

OCCLUSIONS INTESTINALES, BRIDES ET ADHÉRENCES

Mis à jour le lundi 19 novembre 2012
Dr Rémi Houdart

Cette note est informative : elle a pour but de vous expliquer schématiquement ce qu'est une occlusion intestinale, son évolution habituelle, ses complications éventuelles, les traitements possibles. Elle ne peut être exhaustive, rendant compte de toutes les situations. Votre cas peut être différent de ce qui y est décrit : votre médecin vous donnera des explications plus personnelles.

Définition

Une occlusion intestinale est une obstruction d'un segment de l'intestin, grêle ou côlon, qu'elle qu'en soit la cause. C'est une pathologie fréquente, aux causes variées, de gravité et d'évolution très diverses.

Nous laisserons de côté dans cette note les obstructions dues à des tumeurs, qui touchent surtout le côlon, ont des signes assez caractéristiques et nécessitent systématiquement –(ou presque)-un traitement chirurgical.

Nous traiterons plutôt des occlusions les plus fréquentes, celles de l'intestin grêle, le plus long, situé entre l'estomac et le côlon, dont les causes habituelles sont la présence d'adhérences intrapéritonéales, habituellement séquelles d'une intervention préalable.

Qu'est-ce-qu'une adhérence ?

Comme son nom l'indique, il s'agit de l'accolement de deux organes habituellement libres l'un de l'autre. Il peut exister des adhérences entre côlon et grêle, grêle et paroi abdominale, foie et estomac, etc... Éliminons d'emblée une idée noire, confusion habituelle dans l'esprit de beaucoup, entre adhérences et cancer. Certains cancers, en se développant, peuvent contracter des adhérences avec des organes voisins, en les envahissant, mais l'immense majorité des adhérences n'a rien à voir avec le cancer.

Le péritoine est une fine membrane qui tapisse tout l'intérieur de la cavité abdominale en recouvrant tous ses organes, et notamment l'intestin.

Les adhérences sont des accolements produits naturellement par la cicatrisation du péritoine, cicatrisation qui se produit chaque fois qu'il est « agressé » d'une façon ou de l'autre : infection à l'intérieur de l'abdomen, inflammation, mais surtout plaie chirurgicale. Dès les premières minutes de l'agression, le péritoine secrète du liquide, des protéines qui vont se comporter comme une glue, accolant les organes, limitant la diffusion des processus inflammatoires, cloisonnant la cavité abdominale et permettant l'action d'agents anti-infectieux. C'est donc un processus bénéfique. Une fois l'épisode inflammatoire passé, la cicatrisation achevée, les accolements se relâchent, se libèrent. Mais partiellement, et parfois très peu. Si bien, et d'autant que l'agression initiale a été plus forte et plus étendue –(par exemple une péritonite généralisée, diffuse et massive)-, qu'il peut rester de très nombreuses zones d'accolements dans le ventre. Parfois même, ces « constructions » inflammatoires prennent, entre deux organes, l'allure de véritables cordelettes, étroites et fermes, que l'on appelle alors « brides ».

Conséquences des adhérences

Le plus souvent ces zones d'accolement sont muettes, n'ont aucune traduction et n'entravent en rien une existence normale, une alimentation, un transit digestif normaux.

De temps à autre –(10% des cas environ)-, des manifestations en sont possibles. Elles traduisent toujours une gêne à la progression du bol alimentaire dans l'intestin. Gêne plus ou moins permanente, plus ou moins intense, plus ou moins complète.

Cependant, il faut se garder de mettre toute douleur survenant après une opération sur le compte « d'adhérences ». Bien souvent, les douleurs chroniques, récurrentes sont plutôt le fait d'un mauvais fonctionnement du côlon –(colopathie fonctionnelle)-.

De temps à autre, donc, l'une ou l'autre de ces adhérences a une conséquence mécanique, souvent d'installation brusque, en coudant un segment intestinal. L'intestin situé en amont s'alourdit, d'aliments et de

liquides, ce qui aggrave la coudure. Elle devient occlusive, obstruant totalement (éventuellement) le passage alimentaire.

La distension de l'intestin situé en amont entraîne des douleurs, un gonflement du ventre, des nausées puis des vomissements –(évacuation d'une sorte de « trop-plein »)-.

Parfois la situation s'aggrave du fait qu'une bride étrangle de façon serrée l'intestin et ses vaisseaux, interrompant la circulation sanguine ou bien encore, ce qui revient au même, le segment d'intestin dilaté, en luttant contre l'obstacle, se tord sur lui-même, de 360° -(cela s'appelle un volvulus)-, ce qui, là encore, étrangle les vaisseaux intestinaux. Le risque est alors une nécrose rapide de l'intestin entraînant, perforation, péritonite etc.

Le diagnostic

C'est une règle pour un médecin, et plus encore un chirurgien, de suspecter une occlusion chaque fois qu'un ancien opéré du ventre se plaint de douleurs.

Outre l'examen clinique, l'examen du ventre, qui donne des renseignements essentiels sur le degré d'urgence, la gravité des choses –(un segment d'intestin souffrant d'interruption sanguine se comportant différemment de celui qui ne présente qu'un peu d'œdème)-, les radiographies simples de l'abdomen – (dites « ASP : Abdomen Sans Préparation)- fournissent les renseignements essentiels au diagnostic, objectivant l'intestin dilaté, sa largeur, la stagnation de liquide à l'intérieur...Il arrive qu'un scanner soit utile, surtout si l'on suspecte un volvulus, une souffrance vasculaire particulière.

Que fait-on ?

Lorsque les signes font penser qu'il existe un volvulus, une souffrance aiguë de l'intestin, une intervention en urgence est réalisée. Elle conduit souvent à enlever la partie de l'intestin abîmé, et se termine généralement par un rétablissement de la continuité, un « raboutement », des deux extrémités, sans « anus artificiel ».

Ces cas ne sont pas les plus fréquents. Huit fois sur dix environ, ces signes évoquent plutôt une obstruction incomplète, une souffrance modérée de l'intestin. Le traitement est alors bien différent. Il repose sur deux axes :

1. Diminuer la distension d'amont, en descendant, par une narine, une sonde qui permet d'aspirer le contenu de l'estomac ; cela diminue les pressions dans l'intestin, permet la reprise des contractions intestinales, bloquées par voie réflexe par la distension.
2. Corriger la déshydratation, ou fuite des sels minéraux sanguins dans l'intestin, qui là encore aggrave l'occlusion, par des perfusions veineuses.

Bien sûr, cela nécessite une hospitalisation, une surveillance régulière et étroite, par un examen du médecin, des analyses biologiques, des radiographies. Deux fois sur trois, la situation s'améliore, l'occlusion se lève, l'intestin reprend sa place, et la sortie a lieu, après reprise de l'alimentation en quelques jours. En revanche, l'absence d'amélioration, la persistance des signes et surtout leur aggravation conduisent à une opération. Celle – ci va comporter une libération complète de l'intestin, ce qui peut être long et délicat, une vidange du contenu de l'intestin dilaté, une remise en bonne place des anses intestinales.

La reprise du transit intestinal, traduit par l'émission de gaz, de selles, peut être retardée de plusieurs jours, la distension, les manipulations intestinales inhibant le fonctionnement de l'intestin.

Peut-on prévoir l'évolution d'un épisode occlusif ?

En un mot, peut-on, dès le début de l'hospitalisation savoir si une opération sera indispensable, ou si une amélioration peut être obtenue par aspiration – perfusion ? Globalement non, à trois réserves près :

1. L'existence de signes de souffrance manifeste d'une anse intestinale impose une opération d'emblée.
2. L'absence de gaz dans le côlon –sur les radios-, alors que le grêle est franchement dilaté, fait penser qu'une opération sera vraisemblablement nécessaire, l'obstacle devant être serré.
3. La répétition d'épisodes d'occlusion, surtout s'il sont proches, au-delà de 3, rend généralement une opération nécessaire.

Peut-on éviter la survenue d'adhérences ?

Non. Divers produits ont été essayés, certains sont commercialisés. Aucun n'est susceptible d'éviter complètement l'existence d'adhérences –(processus habituellement et initialement bénéfique, comme on l'a vu)-.

Une récurrence est-elle possible après une première opération pour occlusion ?

Oui. Mais ce n'est pas une fatalité. Le risque de survenue d'adhérences pouvant se compliquer est identique à celui de l'intervention initiale.

Est-il possible de libérer « préventivement » des adhérences, avant que ne survienne une occlusion ?

Dans l'ensemble, la réponse est négative. Toutefois il arrive que certains patients, ayant fait des épisodes occlusifs résolutifs, conservent, de temps à autre, des signes évoquant une souffrance intestinale. Dans ces cas, assez rares, une opération « à froid » est possible et permet d'éviter un nouvel épisode aigu.

La coelioscopie est-elle utilisable ?

En urgence, sur un intestin dilaté et fragile, globalement non. En revanche elle peut permettre la libération à froid d'un intestin non dilaté à distance d'un épisode occlusif.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie.

Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.