



Urgence : occlusion intestinale

[Qu'est ce qu'une occlusion intestinale aiguë ?](#)

[Quelles sont les causes possibles d'une occlusion ?](#)

[Quelles différences entre l'obstacle simple et l'étranglement ?](#)

[Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion du grêle par obstruction ?](#)

[Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion du grêle par strangulation ?](#)

[Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion du côlon par obstruction ?](#)

[Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion du côlon par strangulation ?](#)

[Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion par iléus paralytique ?](#)

[Quels sont les principes du traitement d'une occlusion intestinale aiguë ?](#)

[Quelles sont les principales complications aiguës de l'occlusion intestinale ?](#)

[Dans quelles circonstances opérer en urgence une l'occlusion intestinale aiguë ?](#)

Mise en garde : Certaines urgences digestives sont susceptibles de mettre rapidement en jeu la vie du patient. Les informations proposées ici le sont à titre indicatif et ne doivent en aucun cas servir à l'auto-diagnostic ou à l'auto-médication. L'avis d'un médecin est le seul moyen d'assurer une prise en charge médicale correcte

8.2.1. Qu'est ce qu'une occlusion intestinale aiguë ?

On appelle occlusion intestinale aiguë toute interruption du transit intestinal normal. Elle se traduit par un arrêt des matières et des gaz.

Quel que soit son niveau, l'occlusion intestinale aiguë associe de façon variée des douleurs abdominales, des vomissements, un arrêt des gaz et des selles et un météorisme abdominal.

8.2.2. Quelles sont les causes possibles d'une occlusion ?

La cause de l'occlusion peut être mécanique, par obstacle sur le grêle ou le côlon. Cet obstacle peut être pariétal (par exemple un cancer colique), intraluminal (par exemple un iléus biliaire) ou extraluminal (par exemple une bride postopératoire).

La cause de l'occlusion peut être fonctionnelle, sans obstacle matérialisé. C'est l'iléus « paralytique ». Le péristaltisme intestinal s'arrête au contact d'un foyer infectieux (par exemple, une appendicite ou une péritonite) ou inflammatoire (par exemple, une pancréatite aiguë). La cause peut aussi être un épanchement de sang intrapéritonéal ou sous-péritonéal (par exemple, après une fracture du bassin) ou lors d'un épisode douloureux intrapéritonéal ou rétropéritonéal (par exemple, une colique hépatique ou une colique néphrétique).

Une occlusion postopératoire peut compliquer toute intervention intrapéritonéale. Précoce, dans les premiers jours postopératoires, elle peut être due à une infection intrapéritonéale, un épanchement sanguin intrapéritonéal ou rétropéritonéal ou à des adhérences intestinales. Tardive, dans les mois ou les années qui suivent l'intervention, elle est essentiellement liée à des adhérences intestinales, à des brides intrapéritonéales. C'est la circonstance d'occlusion intestinale aiguë la plus fréquente. Après une intervention pour cancer digestif, il peut aussi s'agir du développement d'une carcinose péritonéale.

8.2.3. Quelles différences entre l'obstacle simple et l'étranglement ?

En cas d'obstacle simple, l'intestin d'amont se remplit :

– de liquides de sécrétions digestives non résorbées : salive, suc gastrique, bile, suc pancréatique et sécrétion intestinale ;

– de gaz, essentiellement formés de l'air dégluti.

Cette zone en stagnation constitue un troisième secteur et elle est le siège d'une pullulation microbienne. La conséquence de cette réplétion est une distension pariétale intestinale, d'où une gêne progressive aux circulations lymphatique, veineuse et artérielle. La distension maximale en cas d'occlusion colique avec une valvule de Bauhin étanche risque d'entraîner une perforation diastatique du côlon droit.

Dans certains cas, l'occlusion est due à l'étranglement d'une anse par volvulus ou par incarceration de l'anse dans un orifice étroit. La vascularisation de l'anse est immédiatement entravée et l'anse risque de se nécroser, d'où l'urgence du diagnostic et de l'intervention.

8.2.4. Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion du grêle par obstruction (figures 1>2>3)?

Type : l'occlusion sur bride

- Les signes fonctionnels sont des douleurs d'installation brutale, rapidement progressives à type de coliques (douleur de lutte), vomissements plus ou moins abondants (et souvent précoces). L'arrêt des matières et des gaz est parfois retardé.
- Les signes généraux sont soit peu marqués, soit en rapport avec la déshydratation (pouls accéléré, pression artérielle basse, faciès altéré).
- Les signes physiques sont : à l'inspection, un ventre plat ou un ballonnement médian, des ondulations

péristaltiques, parfois la présence d'une cicatrice de laparotomie ancienne. Il existe parfois, à la palpation, un point douloureux sur l'obstacle et, à la percussion, un tympanisme médian. On peut entendre, à l'auscultation, des bruits de lutte intestinale. Le toucher rectal est normal.

- Les signes biologiques peuvent témoigner d'une déshydratation (hémococoncentration, insuffisance rénale).
- L'ASP de face, debout et couché, objective un estomac plein avec un grand niveau liquide, un grêle distendu, de nombreux niveaux hydroaériques et le côlon n'est pas visible (figures 1 - 3). Si le diagnostic n'est pas évident, on peut répéter les clichés au bout de quelques heures, ou s'aider dans certains cas d'un transit opaque hydrosoluble qui objective la distension du grêle et indique le siège de l'arrêt. Les modifications sur l'ASP sont fonction du délai écoulé depuis le début des signes et du siège de l'occlusion sur le grêle. Les niveaux hydroaériques ne sont nets qu'après la 6^e heure d'évolution.

Une scanographie peut être faite et montrer le niveau de changement de calibre entre la partie dilatée et la partie vide de l'intestin grêle.

Cas particulier, l'iléus biliaire : C'est une occlusion due au passage dans l'intestin grêle, rarement dans le côlon, d'un volumineux calcul vésiculaire à travers une fistule cholécysto-duodénale ou cholécysto-colique. Survenant habituellement chez une femme âgée, cette occlusion évolue par poussées dues au déplacement du calcul. L'examen radiologique de l'abdomen sans préparation peut découvrir le calcul biliaire radio-opaque siégeant en dehors de l'aire de projection des voies biliaires. Le signe le plus caractéristique est la présence d'air dans les voies biliaires (aérobilie).

8.2.5. Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion du grêle par strangulation ?

Type : volvulus partiel du grêle autour d'une bride ou en amont

- Les signes fonctionnels sont une douleur abdominale brutale et violente, fixe dans son siège et son intensité (douleur d'ischémie), des vomissements abondants et un arrêt des matières et des gaz.
- Les signes généraux sont un état général rapidement altéré et une fièvre possible.
- Les signes physiques dépendent de la longueur de l'anse volvulée et de la durée de l'ischémie. On trouve à la palpation un ballonnement localisé avec un point douloureux précis au pied de l'anse et parfois une défense et, à l'auscultation, un silence localisé au siège de l'anse. Il peut aussi exister des bruits en rapport avec la lutte du péristaltisme intestinal. Le toucher rectal est normal.
- On recherche des signes biologiques de déshydratation.
- Le cliché d'ASP révèle l'anse intestinale, plus ou moins distendue et un ou deux niveaux hydroaériques. En amont de celle-ci, le grêle et l'estomac sont plus ou moins distendus. Le côlon n'est pas visible.

Autres exemples

Hernie (crurale, inguinale, ombilicale) ou éventration étranglée : la hernie ou l'éventration se modifie, devient irréductible, non impulsive à la toux, douloureuse surtout au collet. La hernie peut ne pas être douloureuse, c'est pourquoi il faut toujours examiner les orifices herniaires chez un sujet atteint d'occlusion.

8.2.6. Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion du côlon par obstruction (figures 4 > 5 > 6 > 7) ?

Type : cancer du côlon gauche (figures 6 - 7)

- Les signes fonctionnels sont une douleur progressive à type de coliques. Les vomissements sont peu fréquents. S'ils existent, ils sont retardés, et peuvent être fécaloïdes si l'occlusion se prolonge. L'arrêt des gaz est précoce. L'arrêt des matières est moins apparent car il peut s'agir d'un sujet constipé.
- L'état général est peu altéré.
- Les signes physiques sont caractéristiques. On trouve, à l'inspection, un ballonnement initialement périphérique, plus tard généralisé. Parfois, on peut percevoir, à la palpation, une masse dans la fosse iliaque gauche, due au cancer et aux matières fécales impactées sur l'obstacle. Il existe, à l'auscultation, des bruits de lutte. Le toucher rectal est normal ou permet (rarement) la perception d'un cancer du sigmoïde prolévé dans le cul-de-sac de Douglas.
- La biologie est peu perturbée.
- Le cliché d'ASP trouve une dilatation colique périphérique avec des niveaux hydroaériques dans les flancs. Le grêle est modérément dilaté au début.
- Le lavement opaque met en évidence un défilé irrégulier sur le côlon gauche. Ce lavement doit être fait sous faible pression, préférentiellement avec un produit de contraste hydrosoluble, lorsque l'on craint une perforation. Dans le cas contraire la baryte donne des images de bien meilleure qualité.

Autre exemple : sigmoïdite diverticulaire (figure 8)

8.2.7. Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion du côlon par strangulation ?

Type : volvulus du côlon sigmoïde

- Les signes fonctionnels sont représentés par une douleur dans la fosse iliaque gauche qui se différencie d'éventuelles crises antérieures par son intensité et sa durée. Il y a peu de vomissements. L'arrêt des matières et des gaz est immédiat.
- Les signes généraux sont modérés chez ce sujet en général âgé.
- A l'examen physique, on trouve un ballonnement rapidement monstrueux, asymétrique, en diagonale oblique en haut et à gauche. L'anse colique distendue est inerte, tympanique et silencieuse. Au toucher

rectal, l'ampoule rectale est vide.

- Il n'y a pas d'anomalies biologiques.
- Le cliché d'abdomen sans préparation révèle l'anse colique volvulée, monstrueuse et dilatée, avec un ou deux vastes niveaux liquides et il se fait une distension colique progressive en amont.
- Au lavement opaque, le rectum se termine en cône, parfois un peu de liquide filtre à travers l'obstacle, se diluant dans le liquide de stase dans l'anse volvulée. Ce lavement doit être fait sous faible pression, préférentiellement avec un produit de contraste hydrosoluble, lorsqu'on craint une perforation. Dans le cas contraire, la baryte donne des images de bien meilleure qualité. Il peut parvenir à dévolvuler le côlon.

8.2.8. Quelles sont les caractéristiques d'une occlusion par iléus paralytique ?

Type : l'iléus généralisé

- Les signes fonctionnels sont une douleur abdominale diffuse (en général moins intense que celle des occlusion mécaniques), continue ou par crampes, des vomissements et un arrêt des matières et des gaz.
- Les signes généraux sont ceux de l'affection causale, par exemple, graves en cas de pancréatite aiguë nécrosante et nuls en cas de colique néphrétique.
- Les signes physiques sont un ballonnement diffus et il existe un silence complet à l'auscultation.
- Les signes biologiques sont ceux de l'affection causale.
- Sur l'ASP, il existe une distension diffuse à la fois du grêle et du côlon, avec beaucoup d'air et peu de liquide.

Cas particulier : le syndrome d'Ogilvie

Il s'agit d'une pseudo-occlusion. C'est une distension gazeuse aiguë du côlon. Il peut survenir après un traumatisme de l'abdomen ou du rachis ou en cas d'insuffisance respiratoire.

8.2.9. Quels sont les principes du traitement d'une occlusion intestinale aiguë ?

Traitement médical

L'hospitalisation est nécessaire. Le traitement comporte la pose d'une sonde gastrique d'aspiration, la correction des troubles hydro-électrolytiques et, éventuellement, des antibiotiques. Ce traitement peut suffire en cas d'iléus paralytique.

Traitement chirurgical

S'il y a strangulation, il faut lever le garrot le plus vite possible et traiter l'anse en fonction de sa vitalité.

S'il y a obstruction, il faut lever l'obstacle. Si ce geste est impossible (par exemple en cas de cancer colique inextirpable), on pratique une dérivation externe en amont de l'obstacle par colostomie ou iléostomie ou un court-circuit par entéro-anastomose. Dans tous les cas, il faut terminer l'intervention par la vidange rétrograde de l'intestin grêle vers la sonde d'aspiration.

En cas d'iléus paralytique, l'indication varie en fonction de la cause.

Traitement instrumental

Il est exceptionnellement indiqué. Il s'agit, par exemple, d'une intubation rectocolique en cas de volvulus du côlon sigmoïde, d'un lavement désinvaginant en cas d'invagination intestinale aiguë du nourrisson et de coloscopies itératives de décompression dans le syndrome d'Ogilvie pour éviter la perforation diastatique du côlon droit.

8.2.10. Quelles sont les principales complications aiguës de l'occlusion intestinale ?

Les facteurs qui menacent la vie au cours d'une occlusion intestinale aiguë sont : le choc hypovolémique et ses conséquences, la perforation intestinale, les hémorragies digestives (stress ou syndrome de Mallory-Weiss) et les pneumopathies par inhalation de vomissements.

Il existe de plus un risque local, celui de nécrose ou de perforation intestinale résultant d'ulcérations mécaniques (iléus biliaire) ou d'une ischémie pariétale, soit sur l'obstacle (bride, étranglement, volvulus) soit en amont de l'obstacle (perforation diastatique due à la distension gazeuse).

8.2.11. Dans quelles circonstances opérer en urgence une l'occlusion intestinale aiguë ?

En cas de menace de nécrose d'une anse intestinale ou un diagnostic causal incertain.