



UE 2.8.S3 PROCESSUS OBSTRUCTIF

L'OCCLUSION INTESTINALE

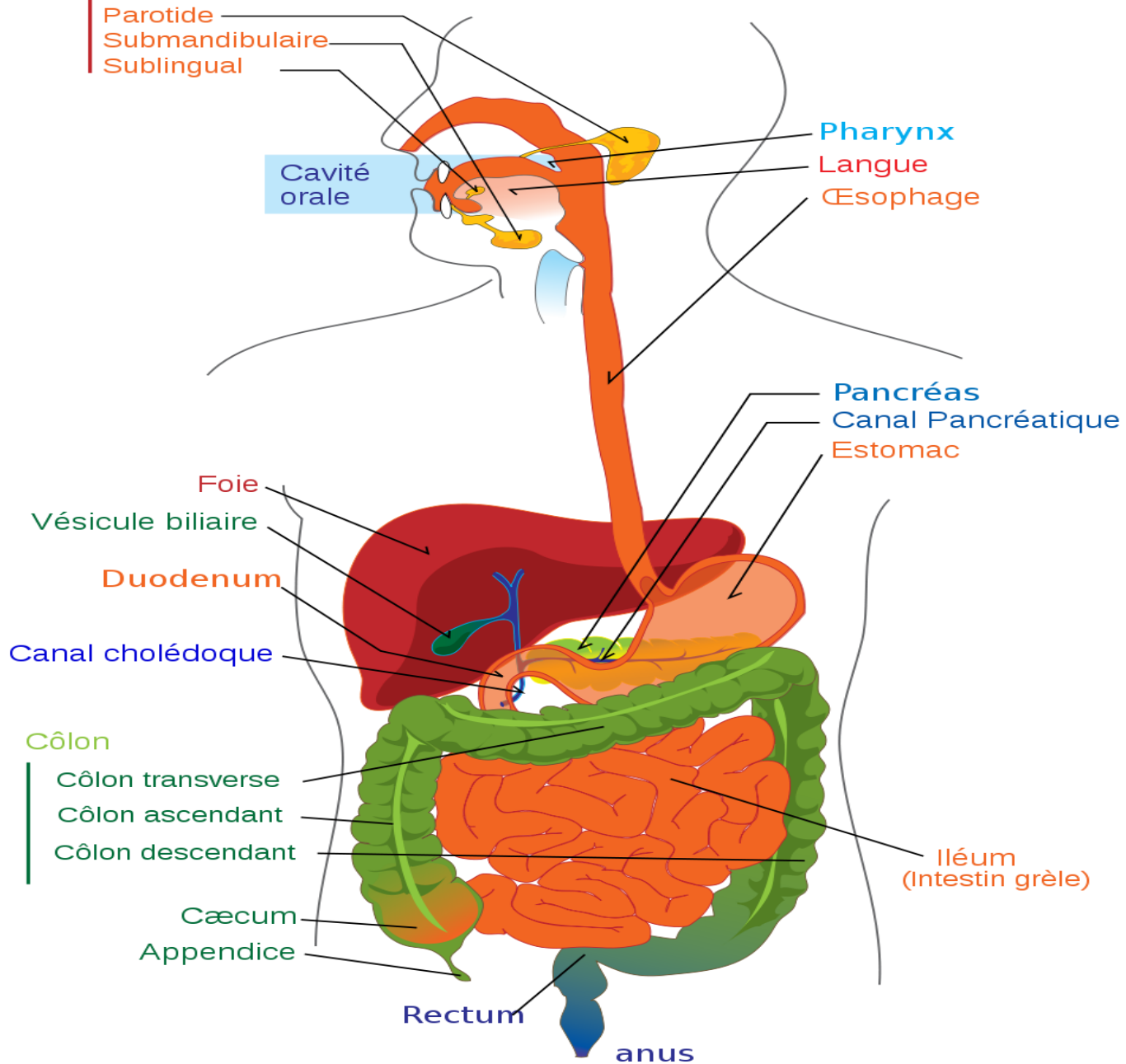
- Promotion 2018-2021
- Anne Paugam



L'OCCLUSION INTESTINALE

- Rappels anatomiques
- Définition
- Etiologies
- Les différents mécanismes
- Signes cliniques
- Examens complémentaires
- Traitements
- Risques
- Surveillances infirmières

Glandes Salivaires



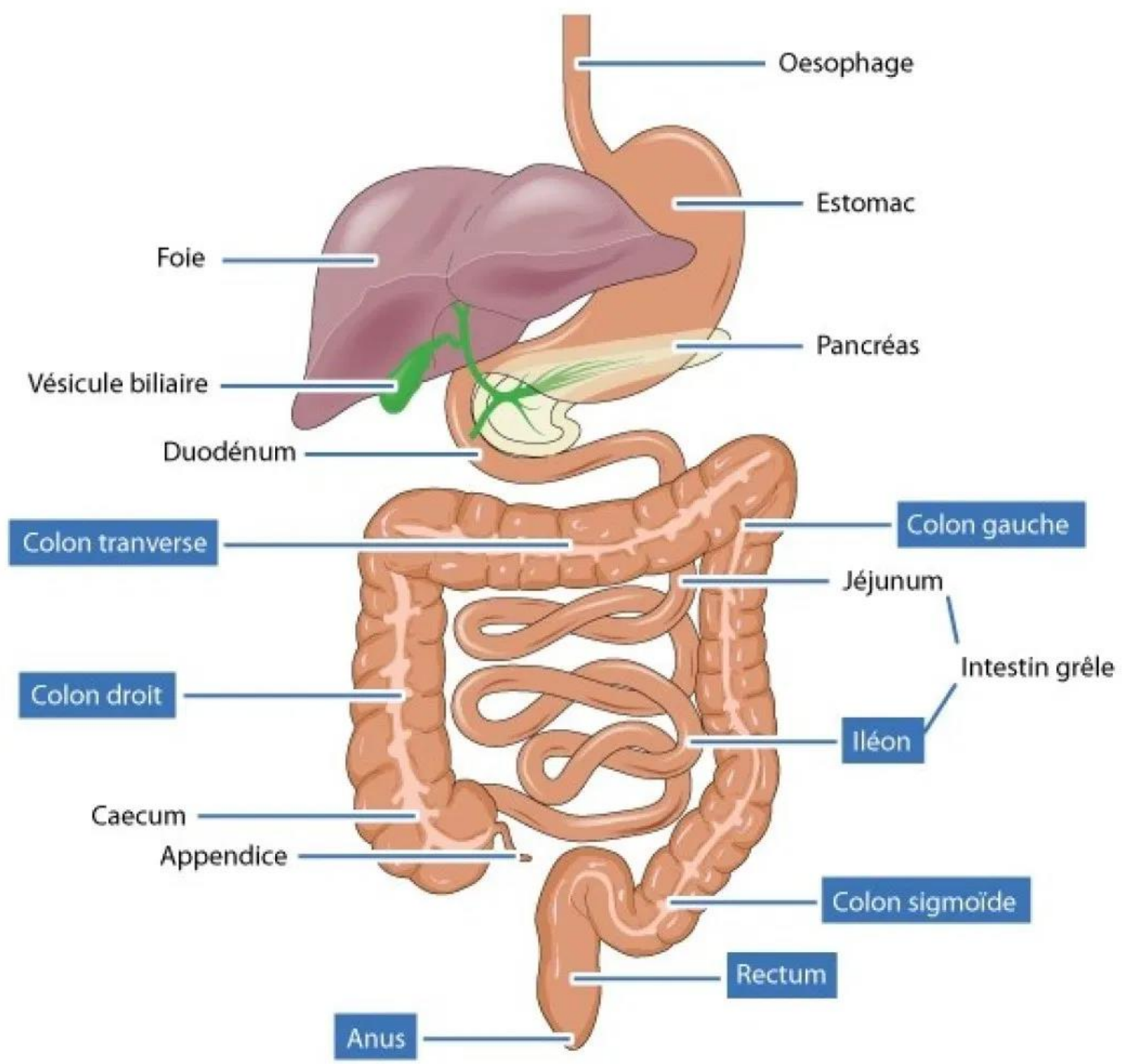
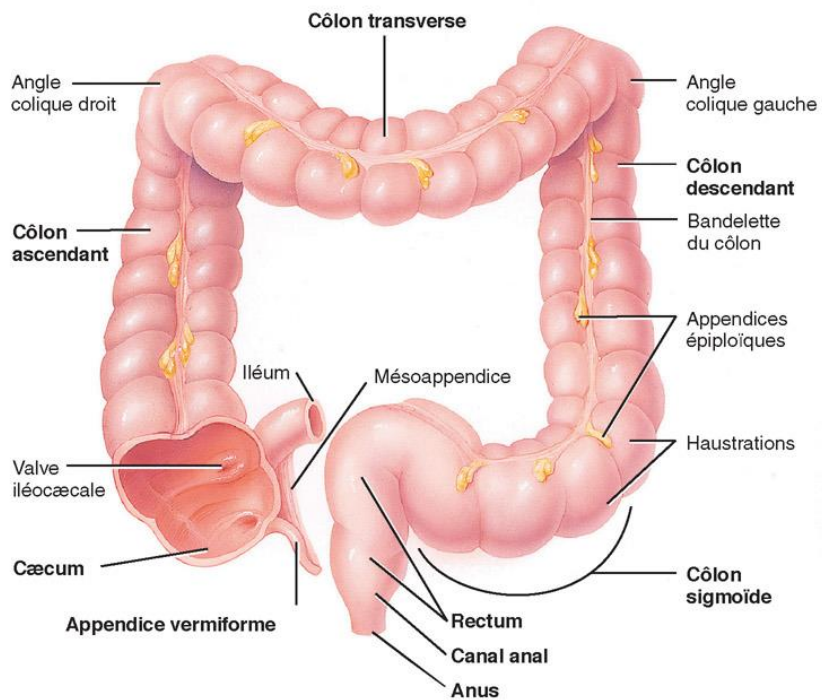
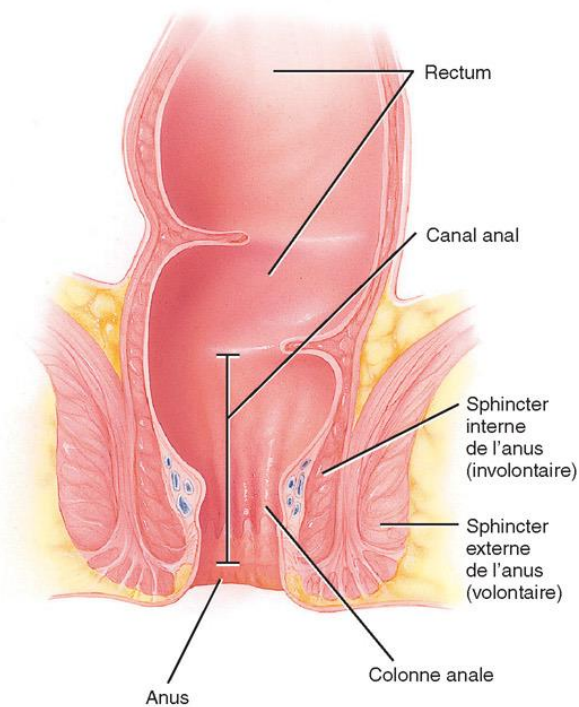


Figure 24.22
L'anatomie du gros intestin.

Valve de
Bauhin



(a) Vue antérieure du gros intestin, avec ses principaux segments



(b) Coupe frontale du canal anal



RAPPELS ANATOMIQUES

- L'intestin grêle fait suite à l'estomac, il mesure environ 3m et se compose de trois segments : le duodénum, le jéjunum et l'iléon.
- Il permet l'absorption des nutriments au niveau de l'organisme grâce à une surface de contact avec ceux-ci importante (plus de 100m²)
- Ensuite vient le colon, de plus gros calibre, il forme un cadre de 1m à 1,5m composé successivement du caecum, du colon ascendant à droite, du colon transverse et du colon descendant à gauche et enfin le sigmoïde



DÉFINITION

- L'occlusion intestinale se définit par l'obstruction partielle ou totale de l'intestin grêle ou du colon.
- Sachant que nous possédons environ 8m d'intestins dans notre organisme, les risques d'occlusion sont potentiellement nombreux!



ETIOLOGIES DE L'OCCLUSION INTESTINALE

- Les occlusions intestinales peuvent être mécaniques (liées à un obstacle organique, bride, étranglement d'une hernie ou tumeur) . Elles représentent 90 à 95% des cas
- ou fonctionnelles (par spasme ou paralysie de la musculature lisse intestinale) appelés aussi iléus paralytique.



OBSTRUCTIONS OU OCCLUSIONS MÉCANIQUES

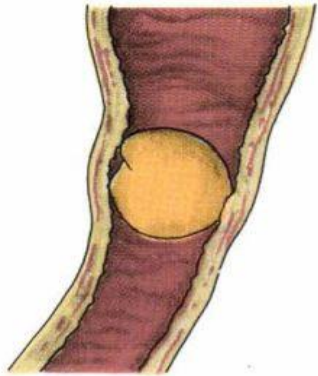
- Strangulation par une bride de tissu conjonctif (post chirurgie en général 30% des cas), par étranglement d'une hernie préexistante (25% des cas), par volvulus ou torsion sur elle-même d'une anse intestinale.
- La strangulation provoque des lésions vasculaires, liées à l'écrasement ou à la torsion des vaisseaux. La compression entraîne un arrêt de l'irrigation sanguine pouvant conduire à la gangrène. Il peut s'agir de l'étranglement brutal d'une anse intestinale au contact d'une bride (adhérence consécutive à une intervention chirurgicale) ; de l'étranglement d'une hernie inguinale ou crurale ; de la torsion d'une boucle trop longue du côlon sigmoïde sur elle-même, ou volvulus



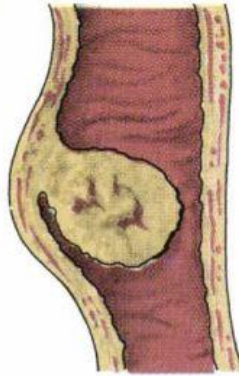
OBSTRUCTIONS OU OCCLUSIONS MÉCANIQUES (SUITE)

- Obstruction de la lumière intestinale par une tumeur (25%des cas), des corps étrangers, ou un amas de matières fécales (fécalome fréquent chez les personnes âgées). Les occlusions par obstruction sont, quant à elles, provoquées par le développement d'une tumeur de l'intestin, maligne ou bénigne, qui rétrécit le conduit intestinal, ou par une maladie inflammatoire ou une diverticulite (infection des diverticules intestinaux)
- Invagination chez les enfants de 8 à 12 mois

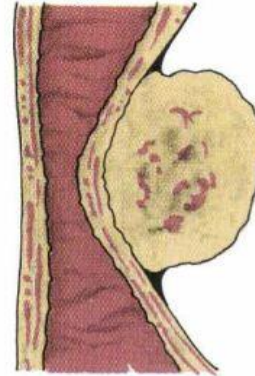
OBSTRUCTION



obturation

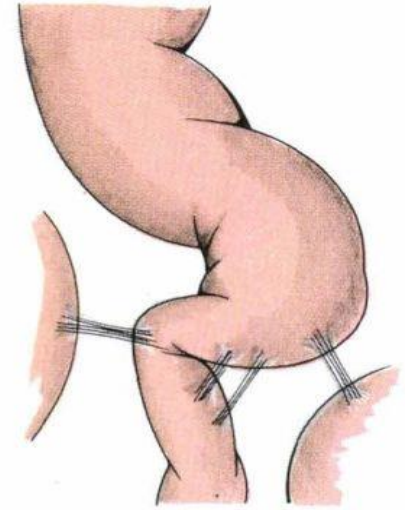


obstruction

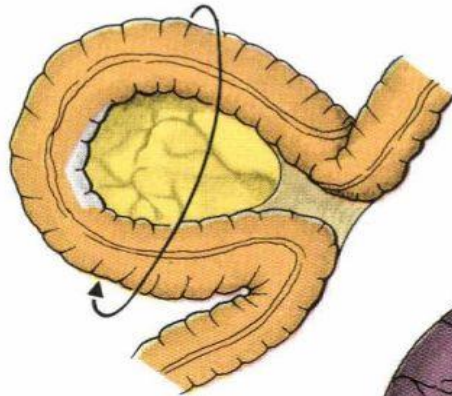


compression externe

compression bride lâche

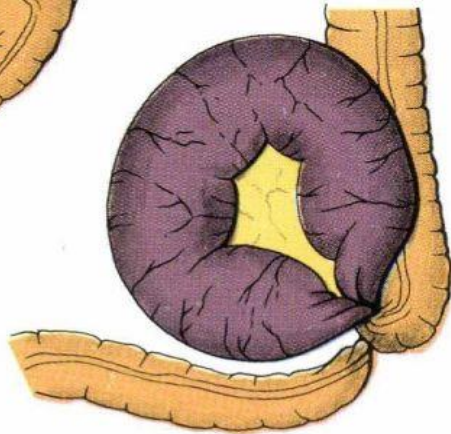


STRANGULATION

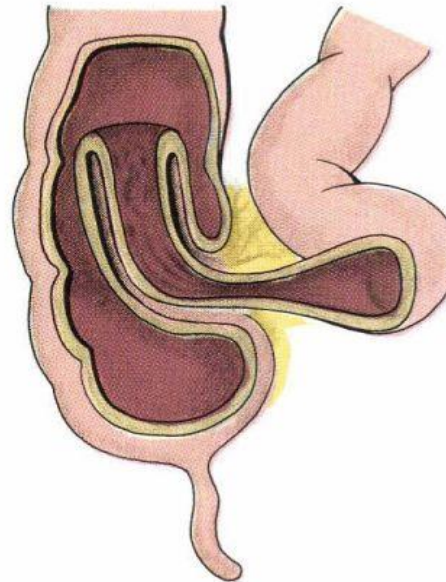


1^{re} phase

volvulus

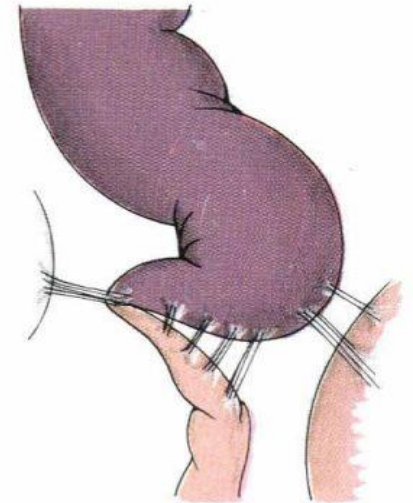


2^e phase



invagination

compression bride serrée





OBSTACLE SIMPLE OU ÉTRANGLEMENT: QUELLE DIFFÉRENCE?

En cas d'obstacle simple, l'intestin d'amont se remplit :

- de liquides de sécrétions digestives non résorbées : salive, suc gastrique, bile, suc pancréatique et sécrétion intestinale ; 6 à 8l de sécrétions quotidiennes....
- de gaz, essentiellement formés de l'air dégluti.
- Cette zone en stagnation constitue un troisième secteur et elle est le siège d'une pullulation microbienne. La conséquence de cette réplétion est une distension pariétale intestinale, d'où une gêne progressive aux circulations lymphatique, veineuse et artérielle. La distension maximale en cas d'occlusion colique avec une valvule de Bauhin étanche risque d'entraîner une perforation du côlon droit.



OCCLUSIONS FONCTIONNELLES OU ILÉUS PARALYTIQUE

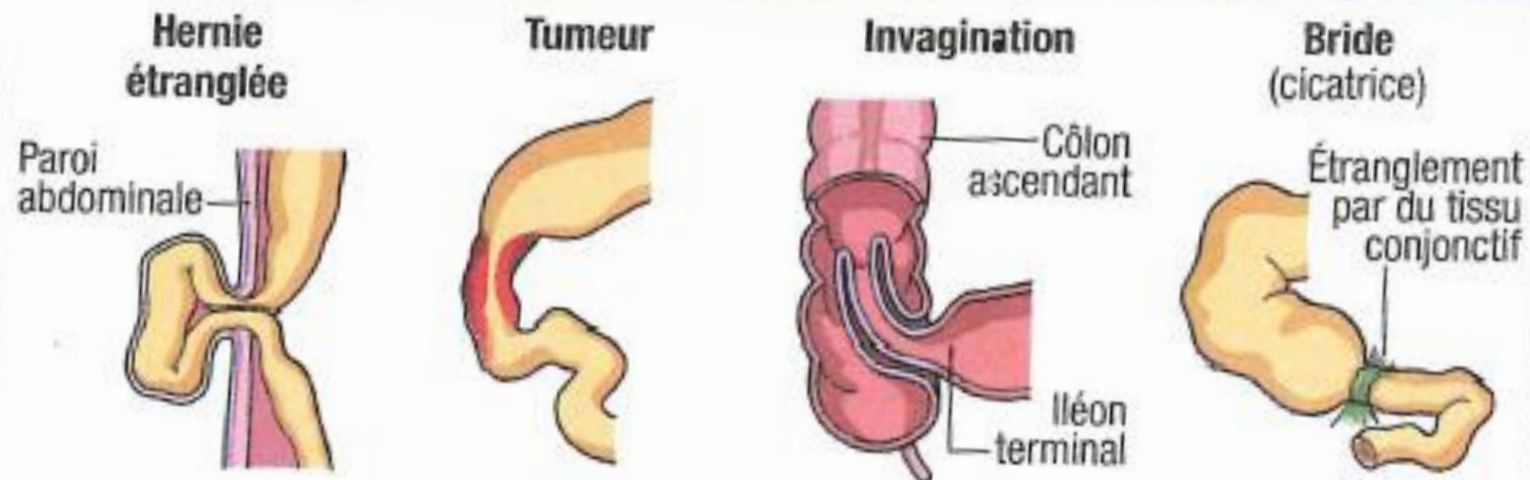
- 5 à 10% des cas
- Au décours d'une affection abdominale type biliaire, rénale, pancréas, perforation ou ischémie intestinale sur occlusion d'un vaisseau mésentérique, ou inflammation suite péritonite
- Le péristaltisme intestinal s'arrête au contact d'un foyer infectieux (par exemple, une appendicite ou une péritonite) ou inflammatoire (par exemple, une pancréatite aiguë). La cause peut aussi être un épanchement de sang intrapéritonéal ou sous-péritonéal (par exemple, après une fracture du bassin) ou lors d'un épisode douloureux intrapéritonéal ou rétropéritonéal (par exemple, une colique hépatique ou une colique néphrétique).
- Mêmes signes cliniques mais atonie abdominale



OCCLUSIONS FONCTIONNELLES OU ILÉUS PARALYTIQUE (SUITE)

- Post-opératoire après chirurgie abdominale
- Personnes âgées alitées (post AVC notamment)
- Intoxication ou effet secondaire médicamenteux des morphiniques, neuroleptiques
- Troubles métaboliques comme hypokaliémie entraînant une baisse de la motricité abdominale

Causes d'un iléus mécanique



Causes d'un iléus paralytique

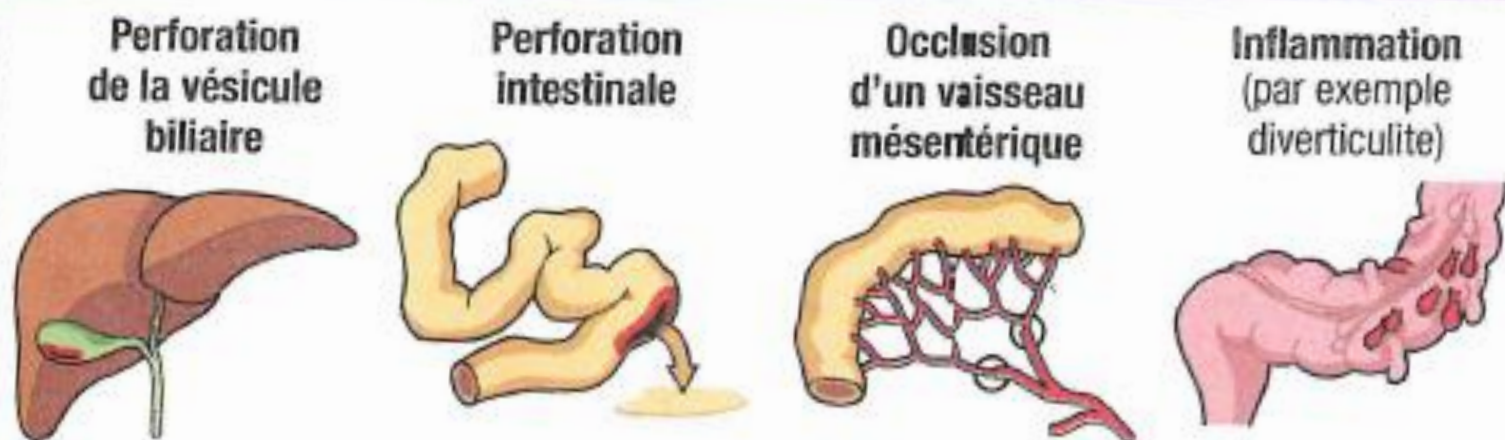


Figure 10.1 – Causes fréquentes d'iléus (ou occlusion) mécanique et d'iléus paralytique (ou occlusion fonctionnelle)



SIGNES CLINIQUES

- Dans tous les cas d'occlusion intestinale, les aliments et les sécrétions s'accumulent en amont de l'obstruction ou de la paralysie en créant une importante distension de l'intestin. Les symptômes comprennent des **douleurs fortes**, évoluant par crises et suivies d'accalmies, **des nausées, vomissements** plus ou moins fécaloïdes, **l'arrêt des matières et des gaz, et un météorisme** (distension localisée de l'abdomen).
- L'accumulation de liquide en amont de l'obstacle et les vomissements provoquent une **déshydratation** importante pouvant entraîner un état de choc, avec chute de la pression artérielle et insuffisance rénale



	Occlusion par obstruction de la lumière	Occlusion par strangulation	Occlusion fonctionnelle ou iléus paralytique
Début	Progressif	Brutal	Variable en fonction de la cause
Douleurs	A type de coliques	Douleurs continues et intenses	Variable en fonction de la cause
Météorisme	Modéré	Localisé	Diffus (abdomen dit en « peau de tambour »)
Bruits intestinaux	Accentués	Initialement accentués puis absents	Absents
Etat général	Peu altéré	Très altéré avec risque état de choc	Variable en fonction de la cause mais souvent très altéré
Vomissements	Tardifs	Précoces	Précoces

DÉSHYDRATATION



- ▣ Peau sèche
- ▣ Muqueuses sèches (langue rôtie...)
- ▣ Tachycardie
- ▣ Hypotension
- ▣ Bas débit urinaire



SIGNES CLINIQUES DIFFÉRENTS SELON LE MÉCANISME DE L'OCCLUSION

- Ventre dur et douloureux à la palpation= signe chirurgical
- Hyperthermie parfois importante en cas de choc septique
- Signes biologiques de l'inflammation avec augmentation de la CRP, des leucocytes, VS, fibrine
- Altération de l'état général avec signes de déshydratation, baisse de la pression artérielle, troubles hydro-electrolytiques
- Niveaux à l'ASP, dilatation colique





EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DIAGNOSTIC

- Abdomen Sans Préparation
- Scanner abdominal
- Lavement avec produit de contraste hydrosoluble type baryte
- Biologie: NFS avec leucocytes, ionogramme avec électrolytes, bilan hépatique, bilan pré opératoire avec groupage, coagulation, ECG, RP si besoin (inhalation?)



TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE

- Différent selon le niveau de gravité
- Patient à jeun
- Pose de sonde naso gastrique en aspiration douce à but d'évacuation des matières et des gaz. On évite de la garder plus de trois jours
- Lavement évacuateur
- Hydratation par perfusion et correction des éventuels troubles hydro électrolytiques; correction du bilan entrées-sorties; pose sonde urinaire
- Antibiothérapie, antalgiques, antispasmodiques



TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE

- Parfois chirurgical pour lever l'obstacle, le volvulus, masse tumorale, etc...
- Si pas d'urgence, c'est-à-dire en l'absence de signes de péritonite (ventre dur, hyperthermie, douleur, etc....), on tente un traitement médical associé à SNG pendant 72h
- Signaler tous changements de situation au chirurgien



RISQUES

- Perforation entraînant péritonite voire choc septique
- Déshydratation sévère
- Hypovolémie
- Hémorragies digestives
- Inhalation



SURVEILLANCE

- Douleur, souplesse abdominale
- Pli cutané
- Température
- Volume des sécrétions recueillies dans la SNG
- Pression artérielle et fréquence cardiaque à la recherche d'une hypovolémie, choc septique