

OCCLUSION
DU
GRELE

SEMINAIRE DU DES

INTRODUCTION

Mortalité opératoire de 2 à 8%

↗ en cas de résection : 16 à 21 % (> 70 ans)

Gravité liée :

- **au choc septique initial**
- **aux complications abdominales**
- **aux pneumopathies d'inhalation**

TABLEAU CLINIQUE

Syndrome occlusif

- Douleurs
- Vomissements
- Météorisme
- Arrêt des matières et des gaz

Particularités dans l'occlusion du grêle

- Vomissements précoces
- Météorisme modéré ou ventre plat
- Arrêt inconstant du transit : vidange d'aval

EXAMEN CLINIQUE (1)

INTERROGATOIRE

Antécédents chirurgicaux

Autres épisodes du même type

Mode de début et évolution

Type de la douleur : constante ou à type de coliques

Prise d'aliments pouvant produire un bézoard

Signes généraux

EXAMEN CLINIQUE (2)

EXAMEN DE L'ABDOMEN

Inspection : météorisme, ondulations péristaltiques

**Palpation : tension du ventre, douleur, défense,
ballon localisé, etc...**

Percussion : météorisme, ascite, globe vésical...

Auscultation : bruits hydro-aériques

TR et orifices herniaires

EXAMEN CLINIQUE (3)

PREMIERS GESTES

Mise en place de la sonde d'aspiration gastrique

Sonde de Salem à double courant CH 16

Attention aux accidents d'inhalation

Perfusion

Observer l'évolution après la vidange gastrique

IMAGERIE

Abdomen sans préparation :

- l'examen du pauvre mais utile quand même
- point de départ en cas de traitement médical

Scanner :

- examen de référence
- attention à l'interprétation
- reconstruction en coupes coronales

ASP



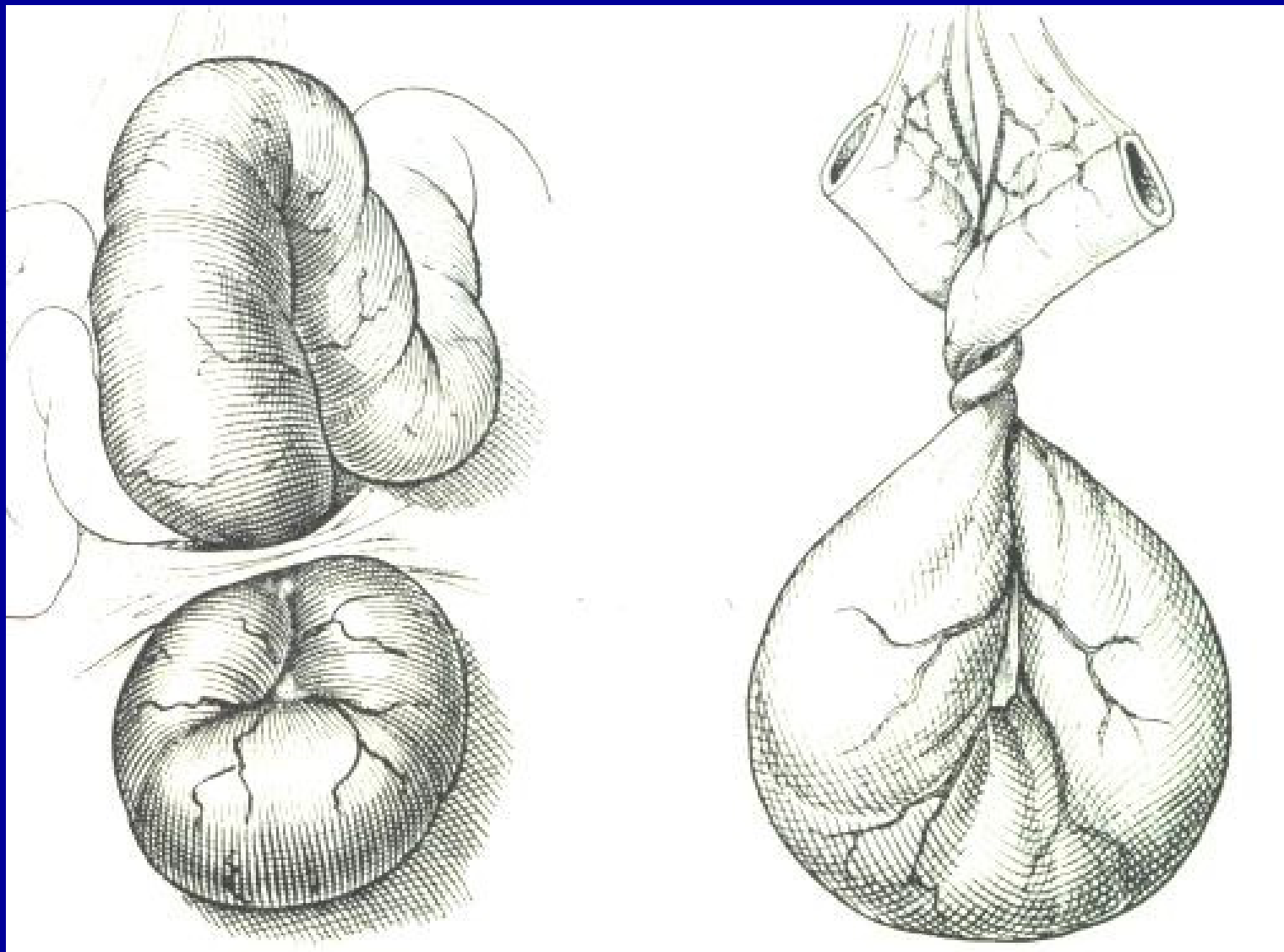
OCCLUSION SUR BRIDE

L'étiologie la plus fréquente

**Bride : post-opératoire le plus souvent
Danger plus grand si intervention antérieure
plus petite**

Le problème : faut-il opérer tout de suite?

OCCLUSION SUR BRIDE



OCCLUSION SUR BRIDE DIAGNOSTIC

Douleur d'apparition brutale et permanente

Altération rapide de l'état général

Intensité des douleurs sans rémission

Examen de l'abdomen : zone douloureuse et anormale, silence à l'auscultation

OCCLUSION SUR BRIDE CONDUITE A TENIR

Signes de gravité :

- douleur persistante après la vidange gastrique
 - le patient demande l'intervention
 - état de choc
 - défense, fièvre
- signes de souffrance à l'imagerie (aspect fantomatique ou feuilleté de la paroi, bulles d'air, épanchement péritonéal, distension majeure)

OCCLUSION SUR BRIDE CONDUITE A TENIR (2)

Autres critères de décision:

Type d'intervention préalable

Antécédents identiques

Evolution dans la première heure

OCCLUSION SUR BRIDE INTERVENTION

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic
Recherche de la jonction grêle plat – grêle dilaté
Section de la bride
Evaluation de la vitalité du grêle incarcerated
Résection si doute
Toilette et vidange rétrograde
Viscérolyse complète
Classement du grêle

OCCLUSION SUR BRIDE PLACE DE LA COELIOSCOPIE

A réserver aux meilleurs cas

**Météorisme modéré ou absent
Pas de signe de souffrance du grêle
Intervention antérieure par une voie élective**

**Technique : dérouler le grêle plat
Ne pas pincer le grêle dilaté
Pas de vidange
Convertir si ce n'est pas évident**

OCCLUSION SUR BRIDE TRAITEMENT MEDICAL

En général, la situation se résout franchement

S'assurer du diagnostic

Si pas d'amélioration : intervention

Situation floue :

- ASP successifs**
- index opaque : 100 ml deTélébrix**

AUTRES ETIOLOGIES

AUTRES OCCLUSIONS ORGANIQUES PAR STRANGULATION

Éventrations étranglées

Hernies étranglées

Hernies internes (1 à 4%)

Mésentère commun

AUTRES ETIOLOGIES

OCCLUSIONS ORGANIQUES PAR OBSTRUCTION

- * Obstacles endoluminaux (bézoard, iléus biliaire)**
- * Obstacles pariétaux (tumeurs, hématomes de paroi)**
- * Maladies inflammatoires (grêle radique, Crohn)**

CONCLUSION

Diagnostic et décision souvent difficiles

**Il faut examiner attentivement le patient et
l'imagerie**

**L'aspect général du patient donne une
bonne indication**