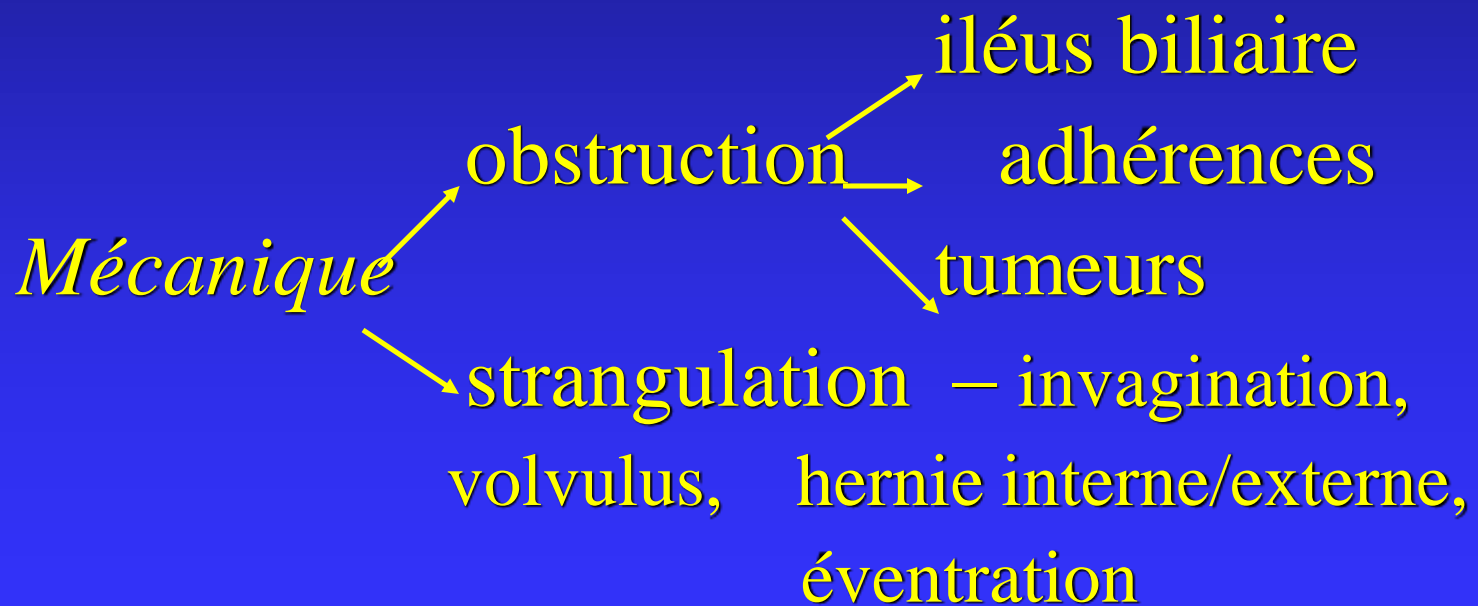


OCCLUSION INTESTINALE

CLASSIFICATION

Dynamique – iléus paralytique



ETIOLOGIE

1. *Adhérences* - la cause la plus fréquente
 - brides congénitales (enfants)
 - post-opératoires ou après processus inflammatoires)
2. *Hernies* – inguinale, fémorale, ombilicale, hernies internes
3. *Eventrations*

ETIOLOGIE

4. *Néoplasmes* – intrinsèques (côlon, intestin grêle)
 - extrinsèques
5. *Invagination* - invagination d'une anse intestinale dans une autre, provoquée habituellement par un polype ou par d'autres lésions intraluminales (rare chez les adultes)
 - plus fréquente chez les enfants, sans lésion organique

ETIOLOGIE

6. *Volvulus* – rotation d'une anse intestinale autour d'un point fixe (anomalies congénitales ou adhérences post-opératoires)
7. *Corps étrangers* – phytobezoar ou corps étrangers engloutis, pouvant obstruer la lumière
8. *Iléus biliaire* – passage d'un calcul/caillou / volumineux à travers l'intestin par une fistule bilio-digestive (cholécysto-duodénale)

ETIOLOGIE

9. Maladies inflammatoires intestinales –
produisant l'obstruction lorsque la lumière
est fermée, par un processus inflammatoire
ou par fibrose de la paroi digestive
10. *Sténose* – due à l'ischémie , aux lésions
d'irradiation, ou encore au traumatisme
chirurgical

PHYSIOPATHOLOGIE

- Distension de l'intestin en amont du niveau de l'obstruction
- Accumulation de sécrétion intestinale
- Déplétion progressive du liquide extracellulaire
- Multiplication bactérienne, E.coli tout particulièrement

PHYSIOPATHOLOGIE

- Distension abdominale avec élévation du diaphragme et insuffisance respiratoire
- Le contenu intestinal très toxique passe dans la circulation et produit le choc toxico-septique

Diagnostic clinique

A. Obstruction simple

Symptômes et signes:

- ✦ *vomissements* - incoercibles (obstruction haute), après un intervalle variant selon le niveau de l'obstruction
 - plus l'obstruction est distale, plus les vomissements (ayant un caractère fécaloïde) sont tardifs
- ✦ *douleur*

Diagnostic clinique

Symptômes et signes:

- *distension abdominale*: minimale ou absente dans les occlusions hautes, prononcée dans les basses
- *péristaltisme* – visible chez les patients maigres
- *bruits hydro-aériques*
- *silence*

Diagnostic paraclinique

Examens de laboratoire:

- normal dans les premières phases
- phases avancées:

→ hémococoncentration

→ leucocytose

→ troubles électrolytiques: Na, K

- amylase sérique souvent élevée

- *acidose ou alcalose*

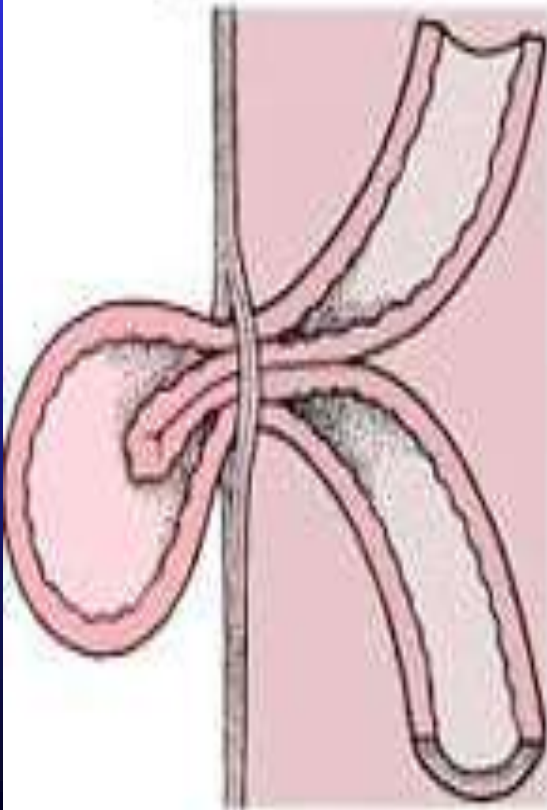
Diagnostic paraclinique

Examens par imagerie :

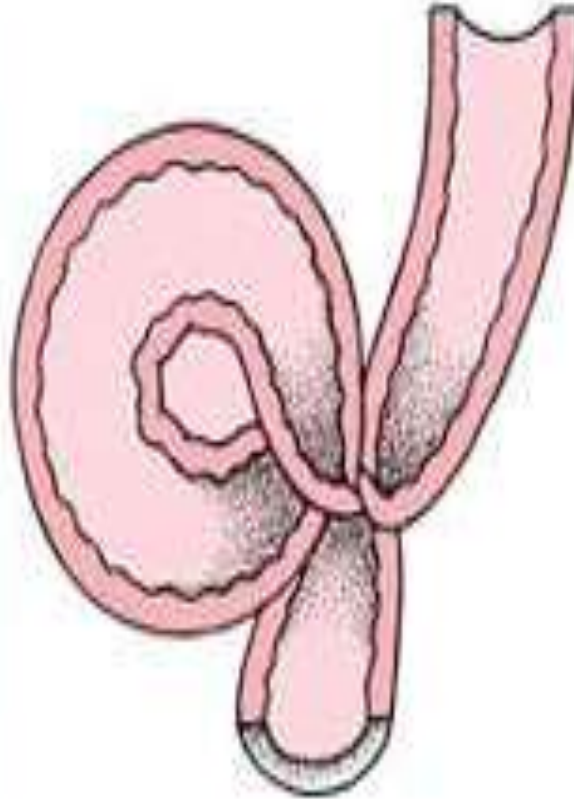
- images hydro-aériques l'abdomen sans prep.
- l'irrigographie dans les occlusions basses (côlon) met en évidence le siège de l'obstruction
- CT → obstruction (chez les patients ayant eu des antécédents néoplasmes)

Diagnostic clinique

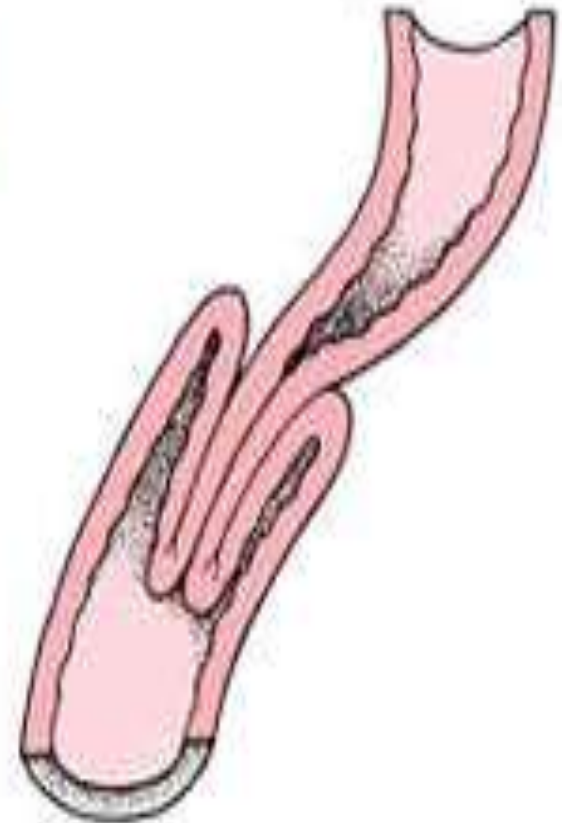
Strangulated Hernia



Volvulus



Intussusception



Diagnostic clinique

Occlusion intestinale



Distension intestinale et
gastrique



Diagnostic clinique

*Invagination
intestinale*



Diagnostic clinique

*Volvulus
sigmoïdien*



Diagnostic clinique

B. Occlusion par strangulation/étranglement (hernies, infarctus, volvulus)

Symptômes et signes:

- vomissements
- douleur abdominale forte
- strangulation d'une anse fermée → choc
occlusif rapidement installé
- défense musculaire

Diagnostic paraclinique

Examens de laboratoire:

→ leucocitose marquée

Examens par imagerie:

→ images hydro-aériques

→ liquide intrapéritonéal

→ pneumopéritoine →

perforation

Diagnostic différentiel

- Iléus paralytique
- Avec d'autres syndromes de l'abdomen aigu chirurgical: syndrome d'irritation péritonéale,,
Syndrome de torsion d'organe, pancréatite
aiguë, infarctus entéro-mésentérique
- Abdomen aigu médical

TRAITEMENT

Préparation pré –opératoire

- *aspiration naso-gastrique*
- *correction hydro-electrolytique*
- *antibiothérapie*

ANTALIGIQUES ???????????

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Cure de la hernie ou de l'événtration étranglée
- Lyse des adhérences
- Résection des tumeurs obstructives, ou dérivations
- Extraction des corps étrangers
- Résection des anses dévitalisées

PRONOSTIC

MORTALITE:

- Occlusion sans étranglement → 2%
- Occlusion par étranglement
 - 8% si l'opération est < 6 h
 - 25% si l'opération est > 6 h

OCCLUSION DU COLON

- 15% des occlusions intestinales (le plus fréquemment : le côlon sigmoïde)
- néoplasme, volvulus, diverticulose colique , maladies inflammatoires, tumeurs bénignes
- fécalomes

OCCLUSION DU COLON

- 10 –20 % des patients la valve iléo-caecale est incompétente → reflux dans l'iléon
- Valve ic compétente → anse fermée, avec augmentation de la pression
- Perforation diastatique dans le caecum

OCCLUSION DU COLON



VOLVULUS SIGMOIDIEN

DIAGNOSTIC CLINIQUE

SIMPTOMES ET SIGNES:

- Obstruction mécanique simple, début insidieux, douleurs abdominales colicatives, arrêt du transit gazeux, vomissements, brûlures oesophgiennes (±)

DIAGNOSTIC CLINIQUE

SYMPTOMES ET SIGNES :

- Valvule iléo-caecale incompétente → reflux →
- Symptômes associés à l'occlusion du grêle et du colon
- distension, tympanisme, bruits hydro-aériques
- rectorragies (invagination, néoplasme)

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

- Images hydro-aériques sur le grand axe vertical et haustrations
- L'irrigographie peut établir le siège de l'obstruction
- CT
- Echographie

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Occlusion du grêle – évolution lente, sans vomissements, abdomen à jeun, irrigographie
- iléus paralytique (péritonites , traumatismes de la colonne ou du pelvis – sans coliques silentium abdominal)

TRAITEMENT

- Décompression du segment obstrué
- Résolution de la lésion obstructive

Ex: - lésion obstructive du côlon droit →
hémicolectomie dte avec anastomose
iléo-colique

- Lésions non résécables, iléo-transverso
anastomose
- Stomies: caecostomie

TRAITEMENT

Les lésions obstructives du côlon gauche:

- Colostomie, – résection avec anastomose, – fermeture de la colostomie
- Vidange du côlon intra-opératoire, avec résection et anastomose
- Colostomie terminale avec résection de la tumeur sans anastomose \equiv résection du type Hartman
- Colostomie latérale sur baguette
- Mise en place d'un stent sur la tumeur

PRONOSTIC

- Âge , condition générale du patient
- Extension des troubles vasculaires du côlon, \pm perforation , cause de l'obstruction, promptitude de l'intervention chirurgicale
- Le taux de mortalité est généralement d'environ 20%
- Perforation de caecum - mortalité 40%