

Item 349 – Syndrome occlusif

<p><b>Diagnostic</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Arrêt des gaz +++</b></li> <li>▪ Douleur abdominale</li> <li>▪ Arrêt des matières</li> <li>▪ Nausées / vomissements</li> <li>▪ Météorisme abdominal</li> <li>▪ <u>Signes généraux de retentissement +/-</u> : Déshydratation, tachycardie, fièvre</li> <li>▪ <u>Examen clinique</u> : météorisme, cicatrices abdo, tympanisme, BHA ?, hernie ?, anomalie du TR</li> <li>▪ <u>Rx</u> : niveaux hydro-aériques</li> <li>▪ <b>TDM +++</b> (zone de transition)</li> </ul>		
<p><b>Etiologies</b></p>	<p style="text-align: center;"><u>Occlusion mécanique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>URGENCE chir</b></li> <li>- Liée à obstacle organique</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><u>Occlusion fonctionnelle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intéresse grêle et côlon</li> <li>- Niveaux liquides à proximité de la zone patho ou diffus</li> <li>- Tt de la cause pour lever occlusion</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Intraluminal</u> : bézoard, calcul par iléus biliaire, parasite, fécalome</li> <li>▪ <u>Pariétal</u> : tumoral (KC, polype), infla (Crohn, TB, ischémie, radiothérapie), hématome, invagination intestinal</li> <li>▪ <u>Extraluminal</u> : brides post-op, volvulus, hernie étranglée, carcinose péritonéale, tumeur ovarienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Iléus réflexe</u> : colique néphrétique, infection pleuropulmonaire, IDM, GEU, torsion de kyste ovarien, trauma (rachis, bassin, hématome du psoas), pancréatite aigüe, appendicite mésocœliaque, péritonite, infarctus mésentérique</li> <li>▪ <u>Pseudo-obstruction intestinale</u> (trb moteur) : métabo (hyperCa<sup>2+</sup>, hypoK<sup>+</sup>, acidose), médocs (opiacés, anticholinergiques, neuroleptiques), maladie générale (diabète, hypothyroïdie, sclérodermie), Sd d'Ogilvie</li> </ul>	
<p><b>Siège de l'occlusion</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Occlusion haute</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs vives</li> <li>- Vomissements précoces, abondants</li> <li>- Arrêt des matière +/- retardé</li> <li>- Etat général altéré +++ : déshydrat°</li> <li>- Météorisme abdominal minime</li> <li>- NHA : multiples, centraux, plus larges que hauts</li> </ul>		<p style="text-align: center;"><b>Occlusion basse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs peu intenses</li> <li>- Vomissements rares et tardifs (fécaloïdes)</li> <li>- Arrêt précoce des matières</li> <li>- Etat général conservé</li> <li>- Météorisme abdo important : tympanique++</li> <li>- NHA : rares, plus hauts que larges</li> </ul>
	<p><b>Mécanisme</b></p>	<p><i>Généralités</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>Occlusion par Strangulation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>URGENCE</b> thérapeutique : risque de nécrose intestinale</li> <li>▪ Début <b>brutal</b>, ∅ prodromes, douleur <b>vive</b>, <b>vomissements</b> précoces</li> <li>▪ +/- <b>AEG + déshydratation</b> voire choc hypovolémique</li> <li>▪ +/- signes infectieux (↔ translocation bactérienne)</li> <li>▪ Météorisme discret : <b>silence</b> auscultatoire</li> <li>▪ Rx/TDM : image en arceau avec niveau liquide à chaque pied</li> </ul>
			

	<p><i>Occlusion haute</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Occlusion sur bride ++</b> : début brutal, retentissement ++ Mécanisme : « capotage » d'une anse au-dessus d'une bride ou volvulus d'une anse autour de l'axe fibreux</li> <li>▪ <b>Etranglement herniaire</b> : inguinale, crurale, ombilicale, interne (obturatrice, hiatus de Winslow)</li> <li>▪ <b>Éventrations post-op</b></li> <li>▪ <b>Invagination intestinale</b> (rare)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Sténoses bénignes</b> : maladie de Crohn, ischémie intestinale segmentaire, lésions post-radiques, endométriose, TB iléo-caecale...</li> <li>▪ <b>Tumeurs du grêle</b> : rares, obstruction incomplète (sd de Koenig) ou complète, TDM++.</li> <li>▪ <b>Iléus-biliaire</b> : complication très rare et retardée d'une cholécystite : fistule entre vésicule biliaire et le duodénum où passent des calculs (=&gt; obstruction évoluant par à coups dans les suites d'un épisode douloureux et fébrile de hypochondre D). TDM : air dans voies biliaires</li> </ul>
	<p><i>Occlusion basse</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Volvulus du côlon pelvien</b> : âgé, occlusion rarement complète, EG conservé, météorisme ++, ballonnement asymétrique. Rx : anse sigmoïdienne très dilatée en arceau avec 2 niveaux liquidien</li> <li>▪ <b>Volvulus du caecum</b> : rare, tableau d'occlusion du grêle par strangulation, début brutal, vomissements précoces, ballonnement asymétrique, dlr fosse iliaque droite. Rx : volumineux niveau hydroaérique en hypochondre droit + dilatation du grêle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cancer colique</b> : cancer du côlon G ou du sigmoïde. Début progressif, &gt; 50 ans, modification du transit ou rectorragies minimes <u>TDMi</u> : sténose courte, excentrée, anomalies muqueuses. <b>Si occlusion colique : coloscopie CI</b></li> <li>▪ <b>Fécalome</b> : patients âgés grabataires, TR ++</li> <li>▪ <b>Syndrome d'Ogilvie</b> : dg #el : dilatation gazeuse de la totalité du côlon dans les suites d'un polytrauma ou chez malades intubé-ventilés, âgés/alités/ traités par neuroleptiques <u>ASP</u> : distension majeure du cadre colique</li> </ul>
<p><b>Conséquences</b></p>	<p><i>Occlusions par obstruction et strangulation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Syndrome sus-lésionnel</u> : <b>Hyperpéristaltisme</b> (ondes de lutte) =&gt; distension de intestin d'amont =&gt; 3<sup>ème</sup> secteur, hypovolémie efficace (+/- IRn)</li> <li>▪ Risque <b>d'ischémie</b> de la paroi digestive =&gt; favorise translocations bactériennes et risque de perforation</li> <li>▪ <u>Biologie</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypovolémie (↑ hémocrite, protidémie)</li> <li>- HypoNa<sup>2+</sup></li> <li>- Alcalose métabo si vomissements acides</li> <li>- Acidose métabo avec hyperK<sup>+</sup> si ischémie</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Risque de perforation diastatique</b> au niveau du</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Syndrome lésionnel</u> (Cf occlusion par obstruction)</li> <li>▪ + <b>syndrome lésionnel</b> : <b>compression de axe vasculaire</b> d'une ou plusieurs anses digestives.  =&gt; extravasation plasma et sang dans anse exclue et dans péritoine  Destruction barrière muqueuse + prolifération bactérienne dans anse exclue =&gt; passage endotoxines dans cavité péritonéale et réseau capillaire <b>+/- choc septique</b></li> <li>▪ <b>Risque de nécrose intestinale</b>, signes évocateurs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dlr et défense abdominales</li> <li>- Choc</li> <li>- IRn</li> <li>- HyperK<sup>+</sup></li> </ul> </li> </ul>

		<p>caecum si distension colique très importante</p> <p><i>PEC en urgence :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi TA et FC</li> <li>- Iono, NFS (hémococoncentration, SIB)</li> <li>- Perfusion pour hydratation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes ischémie intestinale au TDM</li> </ul> <p>Si + =&gt; chirurgie en urgence</p>
	<b>Occlusion fonctionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Générales, évolution <b>lente</b></li> <li>▪ Vomissements <b>rare</b>s</li> <li>▪ Altérations pariétales tardives et limitées</li> </ul>	
<b>PEC et traitement</b>	<p><u>Exploration d'un arrêt des gaz :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Interrogatoire</u> : début signes, mode d'installation, type dlr, nausées ? vomissements ? leur caractère, ATCD chirurgicaux</li> <li>▪ <u>Examen physique</u> : importance météorisme, BHA, signes péritonéaux (défense, contracture, dlr au TR), masse, fécalome au TR, orifices herniaires</li> <li>▪ <b>Signes de gravité</b> : fièvre, signes de déshydratation, signes de choc</li> </ul>		
		<b>Occlusion par strangulation</b>	<b>Occlusion par obstruction</b>
	<i>Occlusion haute</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Bride</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Signes de gravité : <b>chirurgie</b> urgente</li> <li>➢ Si Ø s. de gravité : 1) tt <b>médical</b> 48h ou test à <b>Gastrografine®</b>. 2) Chirurgie</li> </ul> </li> <li>▪ <u>Étranglement herniaire</u> : <b>chirurgie</b> en urgence : lever étranglement, évaluer viabilité de anse, réséquer intestin si vitalité compromise, réduire hernie et réparation orifice herniaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Tumeurs grêle ou valvule de Bauhin</u> : <b>chirurgie</b> (résection)</li> <li>▪ <u>Iléus biliaire</u> : <b>chirurgie</b> (entérotomie pour extraction de calcul)</li> <li>▪ <u>Sténose bénigne</u> : <b>aspiration nasogastrique + perfusions + tt de cause</b></li> </ul>
	<i>Occlusion basse</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Volvulus du côlon pelvien</u> : <b>détorsion endoscopique</b> ou radiologique puis mise en place d'un <b>tube de Faucher + lavements</b> +/- intervention à froid pour prévention des récives</li> <li>▪ <u>Volvulus du caecum</u> : <b>chirurgie</b> (<b>colectomie droite</b> avec anastomose iléotransverse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Cancer colorectal</u> : TDMi en urgence <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Souffrance côlon d'amont : <b>colectomie</b> subtotala + anastomose iléorectale</li> <li>➢ Si Ø s. de gravité : 1) tt <b>médical</b> (perfusion + SNG)</li> </ul> </li> </ul> <p>+/- <b>endoprothèse métallique transtumorale</b> ou <b>colostomie</b> en amont de la tumeur</p> <p><i>Qd occlusion levée</i> : bilan + colectomie/colostomie + anastomose colorectale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Fécalome</u> : retiré <b>manuellement + lavements</b></li> <li>▪ <u>Sd d'Ogilvie</u> (colectasie aigüe idiopathique) : <b>exsufflation endoscopique</b> (+/- néostigmine)</li> </ul>