

Item 217 - Syndrome occlusif

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Diagnostiquer un syndrome occlusif.....	1
1 . 1 Diagnostic positif.....	1
1 . 2 Diagnostic étiologique.....	1
1 . 3 Diagnostic du siège de l'occlusion.....	1
1 . 3 . 1 Occlusion haute.....	1
1 . 3 . 2 Occlusion basse.....	1
1 . 4 Diagnostic du mécanisme.....	1
1 . 4 . 1 Occlusion par strangulation.....	1
1 . 4 . 2 Occlusion par obstruction.....	1
2 Evaluer les conséquences de l'occlusion.....	2
2 . 1 Occlusion mécanique simple (obstruction).....	1
2 . 2 Occlusion à anse fermée (strangulation).....	1
2 . 3 Occlusion paralytique.....	1
3 Planifier la prise en charge.....	3
3 . 1 Stratégie d'exploration et prise en charge d'une occlusion intestinale : elle dépend de la présence de signes de gravité. Prise en charge générale.....	1
3 . 2 Prise en charge : situations cliniques.....	1
3 . 2 . 1 Occlusions hautes par strangulation.....	1
3 . 2 . 2 Occlusions hautes par obstruction.....	1
3 . 2 . 3 Occlusions basses par strangulation.....	1
3 . 2 . 4 Occlusions basses par obstruction.....	1

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer un syndrome occlusif.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale est un des motifs les plus fréquents d'hospitalisation d'urgence en milieu chirurgical. Ce syndrome recouvre des situations cliniques très variées dont certaines nécessitent une intervention chirurgicale en urgence alors que d'autres permettent la réalisation d'investigations plus poussées et éventuellement un traitement médical. Devant tout syndrome occlusif, il faut répondre à 3 questions :

- Existe-t-il des signes de choc ou de souffrance intestinale ?
- Quel est le niveau anatomique de l'occlusion ?
- Quel est son mécanisme ?

La réponse à ces 3 questions permet d'évoquer le diagnostic étiologique, d'évaluer le degré d'urgence de la situation et de planifier la prise en charge et le traitement.

I DIAGNOSTIQUER UN SYNDROME OCCLUSIF

I.1 DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic d'occlusion est établi sur des éléments cliniques et radiologiques.

1. Signes cliniques

Le diagnostic clinique d'occlusion intestinale repose sur l'association de 4 signes : douleur abdominale, arrêt des matières et des gaz, nausées ou vomissements, météorisme abdominal. Le signe le plus spécifique est l'arrêt du transit et notamment des gaz. Le transit des selles peut être temporairement conservé sous forme de diarrhée due à la vidange passive du segment situé en aval de l'obstruction. Les vomissements peuvent également être tardifs en cas d'obstacle bas et progressif. Le météorisme peut être minime en cas d'occlusion haute.

Il faut chercher des signes généraux témoignant du retentissement de l'occlusion :

- déshydratation extra ou intracellulaire ;
- tachycardie ;
- fièvre.

L'examen physique doit chercher :

- le météorisme à l'inspection ;
- le tympanisme à la percussion ;
- la présence ou l'absence de bruits hydro-aériques à l'auscultation.

Il faut également chercher des cicatrices abdominales, palper les orifices herniaires et réaliser un toucher rectal.

2. Signes radiologiques

Pendant longtemps, le cliché d'abdomen sans préparation debout de face a représenté l'examen de référence devant une suspicion de syndrome occlusif.

Le diagnostic est confirmé par la présence de niveaux hydro-aériques, le niveau liquidien horizontal témoignant de la stase liquidienne dans la lumière intestinale (**fig. 18.1**).

Fig. 18.1. ASP debout de face. Niveaux hydro-aériques.

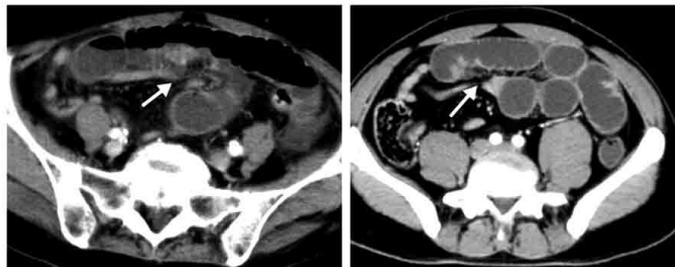


Néanmoins, le scanner est devenu l'examen de référence en cas de suspicion de syndrome occlusif intestinal (**fig. 18.2**). Il permet d'affirmer le diagnostic en objectivant les niveaux hydro-aériques. Le scanner est plus précis que les radiographies d'abdomen sans préparation pour préciser le siège de l'obstacle et sa nature. Enfin, le scanner (grâce à l'injection de produit de contraste intraveineux) permet de chercher des signes de souffrance intestinale secondaire à l'occlusion. Le siège de l'obstacle se situe à la jonction entre l'intestin dilaté et l'intestin plat. Le scanner est aussi irremplaçable pour écarter les diagnostics différentiels.

Fig. 18.2. Diagnostic d'occlusion mécanique.

- Anses sus-lésionnelles dilatées
- Zone de transition

- Anses sous-lésionnelles collabées
- Précision diagnostique : 70-95 %



I.2 DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Un syndrome occlusif peut être lié à un obstacle mécanique (occlusion organique) ou à une paralysie du péristaltisme intestinal (**tableau 18.I**). L'occlusion organique est une urgence chirurgicale même si dans certains cas l'intervention chirurgicale peut être retardée voire évitée. Les causes les plus fréquentes sont la strangulation sur bride ou hernie et l'obstruction notamment par un cancer digestif. Le syndrome occlusif peut également être en rapport avec une paralysie du péristaltisme intestinal. L'occlusion intéresse alors à la fois le grêle et le colon, les niveaux liquides sont situés à proximité

de la zone pathologique (anse sentinelle au contact d'un abcès appendiculaire) ou très diffus dans l'abdomen. Il peut s'agir d'un iléus réflexe en rapport avec un foyer septique ou inflammatoire aigu intra-abdominal comme une péritonite, une appendicite, une pancréatite aiguë ou d'une pseudo-obstruction intestinale (occlusion fonctionnelle) due à des troubles métaboliques, des médicaments, une hypothyroïdie, une maladie générale... En cas de syndrome occlusif en rapport avec une paralysie du péristaltisme c'est le traitement de la cause qui est important, l'occlusion passant souvent au second plan.

Tableau 18.I. Causes des syndromes occlusifs.

Obstacle mécanique	
Intra-luminal	Bézoard (fig. 18.3) (conglomérat d'aliments non digérés qui font obstacle), calcul (fig. 18.4), parasite, fécalome
Pariétal	Cancer, polype Inflammatoire : maladie de Crohn (fig. 18.5), tuberculose, ischémie, radiothérapie Hématome, invagination intestinale (fig. 18.6)
Extra-luminal	Brides post-opératoires, adhérences, volvulus, hernie étranglée Carcinose péritonéale, tumeur ovarienne
Paralysie du péristaltisme	
Iléus réflexe	Colique néphrétique, infection pleuro-pulmonaire, infarctus du myocarde, grossesse extra-utérine, torsion de kyste de l'ovaire Traumatisme : rachis, bassin ; hématome du psoas Pancréatite aiguë, appendicite, mésocolaïque péritonite, infarctus mésentérique
Pseudo-obstruction intestinale	Métabolique : hypercalcémie, hypokaliémie, acidose Médicaments : opiacés, anticholinergiques, neuroleptiques Maladie générale : diabète, hypothyroïdie, sclérodermie Syndrome d'Ogilvie

Fig. 18.3. Bézoar.

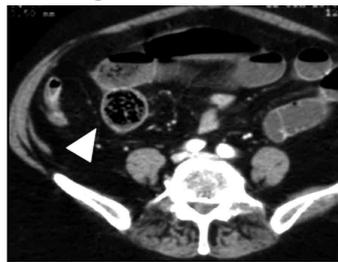


Fig. 18.4. Iléus biliaire.



Fig. 18.5. Occlusion du grêle sur maladie de Crohn.



Fig. 18.6. Invagination intestinale aiguë.



I.3 DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE L'OCCLUSION

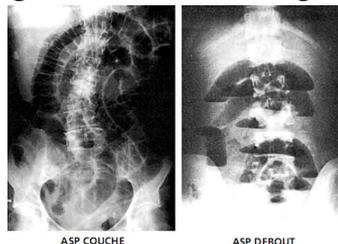
I.3.1 Occlusion haute

Par définition, le siège se situe sur le grêle en amont de la valvule de Bauhin.

Les signes fonctionnels sont importants avec un début brutal, des douleurs vives, des vomissements précoces, abondants, l'arrêt des matières et des gaz pouvant être retardé. L'état général est rapidement altéré avec des signes de déshydratation. Le météorisme abdominal peut être minime.

Sur les radiographies d'abdomen sans préparation debout de face, les niveaux hydro-aériques sont multiples, centraux, plus larges que haut (**fig. 18.7**). Sur les clichés couchés on voit des valvules conniventes réalisant de fines incisures allant d'un bord à l'autre de l'intestin dilaté. Sur le scanner, on voit un obstacle siégeant sur la partie proximale de l'intestin.

Fig. 18.7. Occlusion du grêle.

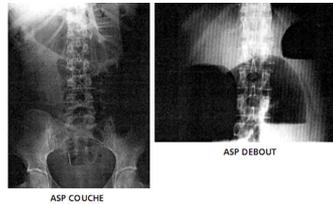


I.3.1 Occlusion basse

L'obstacle siège sur le cadre colique ou le rectum. Les signes fonctionnels sont souvent discrets avec un début progressif, des douleurs peu intenses, des vomissements rares, tardifs et par contre un arrêt net du transit des matières et des gaz. L'état général est longtemps conservé. Le météorisme abdominal est important, en cadre et l'abdomen très tympanique. À un stade plus tardif, les vomissements deviennent fécaloïdes.

Sur les radiographies d'abdomen sans préparation de face debout les niveaux hydro-aériques sont rares, périphériques, plus hauts que large (**fig. 18.8**). Sur les clichés couchés on voit des haustrations, larges incisures asymétriques n'allant pas d'un bord à l'autre du colon dilaté. Le scanner voit le siège de l'obstacle et souvent sa cause (cancer, volvulus).

Fig. 18.8. Occlusion du côlon.



I.4 DIAGNOSTIC DU MÉCANISME

I.4.1 Occlusion par strangulation

En cas de strangulation, il existe un étranglement de l'intestin et de son mésoce qui compromet la vitalité du segment intestinal concerné.

Du fait du risque de nécrose intestinale, il s'agit d'une urgence thérapeutique. Le début est brutal, sans prodrome. Les signes fonctionnels sont marqués par une douleur vive, des vomissements précoces. Plus rarement, on peut observer une altération de l'état général avec des signes de déshydratation voire un véritable choc hypovolémique (par création d'un troisième secteur). Des signes infectieux en rapport avec une translocation bactérienne peuvent apparaître. À l'examen, le météorisme est discret. Il existe un silence auscultatoire. Sur les radiographies d'abdomen sans préparation, on note une image en arceau avec un niveau liquide à chaque pied. Sur le scanner, on voit bien le siège et la nature de l'obstacle, et surtout d'éventuels signes de souffrance intestinale (**fig. 18.9**).

Fig. 18.9. Non-rehaussement traduisant une souffrance pariétale.



a. Occlusion haute

L'**occlusion sur bride** est la cause la plus fréquente des occlusions du grêle (**fig. 18.10**). Toute intervention chirurgicale, quelle qu'en soit la voie, d'abord entraîne la formation d'adhérences qui aboutissent parfois à la constitution de brides fibreuses qui peuvent être à l'origine d'une occlusion intestinale soit par « capotage » d'une anse au-dessus d'une bride soit d'un volvulus d'une anse autour de cet axe fibreux (**fig. 18.11**). L'occlusion peut survenir de très nombreuses années après une laparotomie aussi minime soit-elle, y compris une coelioscopie. Il existe également des rares cas d'occlusions sur brides spontanées. L'occlusion a souvent un début brutal et un retentissement important.

Fig. 18.10. Occlusion sur bride.

- Antécédents de laparotomie (95 %).
- Zone de transition brutale sans masse.

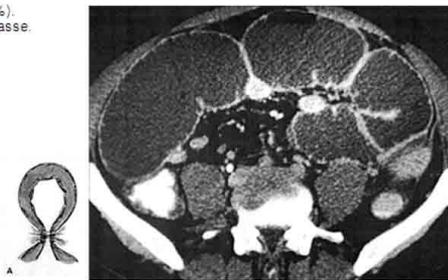
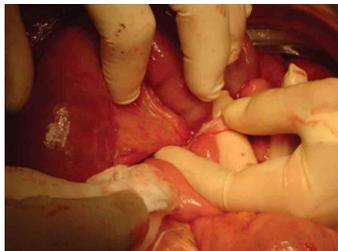


Fig. 18.11. Volvulus du grêle sur bride.



L'**étranglement herniaire** est la deuxième cause d'occlusion du grêle par strangulation. Toutes les hernies peuvent être en cause : inguinale, crurale, ombilicale voire beaucoup plus rarement des hernies internes : obturatrice, hiatus de Winslow... Le diagnostic est facile en cas de tuméfaction douloureuse et irréductible.

Le diagnostic peut être plus difficile en cas de petite hernie crurale chez une patiente obèse ou de hernie de Spiegel (hernie du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen).

Les éventrations post-opératoires peuvent par un mécanisme analogue être à l'origine d'une occlusion par strangulation.

L'**invagination intestinale aiguë** est un diagnostic rare chez l'adulte où elle révèle presque toujours une affection tumorale de l'intestin ou du mésentère. C'est une cause plus fréquente d'occlusion chez le nourrisson où elle survient le plus souvent sans cause sous-jacente. Chez l'adulte, le diagnostic est fait au scanner qui montre le boudin d'invagination ou à la laparotomie.

b. Occlusion basse

Le **volvulus du colon pelvien** survient le plus souvent chez un patient très âgé (**fig. 18.12 à 18.14**). L'occlusion est rarement complète le transit de gaz n'étant pas complètement interrompu. L'état général est relativement conservé. Le météorisme est très important, avec un ballonnement énorme, asymétrique. Sur les radiographies d'abdomen on voit une image d'anse sigmoïdienne très dilatée, en arceau avec 2 niveaux liquides, pouvant atteindre la région épigastrique et avec un colon d'amont peu dilaté. L'opacification rectale (lavement ou surtout lors d'un scanner) confirme le volvulus avec une image d'arrêt effilé, asymétrique, à raccordement obtus avec le rectum, siégeant à la jonction recto-sigmoïdienne (image en bec d'oiseau). Cette image au scanner permet d'éliminer un cancer responsable de l'occlusion colique.

Le **volvulus du caecum** est assez rare, le tableau réalisé est celui d'une occlusion du grêle par strangulation avec un début brutal, des vomissements précoces, un ballonnement asymétrique et une douleur de la fosse iliaque droite. Sur les radiographies d'abdomen on voit un volumineux niveau hydro-aérique se projetant en hypochondre droit et une dilatation du grêle. La fosse iliaque droite est deshabitée. Le diagnostic est confirmé par l'opacification basse (lavement aux hydrosolubles ou scanner avec opacification) qui s'arrête avant le caecum.

Fig. 18.12. Image hydro-aérique en arceau : volvulus.



Fig. 18.13. Volvulus du sigmoïde (ASP couché).



Fig. 18.14. Volvulus du sigmoïde (lavement aux hydrosolubles).



I.4.1 Occlusion par obstruction

L'occlusion est la conséquence d'un obstacle endoluminal ou pariétal qui s'est développé progressivement. On note une phase pré-occlusive. Quand l'occlusion siège sur l'intestin grêle, il s'agit d'un syndrome de Koenig fait de douleurs abdominales migratrices déclenchées par les repas, aboutissant toujours au même point et cédant brutalement avec une sensation de gargouillement associé à un bruit de filtration hydro-aérique et parfois, une « débâcle » diarrhéique.

Quand l'obstacle est colique, il s'agit d'un ralentissement du transit avec apparition ou aggravation d'une constipation. L'occlusion a donc un début progressif, les vomissements sont tardifs, l'état général longtemps conservé. À l'examen le météorisme est diffus, important, il peut exister un hyper péristaltisme. Les bruits hydro-aériques sont conservés. Sur les radiographies d'abdomen sans préparation, les niveaux hydro-aériques sont nombreux. Au scanner on visualise un obstacle dont la cause est pariétale ou intraluminaire.

a. Occlusion haute

Les tumeurs du grêle sont rares chez l'adulte mais peuvent se révéler par une obstruction incomplète (syndrome de Koenig) ou complète. Le diagnostic est en général suspecté au scanner. Il peut s'agir de volumineux polypes (syndrome de Peutz-Jeghers), de tumeurs carcinoïdes, de lymphomes, de métastases (poumon, mélanome) ou plus rarement d'adénocarcinomes primitifs.

L'iléus biliaire est une complication très rare et retardée d'une cholécystite négligée. Il se produit une fistule entre la vésicule biliaire et le duodénum par laquelle passe un ou plusieurs calculs. Ceux-ci peuvent se bloquer dans l'iléon terminal, près de la valvule iléo-cæcale et donner un tableau d'occlusion haute par obstruction évoluant par à-coups dans les suites d'un épisode douloureux et fébrile de l'hypochondre droit. Le diagnostic peut être évoqué sur l'Abdomen sans préparation ou le scanner devant la présence d'air dans les voies biliaires (aérobilie).

Les sténoses bénignes ont des causes très nombreuses : maladie de Crohn, ischémie intestinale segmentaire, lésions post-radiques, endométriose, tuberculose iléo-cæcale... Le diagnostic peut souvent être évoqué à l'anamnèse et confirmé par le scanner.

b. Occlusion basse

En cas de **cancer colique**, l'occlusion complique le plus souvent un cancer du colon gauche ou du sigmoïde. Le début est progressif chez un patient de plus de 50 ans ayant dans les mois qui précèdent une modification du transit ou des rectorragies minimes. Le diagnostic est fait par l'opacification basse faite lors du scanner qui montre une sténose courte, excentrée, avec anomalies muqueuses, et angle de raccordement aigu avec le colon. En cas d'occlusion colique, la coloscopie en urgence est contre-indiquée.

Le fécalome doit être évoqué systématiquement et surtout chez les patients âgés et grabataires. Le diagnostic est fait au toucher rectal où l'on perçoit une masse fécale dure.

Le syndrome d'Ogilvie est à la limite du diagnostic différentiel car dans cette affection, il n'existe pas d'obstacle mécanique. Il s'agit d'une dilatation gazeuse de la totalité du colon (et du rectum) survenant le plus souvent dans les suites d'un polytraumatisme, chez des malades intubés-ventilés, chez des patients âgés alités, ou des patients traités par neuroleptiques. Cette occlusion fonctionnelle par paralysie motrice du colon comporte les mêmes risques qu'une occlusion mécanique du colon. Le diagnostic suspecté à l'ASP devant une distension majeure du cadre colique est confirmé par

l'opacification basse (lavement ou Tomodensitométrie) qui ne met pas en évidence d'obstacle organique.

Tableau 18.II. Principales causes des occlusions mécaniques en fonction du siège et du mécanisme.

Strangulation	Obstruction
<i>Occlusion haute</i>	
Bride cicatricielle Étranglement herniaire Volvulus du grêle Invagination intestinale	Tumeur du grêle ou de la valvule de Bauhin Carcinose péritonéale Sténose inflammatoire (maladie de Crohn, tuberculose) Bézoard Entérite radique Iléus biliaire Parasitose Compression extrinsèque (tumeur pelvienne, adénopathie) Hématome pariétal (surdosage en anticoagulants)
<i>Occlusion basse</i>	
Volvulus du colon pelvien Volvulus du caecum	Cancer colorectal Fécalome Sténose inflammatoire Syndrome d'Ogilvie

II EVALUER LES CONSÉQUENCES DE L'OCCLUSION

II.1 OCCLUSION MÉCANIQUE SIMPLE (OBSTRUCTION)

La dilatation intestinale en amont de l'obstacle entraîne d'abord un hyperpéristaltisme fait d'ondes de lutte puis l'intestin d'amont subit une distension par les gaz provenant de l'air dégluti et de la fermentation et par les sécrétions digestives (environ 5 L/24 h). Le reflux du contenu digestif vers le haut et les vomissements limitent dans un premier temps cette hyperpression. L'altération progressive de l'absorption entraîne une séquestration liquidienne dans l'intestin et un troisième secteur à l'origine d'une hypovolémie efficace qui peut entraîner une insuffisance rénale fonctionnelle. Les vomissements aggravent la déshydratation et les troubles hydro-électrolytiques. L'augmentation de la pression intraluminaire peut dépasser la pression capillaire et entraîner une ischémie de la paroi digestive qui favorise les translocations bactériennes et le risque de perforation digestive.

Les signes biologiques sont :

- une hypovolémie avec élévation de l'hématocrite et de la protidémie ;
- une hyponatrémie en raison de la teneur élevée en sodium des liquides digestifs ;
- une alcalose métabolique en raison des vomissements acides.

Parfois, l'ischémie peut entraîner une acidose métabolique avec hyperkaliémie.

La distension abdominale peut retentir sur la mécanique diaphragmatique et altérer les mécanismes compensatoires en diminuant la fonction ventilatoire.

Au niveau du colon, si la valvule de Bauhin est continente (50 % des cas), la distension colique peut être très importante (colectasie si le diamètre du transverse dépasse 7 cm) avec un risque de perforation diastatique siégeant préférentiellement au niveau du cæcum qui a la paroi la plus fine et le diamètre le plus élevé (loi de Laplace).

Pour toutes ces raisons, et devant la crainte de la survenue d'un choc hypovolémique, tout patient hospitalisé pour un syndrome occlusif doit avoir en urgence une prise de la tension artérielle et du pouls. Un ionogramme sanguin (à la recherche d'une insuffisance rénale et de troubles ioniques) et une numération formule sanguine (à la recherche de signes d'hémoconcentration) doivent être faits. Le malade doit être perfusé et réhydraté de manière systématique.

Enfin, la diurèse doit être surveillée.

II.2 OCCLUSION À ANSE FERMÉE (STRANGULATION)

Elle survient d'emblée en cas de volvulus ou complique une bride lorsque se produisent un capotage et une torsion de l'anse d'amont. En plus des éléments du syndrome sus-lésionnel susmentionnés, il s'ajoute un syndrome lésionnel qui domine le pronostic et qui est consécutif à la compression de l'axe vasculaire d'une ou plusieurs anses digestives. La stase veineuse entraîne une extravasation de plasma et de sang dans l'anse exclue et dans le péritoine. La destruction de la barrière muqueuse et la prolifération bactérienne dans l'anse exclue favorisent le passage d'endotoxines dans la cavité péritonéale et le réseau capillaire.

Un choc septique s'ajoute au choc hypovolémique de l'occlusion. L'ischémie artérielle entraîne une gangrène pouvant aboutir à la perforation et à la péritonite généralisée à contenu hautement septique.

La crainte d'une nécrose intestinale doit faire chercher les signes évocateurs :

- cliniques :

- défense abdominale,
- choc,
- douleur très importante ;

- biologiques :

- insuffisance rénale,
- hyperkaliémie ;

- scannographiques :

- signes d'ischémie intestinale.

En effet, en leur présence, une intervention chirurgicale en urgence est indiquée.

(En savoir plus : (1) FURUKAWA A., KANASAKI S. et al. CT Diagnosis of Acute Mesenteric Ischemia from Various Causes. American journal of Roentgenology [en ligne]. 2009, Vol. 192, 408-416 p.) (1)Diagnosis of Acute Mesenteric Ischemia from Various Causes.

II.3 OCCLUSION PARALYTIQUE

Sauf dans les cas où il existe une affection intrapéritonéale (péritonite, abcès, infarctus mésentérique), les conséquences de l'occlusion paralytique sont surtout générales et d'évolution lente. Les vomissements sont rares, le volume liquidien séquestré peut être important. Les altérations pariétales sont tardives et limitées car les mécanismes de réabsorption sont conservés plus longtemps.

Toutefois, la colectasie peut toujours entraîner, au-delà d'un certain diamètre, des zones de nécrose ou des perforations aboutissant à la péritonite.

III PLANIFIER LA PRISE EN CHARGE

III.1 STRATÉGIE D'EXPLORATION ET PRISE EN CHARGE D'UNE OCCLUSION INTESTINALE : ELLE DÉPEND DE LA PRÉSENCE DE SIGNES DE GRAVITÉ. PRISE EN CHARGE GÉNÉRALE

Chez un patient consultant pour un arrêt des matières et des gaz, l'examen initial doit confirmer l'occlusion, chercher des signes de gravité et orienter le diagnostic étiologique.

L'interrogatoire fait préciser :

- le début d'apparition des signes ;
- leur mode d'installation rapide ou progressif ;
- le type de la douleur, son intensité, son siège initial ;
- l'existence de nausées ou de vomissements et leur caractère (alimentaire, bilieux, fécaloïde) ;
- les antécédents d'intervention chirurgicale abdominale.

L'examen physique apprécie l'importance du météorisme abdominal, cherche des bruits hydro-aériques à l'auscultation. Il vérifie l'absence de signes péritonéaux (défense, contracture, douleur au toucher rectal), de masse ou de fécalome au toucher rectal et la vacuité des orifices herniaires. Il cherche des signes de gravité : fièvre, signes de déshydratation, signes de choc (**tableau 18.III**).

La présence de signes de souffrance digestive (signes péritonéaux, signes de choc) ou d'une hernie étranglée constitue une urgence chirurgicale. L'intervention doit être réalisée dans le plus court délai sans recours à des examens d'imagerie préalable. Le malade est vu par l'anesthésiste, on met en place une voie veineuse de bon calibre pour réhydratation et correction des désordres hydro-électrolytiques, une sonde nasogastrique pour vider l'estomac et éviter les risques d'inhalation. Si une résection intestinale s'avère nécessaire en cours d'intervention un rétablissement immédiat de continuité n'est que rarement possible. Le patient doit être informé avant l'opération de la possibilité de réaliser une stomie du grêle ou d'une colostomie.

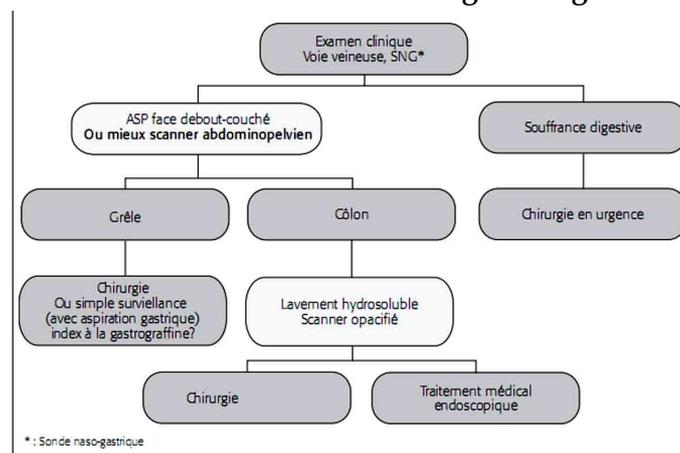
En l'absence de signes de gravité, le patient sera perfusé, une sonde nasogastrique sera posée en cas de vomissements et des radiographies d'abdomen sans préparation de face debout et couché (ou au mieux un scanner abdominal avec injection intraveineuse de produit de contraste) et une radio de thorax seront réalisées. Elles permettront de préciser le niveau et le mécanisme de l'occlusion. Le patient sera hospitalisé en chirurgie digestive.

En cas d'occlusion haute complète (c'est-à-dire avec des vomissements incoercibles et abondants, suivis rapidement d'un arrêt complet des matières et des gaz), l'exploration chirurgicale reste la règle. En cas d'occlusion haute incomplète ou bien tolérée, on peut proposer l'ingestion d'un index opaque hydrosoluble associé à un examen clinique et à la prise de clichés d'abdomen à intervalles réguliers (test à la gastrograffine). Ce test permet de voir si l'occlusion est complète ou non et aide souvent à lever les obstacles incomplets. Le patient doit être opéré si les signes occlusifs se majorent ou si la gastrograffine n'atteint pas le cæcum après 6 h. Ce test à la gastrograffine ne se substitue pas mais complète le scanner abdominal qui, lui, cherche le siège et la cause de l'obstacle, mais aussi d'éventuels signes de souffrance intestinale.

En cas d'occlusion basse, si l'aspect à l'ASP évoque un volvulus du colon pelvien, celui-ci sera traité par détorsion endoscopique (rectoscopie au tube rigide, malade en position genu pectorale ou coloscopie au tube souple). Dans les autres cas, un lavement opaque avec clichés d'abdomen (lavement aux hydrosolubles) ou mieux un scanner abdomino-pelvien avec opacification basse doit être réalisé pour préciser le siège et la nature de l'obstacle et permettre de proposer un traitement adapté.

(En savoir plus : (2) VAUMAS de C., MONTRAVERS P. et al. Syndromes occlusifs [en ligne]. *Anesthésie-Réanimation* [36-726-A-50].) (2) Syndromes occlusifs.

Tableau 18.III. Recherche des signes de gravité.



III.2 PRISE EN CHARGE : SITUATIONS CLINIQUES

III.2.1 Occlusions hautes par strangulation

Occlusion sur bride

La douleur est un signe majeur et sa persistance va orienter vers un traitement chirurgical. En cas de douleur très importante ou de signes de gravité, il faut opérer sans délai pour sectionner la bride voire réséquer l'intestin strangulé s'il est nécrosé ou si sa vitalité est douteuse. Si l'occlusion est bien tolérée et le malade peu algique, on peut tenter un test à la gastrograffine pour lever l'occlusion. Le patient est surveillé et dans près de deux tiers des cas, l'occlusion cède spontanément. Si elle dure plusieurs jours même si l'état clinique est satisfaisant, il est préférable d'opérer le patient du fait du risque de dénutrition rapide par prolongation de la mise à jeun du patient.

Étranglement herniaire

Le traitement repose sur l'intervention chirurgicale en urgence qui consiste à réduire la hernie, à réséquer l'intestin si sa vitalité est compromise puis à réparer l'orifice herniaire.

III.2.1 Occlusions hautes par obstruction

Tumeurs du grêle ou de la valvule de Bauhin

Le traitement est chirurgical (résection) ou médical (chimiothérapie, etc.). Il dépend de la nature de la tumeur et de son extension.

Iléus biliaire

L'occlusion est traitée chirurgicalement, une entérotomie permettant l'extraction du calcul. Le traitement de la fistule biliaire est réalisé dans un second temps.

Sténose bénigne

Les occlusions sur sténose bénigne sont incomplètes et cèdent au traitement médical associant aspiration nasogastrique, perfusions et traitement de la cause. Une intervention est parfois nécessaire dans un second temps (comme dans la maladie de Crohn par exemple).

III.2.1 Occlusions basses par strangulation

Volvulus du colon pelvien

En l'absence de signe de souffrance ischémique du colon volvulé, le traitement consiste en une détorsion endoscopique suivie de la mise en place d'un tube de Faucher qui sera laissé en place quelques jours et par lequel seront réalisés des lavements pour évacuer le colon d'amont. Quelques jours plus tard, une intervention à froid (sigmoïdectomie avec anastomose colorectale) sera réalisée sur un côlon non distendu.

Volvulus du cæcum

Le traitement est chirurgical et consiste en une colectomie droite avec rétablissement immédiat de la continuité digestive par une anastomose iléo-transverse.

III.2.1 Occlusions basses par obstruction

Cancer colorectal

On apprécie le degré de dilatation du colon en amont (colectasie ?) ainsi que la souffrance du colon droit (pneumatose pariétale ?) sur le scanner abdominopelvien réalisé en urgence. En l'absence de signes de gravité, le traitement est d'abord médical avec perfusion et sonde gastrique en aspiration et surveillance régulière clinique et radiologique. Si l'occlusion ne cède pas en quelques heures, plusieurs procédés thérapeutiques peuvent être envisagés. La mise en place d'une endoprothèse métallique transtumorale permet de lever l'occlusion et trouve ses meilleures indications dans les sténoses basses sans souffrance du colon d'amont et chez des patients en bon état général. Si sa réalisation n'est pas possible, on peut faire une colostomie en amont de la tumeur. La semaine suivante, l'occlusion étant levée, un bilan complet est réalisé (opérabilité, résécabilité, métastases à distance, cancer ou polype synchrone) avant de proposer une colectomie gauche carcinologique emportant la prothèse ou la colostomie.

La continuité est rétablie par une anastomose colorectale. En cas de souffrance du colon d'amont, on réalise en urgence une colectomie sub-totale avec anastomose iléo-rectale.

Fécalome

Le fécalome est retiré manuellement et avec des lavements en prenant garde au risque de perforation rectale.

Syndrome d'Ogilvie ou colectasie aiguë idiopathique

Le traitement repose sur l'exsufflation endoscopique éventuellement réalisée de façon itérative. Certains prokinétiques (prostigmine) peuvent être utilisés avec prudence.

(Recommandation : (1) Haute Autorité de Santé. Sondage urinaire [en ligne]. 1999.)

(1) Sondage urinaire.

(Recommandation : (2) National Guideline Clearinghouse. ACR Appropriateness Criteria® suspected small bowel obstruction [en ligne].) (2) ACR Appropriateness Criteria® suspected small bowel obstruction.

IV ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- (1) FURUKAWA A., KANASAKI S. et al. CT Diagnosis of Acute Mesenteric Ischemia from Various Causes. American journal of Roentgenology [en ligne]. 2009, Vol. 192, 408-416 p. : : <http://www.ajronline.org/cgi/content/abstract/192/2/408>
- (2) VAUMAS de C., MONTRAVERS P. et al. Syndromes occlusifs [en ligne]. Anesthésie-Réanimation [36-726-A-50]. : <http://www.em-consulte.com/article/69314>

RECOMMANDATION

- (1) Haute Autorité de Santé. Sondage urinaire [en ligne]. 1999. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_447551/sondage-urinaire
- (2) National Guideline Clearinghouse. ACR Appropriateness Criteria® suspected small bowel obstruction [en ligne]. : http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8595#s23

ABRÉVIATIONS

- ASP : Abdomen sans préparation
- TDM : Tomodensitométrie