



# Occlusion intestinale, constipation, lithiase biliaire

Occlusion intestinale			
Définition et objectifs	Cause la plus fréquente d'intervention chirurgicale en urgence chez la PA. <b>Urgence thérapeutique.</b> Objectif : évoquer le diagnostic, définir la cause et le mécanisme, prendre en charge le retentissement sur l'EG du patient.		
Occlusion d'origine mécanique	L'occlusion par obstruction : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intraluminaire : calcul, fécalome, corps étrangers, parasitose, phyto-trichobézoard</li> <li>- Intrapariétale : tumeurs, sigmoïdite, sténose cicatricielle, hématome, invagination intestinale</li> <li>- Par strangulation extra intestinale : bride, adhérence, masse compressive</li> </ul>		
		Obstruction	Strangulation
	Début	Progressif	Brutal
	Douleur	Modérée	Localisée, permanente, intense
	Auscultation	Bruit hydro-aériques	Silence sépulcral
	Souffrances des anses digestives	Peu	Fièvre, sang au TR, augmentation des PNN
AEG	Faible	Importance d'emblée	
Occlusion d'origine fonctionnelle	<p>Iléus paralytique peut avoir lieu lors d'un épisode douloureux, d'un contact avec un épanchement sanglant, du contact avec un foyers infectieux ou inflammatoire intra-abdominal, d'un traumatisme ou d'une occlusion ischémique artérielle ou veineuse.</p> <p>Cette occlusion est d'origine :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Métabolique (hypokaliémie, acidose)</li> <li>• Médicamenteuse (morphiniques ou ses dérivés)</li> <li>• Pathologique : diabète, hypothyroïdie, porphyrie, sclérodermie, saturnisme</li> </ul>		
Examens	<p>Cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur ou défense à la palpation</li> <li>- Météorisme abdominal</li> <li>- Augmentation des bruits hydro-aériques?</li> <li>- Palpation des orifices herniaires et cicatrices abdominales (hernie / éventration)</li> <li>- Toucher rectal (ampoule rectale vide ou obstacle ?)</li> <li>- État général (fièvre, déshydratation ?)</li> </ul> <p>Radiologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASP</li> <li>- Tomodensitométrie abdo : niveau de l'occlusion, cause, présence d'une complication</li> </ul> <p>Biologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ionogramme sanguin (troubles hydroélectrolytiques, déshydratation extracellulaire)</li> <li>- Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles</li> </ul>		
Complications	<p>Générales : déshydratation, choc hypovolémique, oligurie, choc infectieux          → Occlusion haute avec vomissements abondants (alcalose métabolique, hypochlorémie, hypokaliémie)</p> <p>Locales : nécrose ou perforation intestinale</p>		
PEC	<p>Urgence thérapeutique !          Hospitalisation en chirurgie          Si état de choc, conditionnement          Mise en place d'une sonde naso-gastrique en aspiration douce continue          Correction des troubles hydroélectrolytiques, hypovolémie, antalgiques par voie veineuse          Antibio prophylaxie à discuter</p>		





### Constipation

	<p>Nombre de selles &lt; 3 par semaine +/- difficulté d'exonération. Différencier la constipation de progression et la constipation terminale Constipation chronique : &gt; 6 mois</p>
Constipation fonctionnelle	<p>Trouble de la progression Anomalie du contenu des selles : pauvres en eau, en fibres Anomalie du contenant : diminution de la motricité digestive : hypomobilité, réduction de la réponse motrice aux repas ce qui entraîne la déshydratation des selles donc entretien de la constipation. Exercice physique limité, prise excessive de laxatifs</p>
Constipation organique	<p>iatrogénie principalement : antalgiques opiacés, neuroleptiques, antidépresseurs, anti-hypertenseurs, calcium, fer, pansements gastriques ... Pathologies néoplasiques : cancer colorectal Pathologies proctologiques : fissure anale, hémorroïdes, prolapsus Pathologies neurologiques : démence, AVC, maladie de Parkinson Pathologies endocriniennes : hypothyroïdie, diabète Troubles métaboliques : hypokaliémie, hypercalcémie, insuffisance rénale</p>
Examens	<p>Imagerie : ASP, coloscopie, défécographie, IRM dynamique Exploration fonctionnelle : temps de transit de marqueurs radio-opaques, manométrie anorectale (constipation terminale) Biologie : iono, TSH, NFP, CRP</p>
Thérapeutiques	<p>Mesures hygiéno-diététiques : - Heure fixe, alimentation riche en fibres, hydratation, exercice physique Laxatifs osmotiques : Duphalac, Importal, Macrogol, Transipeg... Laxatifs stimulants : en dernier recours et sur une courte période Laxatif par voie rectale : Eductyl, Normacol, goutte à goutte rectal à l'eau tiède... Microlavement, suppositoire</p>
Complications	<p>Ano rectale : hémorroïdes, fissure, prolapsus Fécalome (masse de matière dures et desséchées) responsable de : - Troubles électrolytiques - Occlusion intestinale aigue - RAU, incontinence urinaire, IU - Ulcération rectale : rectorragie - Incontinence fécale à long terme</p>
Rôle IDE	<p>Reconnaître les situations à risque Surveillance de la fréquence et la quantité des selles Prévention, respect des règles d'hygiène de vie Veiller à une hydratation correcte Respect des rythmes physiologiques du patient Éviter la sédentarité Éducation du patient si possible</p>

### Lithiase biliaire

Définition	<p>Constitution de calculs dans les voies biliaires 2 types de calculs : cholestéroliques et pigmentaires Les calculs cholestéroliques se constituent par : - Stade chimique : bile saturée en cholestérol qui dépasse les capacités de solubilisation - Stade physique : formation de cristaux de cholestérol - Stade de croissance : agglomération des cristaux Le plus souvent asymptomatique et bénigne</p>						
Sémiologie foie et voies biliaires	<table border="1"> <tr> <td>Cholécystite</td> <td>Douleurs de colique hépatique, fièvre, nausées, vomissements, signe de Murphy</td> </tr> <tr> <td>Angiocholite</td> <td>Douleur, fièvre élevée, ictère</td> </tr> <tr> <td>Ictère</td> <td>Coloration jaune de la peau et des muqueuses, prurit, augmentation taux de bilirubine plasmatique Étiologies :</td> </tr> </table>	Cholécystite	Douleurs de colique hépatique, fièvre, nausées, vomissements, signe de Murphy	Angiocholite	Douleur, fièvre élevée, ictère	Ictère	Coloration jaune de la peau et des muqueuses, prurit, augmentation taux de bilirubine plasmatique Étiologies :
Cholécystite	Douleurs de colique hépatique, fièvre, nausées, vomissements, signe de Murphy						
Angiocholite	Douleur, fièvre élevée, ictère						
Ictère	Coloration jaune de la peau et des muqueuses, prurit, augmentation taux de bilirubine plasmatique Étiologies :						





		<ul style="list-style-type: none"><li>- Urines foncées et selles décolorées : ictères à bilirubine conjuguée : atteinte hépatique (cirrhose), atteinte extra hépatique (lithiase, compression des VB)</li><li>- Urines claires et selles normales : ictères à bilirubine non conjuguée : hémolyse</li></ul>
Causes et facteurs prédisposants	Âge : maxi 60 ans Sexe féminin Obésité / régime riche en acide gras, hypercalorique, hypertriglycéridémie Facteurs ethniques : indiens d'Amérique, scandinaves Médicaments : œstrogènes, fibrates Défaut réabsorption acides biliaires : résection iléale, Crohn Augmentation bilirubine : hémolyse chronique, cirrhose	
Diagnostic	Clinique : colique hépatique (mise en tension de la vésicule par enclavement d'un calcul) : <ul style="list-style-type: none"><li>- Douleur intense à l'hypocondre ou épigastre irradiant dans l'épaule gauche</li><li>- Vomissements, inhibition respiratoire</li><li>- Signe de Murphy : douleur à la palpation de l'hypocondre inhibant la respiration</li></ul> Découverte fortuite pour 80% des cas	
Examens	Écho abdo, ASP, biologie	
Complications	Migration d'un calcul dans la voie biliaire principale Angiocholite : douleurs, fièvre, ictère Pancréatite aigüe : douleurs abdo, élévations des lipases Cholécystite aigue Iléus biliaire	
Thérapeutiques	Si asymptomatique : pas de ttt  Angiocholite aigue : <ul style="list-style-type: none"><li>- ATB et ttt symptomatique</li><li>- Sphinctérotomie endoscopique rapide (quelques jours)</li><li>- Cholécystectomie secondaire (à froid)</li></ul> Colique hépatique : <ul style="list-style-type: none"><li>- Uniquement si lithiase symptomatique</li><li>- Ttt symptomatique : antalgiques</li><li>- Ttt étiologiques uniquement chir : cholécystectomie par voie coelioscopie</li></ul> Cholécystite aigue : <ul style="list-style-type: none"><li>- ATB et ttt symptomatiques</li><li>- Cholécystectomie coelioscopique</li></ul>	

