FICHE UE3 – APPAREIL DIGESTIF – Cours 35 : Syndrome occlusif

*Pr Corté*

I. Cas clinique 1 : Occlusion du grêle

A. Présentation du cas et démarche diagnostique.

1) Interrogatoire

Mme R, 30 ans.

Douleur péri-ombilicale depuis 72h, à type de spasmes.

Nausées, vomissements précoces depuis 24h

Selles le matin mais pas de gaz depuis 24h

ATCD : appendicectomie

2) Examen clinique :

Pas de fièvre, ni d’AEG.

Sensibilité péri-ombilicale, sans défense abdominale.

Météorisme ombilical

Silence auscultatoire (abolition des bruits hydro-aériques)

Et les 3 points les plus importants à rechercher/réaliser :

- des cicatrices abdominales

- les orifices herniaires (où il peut y avoir une nécrose du grêle)

- les touchers pelviens : le TR sert à rechercher un fécalome et un cri-du-Douglas (en cas d’épanchement intra-péritonéal)

3) Examen complémentaires :

a) ASP

De face, debout et couché puis centré sur la coupole diaphragmatique, pour voir un éventuel pneumopéritoine.

- On peut reconnaitre le grêle par les stries visibles sur la paroi de l’intestin.

- Les niveaux hydro-aériques sont plus larges que hauts car l’intestin est distendu, et en position centrale.

- On observe une distension gazeuse intestinale.

b) Scanner

On observe une distension aérique de l’intestin grêle.

Cela permet de :

- confirmer l’occlusion intestinale

- localiser le segment responsable

- rechercher l’étiologie : bride (+++), tumeur

- rechercher des signes de gravité : épaississement pariétal, pas de rehaussement de la paroi, aéroportie, pneumopéritoine.

4) Diagnostic d’une occlusion sur bride :

-Douleur abdominale brutale

- Arrêt brutal des gaz +++

- AEG

- Désordres hydro-électrolytiques (déshydratation, notamment à cause des vomissements)

- Analyse d’un ASP ou d’un scanner

- ATCD de chirurgie +++++

B. Etiologies

1) Mécanique :

a) Obstruction

- Causes pariétales : tumeurs, maladie de Crohn, hématome de la paroi.

- Causes endoluminales : calculs biliaires, corps étranger, ascaris, fécalome.

- Causes extraluminales : carcinose péritonéal, lymphome, tumeurs abdominales.

b) Strangulation

- Brides et adhérence +++

- Hernie étranglée +++/ Eventration étranglée : inguinale, crurale ou ombilicale.

- Invagination intestinale aiguë

Enfant : de 2 mois à 2 ans : cause idiopathique

Adulte : cause organique +++ (polype, tumeur…)

A l’écho, on voit un signe en cocarde.

2) Fonctionnelles (iléus)

- Post-opératoire

- Inflammation intra-abdominale

- Causes médicales : hyperparathyroïdie, hypothyroïdie

C. Prise en charge thérapeutique

1) Traitement médical si pas de signes de gravité (fonctionne dans 90% des cas)

- Hospitalisation en urgence

- Perfusion pour compenser les troubles hydro-électrolytiques

- Pose d‘une sonde naso-gastrique chez le patient qui doit être à jeun.

- Antalgiques

2) Traitement chirurgical

En cas de :

- Hernie/ Eventration

- Signes de gravité :

Clinique : fièvre, état de choc, douleur

Bio : lactates augmentés, hyperleucocytose, acidose métabolique

Radio: pneumatose, pneumopéritoine

- Si le traitement médical est inefficace.

II. Occlusion colique

A. Cas clinique

1) Interrogatoire

60 ans.

Douleur colique à début progressif de type spasmodique.

Depuis 2 mois, difficulté pour aller à la selle.

Rectorragie il y a 15 jours.

Vomissements depuis 48h.

2) Examen clinique :

T° : 37,5°C

Pas de défense abdominale, ni de masse palpable

Météorisme

Sensibilité abdominale

Au toucher rectal : pas de sang et l’ampoule rectale est vide

3) Bilan biologique :

Hb est diminuée, VGM = 70fl, plaquettes=25600 -> anémie microcytaire.

Ionogramme normal

4) Examen complémentaires : ASP

- Les niveaux hydro-aériques sont plus hauts que larges et en périphérie.

- Des haustrations coliques sont visibles.

B. Question sur le cas

1) Comment définissez-vous le tableau clinique, sur quels arguments ?

C’est un syndrome occlusif car il y a :

- nausées

- arrêt des selles et des gaz

- douleurs

D’origine colique car :

- les nausées et vomissements sont tardifs

- les niveaux hydro-aériques à l’ASP

C’est une occlusion par obstruction car :

- le tableau clinique est progressif

2) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) doive(nt) être réalisé(s) en priorité ?

a) Lavement aux hydrosolubles

On injecte une produit radio-opaque par une canule dans l’anus.

b) Scanner injecté/ avec opacification basse.

On vérifie l’intégrité de la paroi et l’absence de signe de gravité. L’opacification basse se fait par injection d’un produit radio-opaque dans une canule. Le produit va remonter et s’arrêter à l’emplacement de l’obstruction.

3) Quelle est votre interprétation de ces examens ?

a) Lavement aux hydrosolubles

Aspect en trognon de pomme, très évocateur d’une tumeur du côlon.

b) TDM abdomino-pelvien

- Epaississement complet du sigmoïde, probablement due à une tumeur.

- Sténose tumorale du côlon sigmoïde avec une distension colique d’amont.

4) Diagnostic étiologique le plus probable ?

Un adénocarcinome, probablement un cancer du côlon gauche (le plus fréquent) Ce diagnostic est favorisé par le terrain : âge (60 ans), troubles du transit, anémie microcytaire à carence martiale (rectorragies à répétition)

Le lavement aux hydrosolubles et le scanner confirment ce diagnostic.

C. Etiologies

1) Mécanique :

a) Obstruction

- Adénocarcinome du côlon :

Alternance constipation/diarrhée

Rectorragie

AEG

- Diverticulite sigmoïdienne

- Fécalome

- Corps étrangers

b) Strangulation : volvulus

- Volvulus du sigmoïde : chez les sujets âgés, avec problèmes psychiatriques, à début brutal

- Volvulus du caecum

2) Fonctionnelle :

-Syndrome d’Olgivie (pseudo occlusion colique) : dilatation colique sans obstacle sur un côlon sain, souvent provoqués par des neuroleptiques

- Causes post-opératoires, médicamenteuses ou idiopathiques.

D. Conduite à tenir devant une occlusion colique

* S’il n’y a pas des signes de gravité :

- Surveillance

- Lever l’obstacle (fécalome, prothèse colique, lever l’inflammation)

* S’il y a des signes de gravité :

- Signes de souffrances digestives

- Caecum > 10 cm

- Pneumopéritoine, pneumatose

🡪 On réalise une intervention chirurgicale pour :

- Lever l’obstacle

- Réaliser l’exérèse des zones nécrosées

- Réaliser une stomie