

## Chapitre 15

# Occlusions intestinales

1. Différents types d'occlusion intestinale
2. Sémiologie clinique de l'occlusion aiguë
3. Imagerie de l'occlusion aiguë

**Les occlusions, définies par un arrêt du transit intestinal normal composé de gaz et de matières, représentent une urgence thérapeutique**, dont les causes sont nombreuses. Tous les segments du tube digestif en aval de la papille duodénale majeure peuvent être concernés. Des signes de gravité doivent être recherchés. **Certaines causes sont des urgences chirurgicales et doivent être identifiées précocement par un bilan complémentaire d'imagerie.** Le **retentissement général est constant** et impose des mesures de correction hydroélectrolytiques rapides.

## Différents types d'occlusion intestinale

### Occlusions mécaniques

Elles sont liées à un obstacle organique sur le tube digestif (tableau 15.1), et sont de deux types qu'on peut opposer par la chronologie de l'apparition des symptômes (tableau 15.2).

Tableau 15.1 Différents types d'occlusion et causes les plus fréquentes en fonction de la localisation

Obstruction	Strangulation
<b>Intestin grêle</b>	
Maladie de Crohn	Brides (2/3 des occlusions)
Entérite radique	Volvulus du grêle
Hématome pariétal (accident des anticoagulants)	Hernies, éventrations étranglées
Iléus biliaire (très rare)	
<b>Côlon</b>	
Cancer	Volvulus du côlon sigmoïde
Sigmoïdite	Volvulus du cæcum
Ischémie	
Fécalome	

**Tableau 15.2 Principales différences de présentation clinique entre les occlusions par obstruction et les occlusions par strangulation**

<b>Obstruction</b>	<b>Strangulation</b>
Début progressif des symptômes	Début brutal des symptômes
Douleurs spasmodiques intermittentes	Douleur intense, permanente
Lutte intestinale (augmentation des bruits hydroaériques)	Silence auscultatoire
Météorisme diffus	Météorisme asymétrique
Arrêt du transit progressif	Arrêt du transit brutal

## Occlusions par obstruction

Elles sont de début en général progressif. Les causes sont soit intrinsèques (tumeurs ou sténoses de la paroi digestive liées à une maladie inflammatoire ou à un antécédent d'irradiation), soit intraluminales liées à des corps étrangers dont les fécalomes, les bœzoards et les calculs biliaires (iléus biliaire, classique, mais rare).

## Occlusions extrinsèques (par strangulation ou par volvulus)

Elles sont de début souvent brutal. Le mécanisme le plus fréquent est le blocage d'une anse grêle par une bride postopératoire (figure 15.1). La strangulation ou la torsion (synonyme : volvulus) intéresse non seulement l'intestin mais le ou les pédicules vasculaires entraînant une ischémie pouvant aboutir à la nécrose de la paroi intestinale.

**Toutes les interventions péritonéales, mêmes minimales, peuvent donner lieu à la constitution de brides, et donc à des occlusions. Le risque se maintient dans le temps.**

**Figure 15.1 : Occlusion sur bride après libération du grêle : aspect typique du sillon de striction**

Source : Guillaume Portier



Les occlusions coliques par strangulation sont le fait de torsions (volvulus) de segments coliques mobiles : cæcum et sigmoïde. Le volvulus du côlon transverse est rarissime.

Une cause fréquente et dont le diagnostic est simple bien que souvent retardé est l'étranglement herniaire (voir chapitre 8 « Péritoine – Paroi abdominale »), qu'il s'agisse d'une hernie spontanée

(inguinale, fémorale (anciennement crurale), ombilicale), ou secondaire à une incision chirurgicale (éventration).

**Le traitement des occlusions intestinales (tableau 15.3) est chirurgical, en urgence (occlusions par strangulation) ou en urgence différée (occlusions par obstruction).**

Tableau 15.3 Principes du traitement des occlusions intestinales en fonction de leur mécanisme

Mécanisme de l'occlusion	Traitement
Strangulation	Chirurgie en urgence Exception si volvulus sigmoïdien : traitement endoscopique premier
Obstruction	Chirurgie en urgence différée
Occlusion fonctionnelle	Traitement étiologique

## Occlusions fonctionnelles

Elles sont par définition sans cause organique sur le tube digestif lui-même. **Il s'agit d'un diagnostic d'élimination après bilan complémentaire à la recherche d'une cause organique.**

On les observe dans trois grands contextes cliniques :

- occlusions réflexes ou iléus paralytique, en réaction à une douleur intense intra-abdominale ou rétropéritonéale (colique néphrétique, pancréatite aiguë). Toute ouverture de la cavité péritonéale, pour une intervention chirurgicale en particulier, entraîne une occlusion fonctionnelle réflexe dont la durée varie avec la longueur de l'intervention et l'importance des manipulations de l'intestin ;
- occlusions en contexte inflammatoire (notamment péritonite, abcès intra-abdominal, diverticulite, hématome, hémopéritoine, complications d'une intervention chirurgicale abdomino-pelvienne) ;
- causes métaboliques et endocriniennes (syndrome d'Ogilvie, insuffisance rénale, hypothyroïdie, hypokaliémie, hypocalcémie, etc.).

**Le traitement des occlusions fonctionnelles est donc le traitement de la maladie causale** (voir tableau 15.3), et n'est pas chirurgical. Une exsufflation colique est parfois réalisée en cas de colectasie sévère.

## Sémiologie clinique de l'occlusion aiguë

L'obstruction digestive entraîne une stagnation liquidienne intraluminaire et une diminution de la réabsorption hydrique et électrolytique par la muqueuse intestinale, d'où la création d'un troisième secteur liquidien. La pullulation microbienne endoluminaire participe à la genèse des altérations de la paroi intestinale. Deux types de symptômes en résultent : les vomissements et les signes de déshydratation. L'intestin d'aval est plat : il se vide, parfois brutalement sous forme d'une diarrhée de vidange trompeuse, mais, fait important, sans gaz (« faux » transit). La rapidité d'apparition de ces symptômes dépend du niveau de l'obstacle. Ainsi :

- Les **occlusions hautes** (siégeant dans le duodénum et l'intestin grêle) induisent des **vomissements précoces, et un arrêt du transit plus tardif** (le tube digestif d'aval poursuit sa vidange). Les douleurs sont intermittentes (spastiques).

- Les **occlusions basses** (siégeant dans le côlon ou le rectum) sont révélées par un **arrêt précoce du transit intestinal**. Les vomissements sont tardifs. Les douleurs sont précoces (ce d'autant que la valvule iléocœcale est continente).

L'augmentation de pression intraluminaire induit une ischémie de la paroi digestive, source de douleurs abdominales permanentes, aboutissant au maximum à la perforation.

Dans tous les cas, des signes de gravité doivent être recherchés, imposant l'intervention chirurgicale en urgence (voir [tableau 15.3](#)) : douleur intense résistant aux antalgiques de niveau 1, défense, fièvre, matité déclive des flancs (épanchement péritonéal).

## Imagerie de l'occlusion aiguë

Le seul examen utile en urgence en situation d'occlusion est l'examen tomodensitométrique abdomino-pelvien ([figures 15.2 à 15.4](#)). S'il est disponible rapidement, c'est l'examen de **première intention**. Il précise le niveau lésionnel, identifie la cause, et recherche les signes de gravité (défaut de prise de contraste du segment digestif concerné, épanchement péritonéal, dilatation cœcale de plus de 10 cm, pneumatose pariétale digestive, aéroportie, pneumopéritoine témoin d'une perforation digestive).

**Figure 15.2 : Occlusion du grêle sur bride (tomodensitométrie)**

Les anses iléales et jéjunales sont dilatées (diamètre > 3 cm) avec niveaux hydroaériques (flèches). Le côlon est plat (flèches creuses). La zone de disparité de calibre se situe sur la dernière anse iléale (tête de flèche).

Source : Olivier Lucidarme

**Figure 15.3 : Occlusion du grêle sur masse tumorale mésentérique (tomodensitométrie)**

Les anses iléales et jéjunales sont dilatées (diamètre > 3 cm) avec niveaux hydroaériques (flèches). Le côlon est plat (flèches creuses). La tumeur (têtes de flèche) enserre une anse iléale (\*).

Source : Olivier Lucidarme



**Figure 15.4 : Tomodensitometrie. Occlusion colique sur tumeur sténosante du sigmoïde (flèche)**

Le côlon d'amont est très distendu avec une importante stase stercorale déclinée (têtes de flèche). Le scanner permet d'identifier le lieu et la cause de l'obstacle facilement.

Source : Olivier Lucidarme



Ces examens peuvent être sensibilisés par une opacification basse aux hydrosolubles.

**L'opacification haute est contre-indiquée, du fait du risque d'inhalation.**

devant une suspicion d'occlusion ou dans un autre contexte. L'aspect d'une occlusion sur ce type d'imagerie doit donc aussi être connu [figure 15.5]. L'image typique à rechercher est le **niveau hydroaérique**, témoin de la stagnation liquidienne intraluminaire et de la dilatation du tube digestif sur des clichés en position debout ou demi-assise.

**Figure 15.5 : Occlusion**

Abdomen sans préparation avec rayons horizontaux (debout), montrant des anses digestives dilatées, sièges de nombreux niveaux hydroaériques (flèches).

Source : Olivier Lucidarme

