

Item349-Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un syndrome occlusif. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- HAS 09 indications ASP - Polycopié national: item 217	- Syndrome occlusif = tétrade - Niveau / mécanisme / SdG / étiologie - Grêle: strangulation: bride / hernie - Colon: obstruction: CCR / fécalome - Analyse de chaque élément du Sd - ASP non indiqué - SdG: fièvre / défense / fièvre / choc - Aspiration par SNG en 1er hors SdG - Traitement chirurgical si SdG ou échec (10) - Réduction par tube de Faucher	- TR / orifices herniaires - Distension caecale > 9cm - SdG / urgence chirurgicale (5) - Contre indication coloscopie diagnostique en urgence - Réflexes si SNG (3) - Surveiller reprise du transit

Généralités

Devant toute occlusion, 4 questions (A savoir !)

- **Quel niveau ?** distinguer une occlusion du grêle ou du colon
- **Quel mécanisme ?** obstruction / strangulation / fonctionnelle
- **Quelle étiologie ?** cancer colo-rectal / bride / IIA / volvulus...
- **Quel risque de perforation ?** rechercher des signes de souffrance

Mécanismes de l'occlusion

- **Occlusion par obstruction = obstacle mécanique**
 - **du grêle:** hyperpéristaltisme réactionnel +++ / C°: ischémie digestive
 - **du colon:** accumulation de gaz +++ / C°: distension puis perforation diastatique du caecum
- **Occlusion par strangulation = torsion (volvulus) ou incarceration**
 - !! C° = vasculaires: cf ischémie de la paroi puis **perforation** en < 8h
- **Occlusion fonctionnelle = iléus réflexe**
 - = inhibition du péristaltisme digestif secondaire à une inflammation voisine
 - Pas de péristaltisme (donc pas de vomissement !) mais météorisme +++

Etiologies

Occlusion du grêle (« occlusion haute »)

- **Par obstruction**
 - **Obstacle pariétal**
 - **Tumeur du grêle:** métastases ++, tumeur endocrine
 - **Sténoses non tumorales:** Crohn (Koenig) / hématome (AVK) / ischémiques
 - **Obstacle intra-luminal**
 - **Corps étrangers:** enfants en bas âge ++ (sortie par voies naturelles à 90%)
 - **Iléus biliaire et syndrome de Bouveret**
 - fistule cholécysto-entérique sur cholécystites chroniques / récidivantes
 - iléus biliaire (= occlusion iléale) / Sd de Bouveret (= occlusion duodénale)
 - **Obstacle extrinsèque**
 - **Carcinose péritonéale**
 - **Compression:** utérus polymyomateux / kyste ovarien / PK pancréatique, etc.
- **Par strangulation +++**
 - **Occlusion sur brides (= adhérences péritonéales)**
 - !! Cause la plus fréquente d'occlusion digestive dans les pays développés
 - FdR = atcd de chirurgie abdominale (toujours rechercher appendicectomie +++)

- **Etranglement herniaire** (cf **Hernie pariétale chez l'enfant et l'adulte.**)
 - → palpation des orifices herniaires systématiques (**A savoir !**)
- **Invagination intestinale aiguë** (cf **Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte.**)
 - Chez l'enfant +++ / rechercher tumeur du grêle ou polype chez l'adulte
- **Diverticule de Meckel**
 - Reliquat embryonnaire / torsion par bride entre diverticule et paroi
- **Fonctionnelle = iléus réflexe**
 - Toute infection intra-abdominale (abcès, appendicite, sigmoïdite, PNA, PA, etc.)
 - Toute opération chirurgicale +++ (surveiller transit en postop: **A savoir !**)

Occlusion du colon (« occlusion basse »)

- **Par obstruction +++**
 - **Cancer colo-rectal +++** (cf. **Tumeurs du colon et du rectum.**)
 - !! 70% des occlusions coliques / mode de révélation de 20% des CCR
 - **Clinique:** installation progressive / alternance diarrhée-constipation / AEG
 - **Paraclinique:** ASP typique / lavement hydrosolubles en « trognon de pomme »
 - **Fécalome:** à rechercher systématique chez tout patient âgé: **TR (A savoir !)**
 - **Diverticulite du sigmoïde:** cf forme pseudo-tumorale sténosante (cf **Hémorragie méningée.**)
 - **Corps étranger intra-rectal:** dans ce domaine l'imagination humaine est plutôt débordante...
- **Par strangulation**
 - !! concerne seulement les parties mobiles du colon: sigmoïde +++ / caecum +
 - **Volvulus du sigmoïde** (60-80% des cas)
 - **Terrain:** patients âgés (>70ans) / constipés / hospitalisés / dolicho-colon = FdR
 - **Clinique:** douleur intense et brutale / météorisme prédominant à gauche
 - **ASP:** image typique de « U inversé » +++
 - **Volvulus de caecum** (+/- colon droit / ~20% des cas)
 - **Terrain:** âge >60ans / F > H / constipation / CCR du colon gauche
 - **Clinique:** douleur brutale / vomissement ++ / arrêt des gaz inconstant
 - **ASP:** NHA au niveau de l'hypochondre gauche (cf position non anatomique)
- **Fonctionnelle = syndrome d'Ogilvie**
 - **Définition**
 - = dilatation colique sans obstacle sur colon sain (« colectasie aiguë idiopathique »)
 - Mécanisme: par déséquilibre entre systèmes parasymphatique et sympathique
 - **Clinique**
 - Terrain = H > 60ans +++ / contexte médical ou chirurgical
 - Distension abdominale majeure et diffuse: ventre tympanique sans BHA
 - Arrêt des matières et des gaz / pas de signes péritonéaux (pas de défense)
 - **Paraclinique**
 - Aucun argument pour une étiologie organique retrouvé +++

Diagnostic

Examen clinique

- **Diagnostic positif = signes fonctionnels**
 - **Triade du syndrome occlusif**
 - **Arrêt des matières et des gaz:** d'autant plus précoce que l'occlusion est basse
 - **Vomissements:** d'autant plus précoces que l'occlusion est haute
 - **Douleur abdominale:** !! si en FID: doit faire craindre une souffrance caecale
 - **Météorisme:** préciser si diffus ou localisé
- **Orientation vers le siège**

	Arrêt du transit	Vomissements	Douleur abdominale	Météorisme
Grêle	tardif	précoces / abondants	+++	◦ 0 si jejunum ◦ ++ si iléon
Colon	précoce	tardifs	+	+++

- **Orientation vers le mécanisme**

Obstruction	progressif	abondants / fécaloïdes	spasmes / progressive	Diffus / ondulations péristaltiques
--------------------	------------	------------------------	------------------------------	-------------------------------------

Strangulation	rapide	précoces / clairs	aigue / brutale / intense +++	Asymétrique / silencieux
Fonctionnel	rapide	inconstants	progressive	si iléus = raresi ogilvie = +++

- Orientation vers l'étiologie
 - Interrogatoire
 - **Atcd médicaux**: constipation / MICI / hémorroïdes / diverticulose / CCR
 - **Atcd chirurgicaux**: laparotomie: rechercher cicatrice abdominale +++
 - **Prise médicamenteuse**: ralentisseurs du transit / neuroleptiques / opiacés
 - Examen physique
 - Palpation des **orifices herniaires**: rechercher un étranglement (**A savoir !**)
 - **Toucher rectal**: rechercher un fécalome (**A savoir !**)
 - Rechercher un globe vésical (RAU)
- Evaluation du retentissement: **signes de gravité (A savoir !)**
 - Signes péritonéaux: douleur au TR / **défense** ou contracture à la palpation
 - Signes de **déshydratation** (hypovolémie sur 3ème secteur / obstruction ++)
 - Rechercher un sepsis: **fièvre** (sepsis sur translocation / strangulation ++)
 - Rechercher des signes de **choc**: septique ou hypovolémique

Examens complémentaires

- !! En cas de signes de gravité: AUCUN ne doit retarder le traitement chirurgical (**A savoir !**)
- Pour diagnostic positif
 - Abdomen sans préparation (ASP)
 - **3 clichés**: ASP de face couché + de face debout + centré sur les coupes
 - !! NPO de rechercher le pneumopéritoine (air sous les coupes)
 - Remarque: NHA non spécifiques: aussi dans diarrhée et ischémie digestive

	ASP debout = NHA	ASP couché
Grêle	<ul style="list-style-type: none"> ■ nombreux ■ centraux ■ larges > hauts 	<ul style="list-style-type: none"> ■ valvules conniventes (plis fins, nombreux, d'un bord à l'autre de l'intestin)
Colon	<ul style="list-style-type: none"> ■ peu nombreux ■ périphériques ■ hauts > larges 	<ul style="list-style-type: none"> ■ haustrations coliques (plis courts, épais, ne joignant pas les 2 bords)
Obstruction	<ul style="list-style-type: none"> ■ NHA très nombreux 	
Strangulation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anse en arceau (« grain de café ») avec NHA aux pieds 	
Fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peu ou pas de NHA 	

- TDM abdominale injectée +/- opacification par voie basse aux hydrosolubles
 - En **1ère intention** devant tout syndrome occlusif aigu
 - Examen de référence pour diagnostic et évaluation du retentissement
 - !! Seulement si pas de signe de gravité: ne doit **pas retarder** le traitement (**A savoir !**)
 - Pour le diagnostic
 - **positif**: distension localisée d'un segment digestif
 - **topographique**: occlusion à la jonction entre segment normal et dilaté
 - **étiologique**: recherche tumeur / bride, etc.
- Pour évaluation de la gravité
 - Abdomen sans préparation
 - **Non Indiqué (HAS 09)**
 - Pneumopéritoine = hypertransparence sur cliché centré sur les coupes
 - Distension caecale > **10cm**: risque de perforation diastatique ++
 - Epanchement péritonéal = « grisaille diffus » / effacement des psoas
 - TDM abominale injectée hydrosolubles
 - Idem ASP: caecum > 10cm / épanchement péritonéal / pneumoperitoine
 - En plus : oedème sous-muqueux / ischémie / nécrose (pneumatose pariétale) / aéroportie
 - Bilan biologique
 - **NFS-P + CRP**: syndrome inflammatoire / rechercher anémie
 - **Bilan rénal / GdS**: évaluation des troubles hydro-électrolytique et AB
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Bilan pré-opératoire

- Bilan pré-transfusionnel: Gpe sg / Rh / RAI
- Cs anesthésie / ECG et RTx / TP-TCA
- Test à la gastrograffine
 - Parfois utile en cas d'occlusion grêlique incomplète sans signe de gravité
 - Ingestion d'un index hydrosoluble radio-opaque et ASP à intervalles réguliers
 - → lève l'occlusion dans 2/3 des cas / chirurgie si caecum non atteint à H6
- Contre-indication de la coloscopie en urgence à visée diagnostique (A savoir !)

Signes de gravité +++

- Imposent un traitement chirurgical en urgence (A savoir !) (5)
 - Signes péritonéaux: TR douloureux / **défense** / contracture
 - Signes de sepsis: **fièvre** / hyperleucocytose à la NFS
 - Signes de **choc** (septique ou hypovolémique)
 - Risque de perforation: **distension caecale > 9 cm** à l'ASP
 - Occlusion par **strangulation** (bride ou étranglement herniaire ++)
- Autres signes de gravité à rechercher
 - Cliniques
 - Terrain: tare sous-jacente / AEG
 - **Déshydratation** +/- choc hypovolémique
 - Paracliniques
 - Biologiques
 - Acidose métabolique
 - Syndrome inflammatoire
 - Radiologiques
 - Pneumopéritoine / Epanchement péritonéal
 - Epaissement pariétal sous muqueux (oedème)
 - Amincissement pariétal non rehaussé (ischémie)
 - Pneumatose ou aéroportie (= nécrose pariétale)

Complications

Suivant le niveau/mécanisme, 2 causes pour une même complication

- Dans les occlusions du grêle par strangulation = ischémie
 - Signes de souffrance: douleur intense +/- défense
 - En biologie: hyperleucocytose à la NFS
- Dans les occlusions du colon par obstruction = dilatation
 - Par accumulation de gaz en amont / dilatation caecale: colectasie si diamètre > 7cm
 - Risque imminent de perforation diastatique si **distension caecale à 10-12cm** à l'ASP
- Dans les deux cas: un même risque = la perforation (A savoir !)
 - Perforation par dilatation (dite « diastatique » si colectasie caecale) ou sur ischémie
 - Complication: **péritonite stercorale** / gravité ++ (cf patient déshydraté en plus)

Dans tous les cas: conséquences métaboliques = « 3ème secteur »

- = troubles hydro-électrolytiques et acido-basiques (cf Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques.)
- si occlusion du grêle:
 - Vomissements précoces et abondants = DEC puis **déshydratation** globale
 - si occlusion haute: liquides gastriques = perte de H+ = alcalose métabolique
 - si occlusion basse: liquides biliaires = perte de HCO₃⁻ = acidose métabolique
- si occlusion du colon
 - Vomissements tardifs et liquides mixtes (NaCl, HCO₃⁻, H+, etc.)
 - → déshydratation générale plus tardive et pas de troubles acido-basiques

Traitement

Mise en condition

- Hospitalisation systématique: en urgence / en chirurgie
- Pose d'une VVP / pose d'une sonde naso-gastrique (**SNG**)
- Maintenir le patient à **jeun** (A savoir !) / bilan pré-opératoire
- **Inform**er le patient du risque de stomie si chirurgie à chaud +++

Traitement symptomatique

- Rééquilibrage hydro-électrolytique +++ : **réhydratation** +/- selon iono
- Traitement antalgique: paracétamol en IV (Perfalgan®) + vessie de glace

- **Traitement antispasmodique:** Spasfon® en IV

Aspiration par sonde naso-gastrique

- Systématique en 1ère intention devant tout syndrome occlusif
- **Objectifs:** vidange de l'intestin / ↓ la distension / P^o inhalation
- **!! NPO « réflexes-SNG » +++**
 - Compensation volumique par cristalloïdes IV dès 500mL
 - Prévention de l'ulcère de stress par IPP en IV
 - Prévention inhalation: patient en position 1/2 assise

Traitement chirurgical

- **Indications**
 - En urgence si **SdG:** fièvre / défense / hyperleucocytose / distension > 10cm
 - En pratique: en urgence devant toute occlusion par **strangulation** +++
 - En 2nde intention après SNG si syndrome occlusif obstructif persistant
- **Modalités (exemple d'une occlusion sur bride: 10)**
 - **Laparotomie** (> coelioscopie)
 - **Exploration** de la cavité péritonéale: prélèvements
 - Bilan lésionnel = examen de la **viabilité** (recherche nécrose)
 - Détorsion si strangulation / extraction si obstruction, etc
 - **Traitement étiologique:** section de la bride +/- viscérolyse
 - Vidange rétrograde manuelle +++
 - Résection des segments non viables
 - Ex **anapath.** de la pièce opératoire (**A savoir !**)
 - Anastomose: en 1 temps (++) ou 2 temps
 - Toilette péritonéale / drains / fermeture

Stratégies thérapeutiques spécifiques

- **Syndrome occlusif sur CCR** (cf **Tumeurs du colon et du rectum.**)
 - **Si caecum viable:** colostomie simple en amont du CCR puis bilan puis chirurgie **à froid**
 - **Si caecum non viable:** colectomie subtotal avec anastomose iléo-rectale ou colectomie Dte avec iléocolostomie
 - **Alternative non chirurgicale:** endoscopique: **endoprothèse** par voie basse (ECN 05)
- **Volvulus du sigmoïde**
 - **En 1ère intention (si pas de SdG) = réduction puis chirurgie à froid**
 - par tube de Faucher sous recto-sigmoïdoscopie
 - puis résection colique segmentaire à distance (1S): P^o des récidives (**A savoir !**)
 - **Si SdG ou échec de la réduction**
 - Traitement chirurgical en urgence = résection et stomie (car à chaud)
 - Rétablissement de la continuité à distance (2-3M)
- **Syndrome d'Olgivie**
 - Traitement médicamenteux = Prostigmine® 0.5mg en IVL (anticholinestérasique)
 - Traitement chirurgical si échec médicamenteux + coloscopie ou si SdG

Mesures associées

- **P^o des C^o de décubitus:** **HBPM** / bas de contention / nursing
- **Antibioprophylaxie:** péri-opératoire (ex: augmentin IV 2g/j sur 3j)

Surveillance

- **Clinique:** reprise du **transit** (**A savoir !**) / disparition du syndrome occlusif
- **Paraclinique:** !! pas d'examen de contrôle si pas de complications
- **Si pas de reprise du transit,** évoquer: iléus paralytique +++ ou récidive

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 4 signes de l'occlusion (carré de l'occlusion) ?

- Douleur abdominale - Arrêt des matières et des gaz - Nausées ou vomissements - Météorisme abdominal

Femme 70 ans, douleur hypocondre droit puis sd occlusif ?

- Iléus Biliaire

Qu'est-ce qu'une aéroportie et que cela vous inspire-t-il chez un patient en occlusion ?

- Présence d'air dans la veine porte (au scanner) - Très grave (nécrose digestive étendue, l'air passe dans la veine porte....)

