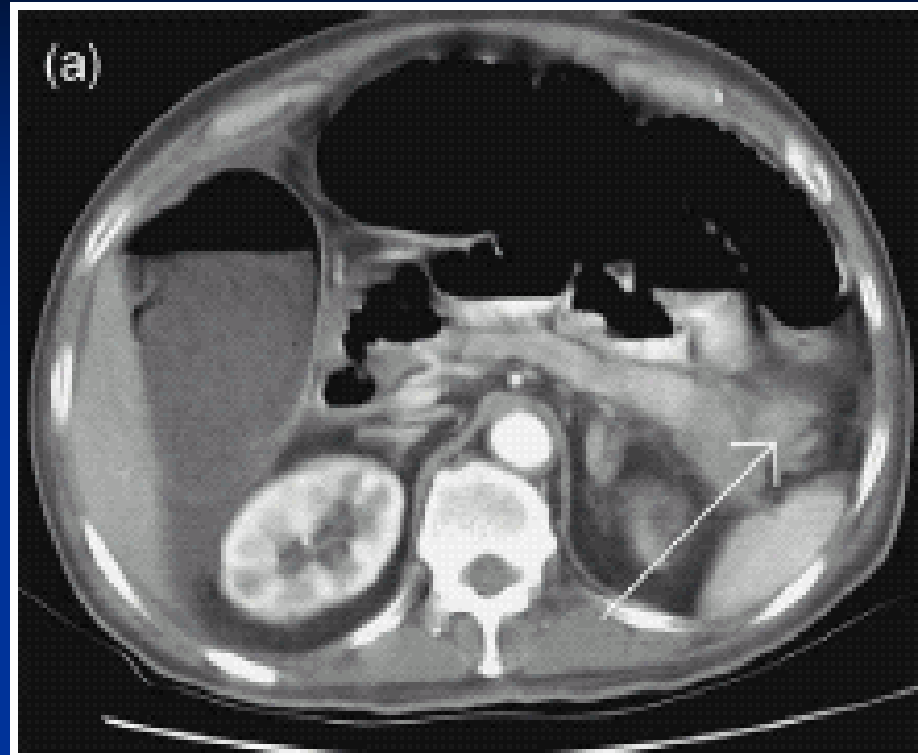
- TDM + injection IV = minimum qualitatif pour une analyse sérieuse du tube et de sa vascularisation
- Entéroscanner → interdit en cas d'occlusion. Réserver à l'analyse du grêle en situation programmée.
- Coloscanner: En théorie intéressant pour les occlusions coliques MAIS chronophage ++ et en pratique n'amène rien en spécificité/sensibilité pour l'occlusion.

Le Scanner

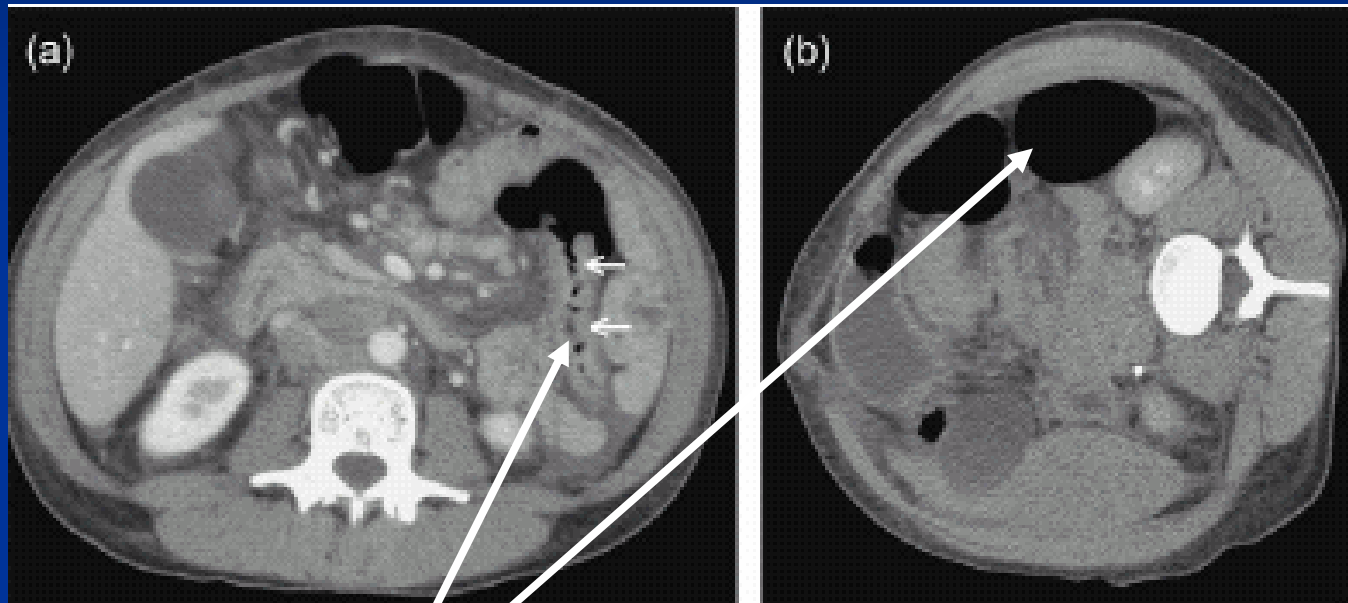
- Pourquoi réfléchir aux indications:
 - Le coût # 150,00€
 - Les effets délétères:
 - Injection d'iode → potentiellement délétère si insuffisance rénale favorisée par déshydratation, médicaments ...
 - L'irradiation
 - Retard au diagnostic → attendre un TDM peut compromettre la vitalité d'une anse volvulée.
 - Des Faux négatifs rassurants → augmentation du délai thérapeutique



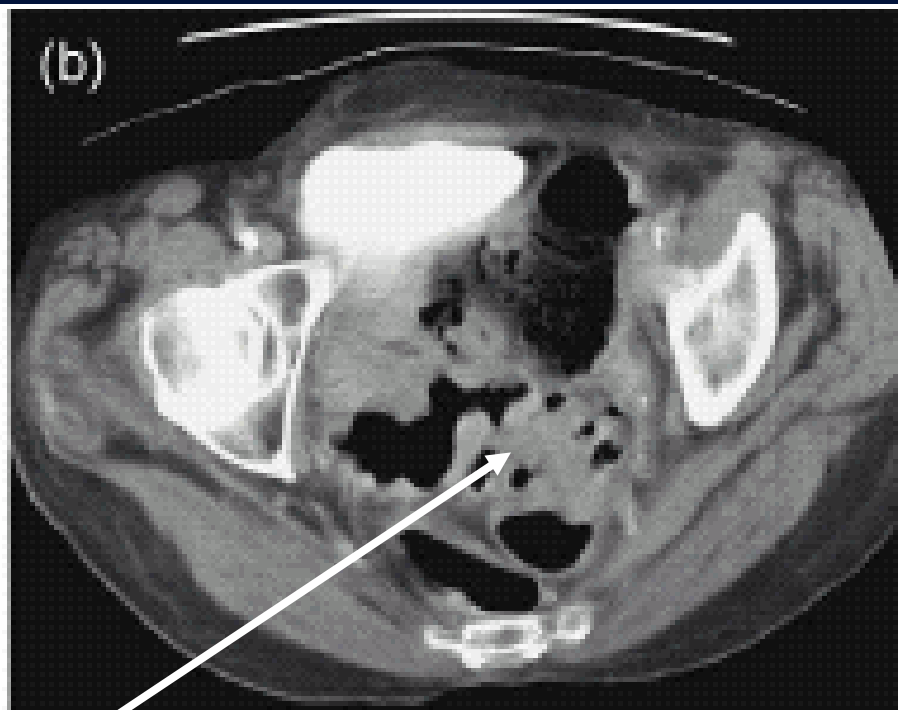
KC Sigmoide



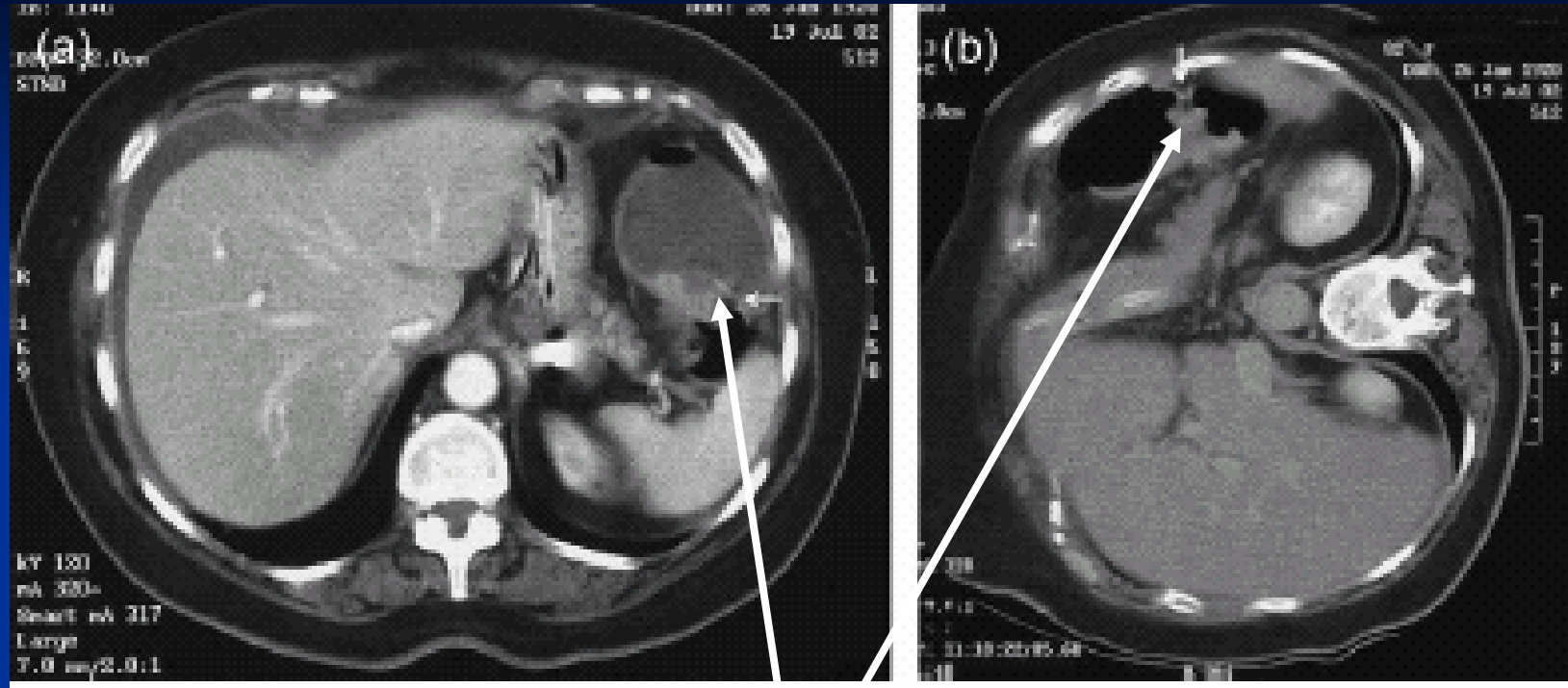
KC Colon Descendant



Piège: Pseudo-obstruction colique



**Faux Positif : Œdème muqueuse
pris pour une masse colique**



Faux négatif: Sténose cancéreuse angle gauche prise pour image construite

Le scanner

- Les indications **NON** contestables:
 - Occlusion colique par obstruction sans péritonite
 - Précise le diagnostic
 - Localise l'obstacle
 - Si cancer → bilan extension
 - Permet une stratégie thérapeutique: Prothèse, stomie, résection
 - Doute diagnostic **APRES AVIS** d'un chirurgien senior
 - Les occlusions fonctionnelles → recherche étiologie **APRES** avoir éliminer les causes métaboliques et médicamenteuses

Le scanner

- Les indications contestables:
 - Occlusion du grêle ou du colon par strangulation → indication opératoire → inutile de faire des explorations pré-op
 - Les occlusions fonctionnelles avec étiologie métabolique ou médicamenteuse

Le Scanner: Cas de l'occlusion du grêle par obstruction

- Problématique:
 - Résolution spontanée dans 80% des cas
 - Récidive systématique dans 20% des cas dans des délais imprévisibles
- Si tableau clinique typique le TDM n'apporte rien au diagnostic lésionnel initial
- Intérêt = Prédire la probable résolution spontanée → Test aux hydrosolubles

Clinique + ASP = Obstruction grêle



Perfusion +SNG Aspi -20 cm H2o → vidange gastrique

Clamper SNG 1 heure + 50 à 100 ml Gastrographine pers Os

H12 à H24

Reprise Transit ?

TDM: Contraste dans Colon ?

OUI

NON

OUI

NON

Réalimentation

CHIRURGIE J1 ou J2 maxi

Occlusions et Urgentiste

- Penser à la prise en charge médicale
 - Réhydratation
 - ATB si indication
 - Iatrogénie par les interactions médicamenteuses
- NE PAS HESITER A DEMANDER UN AVIS CHIRURGICAL