

## Chapitre 31 - Item 349 - UE 11

# Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte

- I. Diagnostiquer un syndrome occlusif
- II. Évaluer les conséquences de l'occlusion
- III. Planifier la prise en charge

### OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

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

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 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 et de décider de la prise en charge.

## I. Diagnostiquer un syndrome occlusif

### A- 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 (vidange du segment situé en aval de l'obstruction). Les vomissements peuvent 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 appréciant le retentissement de l'occlusion :

- déshydratation ;
- tachycardie ;
- fièvre.

L'examen physique doit chercher :

- météorisme à l'inspection ;
- tympanisme à la percussion ;
- présence ou absence de bruits hydro-aériques à l'auscultation ;
- cicatrices abdominales ;
- hernie (palper les orifices herniaires) ;
- anomalie, notamment une douleur, au toucher rectal.

## 2. Signes radiologiques

Le cliché d'abdomen sans préparation debout de face montre quand il est réalisé la présence de niveaux hydro-aériques témoignant de la stase liquidienne dans la lumière intestinale (fig. 31.1).

Fig.

31.1

ASP debout de face. Niveaux hydro-aériques.

Le scanner est l'examen de référence (fig. 31.2).

Fig.

31.2

Diagnostic d'occlusion mécanique.

- Anses sus-lésionnelles dilatées.
- Zone de transition.
- Anses sous-lésionnelles collabées.
- Précision diagnostique : 70–95 %.

Il permet d'affirmer le diagnostic en objectivant une zone de transition entre un grêle dilaté et un grêle collabé.

Il est plus précis que les radiographies d'abdomen sans préparation pour établir le siège de l'obstacle et sa nature. Le siège de l'obstacle se situe à la jonction entre l'intestin dilaté et l'intestin plat.

Occlusions du grêle : aspect TDM avec jonction grêle plat et dilaté et signes de souffrance pariétale.

Il permet (point important) de chercher des signes de souffrance intestinale secondaire à l'occlusion (grâce à l'injection de produit de contraste intraveineux).

Il est aussi très efficace pour trouver ou écarter les diagnostics différentiels.

## B- Diagnostic étiologique

Un syndrome occlusif peut être lié à un obstacle mécanique (occlusion organique) ou à une paralysie du péristaltisme intestinal (occlusion fonctionnelle) (tableau 31.1).

**Tableau 31.1 Causes des syndromes occlusifs**

Obstacle organique	
Intraluminal	
– Bézoard (fig. 31.4), calcul (fig. 31.5), parasite, fécalome	
Pariétal	
– Tumoral : cancer, polype	
– Inflammatoire : maladie de Crohn (fig. 31.6), tuberculose, ischémie, radiothérapie	
– Hématome, invagination intestinale (fig. 31.7)	
Extraluminal	
– Brides post-opératoires (adhérences), volvulus, hernie étranglée	
– Carcinose péritonéale, tumeur ovarienne	
Occlusion fonctionnelle	
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 méso-cœliaque, péritonite, infarctus méésentérique	
Pseudo-obstruction intestinale (trouble moteur)	
– Métabolique : hypercalcémie, hypokaliémie, acidose	
– Médicaments : opiacés, anticholinergiques, neuroleptiques	
– Maladie générale : diabète,	

hypothyroïdie, sclérodermie	
- Syndrome d'Ogilvie	

L'occlusion organique est une urgence chirurgicale même si dans certains cas l'intervention chirurgicale peut être différée voire évitée. Les causes les plus fréquentes sont la strangulation sur bride ou hernie et l'obstruction par un cancer digestif.

---

31.7

Invagination intestinale aiguë.

---

31.6

Occlusion du grêle sur maladie de Crohn.

---

31.5

Iléus biliaire (le calcul obstructif est indiqué par la flèche).

---

31.4

Bézoard.

---

Les occlusions fonctionnelles par paralysie du péristaltisme intestinal intéressent en général à la fois le grêle et le côlon, les niveaux liquides sont situés à proximité de la zone pathologique (anse sentinelle au contact d'un abcès appendiculaire) ou diffus. 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 permet de lever l'occlusion.

## C- Diagnostic du siège de l'occlusion

### 1. Occlusion haute

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.

Les niveaux hydro-aériques sont multiples, centraux, plus larges que hauts (fig. 31.8). On voit les valvules conniventes réalisant de fines incisures allant d'un bord à l'autre de l'intestin dilaté. Sur le scanner, on voit une zone de transition entre un grêle dilaté et un grêle collabé. Le signe dit « feces sign » (présence d'une stagnation stercorale) signe l'occlusion mécanique du grêle.

---

31.8

Occlusion du grêle.

## 2. Occlusion basse

L'obstacle siège sur le cadre colique ou le rectum.

Les signes fonctionnels sont :

- un début progressif ;
- un arrêt net du transit des matières et des gaz ;
- des douleurs souvent peu intenses ;
- des vomissements rares et tardifs ; ils deviennent alors fécaloïdes.

L'état général est longtemps conservé.

Le météorisme abdominal est important, l'abdomen très tympanique.

Sur les radiographies d'abdomen sans préparation de face debout les niveaux hydro-aériques sont rares, périphériques, plus hauts que larges (fig. 31.9). Sur les clichés couchés, on voit des haustrations, larges incisures asymétriques n'allant pas d'un bord à l'autre du côlon dilaté.

Fig.

---

31.9

Occlusion du côlon.

---

Le scanner voit le siège de l'obstacle et souvent sa cause (cancer, volvulus).

## D- Diagnostic du mécanisme

### 1. Occlusion par strangulation

En cas de strangulation, l'étranglement de l'intestin et de son méso compromet la vitalité du segment intestinal concerné (risque de nécrose intestinale).

Il s'agit de ce fait d'une urgence thérapeutique.

Le début est brutal, sans prodrome :

- douleur vive ;
- 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 peuvent apparaître (en rapport avec une translocation bactérienne).

Le météorisme est discret.

Il existe un silence auscultatoire.

Sur les radiographies ou le scanner, on peut noter une image en arceau avec un niveau liquide à chaque pied (fig. 31.10).

Fig.

---

31.10

Non-rehaussement traduisant une souffrance pariétale (signe d'ischémie de la paroi digestive).

---

**a- Occlusion haute**

L'*occlusion sur bride* est la cause la plus fréquente des occlusions du grêle (fig. 31.11). L'occlusion a souvent un début brutal et un retentissement important. Toute intervention chirurgicale, quelle qu'en soit la voie, entraîne d'abord la formation d'adhérences (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. 31.12 cahier quadri, planche 8). L'occlusion peut survenir de très nombreuses années après une laparotomie aussi minime soit-elle, y compris une cœlioscopie. Il existe de très rares cas d'occlusions sur brides spontanées.

Fig.

31.11

Occlusion sur bride.

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

L'*étrangement 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 hernie 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.

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.

**b- Occlusion basse**

Le *volvulus du côlon pelvien* survient le plus souvent chez un patient très âgé (fig. 31.13 à 31.15). 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 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 côlon 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.

Fig.

31.15

Volvulus du sigmoïde (lavement aux hydrosolubles).

Fig.

31.14

Volvulus du sigmoïde (ASP couché).

Fig.

31.13

Image hydro-aérique en arceau : volvulus.

Le *volvulus du cæcum* 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 déshabillée. Le diagnostic est confirmé par l'opacification basse (lavement aux hydrosolubles ou scanner avec opacification) qui s'arrête avant le cæcum.

## 2. Occlusion par obstruction

L'occlusion est la conséquence d'un obstacle endoluminal ou pariétal qui en général s'est développé progressivement. On note une phase préocclusive. Quand l'occlusion siège sur l'intestin grêle, il s'agit d'un syndrome de Kœnig 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 hyperpéristaltisme. Les bruits hydro-aériques sont conservés.

Sur les radiographies d'abdomen sans préparation, les niveaux hydro-aériques sont nombreux. Le scanner montre l'obstacle pariétal ou intraluminal.

### a- Occlusion haute

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 ou l'IRM.

Les *tumeurs du grêle* sont rares chez l'adulte mais peuvent se révéler par une obstruction incomplète (syndrome de Kœnig) 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'adéno-carcinomes 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 passent 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'ASP ou le scanner (cf. fig. 31.5) devant la présence d'air dans les voies biliaires (aérobilie).

### b- Occlusion basse

*En cas de cancer colique*, l'occlusion complique le plus souvent un cancer du côlon 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 minimales. Le diagnostic est fait par l'opacification basse réalisée lors du scanner qui montre une sténose courte, excentrée, avec anomalies muqueuses, et angle de raccordement aigu avec le côlon. 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 souvent mais inconstamment fait au toucher rectal où l'on perçoit une masse fécale dure. La tomodynamométrie est souvent utile.

Le *syndrome d'Ogilvie* est un diagnostic différentiel au cours duquel il n'existe pas d'obstacle mécanique. Il s'agit d'une dilatation gazeuse de la totalité du côlon (et du rectum) survenant le plus

souvent dans les suites d'un polytraumatisme, ou chez des malades intubés-ventilés, chez des patients âgés alités, ou encore des patients traités par neuroleptiques. Cette occlusion fonctionnelle par paralysie motrice du côlon comporte les mêmes risques qu'une occlusion mécanique du côlon. Le diagnostic suspecté à l'ASP devant une distension majeure du cadre colique est confirmé par l'opacification basse (lavement ou TDM) qui ne met pas en évidence d'obstacle organique (tableau 31.2).

**Tableau 31.2**  
**Principales causes des occlusions mécaniques en fonction du siège et du mécanisme**

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



## II. Évaluer les conséquences de l'occlusion

### A- 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 et les sécrétions digestives. Cette séquestration liquidienne dans l'intestin (troisième secteur) est à l'origine d'une hypovolémie efficace qui peut entraîner une insuffisance rénale. 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 (inconstamment) :

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

La distension colique peut être très importante (colectasie si le diamètre du transverse dépasse 7 cm) avec un risque de perforation diastatique 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 et un suivi de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque ;
- un ionogramme sanguin (à la recherche d'une insuffisance rénale et de troubles ioniques) ;
- une numération-formule sanguine (à la recherche de signes d'hémoconcentration) ;
- une perfusion et réhydratation.

### B- Occlusion par strangulation

En plus des éléments du syndrome sus-lésionnel susmentionnés, il s'ajoute un syndrome lésionnel 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 :

- défense abdominale ;
- choc ;
- douleur très importante ;
- insuffisance rénale ;
- hyperkaliémie ;
- signes d'ischémie intestinale au scanner.

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

## C- Occlusion fonctionnelle

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

### A- Stratégie d'exploration et prise en charge d'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 cherche des signes péritonéaux (défense, contracture, douleur au toucher rectal), une masse ou un fécalome au toucher rectal et palpe les orifices herniaires. Il cherche des signes de gravité : fièvre, signes de déshydratation, signes de choc (fig. 31.16).

---

31.16

Fig.

Recherche des signes de gravité.

---

En présence de signes de gravité (souffrance digestive = signes péritonéaux, signes de choc) ou d'une hernie étranglée il existe une urgence chirurgicale. L'intervention doit dans ces cas être réalisée dans le plus court délai sans recours à des examens d'imagerie préalable. Le malade est vu par l'anesthésiste, puis mise en place d'une voie veineuse de bon calibre pour réhydratation et correction des désordres hydro-électrolytiques, d'une sonde naso-gastrique 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, un scanner abdominal avec injection intraveineuse de produit de contraste est réalisé chez le malade bien perfusé. Il permet de préciser le niveau et le mécanisme de l'occlusion. Le patient sera hospitalisé en chirurgie digestive.

En cas d'occlusion haute complète (vomissements incoercibles abondants et 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 d'aider le diagnostic lésionnel sur la TDM par l'ingestion d'un index opaque hydrosoluble.

En cas d'occlusion basse, si l'aspect morphologique évoque un volvulus du côlon pelvien, celui-ci sera traité par détorsion endoscopique. 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.

## **B- Situations cliniques**

### **1 Occlusions hautes par strangulation**

#### a- 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 Gastrografine® 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.

#### b- Étranglement herniaire

Le traitement repose sur l'intervention chirurgicale en urgence qui consiste à :

- réduire la hernie ;
- réséquer l'intestin si sa vitalité est compromise ;
- puis à réparer l'orifice herniaire.

### **2. Occlusions hautes par obstruction**

#### a- Tumeurs du grêle ou de la valvule de Bauhin

Le traitement est chirurgical (résection) dans la majorité des cas. Il dépend de la nature de la tumeur et de son extension.

#### b- 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.

#### c- Sténose bénigne

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

### **3. Occlusions basses par strangulation**

#### a- Volvulus du côlon pelvien

En l'absence de signe de souffrance ischémique du côlon volvulé, le traitement consiste en une détorsion endoscopique ou radiologique 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 côlon d'amont.

Une intervention à froid (sigmoïdectomie avec anastomose colo-rectale) sera par la suite discutée pour prévenir la récurrence et réalisée sur un côlon non distendu.

#### b- 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.

### 4. Occlusions basses par obstruction

#### a- Cancer colorectal

On apprécie le degré de dilatation du côlon en amont (colectasie ?) ainsi que la souffrance du côlon droit (pneumatose pariétale ?) sur le scanner abdomino-pelvien 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.

En cas de souffrance du côlon d'amont, on réalise en urgence une colectomie subtotalaire avec anastomose iléo-rectale.

Si l'occlusion ne cède pas en quelques heures, plusieurs procédés thérapeutiques peuvent être envisagés. La mise en place d'une endoprothèse métallique transtumorale sous contrôle endoscopique et/ou radiologique permet de lever l'occlusion et trouve ses meilleures indications dans les sténoses basses sans souffrance du côlon d'amont. Si sa réalisation n'est pas possible, on peut faire une colostomie en amont de la tumeur.

L'occlusion étant levée, un bilan complet est réalisé (opérabilité, résécabilité, métastases à distance, cancer ou polype synchrone) avant de proposer une colectomie carcinologique emportant la prothèse ou la colostomie. La continuité est rétablie par une anastomose colo-rectale.

#### b- Fécalome

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

#### c- Syndrome d'Ogilvie ou colectasie aiguë idiopathique

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

### POINTS CLEFS

- **Urgence chirurgicale.**
- **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.**

- **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 ?**
- **Il faut chercher des cicatrices abdominales, palper les orifices herniaires et réaliser un toucher rectal.**
- **Les conséquences métaboliques (déshydratation, troubles ioniques) doivent être corrigées.**
- **Le scanner (injecté après lavement) est l'examen morphologique de référence. Il permet d'écartier des diagnostics différentiels, d'affirmer le diagnostic en objectivant les niveaux hydro-aériques, de trouver le siège de l'obstacle à la jonction entre l'intestin dilaté et l'intestin plat, de rechercher la cause et de chercher des signes de souffrance intestinale secondaire à l'occlusion.**
- **En cas d'occlusion haute, les niveaux hydro-aériques sont multiples, centraux, plus larges que hauts et on voit des valvules conniventes réalisant de fines incisures allant d'un bord à l'autre de l'intestin dilaté. En cas d'occlusion basse, au contraire, les niveaux hydro-aériques sont rares, périphériques, plus hauts que larges et on y voit des haustrations, larges incisures asymétriques n'allant pas d'un bord à l'autre du côlon dilaté.**
- **En cas de strangulation, l'étranglement de l'intestin et de son méso compromet la vitalité du segment intestinal concerné. Du fait du risque de nécrose intestinale, il s'agit d'une urgence thérapeutique. Les causes les plus fréquentes sont l'occlusion sur bride, l'étranglement herniaire et les volvulus.**
- **L'occlusion sur bride est la cause la plus fréquente des occlusions du grêle. L'occlusion peut survenir de très nombreuses années après une laparotomie, y compris une cœlioscopie.**
- **Le volvulus du côlon pelvien survient le plus souvent chez un patient âgé. Le météorisme est important, asymétrique. Sur les radiographies on voit une image d'anse sigmoïdienne dilatée, en arceau avec 2 niveaux liquides. L'opacification rectale montre un arrêt effilé, asymétrique, à la jonction recto-sigmoïdienne (image en bec d'oiseau).**