

Syndrome occlusif

P^r Denis Collet, D^r Antonio Sa Cunha

Service de chirurgie digestive et endocrinienne, CHU de Bordeaux, maison du Haut-Lévêque 33604 Pessac Cedex
denis.collet@chu-bordeaux.fr

Objectifs

- Diagnostiquer un syndrome occlusif.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

L'occlusion intestinale est un des motifs les plus fréquents d'hospitalisation d'urgence en milieu chirurgical. Ce syndrome

recouvre des situations cliniques très variées dont certaines nécessitent une intervention chirurgicale urgente, tandis que d'autres permettent la réalisation d'explorations plus poussées avant d'envisager le traitement. Devant tout syndrome occlusif, quelle qu'en soit la présentation, il faut répondre à trois questions : 1 – Quel est le niveau de l'occlusion ? 2 – Quel est son mécanisme ? 3 – Existe-t-il des signes de souffrance intestinale et donc un risque de perforation ?

La réponse à ces questions permet d'évoquer le diagnostic étiologique et d'évaluer le degré d'urgence de la situation, puis, à partir de là, de programmer les explorations et planifier le traitement.

DIAGNOSTIC D'UNE OCCLUSION INTESTINALE

Affirmer le diagnostic

Affirmer une occlusion est généralement facile sur des éléments cliniques et radiologiques simples. Toutefois, des signes initiaux fréquemment discrets, voire trompeurs, peuvent retarder le diagnostic et la prise en charge thérapeutique.

1. Signes cliniques

Ils associent une interruption du transit des matières et des gaz, un météorisme abdominal et des vomissements. L'arrêt du transit est parfois masqué durant les premières heures par une fausse diarrhée consécutive de la vidange du segment intestinal situé en aval du site de l'occlusion.

2. Signes radiologiques

Le cliché d'abdomen sans préparation (ASP) [fig. 1] en position debout reste l'examen de référence devant une suspicion de syndrome occlusif. Les images hydroaériques avec niveau liquide témoignent de la stase liquidienne dans la lumière intestinale. Elles sont classiquement plus larges que hautes en cas d'occlusion

du grêle, avec une topographie péri-ombilicale, et plus hautes que larges en cas d'occlusion colique avec une topographie en cadre. La tomодensitométrie (TDM) [fig. 2] s'est progressivement imposée par sa précision anatomique, sa rapidité de réalisation et son efficacité diagnostique dans la plupart des tableaux abdominaux en général et des syndromes occlusifs en particulier. Elle montre une dilatation intestinale des segments d'amont. La jonction intestin dilaté/intestin plat, qui correspond au niveau de l'occlusion, est visible la plupart du temps ; son aspect peut orienter le diagnostic étiologique. La qualité de cet examen est parfois obérée par l'impossibilité d'injecter un produit de contraste chez des patients déshydratés en insuffisance rénale fonctionnelle.

3. Diagnostic différentiel

Le seul diagnostic différentiel est l'iléus réflexe. Tout foyer septique ou inflammatoire aigu intra-abdominal est susceptible d'entraîner un iléus intestinal qui peut être au premier plan. Il faut



Figure 1 ASP d'occlusion du grêle.

Il existe des images hydroaériques plus larges que hautes, donc situées dans le grêle.

rechercher des signes pariétaux (défense, plastron, contracture) qui traduisent l'existence d'un foyer septique intra-abdominal. L'occlusion intéresse généralement le grêle et le côlon, les niveaux liquides sont situés à proximité de la zone pathologique (classique anse sentinelle) ; enfin, la TDM objective la lésion : foyer de sigmoïdite ou de cholécystite par exemple.

Évaluer le niveau de l'occlusion

1. Occlusion haute

Le siège se situe sur le grêle, en amont de la valvule de Bauhin. Les vomissements sont précoces, le météorisme est discret, de topographie péri-ombilicale, l'interruption du transit est masquée par une diarrhée initiale qui peut égarer le diagnostic.

2. Occlusion basse

L'obstacle siège sur le cadre colique ou sur le rectum. L'interruption du transit est manifeste d'emblée avec un volumineux météorisme en cadre dont l'importance peut parfois gêner l'augmentation thoracique. Les vomissements sont absents ou très tardifs.

Évaluer le mécanisme de l'occlusion

1. Occlusion par strangulation

Il existe un étranglement de l'intestin et de son méso, qui compromet la vitalité du segment intestinal concerné. Dans ce cas, l'occlusion s'est installée brutalement, sans prodromes ; on retrouve à l'examen un silence auscultatoire. Il existe un risque de nécrose intestinale. Il s'agit d'une urgence thérapeutique.



Figure 2 TDM : occlusion du grêle. On voit la jonction grêle plat/grêle dilaté, correspondant à une bride intestinale.

2. Occlusion par obstruction

L'occlusion est la conséquence d'un obstacle extra- ou intraluminal, qui s'est développé progressivement. Elle a été précédée d'une phase préocclusive qui traduit la constitution de l'obstacle. Au niveau de l'intestin grêle, celle-ci prend l'allure d'un syndrome de Koenig, syndrome subocclusif associant des douleurs abdominales migratrices déclenchées par les repas, aboutissant toujours au même point, et cédant de façon contemporaine à une sensation de gargouillement intra-abdominal associée à un bruit de filtration hydroaérique. L'auscultation retrouve un hyperpéristaltisme témoin de la lutte intestinale. À l'étage colique, la phase préocclusive

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Syndrome occlusif ».

La question regroupe plusieurs problèmes : certains ont trait à un problème d'urgence sur lequel il faut être « incollable », les autres concernent surtout des aspects diagnostiques. En effet, on ne peut pas demander à un candidat de prendre position sur les types d'intervention à réaliser dans un contexte d'urgence. Enfin, la question « Syndrome occlusif » comprend une partie sur le cancer colique ; il s'agit d'un problème de santé publique sur lequel il est indispensable d'avoir des connaissances très précises.

On peut par exemple imaginer deux types de cas clinique.

1. Une femme âgée de 82 ans est hospitalisée pour des vomissements, depuis

24 heures, contemporains initialement d'un épisode diarrhéique. On retrouve à l'examen une masse douloureuse de 20 mm à la racine de la cuisse gauche. Il s'agit d'une patiente obèse diabétique et hypertendue.

À partir de cette situation très banale, les questions peuvent porter sur :

- ① les types et les causes d'occlusion haute par strangulation ;
- ② les explorations morphologiques à mettre en œuvre ;
- ③ les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques à mettre en œuvre ;
- ④ les problèmes liés à une intervention en urgence chez une personne âgée polymédiquée ;

⑤ la prévention des complications postopératoires sur ce terrain particulier.

2. Un homme de 76 ans est adressé pour un arrêt des matières et des gaz depuis 3 jours survenant au terme d'une constipation progressive évoluant depuis 2 mois. Il existe un météorisme important sans défense abdominale. Il a des antécédents de maladie de Parkinson évoluée et de bronchopneumopathie chronique obstructive.

- ① Quelles sont les causes d'occlusion basse dans ce contexte précis ?
- ② Détailler l'examen clinique (interrogatoire compris).
- ③ Hiérarchiser les moyens d'exploration.
- ④ Informations à donner au patient et à sa famille en cas de découverte d'un cancer du côlon gauche en occlusion.

s'exprime par un ralentissement du transit avec apparition d'une constipation chez un patient au transit jusque-là régulier. L'alternance diarrhée/constipation a la même valeur sémiologique.

Déduire le diagnostic étiologique (tableau 1)

1. Occlusions hautes par strangulation

✓ **L'occlusion sur bride** est la cause la plus fréquente. On la retrouve dans près de la moitié des occlusions du grêle. Les brides sont séquellaires d'un abord chirurgical de l'abdomen, quelles qu'en soient l'indication, la voie d'abord, et l'ancienneté. Toute intervention chirurgicale sur l'abdomen entraîne la formation d'adhérences qui s'étirent au cours du temps et aboutissent à la constitution de brides fibreuses qui peuvent être à l'origine d'une occlusion intestinale, soit par volvulus d'une anse autour de cet axe fibreux, soit par « capotage » d'une anse au-dessus d'une bride. Toute personne ayant une cicatrice abdominale est, de fait, exposée à ce risque, même des années après l'intervention initiale. En l'absence de signe d'urgence, il est préférable de traiter médicalement ces patients : en effet, toute nouvelle intervention entraînera la constitution de nouvelles brides et aggravera ainsi le risque occlusif ultérieur.

✓ **L'étranglement herniaire** est la deuxième cause par ordre de fréquence. Toutes les hernies peuvent être en cause : inguinales, crurales et ombilicales pour ne citer que les plus fréquentes. Le risque d'étranglement est indépendant de la taille de la hernie ; il est d'autant plus élevé que le collet herniaire est étroit. Le diagnostic est facile en cas de tuméfaction inguinale douloureuse et irréductible chez un patient porteur d'une hernie connue. La hernie est parfois révélée par un étranglement. Son diagnostic peut être difficile, notamment en cas de petite hernie crurale chez une femme obèse, ou de hernie d'un type rare comme la hernie de Spiegel, par exemple. Rappelons que l'examen des orifices herniaires fait partie de l'examen systématique en cas d'abdomen aigu. Les éventrations postopératoires peuvent, par un mécanisme analogue, être à l'origine d'occlusion par strangulation.

✓ **Le volvulus du grêle**, en l'absence de bride abdominale, est une cause rare et responsable d'un tableau d'occlusion haute par strangulation. Les signes de choc sont souvent au premier plan devant les signes d'occlusion.

✓ **L'invagination intestinale** est une cause classique d'occlusion chez l'enfant. Elle est possible chez l'adulte, et révèle toujours une pathologie tumorale de l'intestin ou du mésentère sous-jacente. Le diagnostic est fait par la TDM qui montre le boudin d'invagination.

2. Occlusions hautes par obstruction

✓ **Les tumeurs du grêle**, quelle qu'en soit la nature, peuvent être révélées par une occlusion par obstruction. Il peut s'agir soit, rarement, de tumeurs primitives de l'intestin, comme un adénocarcinome ou un lymphome, soit, plus souvent, de métastases intestinales dans le cadre d'une carcinose péritonéale. Le diagnostic de tumeur du grêle est fait le plus souvent par la TDM. Les tumeurs de petite dimension peuvent cependant échapper

à cet examen et n'être diagnostiquées que par une exploration chirurgicale de l'intestin, réalisée par laparoscopie ou laparotomie.

✓ **Les tumeurs du côlon droit** intéressant la valvule de Bauhin sont régulièrement révélées par des signes d'occlusion du grêle ; elles réalisent, en effet, un obstacle tumoral sur l'iléon terminal. Le diagnostic est suspecté par la TDM et confirmé par la coloscopie.

✓ **Une sténose inflammatoire non tumorale** peut compliquer une maladie de Crohn, ou une ischémie intestinale segmentaire. L'histoire clinique est souvent évocatrice ; le diagnostic est réalisé par la TDM.

✓ **L'entérite radique** est une complication iatrogène tardive de la radiothérapie abdominale ou pelvienne. Elle est la conséquence d'une altération de la microcirculation intestinale induite par la radiothérapie. Les lésions sont souvent étendues, si bien que la résection de tout le grêle pathologique risque d'aboutir à un grêle court et de compromettre l'autonomie alimentaire du patient. Ce type de complication devient de plus en plus rare grâce aux progrès des techniques de radiothérapie et aux méthodes de radioprotection intestinale actuellement parfaitement bien codifiées.

✓ **L'iléus biliaire** est une complication rare de la lithiase vésiculaire : la présence d'un gros calcul intravésiculaire favorise la création d'une fistule cholécysto-duodénale à travers laquelle s'engage le calcul. Celui-ci va se bloquer au niveau de la valvule de Bauhin, qui est une zone de rétrécissement normal du calibre de l'intestin. L'histoire clinique est caractéristique : il s'agit d'une occlusion haute par obstruction évoluant par à-coups dans les suites d'un épisode douloureux de l'hypocondre droit traduisant la constitution de la fistule cholécysto-duodénale.

Tableau 1 Causes des syndromes occlusifs

STRANGULATION	OBSTRUCTION
Occlusion haute	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Bride cicatricielle ■ Étranglement herniaire ■ Volvulus du grêle ■ Invagination intestinale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tumeur primitive du grêle ■ Carcinose péritonéale ■ Tumeur de la valvule de Bauhin ■ Sténose inflammatoire ■ Entérite radique ■ Iléus biliaire ■ Parasitose ■ Compression extrinsèque
Occlusion basse	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Volvulus du côlon pelvien ■ Volvulus du cæcum 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer du côlon ■ Fécalome ■ Sténose inflammatoire ■ Syndrome d'Ogilvie

L'ASP montre des signes d'occlusion du grêle, la présence d'un calcul généralement calcifié dans la fosse iliaque droite et une aéro-bilie consécutive de la fistule cholécysto-duodénale.

✓ **La présence de parasites intestinaux** (ascaridiose) est une étiologie rare en France, mais très fréquente en zone tropicale. Le diagnostic doit être évoqué chez un patient migrant originaire d'une zone d'endémie.

✓ **Une compression extrinsèque** est possible, par un processus expansif intra-abdominal.

3. Occlusions basses par strangulation

Elles sont plus rares que les occlusions hautes par strangulation et n'intéressent que les segments mobiles du cadre colique.

✓ **Le volvulus du côlon pelvien** est une complication du dolicho-méga-sigmoïde. L'occlusion est rarement complète, le transit des gaz n'est généralement pas totalement interrompu. Le météorisme peut être impressionnant ; on retrouve à l'ASP une anse sigmoïdienne très dilatée qui peut atteindre la région épigastrique. Le TDM confirme cet aspect et montre parfois la spire de torsion qui siège au pied de l'anse sigmoïdienne. Ces patients ont un long passé de constipation, traduction clinique du dolicho-méga-sigmoïde. En l'absence de signe de souffrance ischémique du côlon, une coloscopie peut être réalisée en vue d'une détorsion de l'anse volvulée.

✓ **Le volvulus du cæcum** est une cause rare d'occlusion intestinale. Le tableau est en fait plutôt celui d'une occlusion du grêle, puisque l'obstacle siège sur la partie initiale du côlon.

4. Occlusions basses par obstruction

✓ **Le cancer colique** est la cause la plus fréquente, et le diagnostic doit être systématiquement évoqué devant toute modification du transit intestinal chez un patient de plus de 50 ans. Le cancer du côlon gauche est plus fréquemment en cause que le cancer du côlon droit. La survenue d'une occlusion par cancer complique le plus souvent des tumeurs localement évoluées et parfois déjà métastasées. Le diagnostic est fait par la TDM et le lavement opaque aux hydrosolubles.

✓ **Le fécalome** est la première cause d'occlusion survenant en cours d'hospitalisation. Il est favorisé par l'âge, le décubitus et la constipation. Il est judicieux dans ce contexte de faire un toucher rectal avant de demander des explorations sophistiquées.

✓ **Une sténose colique bénigne** peut être la conséquence de poussées itératives de sigmoïdite diverticulaire, d'une maladie de Crohn colique segmentaire, ou d'une radiothérapie pelvienne. Du fait de la fréquence du cancer, il faudra en premier lieu évoquer et éliminer ce diagnostic.

✓ **Le syndrome d'Ogilvie ou colectasie aiguë idiopathique** se situe à la limite du diagnostic différentiel, car il n'existe pas d'obstacle organique. Il s'agit d'une dilatation gazeuse massive de la totalité du côlon survenant dans un contexte de traumatisme abdominal ou rachidien ou de polyopathie chez le sujet âgé. Il s'agit d'une occlusion fonctionnelle par paralysie motrice du côlon dont les risques sont cependant les mêmes que ceux d'une occlusion organique.

ÉVALUER LES CONSÉQUENCES DE L'OCCLUSION

Souffrance de la paroi intestinale

1. Altérations de la paroi

L'occlusion entraîne de façon constante une altération de la paroi intestinale d'amont par plusieurs mécanismes conjoints.

✓ **En cas de strangulation**, l'agent d'étranglement entraîne une ischémie par compression de l'axe vasculaire de l'anse concernée. La compression prédomine généralement sur l'axe veineux, entraînant une ischémie veineuse et un œdème de la paroi digestive qui aggrave encore la compression.

✓ **La dilatation intestinale d'amont** dans toutes les occlusions, quels qu'en soient le type et la localisation, entraîne une augmentation de la pression intraluminaire. Lorsque celle-ci atteint le niveau de la pression de perfusion capillaire, le réseau capillaire de la paroi digestive se collapse, entraînant une ischémie de la paroi digestive. L'augmentation de la pression intraluminaire est la conséquence de l'accumulation des gaz produits par fermentation surtout au niveau colique, et des sécrétions digestives produites en amont de l'obstacle. Rappelons que le volume quotidien des sécrétions salivaires, gastriques et bilio-pancréatiques est supérieur à 1,5 L. En outre, l'altération de la paroi digestive entraîne une augmentation des sécrétions et une diminution de la réabsorption intestinale et favorise les translocations bactériennes.

2. Risques

L'ischémie digestive rend l'intestin impropre à la suture au cas où une résection chirurgicale doit être réalisée, ce qui peut nécessiter la réalisation d'une stomie digestive temporaire dont le patient doit être prévenu.

Au maximum, l'ischémie de l'intestin d'amont peut entraîner sa perforation. Le risque de perforation existe surtout dans les occlusions coliques (perforations dites diastatiques), avec deux sièges électifs : soit au niveau du cæcum, dont la capacité de distension l'expose particulièrement à ce type de complication, soit juste en amont de l'obstacle. La rupture de la paroi digestive entraîne une péritonite stercorale d'autant plus grave qu'elle survient chez un patient déshydraté et généralement atteint d'une tumeur maligne occlusive. On admet que le risque de perforation diastatique est imminent lorsque le diamètre du cæcum mesuré sur l'ASP est supérieur à 10-12 cm.

En dehors du contexte étiologique, les signes d'alerte sont l'intensité de la douleur abdominale et l'hyperleucocytose, et dans le cadre des occlusions coliques, la dilatation cæcale à plus de 10 cm. Leur présence implique une prise en charge chirurgicale ou endoscopique urgente.

Déshydratation

Elle est constante, d'autant plus importante que l'occlusion évolue depuis longtemps, et doit être systématiquement recherchée.

Elle relève de 3 causes : l'absence de toute prise alimentaire depuis le début des vomissements, les vomissements, qui constituent la partie « visible » de la perte liquidienne et enfin l'hyper-sécrétion intestinale induite par la distension. Le stockage d'une quantité importante de liquide dans la lumière digestive en amont de l'obstacle aboutit à la constitution d'un 3^e secteur qui n'est d'aucune efficacité physiologique.

Les signes de déshydratation ne sont pas spécifiques : soif, pli cutané, oligurie, signes d'hypovolémie. La compensation doit être adaptée en fonction de l'ionogramme et de l'état cardiovasculaire. Enfin, l'hypovolémie aggrave l'ischémie intestinale.

PLANIFIER LA PRISE EN CHARGE

Stratégie d'exploration

Elle dépend de la présence de signes d'urgence et est systématisée dans les tableaux 2 et 3.

Traitement

1. Signes de souffrance digestive

La présence de signes de souffrance digestive constitue une urgence chirurgicale. L'intervention doit être réalisée dans le plus court délai pour éviter la survenue d'une nécrose intestinale. En attendant l'intervention, il faut mettre en place une sonde d'aspiration gastrique et une voie veineuse pour réhydratation. La mise en place d'une sonde gastrique chez un patient à l'estomac plein doit être réalisée prudemment, car elle peut déclencher des

Tableau 2 Signes d'urgence

■ Douleur abdominale intense	■ Dilatation cœcale > 10 cm
■ Défense abdominale	(occlusions coliques)
■ Hyperleucocytose	

Tableau 3 Exploration des syndromes occlusifs

SIGNES D'URGENCE PRÉSENTS	SIGNES D'URGENCE ABSENTS
Occlusion haute	
■ Exploration chirurgicale	■ ASP ■ TDM ■ Opacification (baryte ou hydrosoluble) ■ Exploration chirurgicale : laparoscopie ou laparotomie
Occlusion basse	
■ Endoscopie ou ■ Intervention	■ TDM ■ Coloscopie ■ Lavement opaque hydrosoluble

POINTS FORTS

à retenir

- En cas d'occlusion par strangulation, les signes de souffrance intestinale sont, d'une part l'existence d'une douleur intense éventuellement associée à une défense pariétale, d'autre part une hyperleucocytose. Leur présence impose une intervention en urgence.
- En cas d'occlusion colique par obstruction, la dilatation du côlon d'amont, généralement mesurée au cæcum, au-delà de 10 cm nécessite un geste thérapeutique urgent du fait du risque de rupture colique.
- La déshydratation est constante, et doit être systématiquement recherchée, quantifiée et corrigée.
- Le TDM est un examen de routine pour le diagnostic d'occlusion, il ne remplace pas cependant l'examen clinique qui permet de faire le diagnostic dans plus de 3 cas sur 4.
- Une occlusion sur bride peut survenir plusieurs dizaines d'années après la laparotomie initiale.

vomissements abondants et une inhalation bronchique massive. Si une résection intestinale s'avère nécessaire en cours d'intervention, le rétablissement de la continuité digestive n'est que rarement envisageable à l'étage colique, nécessitant la mise en place d'une colostomie qui est le plus souvent transitoire.

2. En l'absence de signes de souffrance

- ✓ Dans les occlusions hautes et complètes, il faut mettre en place une sonde gastrique pour aspiration digestive. Une brève corticothérapie en flash est souvent réalisée afin de réduire l'œdème de la paroi intestinale et favoriser le retour du transit. L'ingestion d'un index opaque hydrosoluble associé à la prise de clichés d'abdomen à intervalles réguliers permet, d'une part de suivre la progression du produit de contraste, d'autre part comporte un effet thérapeutique et est susceptible de provoquer une débâcle intestinale. L'intervention doit être décidée si le traitement médical ne permet pas le rétablissement du transit après 48 heures.
- ✓ Lorsque l'occlusion haute n'est pas complète, le traitement est alors celui de la cause : sténose bénigne ou maligne du grêle.
- ✓ Dans les volvulus du côlon pelvien, la détorsion endoscopique de l'anse sigmoïde doit être tentée. En cas de succès, une colectomie sigmoïdienne doit être réalisée dans les jours qui suivent après préparation colique. L'échec du traitement endoscopique doit conduire à une intervention, qui risque de comporter la mise en place d'une colostomie temporaire puisque le côlon n'a pu être correctement préparé.
- ✓ Dans l'occlusion par obstruction, le rétablissement de la perméabilité digestive peut être réalisé de différentes façons : le lavement opaque par un produit de contraste hydrosoluble comporte régulièrement un effet thérapeutique temporaire qui donne le temps de préparer le côlon et d'envisager une colectomie idéale dans les jours qui suivent. La mise en place d'une prothèse auto-expansibile dans la tumeur, par voie endoscopique ou radiologique, est une

solution de plus en plus utilisée. Elle permet de préparer le côlon pour une intervention ultérieure et elle donne le temps de réaliser un bilan préthérapeutique complet en dehors de l'urgence. Plusieurs types d'intervention en urgence sont réalisables : colostomie simple, résection sans anastomose telle que l'intervention de Hartmann, résection-anastomose avec lavage colique sur table, colectomie totale avec anastomose iléo-rectale. L'indication et le choix de la technique sont avant tout fonction de l'état du patient.

✓ **En cas de syndrome d'Ogilvie**, une exsufflation du côlon par coloscopie (colo-aspiration) doit être réalisée éventuellement de façon itérative jusqu'à la reprise du transit intestinal.

PRÉVENTION

La prévention des occlusions sur bride est un sujet actuellement à l'étude et ne concerne qu'elles.

La chirurgie par laparoscopie réduit l'agression pariétale et péritonéale par rapport à son équivalent par laparotomie. On peut donc s'attendre à une réduction du risque de formation de brides intra-abdominales et donc du risque d'occlusion à distance. Il est prouvé que le risque de brides et d'adhérences est réduit, mais la réduction du risque d'occlusion n'est en revanche que purement spéculative et nécessitera une très longue période d'étude pour pouvoir être scientifiquement prouvée.

Les produits anti-adhérentiels sont en cours de développement actuellement. Il en existe de plusieurs types en fonction du principe physico-chimique qu'ils mettent en œuvre. Leur utilisation en France n'est pas encore obligatoire. ■

Pour en savoir plus

► **Conduite à tenir devant un syndrome occlusif**
In : Abdomen aigu : prise en charge diagnostique
 Barth X, Monneuse O, Gruner L
 Monographies de l'Association française de chirurgie
 Paris : Arnette, 2004

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Une occlusion intestinale sur bride est toujours une urgence chirurgicale.
- 2 Une hernie crurale peut être révélée par une occlusion intestinale.
- 3 La TDM est un examen indispensable au diagnostic étiologique d'un syndrome occlusif.
- 4 Le risque d'occlusion sur bride diminue au cours du temps après l'intervention initiale.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 La cause la plus fréquente d'occlusion colique par obstruction est le cancer du côlon gauche.
- 2 Le traitement en urgence du volvulus du côlon pelvien est toujours chirurgical.
- 3 Un syndrome de Koenig précède l'apparition d'une occlusion sur bride.
- 4 Un cancer du côlon droit peut être révélé par un syndrome de Koenig.

C / QCM

Parmi les signes suivants, lesquels sont compatibles avec le diagnostic d'occlusion basse par obstruction ?

- 1 Alternance diarrhée/constipation au cours des semaines précédentes.
- 2 Défense de la fosse iliaque gauche.
- 3 Vomissements précoces.
- 4 Images hydroaériques plus hautes que larges sur l'ASP.
- 5 Dilatation du cæcum à 10 cm sur l'ASP.
- 6 Absence d'émission de gaz depuis plus de 48 heures.

Réponses : A : F, V, F, F / B : V, F, F, V / C : 1, 4, 5, 6.

MINI TEST DE LECTURE de la QUESTION 344 p. 1695

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Un nystagmus traduit toujours un dysfonctionnement vestibulaire.
- 2 La phase rapide du nystagmus définit son sens de battement.
- 3 Un nystagmus vertical est toujours lié à une atteinte centrale du système nerveux.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Le VPPB doit être confirmé par des explorations vestibulaires.
- 2 Les traitements vestibulo-plégiques sont prescrits pour 3 mois dans la névrite vestibulaire.

- 3 La rééducation vestibulaire a comme indication principale la maladie de Ménière.
- 4 Les céphalées associées à un tableau de névrite vestibulaire orientent vers une migraine.

C / QCM

Parmi les items suivants, quels sont ceux qui orientent vers un VPPB ?

- 1 Vertige de quelques secondes.
- 2 Vertige se déclenchant par le retournement dans le lit.
- 3 Acouphènes.
- 4 Nystagmus horizontal.
- 5 Vertiges récurrents.