

Syndromes occlusifs

L. Chiche, G. Lebreton, V. Le Pennec

Les syndromes occlusifs, définis par l'arrêt complet du transit intestinal, regroupent quatre signes cliniques élémentaires : l'arrêt des matières et des gaz, les vomissements, la douleur et le météorisme abdominal, d'expression variable selon l'étiologie. Il s'agit d'un des tableaux d'urgence abdominale les plus fréquents, requérant une prise en charge médicochirurgicale rapide et adaptée. On distingue les occlusions fonctionnelles (paralysie) des occlusions mécaniques (obstruction, strangulation) dont le risque est la nécrose et la perforation, complications possiblement létales. L'objectif principal devant un syndrome occlusif est de distinguer celui qui nécessite un geste chirurgical urgent, ce qui consiste à reconnaître les occlusions mécaniques et à en rechercher les signes de gravité. L'examen clinique et la radiographie d'abdomen sans préparation, parfois suffisants pour prendre une décision chirurgicale, permettent, sinon, d'orienter vers d'éventuels examens complémentaires, dont principalement aujourd'hui le scanner multibarrettes, qui peut effectuer un diagnostic étiologique précis. Les causes d'occlusion du grêle sont nombreuses, brides et hernies en tête. Le problème est moins dans le geste que dans la décision opératoire (opportunité et délai). Les occlusions coliques sont le plus souvent dues à une obstruction (cancers, sténoses inflammatoires), et aux volvulus. Leur traitement va de la colostomie à la colectomie partielle ou totale, selon le terrain, les caractéristiques de l'occlusion et le stade de la maladie sous-jacente. Les occlusions fonctionnelles imposent la recherche d'une cause médicale ou chirurgicale car leur prise en charge repose sur le traitement de celle-ci.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Occlusion du grêle ; Occlusion du côlon ; Iléus ; Douleur abdominale ; Volvulus ; Colostomie ; Scanner

Plan

■ Introduction	1
■ Physiopathologie	1
Mécanismes et causes de l'occlusion	1
Conséquences de l'occlusion	2
■ Diagnostic	3
Étapes diagnostiques	3
Moyens diagnostiques	3
Stratégie diagnostique	7
■ Traitement	7
Principes généraux	7
Traitements spécifiques de l'occlusion du grêle	8
Traitements spécifiques de l'occlusion du côlon	10
■ Conclusion	11

■ Introduction

Le syndrome occlusif correspond à une interruption pathologique du transit intestinal. Il est défini par l'arrêt complet des matières et des gaz. Il peut s'agir d'un tableau aigu et brutal ou d'installation plus progressive, intéresser le grêle ou le côlon. Ses mécanismes et ses causes sont multiples. Au sein des « abdomens aigus » de l'adulte, l'occlusion correspond à 10 % des

étiologies, ce qui en fait la troisième cause de douleur abdominale aiguë après l'appendicite et la cholécystite. Cette proportion augmente avec l'âge (jusqu'à 20 %), sachant que si les occlusions du grêle s'observent à tout âge, les occlusions coliques sont plus fréquentes à partir de 50 ans avec un pic dans la 7^e décennie [1]. Sa prise en charge requiert la connaissance des mécanismes physiopathologiques impliqués dans la survenue et les conséquences d'une occlusion. L'approche diagnostique doit être rapide, pragmatique et la prise en charge médicochirurgicale.

■ Physiopathologie

Mécanismes et causes de l'occlusion

Les trois grands mécanismes de l'occlusion sont l'obstruction, l'étranglement et la paralysie, mais, de façon plus pratique, on distingue deux entités distinctes.

Occlusion fonctionnelle

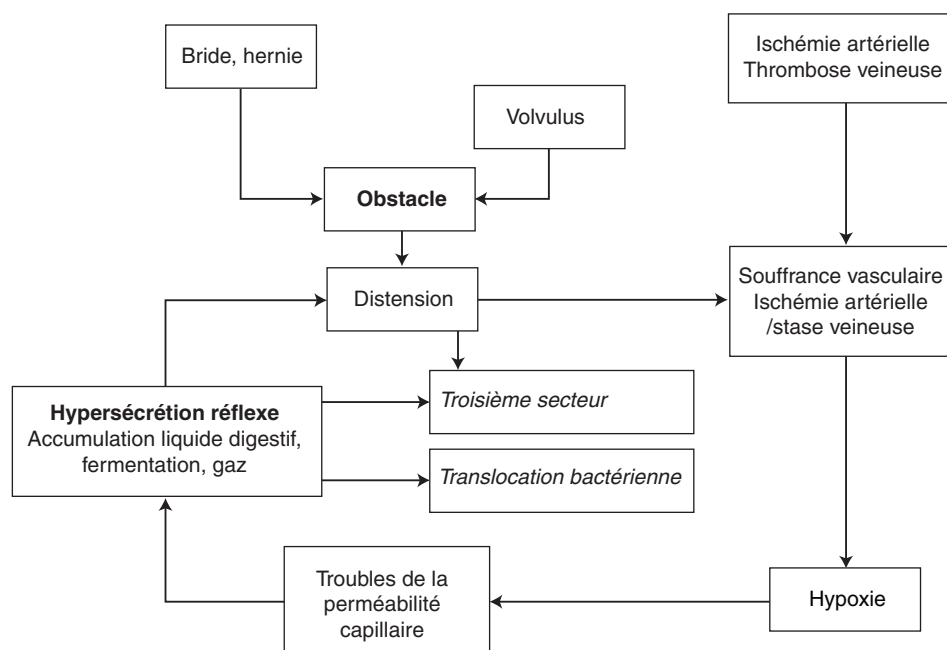
L'occlusion fonctionnelle est en rapport avec une anomalie de contractilité de l'intestin sans atteinte anatomique vraie, liée à un trouble métabolique (hypokaliémie), à une cause médicamenteuse (morphiniques, neuroleptiques) ou à un phénomène aigu inflammatoire ou infectieux, en général intra-abdominal

Tableau 1.

Classification des causes des occlusions selon le mécanisme.

Mécanisme	Causes d'occlusion du grêle	Causes d'occlusion du côlon
Mécanique	Bride, hernie, évantration Sténose (tumeur, carcinose) Invagination Corps étranger (iléus biliaire, phytobézoard, parasites)	Sténose tumorale (cancer du côlon) ou inflammatoire (pseudotumeur ou sténose, maladie de Crohn, RCH)
Vasculaire	Ischémie artérielle Ischémie veineuse	Ischémie ou nécrose colique
Mixte	Volvulus du grêle sur bride	Colite aiguë Volvulus du côlon
Fonctionnelle	Inflammatoire (colique néphrétique, pancréatite, postopératoire) Infectieuse (appendicite, sigmoïdite) Métabolique (hypokaliémie) médicamenteuse	Syndrome d'Ogilvie (métabolique, médicamenteux ...)

RCH : rectocolite hémorragique.

**Figure 1.** Physiopathologie de l'occlusion du grêle.

mais qui peut être extra-abdominal. Ce type d'occlusion est dû à la mise en action du système autonome digestif (sympathique et parasympathique).

Occlusion mécanique

L'occlusion mécanique est en rapport avec un obstacle ou une souffrance intestinale localisée.

Les causes sont multiples, de la bride à la hernie étranglée en passant par l'obstacle endoluminal, grêle ou colique (Tableau 1).

Les deux mécanismes physiopathologiques sont parfois d'emblée intriqués, l'un mécanique (obstruction de la lumière) et l'autre vasculaire (souffrance anoxique pariétale ou d'origine vasculaire). Le cas le plus démonstratif est le volvulus qui correspond à la torsion d'une anse digestive sur son axe vasculaire. Il en résulte un obstacle luminal et surtout un arrêt de la vascularisation du segment volvulé, appelé strangulation. Le trouble vasculaire peut aussi être le *primum movens*, comme dans l'infarctus mésentérique.

Cependant, tôt ou tard, dans un obstacle mécanique, la souffrance vasculaire survient, entraînant un cercle vicieux représenté dans la Figure 1.

La distension intestinale, due à l'accumulation de liquides digestifs et de gaz, entraîne un hyperpéristaltisme réflexe d'amont dans un premier temps puis rapidement une atonie avec hyperpression intraluminaire. Cette tension pariétale aplatis

les capillaires pariétaux, ce qui a pour effet d'entraîner une stase veineuse, un œdème pariétal et rapidement une hypoxie à l'échelon cellulaire, qui, elle-même, entraîne des troubles de la perméabilité capillaire, d'où une hypersécrétion réflexe avec fermentation, ce qui majore la distension.

Conséquences de l'occlusion

Conséquences intestinales

En cas de phénomène vasculaire premier (strangulation, embolie vasculaire), le risque majeur est la souffrance ischémique rapide du segment concerné aboutissant à une nécrose intestinale. Parfois, cette nécrose intéresse un fragment court comme l'anneau de striction dans une hernie, parfois, il s'agit de plusieurs anses intestinales dans les volvulus [2]. La nécrose est alors la cause immédiate d'une perforation, parfois au début « bouchée » par des accollements inflammatoires. En cas de phénomène obstructif simple du grêle, la distension en amont s'aggrave et se propage mais les vomissements constituent une soupape, évitant une perforation en amont. À l'inverse, dans l'occlusion colique, en cas de valvule de Bauhin continente, les liquides, les matières et les gaz de fermentation ne peuvent s'évacuer et le risque majeur devient la perforation diastatique. Cette perforation survient souvent au niveau de zones de nécrose pariétale.

La perforation intestinale d'une occlusion est une complication gravissime car il y a issue, sous pression, du contenu de l'intestin occlus, fait de liquide intestinal en stase, fermenté, hautement septique.

Conséquences générales

En cas d'occlusion, la première conséquence est la *douleur* : le mécanisme de cette douleur est complexe, en relation avec le système nociceptif et autonome [3]. La distension aiguë d'un viscère entraîne une douleur intense, souvent diffuse, et cette douleur est soulagée par tout processus diminuant cette distension (vomissement et sonde gastrique). Cependant, une partie de la douleur vient également de la souffrance ischémique qui est, elle, tenace, intense et peu sensible au traitement médical. Cela explique que les occlusions les plus douloureuses soient celles des ischémies mésentériques.

Le deuxième phénomène constant est la *déshydratation* due aux vomissements (plus ou moins précoces) et surtout à la constitution d'un troisième secteur (hypersécrétion hydrosodée trappée dans le tube digestif avec incapacité de réabsorption du fait des troubles circulatoires). Deux mécanismes peuvent être ensuite à l'origine d'un choc en dehors d'une hypovolémie profonde : la *fermentation du contenu digestif* avec production de toxines par la pullulation microbienne, toxines qui passent dans la circulation générale (translocation bactérienne) et/ou la survenue d'une ischémie viscérale puis d'une nécrose, avec mise en route des voies anaérobies, ce qui explique la survenue d'une aéroportie [2, 4]. Sur le plan général, apparaît alors une *acidose* métabolique dont le premier signe biologique est la baisse de la réserve alcaline, parfois masquée par l'importance des vomissements. L'état de choc vient alors majorer l'ischémie splanchnique.

■ Diagnostic

Étapes diagnostiques

Le diagnostic d'un syndrome occlusif comprend le diagnostic positif, le diagnostic de gravité et le diagnostic étiologique. Il se décompose en cinq étapes, chacune devant répondre à une question.

S'agit-il bien d'un syndrome occlusif ?

Pour parler d'un syndrome occlusif, il est impératif d'avoir un arrêt des gaz : celui-ci peut être net et noté par le patient qui sent que l'émission de gaz le soulagerait. Il peut être plus difficile à mettre en évidence en cas de patient difficilement interrogeable ou en état de choc. L'absence des selles n'est pas suffisante pour parler de syndrome occlusif et il peut même y avoir une persistance trompeuse de selles due à la vidange du segment d'aval.

En général, la douleur est un élément constant sauf, parfois, dans certaines occlusions d'installation progressive colique ou du grêle (carcinose).

L'occlusion est-elle mécanique ou fonctionnelle ?

L'occlusion fonctionnelle est en générale reconnaissable car elle s'intègre dans un contexte clinique particulier (sepsis, pancréatite, iléus postopératoire). Plusieurs caractéristiques cliniques et radiologiques permettent d'orienter le diagnostic.

Tableau 2.

Caractéristiques sémiologiques des occlusions.

	Obstruction	Étranglement	Paralysie
Arrêt transit	Précoce (côlon) Plus tardif (grêle)	Attention au faux transit	Net
Vomissements	± Tardifs, abondants, fécaloïdes	Clairs, précoces	Inconstants, clairs
Douleur	Spasmes, pas de défense	Douleur aiguë, brutale constante, signes locaux	Douleur aiguë en rapport avec la cause
Météorisme	Dépend du niveau Absent (jéjunum) Monstrueux (côlon)	Idem	Minime

Les occlusions fonctionnelles concernent en général le grêle mais peuvent aussi concerner le côlon : c'est le cas du syndrome d'Ogilvie.

L'occlusion mécanique est en général cliniquement et radiologiquement plus franche.

Quelle est sa gravité ?

L'occlusion est une urgence thérapeutique, le plus souvent chirurgicale. Un retard diagnostique et de prise en charge peut être lourd de conséquences voire mortel, soit en raison d'une nécrose intestinale étendue qui obligera à réaliser une résection importante de grêle, soit en raison d'une perforation transformant l'occlusion en une péritonite stercorale grave. Il faut donc d'emblée rechercher les éléments de gravité qui imposent une intervention en urgence. Ces éléments sont cliniques (début brutal et douleur intense, constante, vomissements fécaloïdes, défense, fièvre), biologiques (acidose) et radiologiques (niveaux francs, degré de dilatation, aéroportie).

Quel est son siège : grêle ou colon ?

Cette distinction, première étape de l'enquête étiologique, est importante pour décider des mesures thérapeutiques. Certains éléments cliniques peuvent orienter (tympanisme et distension abdominale plus francs dans l'occlusion colique, précocité et abondances des vomissements dans l'occlusion haute), mais c'est la radiologie qui tranchera.

Quelle est sa cause ?

Le simple examen clinique peut résoudre le problème dans certains cas (cicatrice ou hernie étranglée) sinon le scanner et/ou l'intervention chirurgicale donneront la solution.

“ Conduite à tenir

Les étapes du raisonnement diagnostique sont :

- faire le diagnostic de syndrome occlusif ;
- distinguer une cause fonctionnelle d'une cause mécanique ;
- rechercher des signes de gravité de l'occlusion ;
- déterminer le siège (grêle ou côlon) ;
- rechercher la cause.

Moyens diagnostiques

Clinique

Elle est fondamentale, indispensable dans tous les cas et parfois suffisante.

Le syndrome occlusif est une définition clinique : arrêt du transit, douleur, météorisme et vomissements sont les quatre mots clés mais les différents signes sont plus ou moins marqués selon le mécanisme de l'occlusion : obstruction, étranglement, paralysie (Tableau 2). Par ailleurs, les tableaux sont parfois tronqués et l'absence d'un ou de plusieurs signes peut être trompeuse.

Tableau 3.

Apport de la clinique dans l'approche diagnostique.

Diagnostic	Positif	De gravité	Étiologique
Terrain	Épisodes similaires antérieurs	Vieillard Immunodéprimé	Terrain vasculaire Chirurgie abdominale
Interrogatoire	Arrêt des gaz	Début brutal Délai long/douleur Intensité douleur	ATCD chirurgicaux Médicaments Troubles récents du transit, méléna
Inspection	Météorisme	Déshydratation, signes de choc Fièvre Vomissements fécaloïdes	Cicatrice Hernie étranglée Asymétrie abdominale (volvulus colique)
Percussion	Tympanisme	–	Tympanisme localisé
Auscultation	Bruits de lutte Silence	Silence	Bruits de lutte (obstruction)
Palpation	Hernie étranglée	Défense, contracture (signe de perforation) Sang au TR (ischémie)	Orifices herniaires Boudin d'invagination Tumeur, sang au TR

ATCD : antécédents chirurgicaux ; TR : toucher rectal.

Tableau 4.

Sémiologie radiologique comparative.

	Positif	Signe de gravité	Étiologique
Grêle	Distension estomac, jéjunum et iléon, niveaux	Cedème pariétal Signe de souffrance Pneumatose Aéroportie Pneumopéritoine	Cause vasculaire (thrombose artérielle ou veineuse) Zone de transition (bride), torsion du mésentère Hernie interne Corps étranger Image d'invagination
Côlon	Distension et niveaux coliques	Mesure du cæcum Étude des parois coliques Pneumopéritoine	Visualisation du volvulus du côlon Signe direct du cancer du côlon

L'arrêt du transit peut être difficile à apprécier par défaut d'interrogatoire ou dans les occlusions hautes car il y a vidange du segment d'aval.

La douleur est quasi constante en cas d'occlusion mécanique. Il faut analyser :

- son début (brutal : volvulus, ischémie, ou progressif : obstruction) ;
- son mode évolutif : évolution par spasmes puis mode constant ;
- son intensité, qui doit être cotée par une échelle analogique : une douleur très intense devant faire craindre un phénomène ischémique ;
- sa localisation initiale car rapidement elle évolue de façon diffuse ou, dans les occlusions coliques, se localise à l'endroit de la distension maximale (cæcum).

Toutefois, la douleur peut manquer chez les personnes âgées, non interrogeables, les patients neurologiques ou sous immunosuppresseurs ou dans les occlusions d'installation très progressive.

Les vomissements sont, en cas d'occlusions du grêle précoce, abondants et secondairement fécaloïdes ; en cas d'occlusion colique, ils peuvent être absents ou survenir tardivement si la valvule de Bauhin est forcée. Un autre piège est le patient opéré de l'estomac (reflux, gastrectomie) car il ne pourra vomir.

La distension abdominale est un signe classique et précieux dans les occlusions coliques, son aspect asymétrique pouvant faire évoquer un volvulus colique. Cependant, cette distension peut être minime en cas de volvulus du grêle, surtout en cas d'atteinte du jéjunum ou dans les cas de volvulus complet sur mésentère commun.

Le Tableau 3 synthétise l'apport de l'examen clinique.

Biologie

Elle permet d'évaluer le retentissement de l'occlusion en montrant :

- des signes de déshydratation extracellulaire (hémococoncentration, insuffisance rénale fonctionnelle) ;
- des signes de gravité (nécrose) : hyperleucocytose (à interpréter en tenant compte de la déshydratation) et acidose métabolique.

Elle apporte parfois quelques éléments étiologiques (anémie d'un cancer du côlon).

Radiologie (Tableau 4)

Radiographie conventionnelle de l'abdomen (abdomen sans préparation)

L'idéal est d'avoir un cliché couché et debout incluant les coupes diaphragmatiques. Si le patient ne peut supporter la position debout, on réalisera un cliché en position couchée avec rayon directeur vertical couplé à un cliché en décubitus dorsal gauche avec rayon directeur horizontal. Classiquement, les occlusions de l'intestin grêle se manifestent par des niveaux centraux, plus larges que hauts mais le meilleur signe distinctif est le plissement lié aux valvules conniventes (bandes radio-opaques occupant toute la largeur de l'anse) (Fig. 2). Un cliché uniformément opaque peut être faussement rassurant, en rapport avec une distension essentiellement liquidienne.

Les occlusions du côlon se manifestent soit par une anse unique en arceau (volvulus), soit par des niveaux hydroaériques, périphériques en cadre, plus hauts que larges où l'on reconnaît facilement les haustrations coliques, ne traversant pas toute la largeur de la clarté (Fig. 3).

Une occlusion fonctionnelle est reconnaissable par une distension grêle et/ou colique avec présence d'air dans le rectum.

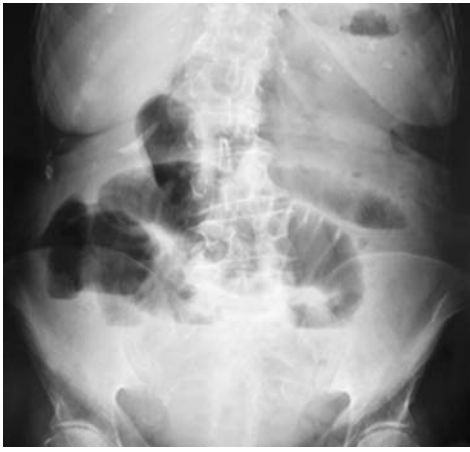


Figure 2. Occlusion aiguë du grêle. Abdomen sans préparation face debout : niveaux hydroaériques centraux plus larges que hauts. Notez l'aspect des valvules conniventes qui traversent les anses dans leur largeur.



Figure 3. Occlusion colique aiguë. Abdomen sans préparation face debout : niveaux hydroaériques périphériques plus hauts que larges, haustrations coliques (bandes radio-opaques incomplètes).

Tomodensitométrie abdominopelvienne

Grâce aux évolutions techniques et informatiques récentes du scanner hélicoïdal multidétecteurs, combinant rapidité d'acquisition, suivi de bolus de contraste iodé et imagerie isotropique avec reconstructions multiplanaires [5], le scanner a pris une place importante dans le diagnostic et le bilan de gravité d'un syndrome occlusif aigu. L'imagerie conventionnelle garde encore une valeur d'orientation devant un tableau abdominal aigu.

Technique du scanner. Une première acquisition abdominopelvienne sans injection de contraste iodé est systématique afin d'orienter le diagnostic, de situer le niveau d'occlusion, de rechercher certaines étiologies (hématome) et détecter de l'air extradigestif. Une seconde acquisition sera réalisée après injection de 90 à 120 ml de produit de contraste iodé par une bonne voie d'abord veineuse (cathlon 20G). Avant de faire cette injection iodée, il convient de s'assurer de l'absence d'allergie prouvée à l'iode et de contrôler la fonction rénale. Une insuffisance rénale modérée due à la déshydratation ne constitue pas une contre-indication mais il est nécessaire de bien hydrater le patient avant de pratiquer l'injection iodée. En revanche, en cas d'insuffisance rénale marquée et/ou organique, l'injection d'iode doit être évitée mais peut être discutée entre clinicien et radiologue afin d'évaluer le rapport risque/bénéfice de l'examen scanographique.



Figure 4. Occlusion aiguë du grêle. Tomodensitométrie, reconstruction coronale. Distension liquidienne du grêle.



Figure 5. Occlusion aiguë du grêle sur bride. Tomodensitométrie injectée, reconstruction coronale oblique. La zone transitionnelle correspond à la jonction entre grêle plat et grêle distendu.

On peut décomposer cette acquisition en un balayage « artériel » 30-40 secondes après le début de l'injection, puis en un balayage à 70-90 secondes afin d'obtenir un rehaussement tissulaire maximal, de mettre en évidence une occlusion vasculaire artérielle ou veineuse.

Résultats. L'examen tomodensitométrique fait le diagnostic positif du syndrome occlusif, permet de déterminer son siège, donne des arguments déterminants sur sa cause et peut montrer des signes de gravité [5-10].

Le diagnostic positif d'occlusion intestinale aiguë au scanner repose sur la mise en évidence d'une distension digestive avec des diamètres de plus de 25 mm pour l'intestin grêle (Fig. 4) et de plus de 60 mm pour le côlon [7].

Le siège de l'occlusion correspond à la « zone transitionnelle » : elle se manifeste par une alternance entre une anse plate et une anse distendue. Elle est recherchée de façon systématique en visualisant le cadre rectocolique de l'anus jusqu'à la dernière anse grêle, puis le cadre duodénal, le jéjunum et l'iléon, en s'aidant éventuellement des reconstructions tridimensionnelles (Fig. 5).

Un certain nombre de causes d'occlusion sont de diagnostic aisé grâce à la mise en évidence des causes endoluminales (image du boudin d'invagination, sténose en relation avec un



Figure 6. Occlusion aiguë du grêle sur bride. Tomodensitométrie injectée, reconstruction sagittale. Anses grêles distendues, aspect radiaire du mésentère et de ses vaisseaux à proximité de la zone d'étranglement.



Figure 7. Volvulus du grêle sur bride. Tomodensitométrie injectée, coupes axiale et coronale oblique. Enroulement des vaisseaux mésentériques : signe du « tourbillon ».

cancer du côlon), des causes pariétales (hématome), et des causes exoluminales (compression, carcinose). Une disposition en C ou en U des anses distendues, un aspect radiaire des vaisseaux mésentériques vers les anses grêles dilatées (Fig. 6), un « signe du bec » sont en faveur d'un étranglement. Le « signe du tourbillon » correspond à un enroulement des structures vasculaires du mésentère convergeant vers le site de torsion. Il est caractéristique du volvulus intestinal^[8] (Fig. 7). Le scanner est particulièrement utile dans le diagnostic des hernies internes, des pathologies vasculaires^[9] et permet également de redresser le diagnostic dans une occlusion du grêle en réalité fonctionnelle en mettant en évidence le foyer infectieux (Fig. 8).

Enfin on recherchera des signes de gravité :

- l'importance de la distension : une distension cœcale de plus de 9 cm doit faire craindre une perforation ;
- la souffrance pariétale^[10] : on distingue :
 - la congestion veineuse intestinomésentérique associant un épaissement pariétal circonférentiel en « cible » par œdème sous-muqueux des anses, une perte de transparence

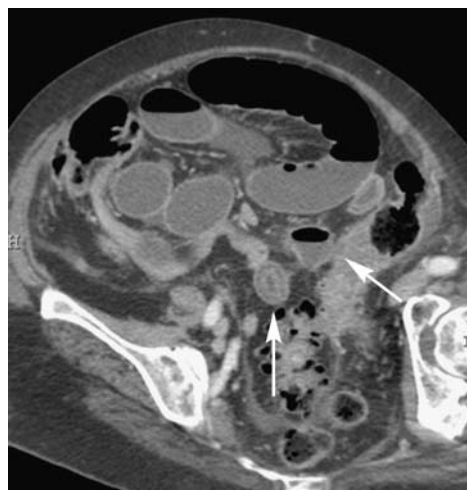


Figure 8. Occlusion fonctionnelle du grêle. Tomodensitométrie injectée, reconstruction axiale oblique. Distension grêle aiguë au contact d'une sigmoïdite diverticulaire abcédée (flèches : anses avec double contour et abcès péri-sigmoïdien).

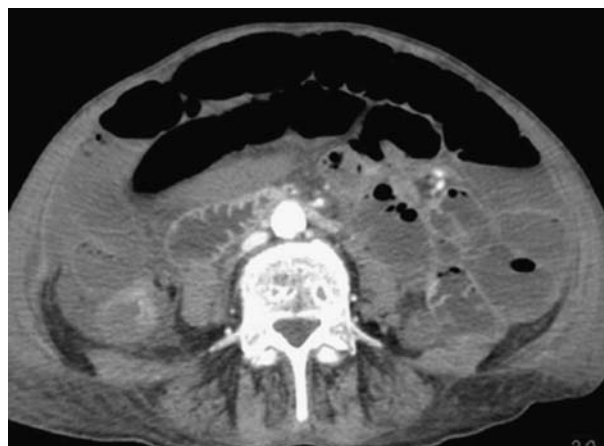


Figure 9. Occlusion aiguë du grêle par ischémie artérielle. Tomodensitométrie injectée, coupe axiale. Anses grêles distendues à parois virtuelles non rehaussées par le produit de contraste.

du mésentère avec aspect flou et dilatation des veines mésentériques, un épanchement intrapéritonéal transsudatif abondant ;

- la nécrose transmurale par ischémie artérielle avec un amincissement pariétal digestif, un retard ou une absence de rehaussement après injection, une infiltration hydrique du mésentère, un épanchement intrapéritonéal, une pneumatose pariétale, un pneumopéritoine, une aéroportie, une aéromésentérie inconstante (Fig. 9, 10).

Opacifications

Opacifications par ingestion de produit radio-opaque. Dans certaines occlusions du grêle dues à des brides ou dans des occlusions postopératoires, lorsque l'aspiration est efficace sur la douleur, qu'il n'existe aucun facteur de gravité mais que l'occlusion ne se lève pas, l'ingestion de gastrograffine peut se révéler utile, à la fois sur un plan diagnostique mais également thérapeutique. En effet, cette opacification peut montrer un obstacle complet et ainsi faire porter l'indication opératoire. Elle peut également démontrer le caractère incomplet de l'occlusion quand le côlon s'opacifie dans les 24 heures et accélérer la résolution du syndrome occlusif (effet d'hyperosmolarité). Plusieurs études prospectives, dont certaines randomisées, ont montré que cette procédure permettait d'éviter la chirurgie dans un pourcentage de cas non négligeable et réduisait le temps d'hospitalisation^[11-13].

Opacifications par lavement. Elles peuvent être demandées dans les occlusions coliques pour déterminer l'existence d'un

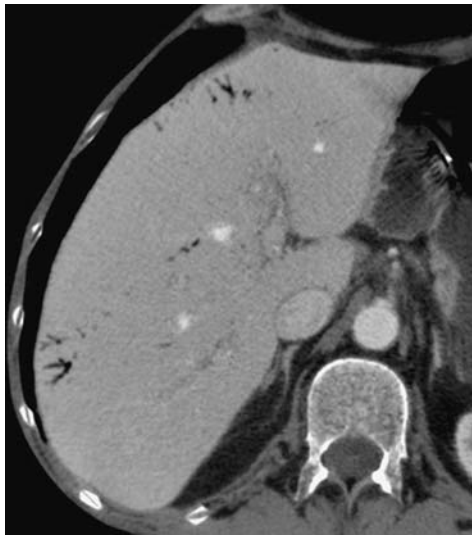


Figure 10. Occlusion aiguë du grêle par ischémie artérielle. Tomodensitométrie injectée, coupe axiale. Aéroportie.

obstacle et son niveau. Elles ont un peu perdu de leur utilité avec le développement du scanner. Le lavement, s'il est demandé, doit être réalisé prudemment, aux hydrosolubles, sans hyperpression, et sans essayer de forcer l'obstacle. Son but est de confirmer l'obstacle, d'estimer son caractère complet, et surtout son siège, ce qui oriente l'acte chirurgical. Dans de rares cas, il peut être thérapeutique (réduction d'un volvulus incomplet, d'une invagination).

Échographie

Sa place, dans le syndrome occlusif, est très restreinte, elle peut néanmoins se révéler utile chez l'enfant (invagination), voire l'adulte maigre.

Elle peut mettre en évidence des anses intestinales distendues (plus de 25 mm de diamètre pour le grêle), à contenu liquidien. Elle est très sensible pour la détection d'un épanchement intrapéritonéal et peut parfois mettre en évidence la cause de l'occlusion comme une tumeur, une invagination, un hématome pariétal ou un corps étranger. Une absence de péristaltisme et un épaississement pariétal hypoéchogène sont des signes de souffrance intestinale [14].

Stratégie diagnostique

La clinique est à la base de la démarche thérapeutique : elle permet d'apprécier la gravité du tableau. L'abdomen sans préparation (ASP) reste l'examen de première intention.

Les occlusions graves (aiguës avec signes de choc ou signes péritonéaux nets) ou les occlusions par hernie étranglée doivent être prises en charge par l'équipe médicochirurgicale sans autre examen (après réanimation, l'intervention sera diagnostique et thérapeutique).

Les occlusions sans signes de gravité généraux, à orifice herniaire libre, doivent être explorées car un certain nombre d'entre elles ne seront pas chirurgicales ou nécessiteront une intervention différée et préparée.

En cas d'occlusion du grêle

Si le patient a un antécédent chirurgical abdominal, par argument de fréquence, le premier diagnostic à évoquer est une bride ou un volvulus et le scanner ne se discute qu'en cas de doute.

En cas contraire, les diagnostics sont multiples et le scanner est l'examen le plus performant. Le transit aux hydrosolubles ne se discuterait encore que pour certaines occlusions du grêle avec aspiration efficace cliniquement mais sans reprise nette du transit.

En cas d'occlusion colique

L'ASP est en général suffisant pour le diagnostic positif.

Pour le diagnostic étiologique, parfois l'ASP sera suffisant (volvulus), mais pour déterminer la nature de l'obstacle, là encore, le scanner sera le plus informatif. Cependant, pour la prise en charge thérapeutique, le niveau de l'obstacle est la donnée la plus importante et certains ont encore recours à un lavement aux hydrosolubles.

“ Point important

L'occlusion mécanique du grêle se définit par les éléments cliniques suivants :

- la douleur est constante et aiguë ;
- les vomissements sont précoces, abondants, éventuellement fécaloïdes ;
- l'arrêt du transit peut être retardé ;
- le météorisme peut manquer ;
- la recherche d'une cicatrice abdominale et l'examen des orifices herniaires sont essentiels ;
- à l'ASP, les niveaux, plus larges que hauts, sont centraux et comportent des stries continues.

“ Point important

L'occlusion mécanique du côlon se définit par les éléments cliniques suivants :

- les vomissements sont absents ou retardés ;
- l'arrêt du transit est précoce et net ;
- le météorisme est franc ;
- il faut penser au cancer en premier lieu ;
- à l'ASP les niveaux, plus hauts que larges, sont périphériques et comportent des haustrations incomplètes.

■ Traitement

Principes généraux

Comme il a été dit, le prérequis de l'approche thérapeutique est la distinction entre une occlusion fonctionnelle et mécanique, la première orientant vers le traitement de la pathologie responsable. En cas d'occlusion mécanique, la première étape est d'évaluer le degré d'urgence, c'est-à-dire l'existence d'une ischémie aiguë, ou d'une nécrose installée compliquée ou non de perforation.

Le traitement de l'occlusion est toujours médical et peut être chirurgical, la question étant de décider de l'opportunité et du moment de l'intervention.

Première phase médicale du traitement

Elle comporte :

- la correction de la déshydratation, souvent sous-estimée, voire du choc éventuel qui impose la mise en place immédiate d'une bonne voie d'abord veineuse et un remplissage adapté ;
- la pose d'une sonde gastrique avec prise d'air qui est un élément clé du traitement de l'occlusion du grêle. Elle fait partie du traitement symptomatique et étiologique et elle s'avère parfois suffisante (occlusions itératives sur adhérences). Elle est indispensable avant une anesthésie générale (risque d'inhalation). Il faut vérifier qu'elle est bien posée (vérification éventuelle radiologique), en aspiration douce et surveillée. L'aspect, la quantité du liquide gastrique, ainsi que l'efficacité de l'aspiration sur la douleur seront des éléments décisionnels importants ;

“ Point important

Les critères de gravité d'une occlusion (arguments pour intervenir en urgence) sont :

- cliniques :
 - état de choc ;
 - fièvre ;
 - douleur : installation très brutale, intense, peu de réponse à l'aspiration et aux antalgiques ;
 - vomissements fécaloïdes ;
 - défense abdominale localisée ou généralisée, contracture ;
- biologiques : acidose métabolique ;
- radiologique :
 - ASP : niveaux grêle francs, distension colique (cæcum+++), majeure, pneumopéritoine ;
 - scanner : souffrance digestive, pneumopéritoine, aéroportie.

- le traitement de la douleur : dans ce contexte d'urgence, la douleur doit être évaluée rapidement et le plus objectivement possible. L'aspiration gastrique fait partie du traitement antalgique et doit donc être posée au plus tôt. Après l'examen initial et la pose éventuelle de la sonde gastrique, la douleur est mesurée sur une échelle analogique. En cas de douleur inférieure à 4, la prescription d'antispasmodiques et d'antalgiques de palier I est en général suffisante (paracétamol). Si la douleur est plus importante, la prescription de morphiniques est licite, en accord avec l'équipe chirurgicale, surtout si le diagnostic est évident et la décision chirurgicale prise. L'injection de morphine doit suivre des règles de prescription et de surveillance strictes et protocolées. La demi-vie de la morphine permet une antalgie de 4 h, celle-ci ne masquera pas un syndrome péritonéal et permettra au patient d'attendre plus sereinement son intervention [3].

Principes chirurgicaux

Indication chirurgicale

La chirurgie est souvent nécessaire mais peut être dans certains cas inutile ou délétère (occlusions itératives, occlusions fonctionnelles, ischémie veineuse...). Elle peut être réalisée en urgence mais peut parfois être différée pour améliorer ou faciliter l'acte thérapeutique. Le problème est donc de savoir s'il faut opérer et à quel moment.

Objectifs

La chirurgie a pour objectif d'éviter la nécrose et la perforation diastatique et de rétablir le transit intestinal : les moyens sont donc : soit de lever l'obstacle (libération ou/et exérèse d'un segment intestinal), soit de décompresser en amont (stomie). En pratique, il existe deux types de situations en urgence : l'occlusion sans complication perforative où le problème sera de décider de l'opportunité et des modalités d'une résection intestinale, ou l'occlusion avec perforation où le problème premier sera de gérer la péritonite stercorale puis secondairement de traiter l'occlusion.

- On distingue cinq types de procédures :
- celles qui ne nécessitent pas d'ouverture intestinale (libération d'adhérence, réduction d'une invagination) ;
 - les entérotomies, pour extraction de corps étrangers ;
 - les résections intestinales ;
 - les dérivations internes, court-circuitant un obstacle non résecable (tumeur, carcinose) ;
 - les stomies iléales et coliques de décompression ou de protection d'une résection-anastomose.

En cas de résection intestinale, celle-ci doit être adaptée à la pathologie, économe en cas de lésion bénigne, suivant les règles carcinologiques en cas de malignité, à la demande en cas de nécrose.

Le rétablissement de la continuité digestive dépend des conditions locales (péritonites ou non), de la cause (obstructive ou vasculaire), et de l'état du tube digestif (distendu, ischémique).

Modalités : place de la coelioscopie

Plusieurs séries de traitement coelioscopique d'occlusion du grêle ont été publiées dans la littérature montrant sa faisabilité et ses résultats : la visualisation de la cause de l'occlusion n'est pas toujours aisée et surtout le risque de perforation iatrogène intestinale n'est pas négligeable. La morbidité peut atteindre 42 % et le taux de récurrences après traitement coelioscopique semble plus important qu'en laparotomie. Ces données amènent à ne pas recommander la coelioscopie dans ce type d'urgences [15] ou tout au moins de ne l'utiliser qu'avec une grande prudence et dans des indications très sélectionnées (pas de dilatation importante, pas de signes péritonéaux, suspicion de bride unique ou d'obstacle simple, pas d'antécédents de lapatomies multiples) [16].

Traitements spécifiques de l'occlusion du grêle

Bride

Il s'agit d'une cause fréquente, responsable soit d'un blocage d'une anse, soit de son volvulus. Le défi est de repérer les patients à opérer sans attendre pour éviter la nécrose intestinale et, à l'inverse, de donner une chance à d'autres de répondre au traitement médical, d'éviter une laparotomie, elle-même génératrice d'adhérences malgré les récents procédés de prévention en évaluation [17].

Le début très brutal, l'absence d'antécédents occlusifs antérieurs, la douleur intense non soulagée par la sonde, la défense et les signes de choc sont des critères d'intervention en urgence, car ils signent la souffrance viscérale.

En cas de début progressif, d'efficacité rapide de la sonde et des antalgiques sur la douleur, l'absence de signes cliniques et biologiques de gravité et l'existence d'antécédents identiques plaident pour un traitement médical. Ce n'est qu'en cas d'inefficacité qu'on envisagera la chirurgie.

Dans cette difficile prise de décision, le scanner s'est révélé être d'une aide considérable (sensibilité 100 %, spécificité 92 %) [18].

L'opération comporte la section de la bride, la dévolvulation et l'évaluation de la viabilité de l'anse ou de l'anneau de striction qui permettent de décider ou non la résection. Cette évaluation de la viabilité se fait moins sur la couleur que sur l'épaisseur de la paroi digestive et sa contractilité.

Hernies et éventration

Les hernies susceptibles de s'étrangler sont les hernies crurales, ombilicales et inguinales, et certaines éventrations, de par leur collet étroit (Fig. 11). Il faut aussi citer les hernies internes dont le diagnostic est fait soit au scanner, soit en peropératoire. Le diagnostic des hernies de paroi est simple, sauf chez le grand obèse. Le traitement repose sur un abord direct, la libération du segment piégé, sa réintégration/ou résection et la réparation pariétale avec ou sans mise en place de prothèse, ce dernier point dépendant de la qualité de la paroi abdominale et surtout de la nécessité ou non d'un geste de résection.

Invagination

L'invagination, le plus souvent iléocæcale, est soit spontanée (enfant), soit favorisée par une tumeur bénigne ou maligne [19]. Le diagnostic, parfois suspecté par la clinique (palpation d'une masse), est confirmée par le scanner.

Chez l'enfant, la réduction radiologique est le plus souvent efficace, en revanche, chez l'adulte, l'intervention est généralement nécessaire et doit rechercher et traiter la cause de cette intussusception souvent aisément réductible.



Figure 11. Événtration étranglée. Tomodensitométrie injectée, coupe axiale. Anse grêle distendue, signe du « chapelet » correspondant à des bulles de gaz incarcérées entre les valvules conniventes.

Ischémie vasculaire

Ischémie artérielle

L'infarctus mésentérique est un diagnostic malheureusement tardif et le pronostic est très souvent défavorable [20]. Il peut être en relation avec un thrombus proximal de la mésentérique ou des microembolies distaux, donnant des plaques diffuses de nécrose. Le terrain vasculaire, la gravité du tableau orientent le diagnostic et le scanner peut être demandé pour le confirmer s'il ne retarde pas l'intervention. Celle-ci consiste souvent en la constatation d'une nécrose intestinale très étendue au-dessus de tout geste raisonnable. Parfois, la nécrose est limitée, accessible à un geste moins délabrant, mais on peut rarement intervenir à temps, au stade d'ischémie où un geste possible de revascularisation mésentérique est possible (désobstruction à la Fogarty). Dans ces conditions, on peut être amené à faire une résection à la demande, à mettre en stomie, les deux segments digestifs étant ainsi surveillés de visu, en postopératoire, chez un patient mis sous anticoagulants à doses curatives. Selon l'état du patient et l'aspect des muqueuses digestives, une réintervention est parfois nécessaire.

Ischémie veineuse

Il est important de faire le diagnostic d'ischémie veineuse car le traitement est médical et repose sur la mise en route rapide d'une anticoagulation efficace.

Il est également important, en cas de découverte peropératoire, de reconnaître cette pathologie qui doit, à moins de complications perforatives, ne susciter aucun geste (Fig. 12). Le bilan à la recherche d'une anomalie de la coagulation doit être, si possible, prélevé avant la mise en route des anticoagulants (recherche de déficit en protéine S, C, facteur V Leiden, hémopathie...) [21].

Causes obstructives

Sténose, tumeur et carcinome

Les sténoses inflammatoires sont surtout le fait de la maladie de Crohn, les tumeurs du grêle (carcinoïdes, adénocarcinomes et sarcomes ou GIST) sont rares. Elles sont souvent responsables de tableaux d'installation progressive. Le traitement comporte une résection de grêle adaptée à la pathologie (économe dans la maladie Crohn et carcinologique pour le reste). Parfois, en cas de tumeur inextirpable, on aura recours à une dérivation interne.

L'occlusion en rapport avec la carcinose est souvent de diagnostic aisé car le contexte carcinologique est connu, mais elle peut être révélatrice. Il s'agit de tableau progressif, peu douloureux, avec souvent une grosse dilatation du grêle. Le scanner permet de faire le diagnostic et le traitement doit être d'abord médical (aspiration, corticoïdes, éventuellement analogue de l'octréotide) [22]. Une gastrostomie est parfois à discuter pour éviter le maintien de la sonde gastrique [23].

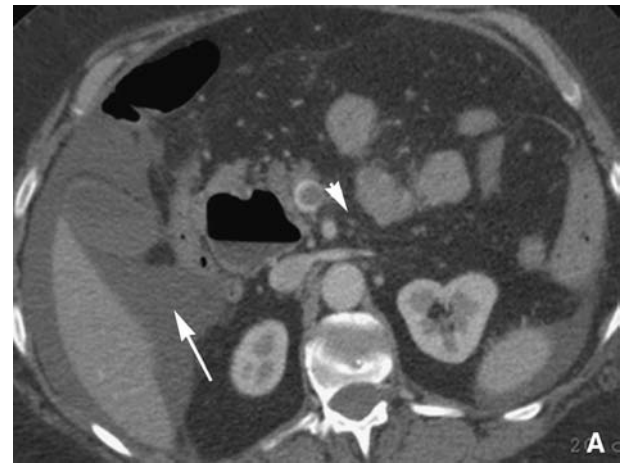


Figure 12. Occlusion aiguë du grêle par ischémie veineuse. Tomodensitométrie injectée, coupe axiale et reconstruction vasculaire.

A. Thrombose aiguë de la veine mésentérique supérieure, épanchement intrapéritonéal abondant.

B. Reconstruction sagittale montrant le thrombus mésentérique.

Iléus biliaire et corps étranger

L'iléus biliaire est une cause classique mais fort rare d'occlusion par obstruction endoluminale. L'association aérobilie, occlusion et opacité calcique abdominale permet parfois le diagnostic (Fig. 13). L'intervention consiste à enlever le gros calcul obstructif par une entérotomie, classiquement en faisant l'impasse sur la pathologie biliaire. Cependant, selon le contexte et si les conditions s'y prêtent, il n'est pas illogique de réaliser la cholécystectomie et de fermer la fistule cholécystoduodénale [24].

“ Point important

Traitements des occlusions du grêle

La mise en place de la sonde gastrique et la réhydratation sont les premières mesures.

La décision repose sur la clinique mais le scanner est d'une grande aide décisionnelle.

En cas de volvulus, de hernies étranglées ou de signes de gravité générale ou locale : intervention en urgence.

Les gestes chirurgicaux vont de la simple libération d'une anse à la résection intestinale en passant par l'entérotomie et la dérivation interne.

Le rétablissement de la continuité est en général possible sauf péritonite sévère ou pathologie vasculaire ou inflammatoire.



Figure 13. Iléus biliaire. Abdomen sans préparation face debout. Niveaux hydroaériques grêles, aérobilie.

Traitements spécifiques de l'occlusion du côlon

Sténoses coliques

La gestion chirurgicale de l'occlusion colique pose un problème technique et un problème de stratégie.

Technique

Le côlon est distendu, plein de selles liquides et souvent fragilisé. La mobilisation et la dissection de ce côlon sont donc difficiles et dangereuses, et il est parfois incontournable de réaliser une bourse afin de vider au moins partiellement le segment occlus. Ce geste doit être fait avec le maximum de précaution pour protéger le champ opératoire, il reste moins délétère qu'une perforation iatrogène diastatique non prévue.

Stratégie

Il faut en effet réfléchir au geste à faire en urgence, ce qui déterminera la stratégie thérapeutique. Cette réflexion doit être faite en préopératoire et se prolonge en peropératoire selon les constatations. Les éléments de décision sont l'état du patient, la localisation de la sténose, sa nature et le stade de la pathologie sous-jacente, et la viabilité du côlon en amont de la sténose.

Gestes chirurgicaux

Les sténoses situées à droite ou au niveau du transverse sont traitées en général par une iléocoléctomie car l'anastomose peut, en général, être réalisée sur des tissus corrects.

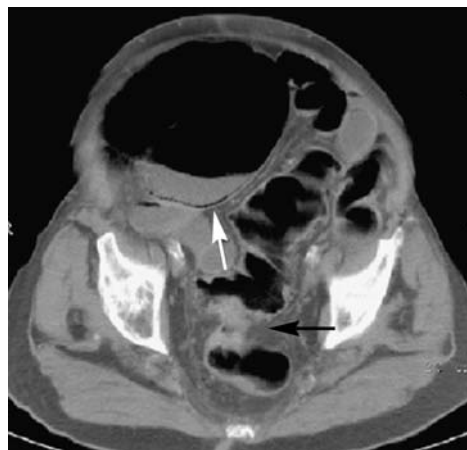


Figure 14. Occlusion colique aiguë sur néoplasie de la charnière rectosigmoïdienne. Tomodensitométrie injectée, coupe axiale. Épaississement pariétal tumoral obstructif de la charnière rectosigmoïdienne ; distension caecale majeure avec pneumatose pariétale témoignant d'un état préperforatif.

En revanche, les sténoses gauches sont de prise en charge plus complexe avec trois gestes possibles (Tableau 5) :

- la colostomie d'amont, geste simple, rapide, réalisable le plus souvent par voie élective, qui permet de gérer l'urgence et de pouvoir programmer une intervention dans de bonnes conditions sur un côlon préparé et après exploration ;
- la résection de la zone sténosée, avec anastomose protégée, ce qui suppose un lavage péroperatoire, ou sans anastomose (intervention de Hartmann) avec à la clé une réintervention 2 à 3 mois plus tard pour rétablissement de la continuité ;
- une colectomie totale avec anastomose iléocolique ou rectale parfois de nécessité (côlon d'amont non conservable) ou de principe (choix d'une seule intervention).

Indications

Les sténoses coliques sont essentiellement en rapport avec le cancer du côlon. Il est aujourd'hui recommandable de faire un scanner qui permettra de choisir la meilleure tactique opératoire. Il permet en effet non seulement de montrer l'occlusion et son stade mais également de visualiser la tumeur (virole ou masse), sa localisation mais également de faire le bilan d'extension de la maladie (locorégional, statut métastatique) (Fig. 14). Le type de geste dépend en effet du terrain (âge, pathologies associées), de la localisation de la sténose sur le cadre colique (dont dépend le geste d'exérèse), des signes de gravité (souffrance en amont) et enfin du stade métastatique. Si la résection est choisie, elle doit respecter les règles carcinologiques.

Cas particulier du cancer du rectum

Il existe des avantages à choisir en urgence la colostomie de proche amont : en dehors de lever de l'occlusion, elle permet l'exploration du cadre colique et de la lésion rectale (échodoposcopia ou imagerie par résonance magnétique [IRM] pour

Tableau 5.

Avantages et inconvénients des différentes options chirurgicales dans l'occlusion du côlon gauche.

	Colostomie	Résection/Stomie	Colectomie totale
Avantage	Rapide, voie élective Permet de réintervenir après préparation et exploration	Traitement de la maladie immédiate	Une seule opération Traitement de la cause et des conséquences coliques
Inconvénients	Impasse sur l'état du côlon en amont Nécessité de réintervenir (deux ou trois temps) Morbidity cumulée de ces interventions	Nature de la sténose parfois inconnue (adaptation du geste) Parfois difficile en cas de grosse distension Nécessité d'un second temps Morbidity	Difficulté opératoire Morbidity Conséquences fonctionnelles

détermination du statut us T et usN) et autorise la mise en route rapide d'un éventuel traitement néoadjuvant, notamment radiothérapeutique.

Les sténoses inflammatoires (diverticuloses, rectocolite hémorragique [RCH]) sont de diagnostic difficile et, dans le doute, l'approche est comparable à celle des sténoses malignes.

Alternative à la chirurgie : stent colique [25-27]

D'introduction récente, il trouve sa place dans deux indications : la levée de l'obstacle avant une chirurgie secondaire (il fait alors office de « colostomie première ») ou comme seul traitement dans le cadre d'une prise en charge palliative.

La prothèse est mise en place sous contrôle radiologique (86 %) [25]. L'échec est dû essentiellement à l'importance de la sténose ou à sa longueur. Le risque immédiat est la perforation (4 à 6 %) et secondairement la migration (10 %) et l'obstruction (6 à 10 %). Le stent trouve tout son intérêt en cas de cancer métastatique avancé, évitant ainsi l'intervention [26].



Volvulus

Volvulus du côlon pelvien

Il est favorisé par un côlon pelvien long (dolichocôlon) ayant un mésocôlon flottant. La constipation, l'alitement, les laxatifs, les neuroleptiques, les antiparkinsoniens peuvent être des facteurs aggravants. Le lavement radio-opaque, montrant le « bec d'oiseau » est diagnostique et parfois thérapeutique (5 %). Il est contre-indiqué en cas de suspicion de sphacèle et doit être réalisé aux hydrosolubles et à faible pression.

Le traitement de première intention est endoscopique. La rectosigmoïdoscopie, prudente, montre le tour de spire et ne doit pas être prolongée si la muqueuse est nécrotique. Dans le cas contraire, l'intubation permet de dévolvuler et se traduit par une débâcle diarrhéique (80 à 96 % de succès). Il est alors nécessaire de laisser en place une sonde rectale poussée le plus haut possible sous contrôle coloscopique de façon à éviter la récurrence précoce du volvulus. On peut alors proposer, dans un délai de quelques semaines, une résection-anastomose sur un côlon plat.

La chirurgie est indiquée dans trois situations : contre-indications au traitement médical (sphacèle ou perforation), échec d'une détorsion endoscopique ou récurrence après celle-ci (11 à 60 %). Le principe est celui d'une résection segmentaire sans rétablissement immédiat en urgence (côlon distendu et à contenu hyperseptique). Les deux segments digestifs sont mis en double stomie dite en « canon de fusil » dans un même site en fosse iliaque gauche : intervention de Bouilly-Volkman. Cette intervention sera réalisée par incision médiane le plus souvent en raison du volume monstrueux du côlon. Le rétablissement par voie élective se fera dans un délai de 2 à 3 mois. L'intervention de Hartmann peut avoir sa place mais complique le rétablissement ultérieur.

Volvulus du cæcum [28]

Il est beaucoup plus rare (25 % des volvulus). Il est facilité par un défaut d'accolement du côlon droit et est plus fréquent chez la femme. Le traitement est chirurgical : si le cæcum est viable, on peut proposer une cæcopexie mais le risque de récurrence est de 20 %. Dans les autres cas, la résection s'impose : exérèse iléocæcale et anastomose iléocolique droite dans le même temps.

Colites aiguës (vasculaires ou inflammatoires)

Le tableau est celui d'une distension colique le plus souvent diffuse s'inscrivant dans un contexte d'altération de l'état général, souvent fébrile, voire de choc.

L'arrêt des matières et des gaz peut être remplacé par des diarrhées plus ou moins importantes qui peuvent dominer le tableau. Le diagnostic, suspecté à l'ASP, est confirmé au scanner. Une rectosigmoïdoscopie prudente, discutée au cas par cas et réalisée par un opérateur entraîné peut aider au diagnostic et à l'évaluation de la gravité en montrant l'aspect de la muqueuse : nombre et caractéristiques des ulcérations, aspect de la muqueuse et étendue éventuelle de la nécrose.

Dans le cadre de maladies inflammatoires, le traitement médical prime avec une prise en charge médicochirurgicale maintenant assez codifiée [29]. La chirurgie ne sera discutée qu'en cas d'échec du traitement médical ou dans le cadre particulier du mégacôlon toxique qui constitue un choc septique sur colectasie en dehors de toute perforation. Le geste sera alors une colectomie subtotala avec mise en double stomie (iléostomie en fosse iliaque droite et sigmoïdostomie en fosse iliaque gauche). Le rétablissement sera discuté ultérieurement.

Dans le cas d'une origine vasculaire, la forme gangréneuse (10 %) réalise un tableau sévère évoluant rapidement vers le choc, imposant une sanction chirurgicale rapide (colectomie totale adaptée à l'étendue des lésions, le plus souvent sans rétablissement chez des patients fragiles, souvent polyvasculaires, hypotendus et qui nécessiteront de la réanimation). Le pronostic est grave : 80 % de décès. Moins sévère, la colite ischémique non gangréneuse (90 %) peut répondre au traitement médical. En cas d'échec, le geste le plus souvent réalisé est l'intervention de Hartmann.

“ Point important

Traitement des occlusions mécaniques du côlon

Principes : éviter la nécrose et la perforation diastatique et rétablir le transit.

Le traitement chirurgical peut être fait en un ou (plus fréquemment) deux temps.

Moyens : colostomie d'amont, résection et mise en stomie, colectomie totale.

Critères de choix : ils sont cliniques et scanographiques, en fonction de l'état du patient, du degré de souffrance intestinale et de la pathologie sous-jacente.

Syndrome d'Ogilvie

Il s'agit d'une distension gazeuse du côlon sans obstacle réalisant une pseudo-occlusion. Il est souvent associé à un contexte pathologique : suite de chirurgie (thoracique, vasculaire), infections, contexte de réanimation, traumatismes extra-abdominaux, infarctus du myocarde (IDM), troubles métaboliques et désordres hydroélectrolytiques, neuroleptiques, etc. L'opacification n'est pas inutile pour prouver l'absence d'obstacle.

Le diagnostic posé, la prise en charge est en priorité médicale : aspiration digestive, correction des troubles métaboliques, utilisation de néostigmine agissant par un effet parasymphatomimétique. Un essai contre placebo a montré son efficacité à la posologie de 4 à 5 ampoules intraveineuses (i.v.) sur 24 heures. Les effets secondaires principaux sont cardiaques avec risque de bradycardie et même d'arrêt cardiaque imposant une surveillance scopique. L'utilisation doit donc être prudente en cas d'insuffisance coronarienne ou d'hypotension artérielle. En cas d'échec (2 à 3 jours de traitement médical) ou en cas de contre-indication, la coloscopie décompressive trouve son indication : colo-exsufflation et mise en place d'un tube de Faucher pour 2 à 3 jours. Le taux de succès immédiat est de 80 à 100 %. Le taux de récurrences varie de 15 à 24 % [30].

La chirurgie n'est indiquée qu'en cas d'échec de ces précédents traitements ou en cas de souffrance ischémique, voire de perforation diastatique. Le geste réalisé peut être une cæcostomie, une colostomie de décompression ou une résection colique droite.

■ Conclusion

La gestion des syndromes occlusifs est un défi diagnostique et thérapeutique. Si la prise en charge a bénéficié de l'apport récent du scanner multibarrettes, elle reste fondée sur l'évaluation clinique. Il faut rappeler que le risque majeur d'une

occlusion est la nécrose et la perforation intestinale, complications gravissimes, voire mortelles. Il faut donc, par une prise en charge médicochirurgicale rapide et efficace, détecter les indications opératoires urgentes et définir, pour les autres, une stratégie thérapeutique adaptée.



Références

- [1] Bouillot JL, Bresler L. *Abdomen aigus. Prise en charge diagnostique. Monographies de l'Association Française de Chirurgie*. Paris: Arnette; 2004.
- [2] Tendler DA. Acute intestinal ischemia and infarction. *Semin Gastrointest Dis* 2003;**14**:66-76.
- [3] Chiche L, Roupie E, Delassus P. Prise en charge des douleurs abdominales aux urgences. *J Chir (Paris)* 2006;**143**:6-14.
- [4] Wu B, Fujise T, Iwakiri R, Ootani A, Amemori S, Tsunada S, et al. Venous congestion induces mucosal apoptosis via tumor necrosis factor-alpha-mediated cell death in the rat small intestine. *J Gastroenterol* 2004;**39**:1120-2.
- [5] Caoili EM, Paulson EK. CT of small-bowel obstruction: another perspective using multiplanar reformations. *AJR Am J Roentgenol* 2000;**174**:993-8.
- [6] Jaffe TA, Martin LC, Thomas J. Small Bowel obstruction: coronal reformations from isotropic voxels at 16-section multi-detector row CT. *Radiology* 2005;**238**:135-42.
- [7] Khurana B, Ledbetter S, McTavish J. Bowel obstruction revealed by multidetector CT. *AJR Am J Roentgenol* 2002;**178**:1139-44.
- [8] Boudiaf M, Soyer P, Terem C, Pelage JP, Maissiat E, Rymer R. CT evaluation of small bowel obstruction. *Radiographics* 2001;**21**:613-24.
- [9] Maglante DD. Small bowel imaging- a rapidly changing field and a challenge to radiology. *Eur Radiol* 2006;**16**:967-71.
- [10] Chou CK. CT manifestations of bowel ischemia. *AJR Am J Roentgenol* 2002;**178**:87-91.
- [11] Choi HK, Chu KW, Law WL. Therapeutic value of gastrografin in adhesive small bowel obstruction after unsuccessful conservative treatment: a randomized trial. *Ann Surg* 2002;**236**:1-6.
- [12] Biondo S, Pares D, Mora L, Marti Rague J, Kreisler E, Jaurieta E. Randomized clinical study of Gastrografin administration in patients with adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg* 2003;**90**:542-6.
- [13] Chen SC, Lee CC, Yen ZS, Lin GS, Chen WJ, Lee PH, et al. Specific oral medications decrease the need for surgery in adhesive partial small-bowel obstruction. *Surgery* 2006;**139**:312-6.
- [14] Puylaert JB. Ultrasonography of the acute abdomen: gastrointestinal conditions. *Radiol Clin North Am* 2003;**41**:1227-42.
- [15] Peschard F, Alves A, Berdah S, Kianmanesh R, Laurent C, Mabrut JY, et al. Indications de la laparoscopie en chirurgie générale et digestive. Recommandations de la SFCD. *Ann Chir* 2006;**131**:125-48.
- [16] Yau KK, Siu WT, Law BK, Cheung HY, Ha JP, Li MK. Laparoscopic approach compared with conventional open approach for bezoar-induced small-bowel obstruction. *Arch Surg* 2005;**140**:972-5.
- [17] Fazio VW, Cohen Z, Fleshman JW, van Gooor H, Bauer JJ, Wolff BG, et al. Reduction in adhesive small-bowel obstruction by Sefrafilm adhesion barrier after intestinal resection. *Dis Colon Rectum* 2006;**49**:1-2.
- [18] Donckier V, Closset J, Van Gansbeke D, Zalman M, Sy M, Houben JJ, et al. Contribution of computed tomography to decision making in the management of adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg* 1998;**85**:1071-4.
- [19] Huppertz HI, Soriano-Gabarro M, Grimpel E, Franco E, Mezner Z, Desselberger U, et al. Intussusception among young children in Europe. *Pediatr Infect Dis J* 2006;**25**(suppl1):S22-S29.
- [20] Schoots IG, Koffeman GI, Legemate DA, Levi M, van Gulik TM. Systematic review of survival after acute mesenteric ischaemia according to disease aetiology. *Br J Surg* 2004;**91**:17-27.
- [21] Mitani M, Kuwabara Y, Kawamura H, Sato A, Hattori K, Fujii Y. Mesenteric venous thrombosis associated with protein C deficiency. *J Gastroenterol* 1999;**34**:387-9.
- [22] Sfairi A, Patel JC. Iléus biliaire : playdoyer pour le traitement simultané de l'occlusion et de la maladie lithiasique. *J Chir (Paris)* 1997;**134**:59-64.
- [23] Mackey R, Chand B, Oishi H, Kameoka S, Ponsky JL. Percutaneous transesophageal gastrostomy tube for decompression of malignant obstruction: report of the first case and our series in the US. *J Am Coll Surg* 2005;**201**:695-700.
- [24] Mystakidou K, Tsilika E, Kalaidopoulou O, Chondros K, Georgaki S, Papadimitriou L. Comparison of octreotide administration vs conservative treatment in the management of inoperable bowel obstruction in patients with far advanced cancer: a randomized, double-blind, controlled clinical trial. *Anticancer Res* 2002;**22**:1187-92.
- [25] Baron TH. Colonic stenting: technique, technology, and outcomes for malignant and benign disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2005;**15**:757-71.
- [26] Targownik LE, Spiegel BM, Sack J, Hines OJ, Dulai GS, Gralnek IM, et al. Colonic stent vs. emergency surgery for management of acute left-sided malignant colonic obstruction: a decision analysis. *Gastrointest Endosc* 2004;**60**:865-74.
- [27] Koht UP, Lary AW, Murali K, Parker MC. Systematic review for the efficacy and safety of colorectal stents. *Br J Surg* 2002;**89**:1096-102.
- [28] Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgrad Med J* 2005;**81**:772-6.
- [29] Lebreton G, Fatome A. Colites aiguës graves. *J Chir (Paris)* 2003;**140**:201-10.
- [30] Gentric A, Le Deun P. Acute colonic pseudoobstruction: an unusual presentation of thyrotoxic periodic paralysis. *J Am Geriatr Soc* 2005;**53**:2237-9.

Pour en savoir plus

Bouillot JL, Bresler L. *Abdomen aigus. Prise en charge diagnostique. Monographies de l'Association Française de Chirurgie*. Paris: Arnette; 2004.

Principes fondamentaux de Gastroentérologie. www.gastroresource.com.

Bigard MA. *Traitement médical, endoscopique et chirurgical des maladies du tube digestif*. Paris: Masson; 2004.

Schmutz G, Regent D, Chapuis F, Blum A, Benko A. *Imagerie de l'abdomen aigu*. Paris: Masson; 2004.

L. Chiche (chiche-l@chu-caen.fr).

G. Lebreton.

Service de chirurgie digestive, CHU Caen Côte de Nacre, Caen, France.

V. Le Penneç.

Département de radiologie, CHU Caen Côte de Nacre, Caen, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Chiche L., Lebreton G., Le Penneç V. Syndromes occlusifs. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-050-A-30, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos / Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations