

N°217 - Syndrome occlusif

A Berger

Objectifs

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

Les occlusions intestinales se définissent par une **interruption du transit intestinal**. Plus que leur siège sur le grêle ou le côlon, c'est la physiopathologie qui commande l'évolution des symptômes, tant cliniques que radiologiques, et donc le diagnostic et la stratégie thérapeutique des multiples variétés d'occlusions.

Trois mécanismes peuvent créer une occlusion :

- l'intestin bouché : obstruction
- l'intestin étranglé : volvulus ou strangulation
- l'intestin paralysé : occlusion inflammatoire fonctionnelle ou paralytique.

Chacun de ces mécanismes peut porter sur le grêle ou sur le côlon seul ou sur les deux en même temps.

Quatre symptômes (classique carré de l'occlusion) constituent le point commun de tous les syndromes occlusifs.

Ils s'agencent de façon variable en fonction des différents mécanismes et des différentes causes de l'occlusion.

- 1) les douleurs abdominales
- 2) les vomissements
- 3) l'arrêt des matières et des gaz
- 4) le météorisme abdominal,

Face à un syndrome occlusif, il est urgent de répondre aux questions suivantes :

- s'agit-il d'une occlusion intestinale aiguë ?
- cette occlusion est-elle organique ou fonctionnelle ?
- quel est son siège et plus encore, quelle est la lésion en cause ?
- existe-t'il un mécanisme de strangulation exposant rapidement au risque d'ischémie irréversible et de perforation intestinale ?
- doit-on opérer en urgence ou peut-on, au moins en première intention envisager, un simple traitement médical ?

En pratique, il faut :

- savoir reconnaître le syndrome occlusif
- savoir apprécier les conséquences locales et générales de l'occlusion
- reconnaître le niveau et le mécanisme d'occlusion
- débiter le traitement médical et poser une éventuelle indication chirurgicale.

1 TABLEAU CLINIQUE « TYPE »

1.1 clinique :

Le diagnostic clinique repose sur quatre signes principaux : (classique carré de l'occlusion) :

- 1) les douleurs abdominales
- 2) les vomissements
- 3) l'arrêt des matières et des gaz
- 4) le météorisme abdominal

1.1.1 Douleurs abdominales :

C'est habituellement le premier signe et cette douleur est constante. Les caractères varient selon le mécanisme de l'obstacle, son début peut être brutal ou progressif en fonction de l'étiologie. Il peut s'agir de crises paroxystiques intermittentes traduisant le péristaltisme intestinal exacerbé en amont de l'obstacle.

1.1.2 Les vomissements :

Réflexes au début, ils sont caractéristiques lorsqu'ils sont abondants, traduisant une intolérance gastrique totale. Précoces dans les occlusions hautes, ils sont plus tardifs dans les occlusions basses. Ils sont alimentaires, bilieux puis fécaloïdes.

1.1.3 L'arrêt des matières et des gaz :

C'est le symptôme essentiel et c'est lui qui définit le syndrome occlusif.

Il peut être difficile à mettre en évidence dans les occlusions par obstruction.

Une diarrhée brutale n'est pas un argument contraire au diagnostic. Elle correspondrait à l'évacuation de l'intestin sous l'obstacle, contemporaine de l'installation de l'occlusion.

Il faut rechercher le retentissement sur l'état général à l'examen clinique par la soif, l'oligurie, l'accélération du pouls (signe de déshydratation).

1.1.4 Le Météorisme abdominal

◆ **A l'inspection**, recherche de cicatrice de laparotomie, l'abdomen est-il plat ou météorisé (fonction du siège d'occlusion). Ce météorisme est d'autant plus important que l'obstacle est bas situé. Il traduit la dilatation du côlon et ou du grêle avec des anses pleines de liquide. Existe-t-il des mouvements péristaltiques ?

◆ **A la palpation**, il y a en théorie pas de défense ni contracture, la présence d'une douleur ou d'une défense est un signe de gravité.

◆ **A l'auscultation**, le météorisme peut-être immobile et silencieux en faveur d'une strangulation, La présence de bruits hydro aériques témoignent de la lutte du tube digestif contre un obstacle.

◆ **A la percussion**, il existe habituellement un tympanisme (anses pleines de liquide).

◆ **Les touchers pelviens** sont habituellement normaux (rechercher un fécalome, une tumeur à bout de doigt).

◆ **Les orifices herniaires** sont libres en l'absence de hernie étranglée.

1.2 Examens complémentaires :

1.2.1 Radiologie standard :

Trois clichés sont habituellement demandés

- ASP face, debout
- ASP face, couché
- ASP centré sur les coupoles.

Le cliché face, debout met en évidence les images qui caractérisent une occlusion intestinale : image hydro-aérique faite de niveaux liquides horizontaux, surmontés d'une bulle ou d'un arceau clair (gaz), témoin de la distension gazeuse et liquidienne.

Sur l'ASP face, couché, on apprécie le calibre des anses, l'aspect du plissement muqueux, l'épaisseur, et la topographie des images comme sur le cliché debout.

Le cliché centré sur les coupoles doit éliminer un pneumopéritoine qui traduirait une complication de l'occlusion (perforation).

Ces niveaux hydro-aériques en fonction de l'aspect de leur topographie orientent vers une occlusion du grêle ou du côlon :

Dans les occlusions du grêle, ils sont nombreux de petite dimension indépendamment les uns des autres, réalisant des images en terrasse plus larges que hautes, en position médio-abdominale dont les contours sont dessinés par les valvules conniventes. Il n'y a pas de distension colique associée. Cependant, lorsque la dilatation du grêle est essentiellement liquidienne, les images hydro-aériques peuvent être totalement absentes et l'ASP uniquement opaque, faussement rassurant.

Dans les occlusions coliques, les clichés simples mettent en évidence une importante distension gazeuse du cadre colique, dont les haustrations sont souvent nettes, entourant les anses grêles sous forme d'images hydro-aériques périphériques, peu nombreuses, plus hautes que larges.

L'ampoule rectale (sauf dans certaines colectasies) n'est pas distendue et l'image du segment colique distendu le plus distal permet de présumer du siège de l'obstacle organique en cause.

Sur les clichés d'Abdomen sans préparation, on recherche également :

- l'absence d'air, en aval de l'occlusion
- l'absence de pneumopéritoine (qs)
- les signes d'épanchement intra-péritonéal (grisaille diffuse, anses cernées).

1.2.2 L'échographie abdominale :

Cet examen est peu réalisé en pratique, car il est habituellement rendu difficile par la distension et/ou la présence de liquide dans les anses.

1.2.3 Tomodensitométrie abdomino-pelvienne :

Le scanner abdomino-pelvien avec injection est aujourd'hui l'examen clé dans l'occlusion intestinale aiguë, dès lors que la sémiologie clinique n'impose pas une intervention chirurgicale d'emblée.

Le scanner réalisé est initialement sans injection (passage à blanc) puis avec injection s'il n'existe pas d'insuffisance rénale. Il est souvent couplé à un lavement aux hydrosolubles (intérêt dans les occlusions coliques).

• **Occlusions du grêle** : Cet examen permet le diagnostic d'occlusion par simple bride lorsqu'il existe une variation brutale de calibre (syndrome jonctionnel entre deux segments de grêle), le

segment proximal étant fait d'anses dilatées à plus de 2,5 cm de diamètre, le segment distal de l'anse grêle et d'un cadre colique collabé.

Le diagnostic scannographique d'occlusion par bride simple reste cependant un diagnostic d'élimination, l'obstacle lui-même n'étant pas visible, ce diagnostic est plus difficile à poser lorsque la zone de transition entre les deux segments intestinaux est progressive.

Les signes scannographiques de souffrance ischémique du grêle, évocatrice d'un volvulus se voient nettement au niveau des vaisseaux mésentériques qui sont étirés, convergeant vers le site de torsion (signe du tourbillon ou Whirl sign). La souffrance intestinale se manifeste par un épaississement pariétal, circonférentiel marqué (> 3 mm) au niveau des anses distendues, avec un aspect de réhaussement en aile ou en halo après injection du produit de contraste, un engorgement des vaisseaux mésentériques et la présence non spécifique d'un épanchement liquidien intra-péritonéal.

Un infarctus intestinal sévère se traduit par une prise de contraste pariétale intense, une pneumatose pariétale, des anses à contours flous, une infiltration du mésentère, voire une aéroportie.

• **Occlusions coliques :**

Le scanner est utilement complété par un lavement (air, produits hydro-solubles ou eau) sous faible pression.

Dans l'occlusion pour cancer colique, il met en évidence sur le cadre colique, une sténose courte, excentrée, irrégulière, se réhaussant souvent après injection de produit de contraste et sans remaniement important de la graisse péri-colique. L'analyse du cadre colique d'amont distendu, notamment du caecum, permet de rechercher des signes d'ischémie colique, voire de perforation diastatique débutante (pneumopéritoine, bulles extra-digestives).

Le scanner permet en outre de détecter d'emblée l'existence d'adénopathies satellites de la tumeur, de lésions hépatiques évocatrices de métastases ou encore de carcinose péritonéale.

L'occlusion par sigmoïdite diverticulaire chronique se traduit au contraire par une longue sténose inflammatoire et symétrique avec des remaniements péricoliques importants, associés ou non à la présence de diverticule.

L'occlusion par volvulus colique est facilement identifiable et le scanner permet à la fois de mettre en évidence la torsion du méso-côlon et des pédicules vasculaires et d'analyser la vitalité du segment colique volvulé.

2 OCCLUSIONS FONCTIONNELLES

L'interruption d'un péristaltisme (sans obstacle mécanique) sur un segment même limité de l'intestin grêle, peut aboutir à un arrêt du transit et donc à une occlusion.

Dans les occlusions fonctionnelles, il n'y a donc pas d'obstacle, la vascularisation intestinale n'est pas compromise, il faut en traiter la cause pour guérir l'occlusion.

Les étiologies sont multiples :

2.1 Occlusions réflexes

2.1.1 Ces occlusions surviennent en réaction à des syndromes douloureux abdominaux, le type même en est la banale distension abdominale de la colique néphrétique qui peut faire errer le diagnostique.

Il importe de ne pas se laisser abuser par la réaction occlusive et d'identifier la cause véritable de la douleur.

Ayant compris que le syndrome occlusif n'est que fonctionnel et réactionnel, il importe d'en traiter la cause, l'intestin reprendra alors spontanément sa fonction.

Ces occlusions réflexes sont observées également dans la pathologie traumatologique du bassin : (fracture du rachis, du bassin) ou présence d'un hématome rétro-péritonéal.

2.1.2 A l'ASP : le météorisme est essentiellement aérique, généralisé à tout le grêle avec présence d'air également dans le côlon. Il s'agit donc d'un météorisme global.

2.2 Occlusions inflammatoires

2.2.1 Au contact d'un abcès, d'une lésion inflammatoire péritonéale, le grêle gêné s'immobilise.

En amont de cette interruption du péristaltisme, obstacle fonctionnel qui peut être aussi efficace qu'une obstruction mécanique, la stase rétrograde apparaît et progresse tant que la cause infectieuse subsiste.

Le tableau le plus typique des occlusions inflammatoires fébriles spontanément est représenté par l'appendicite méso-caelique. Placée au milieu de l'étage sous-mésocolique, derrière les anses grêles, l'appendicite méso-caelique paralyse l'iléon qui le recouvre. Il s'agit donc d'un tableau bâtard, associant la sémiologie de l'occlusion du grêle, une douleur abdominale souvent modérée mais persistante et permanente et des syndromes infectieux (fièvre...).

On peut rapprocher de ce tableau des phénomènes analogues à proximité d'un pyosalpinx, d'une pancréatite aiguë (anse sentinelle), ou d'une sigmoïdite diverticulaire.

2.3 Occlusions par inertie

Il s'agit plus d'un trouble moteur que d'une occlusion.

Les pseudo-obstructions intestinales primitives ou secondaires à des affections neuromusculaires se manifestent par des épisodes occlusifs itératifs. Le diagnostic est porté après exclusion d'un obstacle intrinsèque ou extrinsèque.

Le diagnostic est difficile chez des sujets déjà opérés où le tableau clinique peut être dû soit à des troubles moteurs soit une bride.

Le syndrome d'Ogilvie est une inertie colique aiguë survenant chez un sujet âgé dans un contexte de polyopathie. Le côlon est distendu dans sa totalité.

Le scanner avec lavement aux hydrosolubles confirme l'absence d'obstacle et provoque parfois une vidange colique (effet laxatif).

Le traitement habituel est la colo-exsufflation par endoscopie doit être réalisée en urgence pour éviter une perforation diastatique d'amont.

Nous citerons également toutes les occlusions souvent coliques dues à des troubles métaboliques, les prises médicamenteuses, en particulier les neuroleptiques.

3 OCCLUSIONS MECANIQUES

3.1 Occlusions par obstruction

Les occlusions par obstruction résultent du rétrécissement puis de l'occlusion complète de la lumière intestinale par une formation tumorale pariétale le plus souvent maligne.

Il peut s'agir également d'une compression extrinsèque par exemple d'un adénocarcinome ovarien avec carcinose péritonéale, qui est responsable d'une obstruction souvent au niveau du sigmoïde.

3.1.1 Douleurs :

Les douleurs abdominales sont la conséquence de l'hyperstaltisme du segment situé en amont de l'obstacle. Ces douleurs sont concomitantes des ondulations péristaltiques que l'on discerne à jour frisant chez un sujet maigre.

L'interrogatoire pourra retrouver des épisodes sub-occlusifs antérieurs, marqués par de telles douleurs et soulagés par l'apparition de borborygmes indiquant la vidange au moins partielle de l'intestin distendu

A l'auscultation, ces périodes douloureuses s'accompagnent de bruits hydro-aériques nombreux qui confirment la persistance du péristaltisme exacerbé.

La palpation abdominale ne perçoit aucune défense. Elle peut être désagréable en regard du segment d'amont distendu et déclenché des ondes péristaltiques douloureuses.

3.1.2 *Les vomissements* sont dus aux sécrétions intestinales accumulées en amont de l'obstacle.

Ces vomissements sont initialement alimentaires bilieux puis fécaloïdes. Leur caractère fécaloïde est inconstant mais spécifique de l'occlusion intestinale.

Puisqu'en cas d'obstruction, la stase d'amont s'accumule de façon progressive et rétrograde, il est évident que plus l'obstacle est haut situé et plus cette stase parviendra tôt à l'estomac, provoquant des vomissements précoces.

Ce sera l'inverse en cas d'occlusion basse colique.

Ces vomissements et l'accumulation de liquide dans l'intestin (création d'un troisième secteur) peuvent entraîner une déshydratation extra-cellulaire avec oligurie, hypotension artérielle et trouble de la conscience. Ils imposent alors une réanimation urgente avant tout geste chirurgical.

3.1.3 Arrêt des matières et des gaz :

Il apparaît après la vidange du segment en aval de l'obstacle devenu complet. Ce maître symptôme est donc précoce dans les occlusions basses (côlon) et tardif dans les occlusions autres (grêle).

3.1.4 Le météorisme :

Il exprime l'accumulation rétrograde des sécrétions intestinales dans le segment d'amont qui se distend. Il a une expression à la fois clinique et radiologique.

♦ **Expression clinique :** La distension abdominale est d'autant plus marquée que l'occlusion est plus ancienne et qu'il existe une rétention plus volumineuse en amont de l'obstacle. Le caractère spécifique de ce météorisme est de siéger sous une paroi souple, d'être sonore à la percussion (à l'inverse de la matité d'une ascite), animé d'épisodes d'ondulations péristaltiques visibles à l'inspection et jour frisant, et de s'accompagner de bruits hydro-aériques à l'auscultation. Sa

topographie dépend du siège de l'obstacle, au moins au début lorsque la rétention n'est pas généralisée à tout l'intestin d'amont en cadre sur le pourtour de l'abdomen en cas de rétention colique, centrale avec des ondulations péristaltiques bien visibles en cas de rétention siégeant sur le grêle.

♦ **Expression radiologique :** Sur les clichés d'abdomen sans préparation debout et couché de face, il est possible d'analyser l'organisation et la topographie de la rétention intestinale en amont de l'obstacle. Cette rétention est composée à la fois d'air et de liquide et siège aux segments intestinaux distendus.

Debout de Face : Ces segments apparaissent du fait de la pesanteur comme une série de niveaux liquides horizontaux blancs sur le négatif radiologique, surmonté d'une distension gazeuse noire sur les clichés radiologiques.

Ce contraste gazeux permet de distinguer sur les clichés de bonne qualité, une véritable mucographie du segment distendu par cette bulle gazeuse.

Le grêle est identifiable par un plissement muqueux fait de plis parallèles assez rapprochés, réguliers et qui vont d'un bord à l'autre de la paroi. Le côlon au contraire est reconnaissable à ses haustrations qui forment des plis incomplets, épais, espacés et disposés en quinconce d'une paroi par rapport à l'autre.

Les niveaux sur le grêle sont disposés de façon ordonnée comme seraient les marches d'un escalier, montant de la fosse iliaque droite (valvule de Bauhin) à l'hypochondre gauche (angle duodéno jéjunal), en position centrale et plus larges que hauts.

Les niveaux coliques encadrent l'abdomen et sont souvent plus hauts que larges.

Face couché, on ne voit pas les niveaux liquides mais la mucographie gazeuse des segments distendus y est habituellement encore plus lisible que sur les clichés debout.

Grâce aux deux incidences de face, couché et debout, il est donc possible d'identifier la topographie de chacun des niveaux liquides.

L'absence d'air de côlon d'aval et particulièrement dans le côlon et le rectum est très évocatrice.

3.1.5 Stratégie diagnostique :

- L'interrogatoire recherche :
 - épisodes d'occlusions antérieurs
 - des rectorragies
 - une modification récente du transit
 - un amaigrissement.

Il précise les caractères des quatre symptômes du carré de l'occlusion (qs)

Il faut systématiquement rechercher :

- des cicatrices abdominales
- palper les origines herniaires
- réaliser un toucher rectal.
- Réalisation d'examens complémentaires :
 - Biologie • bilan pré-opératoire, recherchant des signes de déshydratation
 - Radiologie : • ASP
 - discuter la réalisation d'un scanner avec lavement

3.1.6 Stratégie thérapeutique :

Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale.

- Prise en charge médicale :

- mise en place d'une sonde d'aspiration gastrique
- perfusion avec compensation des pertes par la sonde gastrique
- sonde vésicale pour apprécier les entrées et sorties, si besoin

Cette réanimation courte et adaptée ne doit en aucun cas retarder l'intervention chirurgicale.

• **Prise en charge chirurgicale :**

L'intervention chirurgicale a pour but essentiel d'identifier l'obstacle, de réduire la distension d'amont et de permettre le retour d'un transit libre. La voie d'abord utilisée est classiquement une médiane à cheval sur l'ombilic, la voie d'abord coelioscopique se discute au cas par cas.

Le geste chirurgical est adapté à l'étiologie (si tumeurs, résection...)

3.1.7 Etiologies les plus fréquentes :

- **grêle** : - tumeur du grêle, valvule iléo-caecale, caecum
 - sténose : Crohn, radique
 - iléus biliaire (obstruction du niveau de la valvule iléo-caecale)
 - corps étranger (bézoard du grêle, parasites)
- **côlon** : - tumeur colique
 - sténose Crohn, sigmoïdite, radique
 - corps étranger (rare)

3.2 Occlusions par strangulation

Contrairement à l'obstruction, l'obstacle intestinal est ici extrinsèque.

L'intestin grêle le plus souvent s'étrangle (strangulation) selon deux mécanismes :

- incarceration d'une anse soit dans une brèche péritonéale au contact d'une bride post-opératoire qui forme une sorte de lasso autour de l'anse grêle.

La recherche d'une cicatrice abdominale même très ancienne est donc fondamentale dans un tel contexte.

Plus rarement, l'absence d'antécédent chirurgical, l'anse grêle peut s'incarner dans une fossette congénitale

- volvulus ou torsion d'une anse grêle

Le contexte est le même que précédemment, une bride post-opératoire va provoquer la torsion d'une ou plusieurs anses intestinales avec leur méso.

La menace engendrée par la strangulation est la même que celle d'une hernie étranglée. Ce n'est pas l'occlusion intestinale, mais bien la menace beaucoup plus rapidement évolutive qu'elle fait peser sur la vitalité des anses étranglées qui est prédominante. Cette menace est avant tout vasculaire puisque les mésos sont étranglés en même temps que l'anse intestinale.

Au niveau de l'agent d'étranglement (bride ou spire du volvulus) les veines sont comprimées, d'où l'œdème et l'hypersécrétion au niveau de l'anse prisonnière.

Celle-ci ne pouvant évacuer son contenu, se distend et accumule gaz et sécrétions liquides, ce qui a pour effet d'augmenter la striction et de majorer l'ischémie.

Ainsi tout le danger comme tous les symptômes sont conditionnés par la souffrance de l'anse prisonnière dont la distension engendre un cercle vicieux.

Le plus caractéristique de ces tableaux est celui de la strangulation d'une anse grêle sur une bride post-opératoire.

3.2.1 La douleur :

Elle débute brutalement et est très intense, fixe permanente, sans répit d'intensité croissante et est

située au niveau de l'étranglement.

C'est donc une douleur bien différente des obstructions.

3.2.2 Vomissements :

Produit de l'hypersécrétions gastrique et intestinale réflexes engendré par la douleur abdominale, ils sont habituellement précoces. Ils ne ressemblent donc en rien à la régurgitation d'une stase rétrograde.

3.2.3 Arrêt des matières et des gaz :

Il correspond à l'arrêt du péristaltisme intestinal engendré par la souffrance de l'anse et peut être remplacé au début par une diarrhée réflexe.

3.2.4 Météorisme :

◆ Expression clinique :

Le météorisme a lui aussi des caractères très différents du météorisme des obstructions.

Il se limite à l'anse étranglée. Il peut être indécélable si l'anse étranglée n'est qu'un court segment intestinal. Il s'agit alors d'une occlusion à ventre plat réputé pour sa gravité. L'absence de météorisme pourrait, bien à tort, tranquilliser le praticien.

La présence d'une cicatrice et les autres éléments du carré de l'occlusion imposent des clichés d'ASP, qui seuls pourront confirmer le diagnostic.

Le météorisme peut être volumineux lorsque l'étranglement affecte plusieurs anses intestinales. Le météorisme a alors la forme d'un ballon (de Von Wahl) tympanique et immobile (absence d'ondulations péristaltiques et silence à l'auscultation).

Tympanisme et immobilité sont des constatations qui à elles seules permettent de faire le diagnostic de strangulation.

◆ Expression radiologique :

La distension hydro-aérique siège sur l'ASP au niveau de l'anse prisonnière.

Vue tôt et en cas d'anse prisonnière, tout peut donc se résumer à la présence de niveaux jumeaux dont l'image hydrique s'effile et se rapproche au pied de l'anse étranglée et donc la mucographie aérienne permet d'affirmer qu'il s'agit de grêle.

En cas de paquets d'anses étranglées, il s'agit d'une grappe de niveaux liquides isolés sur un cliché par ailleurs normal. De telles images chez un malade douloureux et porteur d'une cicatrice suffisent au diagnostic et imposent l'intervention chirurgicale.

3.2.5 Stratégie diagnostique :

• L'interrogatoire recherche :

- notion d'intervention abdominale antérieure quel que soit le délai+++

• Réalisation d'examen complémentaires :

- Biologie : bilan pré-opératoire

- Radiologie : ASP, discuter scanner avec lavement

3.2.6 Stratégie thérapeutique :

L'urgence est chirurgicale.

• Prise en charge médicale :

- mise en place d'une sonde d'aspiration gastrique

- perfusion avec compensation des pertes par la sonde gastrique

- sonde vésicale si besoin pour apprécier les rentrées et les sorties

Cette réanimation courte et adaptée ne doit en aucun cas retarder l'intervention chirurgicale

- **Prise en charge chirurgicale :**

Elle est liée non pas à l'interruption du transit mais à la nécessité de lever la strangulation avant que la vitalité de l'anse étranglée ne soit compromise et oblige à la résection. Ici encore la prise en charge est médico-chirurgicale.

Si on arrive à temps, l'anse ou les anses intéressées sont encore roses et ses parois manifestement encore viables.

La section de la bride de l'agent d'étranglement ou la détorsion d'un volvulus lui rendront rapidement une bonne coloration. On vérifiera particulièrement la vitalité au niveau du sillon de strangulation.

Inspection générale de l'abdomen, recherche d'autres brides qui pourraient former des pièges ultérieurs et la viscérolyse complète est systématique.

Si on arrive plus tard, l'anse étranglée est violette et sa paroi amincie.

Toute anse manifestement nécrosée sera réséquée en passant en zone saine et la continuité sera rétablie dans le même temps en l'absence de péritonite associée.

Lorsque la vitalité de l'anse est incertaine, après section de l'agent d'étranglement, la ou les anses suspectes seront réévaluées après plusieurs minutes et immersion de celles-ci dans du sérum chaud.

Les critères de récupération sont la réapparition de battements de bonne qualité. L'aspect est veineux, l'aspect pariétal (tout particulièrement au niveau du sillon de strangulation).

Dans le doute, mieux vaut une résection surtout si elle est limitée, que la réintégration d'une anse douteuse risquant de se nécroser en post-opératoire.

Dans les cas où l'étranglement intéresse une grande longueur de grêle, il peut se discuter une conservation même incertaine avec une réévaluation 48 heures plus tard.

3.2.7 Etiologie les plus fréquentes :

- **grêle :** - bride +++
 - volvulus incomplet du grêle le plus fréquent
 - volvulus total du grêle (gravité)
 - Ce volvulus survient chez les sujets âgés souvent constipés
- **côlon :** - volvulus du côlon pelvien
 - volvulus du caecum

3.2.8 Volvulus du côlon pelvien :

Ce volvulus survient chez les sujets âgés souvent constipés chroniques et porteur d'un dolicho-méga-côlon dont la boucle présente comporte deux pieds très rapprochés. La proximité des pieds de l'anse sigmoïde peut être constitutionnelle ou accentuée par la fibrose acquise avec l'âge, qui rétractent les mésos.

Cette longuance lourde au pédicule étroit ne demande qu'à pivoter sur ce pédicule. Cette spire au pied du méso ferme la lumière de l'anse et serre le méso. Elle n'est pas toujours très serrée au départ, d'où la possibilité de pouvoir traiter l'occlusion en urgence sans intervention chirurgicale.

- ◆ **Expression clinique :**

Il s'agit souvent d'un sujet âgé de plus de 50 ans, constipé chronique, hospitalisé pour douleurs et arrêt des matières et des gaz et météorisme abdominal général impressionnant.

A l'interrogatoire, on retrouve souvent des épisodes identiques spontanément résolutifs. Il n'y a pas toujours de vomissement au début.

Le début des troubles a pu être brutal ou relativement progressif.

La douleur établie est fixe et souvent modérée.

Le météorisme est volumineux, immobile, tympanique et muet à l'auscultation.

Chez le sujet maigre, il dessine typiquement la voussure d'un ballon elliptique dont le grand axe est oblique de la fosse iliaque gauche jusqu'à l'hypochondre droit. Le toucher rectal perçoit une ampoule rectale vide.

Il n'y a pas de cicatrice et les orifices herniaires sont libres.

◆ Expression radiologie :

L'Abdomen sans préparation montre l'image de l'énorme anse sigmoïdienne occupant obliquement l'abdomen, distendue par les gaz.

Souvent deux niveaux liquides jumeaux sont visibles dans la fosse iliaque gauche au pied de l'anse volvulée.

● Prise en charge thérapeutique :

Un lavement aux hydrosolubles ou plus souvent actuellement un scanner avec lavement aux hydrosolubles permet d'affirmer le diagnostic, parfois dévolvuler l'anse par la simple pression du lavement.

Il montre au dessus de la charnière recto-sigmoïdienne un obstacle dont l'image effilée évoque immédiatement celle d'un tour de spire. Le lavement peut franchir cette spire de torsion, avec passage du produit de contraste dans l'anse sus-jacente distendue.

Si le volvulus n'est pas détordu, il faut mettre en place un tube de Faucher (sonde rectale longue) qui permet le plus souvent de franchir l'obstacle avec issue d'une débâcle de gaz.

En cas d'échec, l'anse peut être dévolvulée sous endoscopie.

En cas d'échec de cette manœuvre, l'intervention chirurgicale s'impose en urgence pour réaliser une sigmoïdectomie sans rétablissement immédiat de la continuité dans ce contexte.

3.3 occlusion par invagination

3.3.1 Définition et mécanisme :

L'invagination ou intussusception résulte de la pénétration d'un segment intestinal et de son méso dans le segment intestinal d'aval.

Une fois amorcé, le péristaltisme ne peut que tendre à augmenter la longueur de cette invagination.

Le boudin d'invagination comporte donc de dehors en dedans un cylindre constitué par l'intestin d'amont, un cylindre intermédiaire constitué par la paroi retournée du segment d'aval et un cylindre contenu constitué par l'intestin d'amont et son méso qui a avalé le segment d'amont.

La plus fréquente des invaginations est iléo-colique droite. Elle est spontanée chez le nourrisson.

Chez l'adulte, il existe presque toujours une tumeur à la tête du boudin d'invagination qui a permis au péristaltisme d'amorcer l'invagination.

L'invagination associe un mécanisme d'obstruction et de strangulation progressive du méso d'amont qui menace la vitalité de l'anse invaginée.

3.3.2 Stratégie thérapeutique :

Le scanner avec lavement aux hydrosolubles permet habituellement le diagnostic pouvant parfois de réduire le boudin. Même si la désinvagination complète est obtenue, il est nécessaire d'intervenir pour ne pas passer à côté d'une tumeur sous-jacente.