

Occlusions digestives

A - Définitions

- **Occlusion intestinale** : arrêt complet du transit intestinal
- Il en existe 2 types :

Occlusion fonctionnelle	Occlusion mécanique	
<ul style="list-style-type: none"> - Paralysie de l'intestin, sans obstacle - Arrêt du péristaltisme de l'ensemble du tube digestif - Causes : métaboliques, médicamenteuses, foyer inflammatoire intra-abdominal 	Par strangulation : Début brutal	Par obstruction : Evolution plus progressive
	Avec souffrance des vaisseaux nourriciers étranglés	Sans souffrance vasculaire
	Peut aboutir rapidement à la nécrose intestinale	Distension progressive de l'intestin d'amont
	Risque +++ de perforation intestinale	
	<i>Ex : volvulus/bride, hernie étranglée</i>	<i>Ex : le cancer intestinal</i>

B - Conséquences physiopathogéniques

- En aval : arrêt de l'émission des gaz et des matières
- En amont :
 - **Accumulation des sécrétions digestives, des gaz** (ingérés ou produits) **et des aliments**
 - 1 -> Nausées et vomissements
 - 2 -> Distension intestinale -> création d'un 3ème secteur

Elévation de pression intra-luminale
+/- Stase splanchnique -> ischémie paroi -> perforation

1+ 2 => Hypovolémie efficace : pertes en eau + électrolytes
 - **Pullulation et translocation bactérienne**
- *Devant une occlusion digestive, il faut :*
 - 1) *Affirmer le diagnostic d'occlusion*
 - 2) *Préciser son siège : haute (estomac, duodénum, grêle), basse (colon, rectum)*
 - 3) *Préciser son mécanisme*
 - 4) *Rechercher la cause*
 - 5) *Evaluer son retentissement général*
 - 6) *Traiter l'occlusion*

C - Diagnostic clinique de l'occlusion

- Signes fonctionnels :
 - **Douleur** :
 - Début brutal ou progressif
 - Continue ou coliques
 - Siège localisé ou diffus
 - **Vomissements et/ou nausées** : abondance, aspect (gastrique, bilieux, fécaloïde)
 - **Arrêt des gaz et des matières** :
 - Gaz : valeur ++, parfois difficile à préciser

- Matières : parfois tardif (vidange inférieure)

Plus l'occlusion est haute, plus les vomissements sont précoces et l'arrêt des matières et des gaz est retardé

▪ Signes physiques :

- **Météorisme abdominal** : distension abdominale
 - Inspection : symétrique global ou asymétrique ? immobile ou ondes péristaltiques ?
 - Percussion : tympanisme (gaz)
 - Palpation : douleur, défense, contracture, souffrance intestinale ? Tumeur abdominale palpable ?
 - Auscultation : silencieux (strangulation) vs bruits de filtration (obstruction)
- **Cicatrices abdominales, éventrations**
- **Palpation des orifices herniaires**
 - Inguinaux, cruraux, ombilical
 - Hernie étranglée : tuméfaction douloureuse, non réductible, non impulsive
- **Toucher rectal et vaginal** : douleur au Douglas, masse pelvienne ou rectale

▪ Signes généraux : absents au début

- **Déshydratation** globale : tachycardie, hypotension, faciès grisâtre, oligurie, soif sécheresse muqueuse
- **Fièvre**
 - Par foyer septique intra-abdominal premier
 - Par souffrance intestinale secondaire
- **Perturbations biologiques** :
 - Hémococoncentration, (protides, albumine, hématocrite)
 - Insuffisance rénale fonctionnelle (urée>créatinine)
 - Alcalose hypochlorémique
 - Hypokaliémie
 - Hyperleucocytose neutrophile

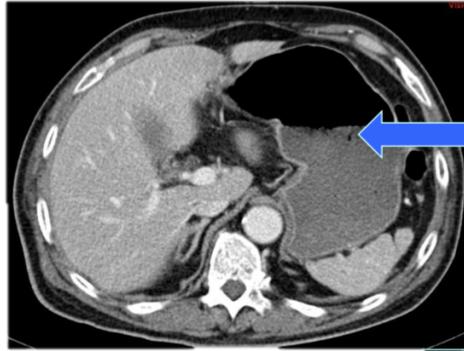
D - Diagnostic radiologique

Occlusion mécanique	Occlusion fonctionnelle
L'intestin d'amont est distendu , à contenu hydrique et gazeux ⇒ Niveaux hydro-aériques (NHA) normalement absents (sauf si diarrhée c/o enfant)	Tout l'intestin est distendu
L'intestin d'aval est plat et vide de gaz => précise le site de l'occlusion	

❖ **SCANNER ABDOMINO-PELVIEN**

- A réaliser en **URGENCE**
- **Avec injection de contraste** IV +/- opacification digestive basse ou haute
- Visualise : l'intestin d'amont dilaté, la jonction dilaté/plat, souvent la cause de l'obstacle (*tumeurs digestives/extra-digestives, carcinose, volvulus du grêle, du colon, hématome intrapariétal, colite ischémique, foyer septique intra-abdominal, abcès, obstruction vasculaire mésentérique*)

Hématome duodénal spontané avec occlusion haute



Estomac distendu et niveau

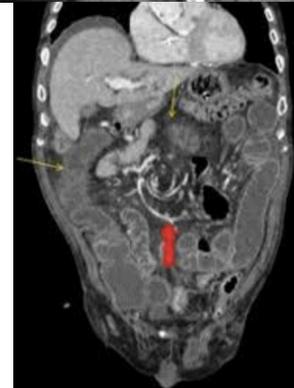
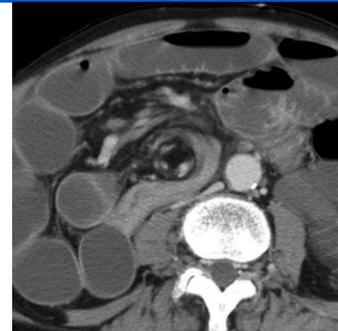
Hématome D2, sans injection



Jonction grêle dilaté/plat



Volvulus de l'intestin grêle (whirl sign)



Anses grêles dilatées + côlon plat

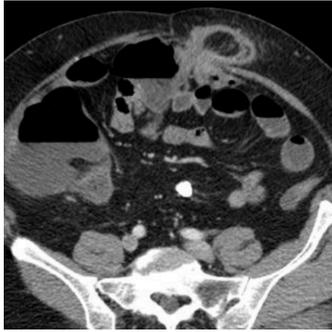


Occlusion sur bride



Occlusion sur tumeur abdominale

Eventration étranglée



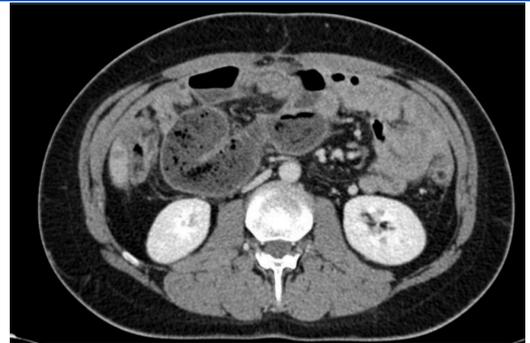
Hernie ligne blanche externe



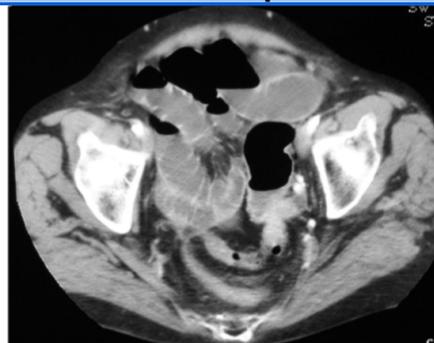
Ischémie du grêle



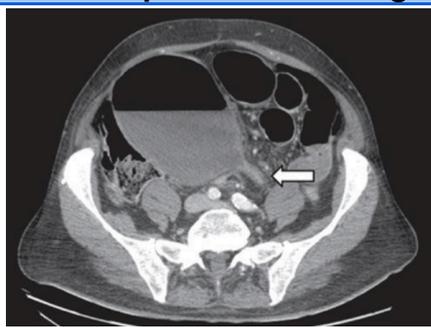
Feces sign



Occlusion du côlon sur tumeur colique



Occlusion par volvulus du grêle



Occlusion du côlon sur fécalome



❖ **ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP)**

- Plusieurs incidences : face couché (type d'intestin distendu), face debout, +/- profil couché (NHA)
- Recherche : pneumopéritoine, calcul biliaire, aérobilie, distension intestinale

Distension gastrique

- Isolée si occlusion antrale, duodénale ou jéjunale haute
- Diagnostic difficile
- Grisaille de la moitié supérieure de l'abdomen
- Disparition des clartés gazeuses du grêle et du côlon



Distension du grêle

- Niveaux hydro-aériques : centraux, souvent petits, multiples en tuyaux d'orgue, plus larges que haut
- Aspect du tube : valvules conniventes serrées, d'un bord à l'autre du tube
- Colon, rectum vides de gaz



Distension du côlon

- Niveaux hydro-aériques : périphériques, volumineux, plus hauts que larges
- Aspect du tube : haustrations coliques éloignées, ne vont pas d'un bord à l'autre
- Diamètre du caecum > 10 cm => DANGER
- Le grêle d'amont peut être distendu (Bauhin forcée)



❖ **LE LAVEMENT OPAQUE**

- Toujours aux hydrosolubles (pas de Baryté car risque de perforation)
- Précise le **siège** d'un obstacle colique et son type :
 - Tumeur intestinale : lacune irrégulière sténosante, circonférentielle, défilé excentré, raccordement angle aigu/muqueuse saine
 - Sténose fibreuse : (radique, sigmoïdite...), lacune circonférentielle régulière, raccordement à angle obtu/muqueuse saine
 - Compression extrinsèque : lacune régulière, marginale, raccordement à angle obtu/muqueuse saine
 - Volvulus : aspect en bec d'oiseau
- Aujourd'hui le lavement opaque est le plus souvent **remplacé par un scanner abdominal**

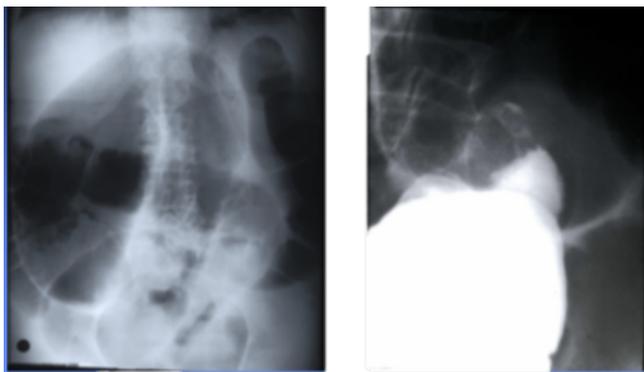
Tumeur charnière recto-sigmoïde



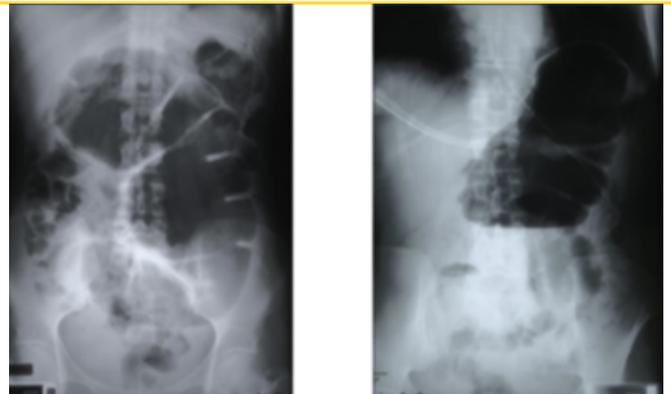
Pseudo-tumeur inflammatoire sigmoïde



Volvulus du sigmoïde



Volvulus du caecum



❖ **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

- Gênée par la distension gazeuse, peu utile

E - Causes des occlusions

❖ OCCLUSIONS MECANIQUES

- Occlusions gastro-duodénales
 - Tumeurs gastroduodénales
 - Ulcères gastroduodénaux
 - Tumeurs bilio-pancréatiques
 - Hématome duodéal
 - Pince mésentérique
- Occlusions du grêle
 - Par strangulation :
 - Hernies, éventrations étranglées 40%
 - Hernies internes (obturatrice, ischiatiques, diaphragmatiques, lombaire..)
 - Brides, adhérences (post-opératoires 40%, post-inflammatoire, congénitale (ouraque, Meckel, Ladd)
 - Volvulus sur bride
 - Invagination (spontanée chez enfant, sur lésion chez l'adulte)
 - Par obstruction :
 - Tumeurs du grêle (ADK, carcinose, lymphome, sarcomes)
 - Maladies inflammatoires (Crohn, tuberculose, entérite radique)
 - Iléus biliaire (aérobilie ++)
 - Hématome post-traumatique
- Occlusions coliques
 - Par strangulation :
 - Volvulus du côlon droit (tableau d'occlusion du grêle, par défaut d'accolement c/o sujet jeune)
 - Volvulus du côlon pelvien ou sigmoïde (sujet âgé constipé chronique)
 - Par obstruction :
 - Cancer du côlon D, T, G
 - Cancer du rectum
 - Carcinose
 - Sténoses inflammatoires (MICI, radique, diverticulite, pancréatite nécrosante, ischémique)
 - Sténoses d'anastomoses chirurgicales

❖ OCCLUSIONS FONCTIONNELLES

- Foyer septique ou inflammatoire intra-abdominal (cholécystite, appendicite, sigmoïdite, salpingite)
- Pathologie rétro-péritonéale (pancréatite, colique néphrétique, hématome rétro-péritonéal, dissection aortique)
- Troubles métaboliques (hypokaliémie, hypocalcémie...)
- Médicaments (morphiniques, neuroleptiques...)

❖ INFARCTUS MESENTERIQUES

Oui c'est vide, il n'y a rien dans la diapo ^^
Bon courage <3