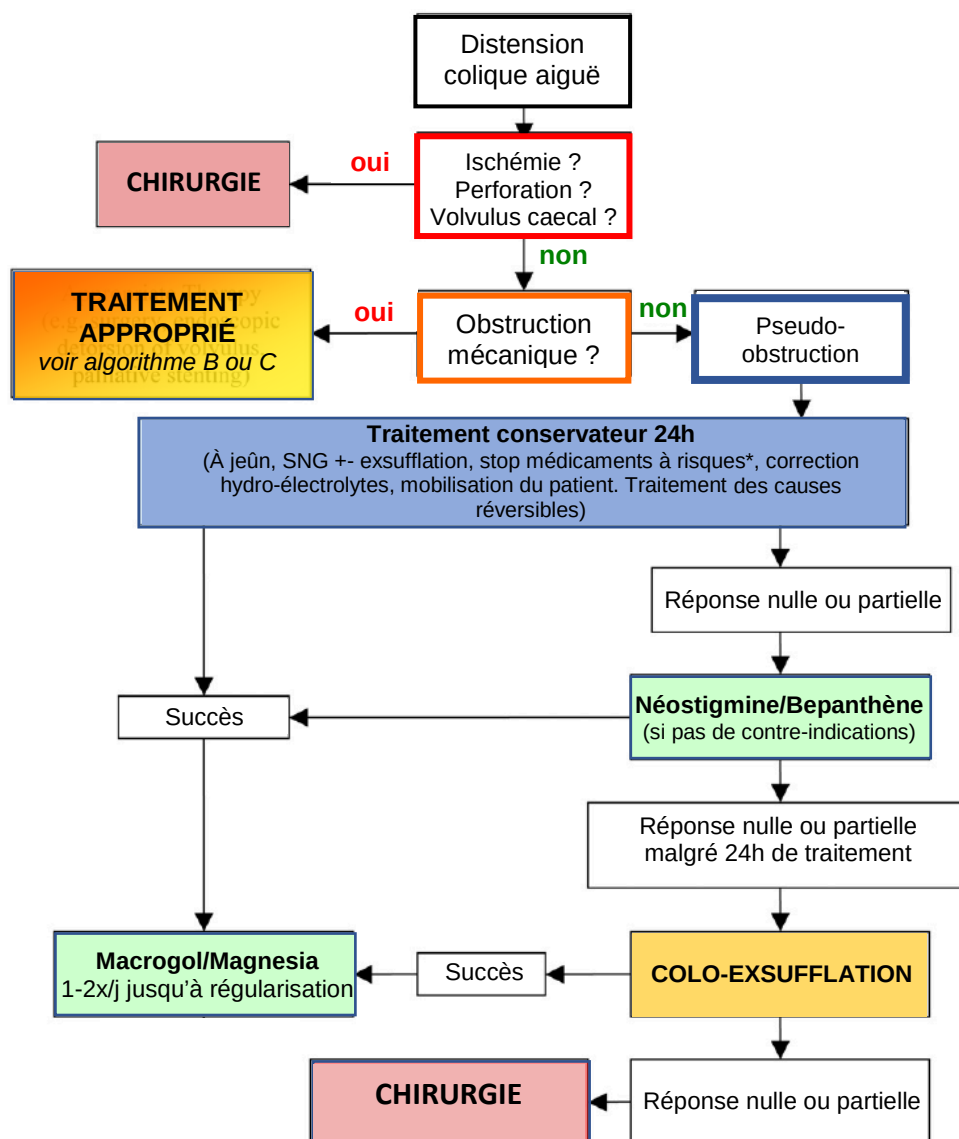


Traitement de l'iléus sur obstruction colique en urgence

Amaniel **Kefleyesus**¹, Maxime **Robert**², Sébastien **Godat**², Dieter **Hahnloser**¹

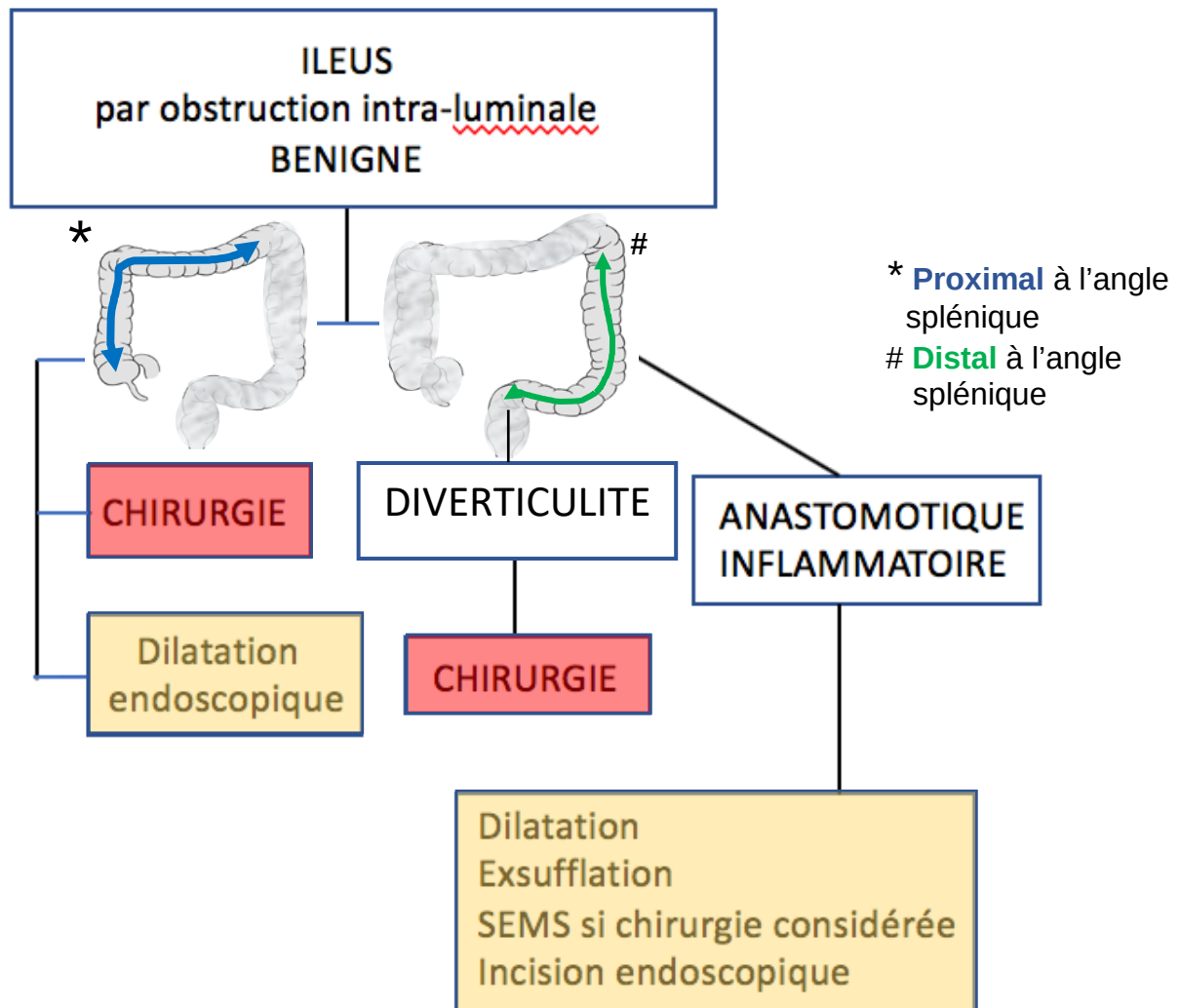
¹ Service de chirurgie viscérale, CHUV, ² Service de gastro-entérologie, CHUV

A. ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE - OBSTRUCTION COLIQUE D'ORIGINE BENIGNE



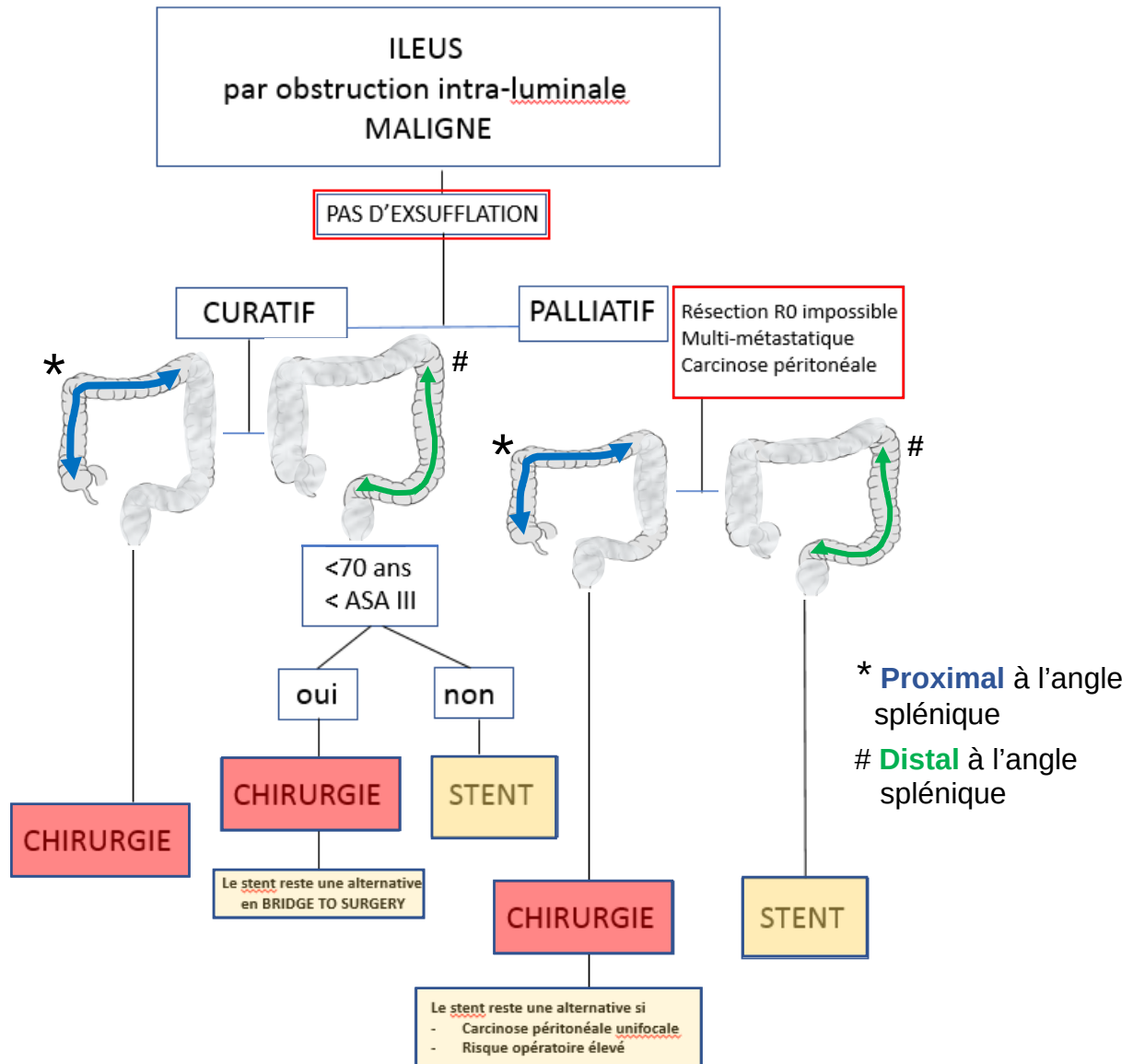
* opiacés, anti-cholinergiques, neuroleptiques

B. ALGORITHME – OBSTRUCTION COLIQUE ENDOLUMINALE D'ORIGINE BENIGNE



NB. Etiologies bénignes : sténose anastomotique, inflammatoire (MICI), radique, post-diverticulite, corps étranger (non exhaustif).

C. ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE – OBSTRUCTION COLIQUE ENDOLUMINAL D'ORIGINE MALIGNE



Cave : sténose rectale

- Sous le seuil de **3 à 5 cm de la marge anale** : prothèse à éviter
- En cas de pose, informer des risques spécifiques (syndrome rectal (60%), incontinence anale (11%) et prévoir un matériel potentiellement extirpable

DEFINITION

On appelle occlusion intestinale aiguë toute interruption du transit intestinal normal. Elle se traduit par un arrêt des matières et des gaz.

ETIOLOGIES

A. BENIGNES

PAR OBSTACLE :

- sténose anastomotique
- autres : MICI, radiothérapie, diverticulite, ischémie, corps étrangers

PAR TORSION :

- volvulus, intussusception

FONCTIONNELLE

- iléus paralytique
- pseudo-obstruction colique aiguë (syndrome d'Ogilvie - dilatation massive colique sans obstacle mécanique)

B. MALIGNES

PAR OBSTACLE :

- intra-luminal : processus néoplasique le plus souvent colique gauche (1^{ère} localisation : sigmoïde)
- extra-luminal : compression ou invasion (tumeur pelvienne avancée, métastase, carcinose péritonéale)

MANIFESTATIONS CLINIQUES ET COMPLICATIONS

- douleurs péri-ombilicales ou hypogastriques d'intensité variable
- distension abdominale
- arrêt du transit, vomissements

Complications devant des douleurs abdominales réfractaires avec péritonisme :

- troubles hydro-électrolytiques
- ischémie colique
- translocation bactérienne
- perforation locale et diastatique, péritonite
- choc hypovolémique ou septique

Laboratoire à faire :

- gazométrie, lactates artériels
- standard (FSS, créatinine, Na⁺, K⁺, Ca²⁺, tests hépatiques, CRP, crase)

CRITERES DIAGNOSTIQUES

RADIOLOGIE

CTscan TAP / recherche de contre-indication au traitement endoscopique :
pneumo-péritoine, nécrose pariétale avec pneumatose colique, obstruction intra-luminale avec indication à une chirurgie d'emblée (cf algorithme)

ENDOSCOPIE (si indiquée)

Cause et localisation précise de l'obstruction, biopsies +/- traitement

TRAITEMENTS

GENERALITES

- à jeûn
- discuter pose d'une SNG (distension grêle, valve iléo-caecale incompétente)
- correction volémique, métabolique et électrolytique (fonction thyroïdienne pour le syndrome d'Ogilvie)
- hémocultures +/- antibiothérapie en présence de sepsis
- arrêt des traitements opioïdes, anti-cholinergiques

ENDOSCOPIE

REGLES GENERALES :

- peu d'insufflation / insufflation au CO2
- ne pas pousser l'endoscope à l'aveugle
- pompe de lavage, canal de 3,8mm fortement recommandés +/- fluoroscopie (en cas de volvulus ou de pose de stent)
- préparation par lavement **sauf** pour les obstructions rectales
- pas d'antibioprophylaxie systématique **sauf** chez les patients à haut risque d'endocardite.
- gestion des anticoagulants selon cahier des charges correspondant et selon opérateur

CONTRE-INDICATIONS :

- péritonisme franc avec abdomen de « bois »
- perforation avérée avec signes radiologiques

MODALITES

1. COLO-EXSUFFLATION TRANSANALE ENDOSCOPIQUE DIRECTE +/- SONDE DE DECOMPRESSION

- tube de Faucher sur fil guide
- rincer la sonde (60ml NaCl) de décompression toutes les 4-6 heures pour éviter son obstruction
- retrait sous 72h maximum

Alternative au tube de Faucher :

- sonde Cliny, sur fil guide
- 22 Fr, 1200 mm avec ballon en silicone de 30 ml et marques radio-opaques
- pose sous scopie recommandée

2. SELF EXPANDING METALLIC STENTS (SEMS)

- décubitus dorsal = avantage anatomique notable (fluoroscopie)
- sédation et modalité de l'examen à convenir avec l'opérateur interventionnel
- biopsies des lésions suspectes en peropératoire.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES :

- péritonisme franc avec abdomen de « bois »
- perforation avérée ou signes radiologiques de souffrance colique d'amont
- occlusion du grêle associée (par incarceration)

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES :

- carcinose péritonéale avec sténoses étagées
- patient en cours de traitement anti-angiogénique (e.g. bevacizumab) ou un traitement anti-angio-génique ultérieur est envisagé (risque relatif de perforation multiplié par 20)
- obstruction intra-luminale avec indication à une chirurgie d'emblée (cf algorithme)

OBSTRUCTION COLIQUE D'ORIGINE BENIGNE

cf. algorithme p.1-2

SYNDROME D'OGILVIE (PSEUDO-OBSTRUCTION) :

- o n'utiliser que des benzodiazépines pour la sédation (éviter les morphiniques)
- o exsufflation d'emblée si distension extrême :
 - si caecum >10-12cm
 - si autres segments colique > 9-10cm
- o stratégie non interventionnelle s'envisage :
 - en l'absence de douleurs
 - sans distension extrême dans les 24-48 premières heures avec surveillance :
 - examen abdominal fréquent (clinique, ASP aux 12 ou 24h)
 - FSS, CRP et électrolytes 1x/j.
 - avec possibilité d'administrer de la **gastrograffine** 100mL per os permettant une reprise de transit.
 - en 2^e intention : **néostigmine**
- o Si récurrence d'Ogilvie après une 1^{ère} colo-exsufflation, une 2^e peut être discutée.
- o Posologie de la néostigmine en :
 - GLG : 1mg s.c. 3x/j
 - CHV : 5 ampoules (0.5mg/amp) dans 500ml NaCl 0.9%, sur 5h iv.continu 1x/j (si QTc long, utiliser bepanthene iv. : 2 ampoules (50mg/amp) dans 500ml NaCl 0.9% sur 2h iv.cont.3-4x/j)

VOLVULUS :

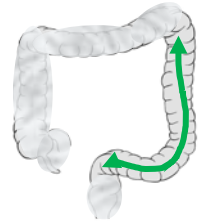
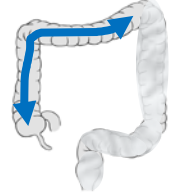
- 0 Sigmoïde : colo-exsufflation (+/- sonde de décompression selon opérateur).
- 0 Caecum : décompression endoscopique décrite mais taux d'échec important → chirurgie d'emblée

OBSTRUCTION COLIQUE D'ORIGINE MALIGNE

cf. *algorithme p.3*

PRISE EN CHARGE A VISEE CURATIVE

- Toute étiologie intrinsèque (endoluminale):
 - o **Pas d'exsufflation**
 - o **Proximale** à l'angle splénique
→ **chirurgie d'emblée**
 - o **Distale** à l'angle splénique
→ **chirurgie si CT-scanner avec :**
 - sténose > 4cm de long
 - angulation de la sténose > 90°
 - signes de microperforation colique
 - → **stent couvert (« bridge to surgery »)**
 - si ASP ou CT-scanner avec :
 - o dilatation du **caecum** > 12cm
 - o dilatation du **transverse** > 10cm
 - → **si < 70 ans + haute suspicion malignité :**
 - → biopsies et pas de stent (risque d'upstaging oncologique)



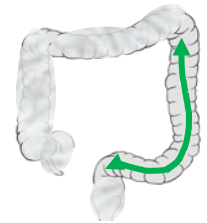
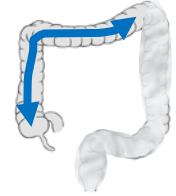
Cave : sténose rectale

- Sous le seuil de **3 à 5 cm de la marge anale** : prothèse à éviter
- En cas de pose, informer des risques spécifiques (syndrome rectal (60%), incontinence anale (11%) et prévoir un matériel potentiellement extirpable

- Modalités de la colonoscopie pour pose de stent :
 - o Disponibilité 24/7 = urgence 2 (prise en charge 4h-12h) au bloc opératoire si **critères d'urgence** :
 - Dilatation caecale >12cm
 - Dilatation caecale >10cm si obstruction évoluant depuis au moins 6 jours
 - Dilatation d'un autre segment colique >9 à 10cm
 - Douleurs réfractaires aux antalgiques de palier I et II
 - Etat hémodynamique ou respiratoire instable
 - o Préparation :
 - Sonde nasogastrique en aspiration
 - Lavement avec 1L AVANT colonoscopie
 - Durée : maximum 1h. **Si >1h → chirurgie**
 - o Consentement :
 - Conjointement avec gastro-entérologue et chirurgien

PRISE EN CHARGE A VISEE PALLIATIVE

- Situations palliatives :
 - o Extension locale trop importante
 - o Résection colique oncologique R0 non réalisable/non raisonnable
 - o Espérance de vie < 6 mois
 - o Multi-métastatique
 - ➔ **Pas d'exsufflation**
- o **Proximale** à l'angle splénique
 - ➔ **chirurgie d'emblée (stomie)**
- o **Distale** à l'angle splénique
 - ➔ **chirurgie (stomie) si CT-scanner avec :**
 - sténose > **4cm** de long
 - angulation de la sténose > **90°**
 - signes de microperforation colique
 - ➔ **stent couvert (« palliatif»)**
 - si ASP ou CT-scanner avec :
 - o dilatation du **caecum** > **12cm**
 - o dilatation du **transverse** > **10cm**
- Modalités de la colonoscopie pour pose de stent :
 - o Durant heures ouvrables : **discussion multi disciplinaire**
 - o Durant la nuit et WE : **stent d'emblée**
 - o Dans tous les cas disponibilité 24/7 cadre GLG/CHV pour discussion tél.



Rédaction :

Amaniel **Kefleyesus**¹, Maxime **Robert**², Sébastien **Godat**², Dieter **Hahnloser**¹

¹ Service de chirurgie viscérale, CHUV, ² Service de gastro-entérologie, CHUV

Validation :

Prof. Nicolas **Demartines**, CHV

Prof. Darius **Moradpour**, GLG

Lausanne, le 6 mai 2019.

Références :

- ASGE Standards of Practice Committee, Harrison ME, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, et al. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc.* avr 2010;71(4):669-79.
- Van Hooft JE, van Halsema EE, Vanbiervliet G, Beets-Tan RGH, DeWitt JM, Donnellan F, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Gastrointest Endosc.* nov 2014;80(5):747-61.e1-75.