



OCCLUSION INTESTINALE APRES CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE DIGESTIVE

MEMOIRE PRESENTE PAR :

DOCTEUR FDIL MOHAMED

Né le 25/04/1989 à ERRACHIDIA

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : CHIRURGIE GENERALE

SOUS LA DIRECTION DE :

PROFESSEUR EL BACHIR BENJELLOUN

Session 2022

Signature of the student, Dr. Fdil Mohamed.

Signature of the supervisor, Prof. El Bachir Benjelloun, with stamp: INPE: 141169656.

PLAN

INTRODUCTION.....	6
MATERIELS ET METHODES	9
I. OBJECTIFS	10
A. Objectif général	10
B. Objectifs spécifiques	10
II. TYPE D'ETUDE ET PERIODE D'ETUDE	10
III. PATIENTS	10
A. Critère d'inclusion	10
B. Critère d'exclusion	11
IV. METHODES	11
A. Taille de l'échantillon	11
B. Recueil et analyse de donnés	11
V. ETHIQUE	17
RESULTATS	18
I. LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS DE NOTRE SERIE.....	19
A. Fréquence	19
B. Age	19
C. Sexe	20
D. Antécédants médicaux	21
E. Antécédents chirurgicaux	22
a. Traitement néoadjuvant	22
b. La tumeur initiale.....	23
c. Voie d'abord	24
d. Chirurgie réalisée	25

e. Type histologique, statut ganglionnaire et classification de la tumeur	26
f. Traitement adjuvant	28
g. Délai entre l'occlusion et la chirurgie	29
II. ETUDE CLINIQUE	30
A. Signes fonctionnels	30
a. Délai de consultation	30
b. Mode de début des symptômes	30
c. Arrêt des matières et des gaz	30
d. Vomissements	30
e. Douleurs abdominales	31
B. Signes physiques	31
a. Examen général	31
b. Examen abdominal	31
III. EXAMENS PARACLINIQUES	32
A. ASP :	32
B. Tomodensitométrie	32
C. La biologie	33
IV. TRAITEMENT	35
A. Traitement médical	35
B. Traitement chirurgicale	37
a. Voie d'abord	37
b. Diagnostic per-opératoire	38
c. Corrélation radio-chirurgicale	40
d. Gestes chirurgicales réalisés	41
V. EVOLUTION	42

A. A court terme	42
B. A long terme	43
DISCUSSION	44
I. EPIDEMIOLOGIE.....	45
A. Fréquence	45
B. Age et sexe	46
C. Antécédents médicaux	46
D. Antécédents chirurgicaux	47
II. SIGNES CLINIQUES	50
A. Délai entre l'occlusion et la chirurgie	50
B. Signes cliniques	51
III. EXAMENS PARACLINIQUES	54
A. La biologie	54
B. Radiologie	54
a. Abdomen sans préparation	54
b. Tomodensitométrie	55
C. Corrélation radio-clinique.....	57
a. Autres moyens d'imagerie	59
IV. TRAITEMENT	61
A. But du traitement	61
B. Traitement médical	61
C. Traitement chirurgical	68
D. Traitements désobstructif endoscopique	72
V. EVOLUTION ET PRONOSTIC	73
CONCLUSION	75

RESUME	77
BIBLIOGRAPHIE	79

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale aiguë est définie par l'arrêt complet du Transit intestinal. Elle est caractérisée par un empêchement à la progression du contenu intestinal.

Les occlusions intestinales représentent 10% des consultations en urgence pour douleurs abdominales aiguës et 20 % des interventions chirurgicales réalisées dans un contexte d'urgence.

La stratégie de prise en charge de l'occlusion intestinale reste une question toujours d'actualité et sujet de controverse. Ce syndrome recouvre des situations cliniques très variées dont certaines nécessitent une intervention chirurgicale en urgence alors que d'autres permettent la réalisation d'investigations et éventuellement un traitement médical.

Au moins la moitié de toutes les occlusions intestinales sont causées par adhérences (50%), 13 % à 26 % par des tumeurs primaire ou secondaire, et 8 à 15 % par les hernies. Le cancer colo-rectal est la tumeur la plus fréquente qui provoque des occlusions sur carcinose de l'intestin grêle. La distinction entre une cause bénigne et maligne de l'obstruction de l'intestin grêle est généralement difficile à faire en préopératoire.

La cause de l'occlusion et la précocité du traitement conditionnent le pronostic. En effet, la prise en charge précoce et rapide de ces occlusions, aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique, est l'élément principal permettant de réduire le taux de morbi-mortalité lié à cette affection.

On estime que, parmi les patients opérés pour un cancer colorectal, 9 % auront une occlusion du grêle dans un délai moyen de 5 ans suivant l'intervention initiale. La survenue d'une occlusion de l'intestin grêle chez un patient ayant un antécédent de cancer digestif pose un double problème étiologique et thérapeutique. L'occlusion peut être due à une récurrence péritonéale, une bride, une sténose radique ou une autre

cause. Une évaluation clinique et radiologique est nécessaire pour reconnaître une cause bénigne, notamment une occlusion sur bride. S'il s'agit d'une occlusion du grêle en rapport avec une carcinose péritonéale, un traitement médical peut être une option thérapeutique. La décision d'une laparotomie doit prendre en compte plusieurs facteurs, tels que le degré d'obstruction, les possibilités techniques chirurgicales, l'état général et l'espérance de vie du patient. Toutefois, l'abstention chirurgicale initiale peut faire courir le risque de méconnaître une simple occlusion du grêle sur bride, ainsi que celui de nécrose intestinale en cas d'occlusion par strangulation

L'enjeu actuel principal réside dans le diagnostic étiologique et la stratégie thérapeutique à adopter. Actuellement, trois questions principales sont posées :

- Quelles sont les difficultés diagnostiques ?
- Quelle est la prise en charge la plus adaptée pour traiter une occlusion intestinale après chirurgie carcinologique digestive, chirurgicale ou conservatrice non chirurgicale ? Quelles sont les difficultés chirurgicales ?
- Existe-t-il des moyens de prévention efficaces ?

La présente étude a été entreprise pour connaître les incidence, étiologie et devenir des patients ayant présentés une occlusion intestinale après chirurgie antérieures pour un cancer digestive dans les deux services de chirurgie viscérale A et B de CHU HASSAN II de Fès.

MATERIELS ET METHODES

I. OBJECTIFS :

A. Objectif général :

Evaluer l'expérience des services de chirurgie viscérale « A » et « B » CHU HASSAN II dans la prise en charge des occlusions après la chirurgie carcinologique digestive.

B. Objectifs spécifiques :

Nous avons réalisé une série de cas rétrospective à visée descriptive, afin d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutique des occlusions intestinales aiguës après chirurgie carcinologique digestive.

Déterminer les enjeux diagnostic et thérapeutique

Comparer ces statistiques avec les données de la littérature en général.

II. TYPE D'ETUDE ET PERIODE D'ETUDE :

C'est une étude rétrospective descriptive menée au sein des deux services de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire HASSAN II de Fès allant de janvier 2012 à janvier 2022 soit une période de 10 ans.

III. PATIENTS :

A. Critère d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude, tous les patients admis au service des urgences dans un tableau d'occlusion intestinale aiguë et hospitalisé par la suite aux services de chirurgie viscérale du CHU HASSAN 2, et ayant dans leurs antécédents, chirurgie carcinologique pour un cancer de tube digestive ; tumeur rectale, colique, gastrique.

B. Critère d'exclusion :

Les patients avec un syndrome occlusif qui ont été opérés pour des tumeur biliopancréatiques, hépatiques, surrénaliens, œsophagien ont été exclue dans cette étude.

Ont été exclus de notre étude les occlusions intestinales aiguës d'origine tumorale, ou non tumorale sans histoire de chirurgie carcinologique digestive antérieure.

IV. METHODES

A. Taille de l'échantillon :

Elle a été de vingt-trois (23) patients répondant aux critères d'inclusions

B. Recueil et analyse de données :

Après l'accord du comité local d'éthique, nous avons entamé une sélection des patients en se basant sur :

- Les données des registres d'hospitalisation
- Les dossiers médicaux des malades
- Les comptes rendus opératoires.
- Les comptes rendus anatomopathologiques.

Ces informations ont été complétées à partir des données enregistrées dans la base des données « Hosix ». Nous avons établi des fiches analytiques permettant d'étudier les paramètres suivants : (voir fiche d'exploitation)

- ✓ Les caractéristiques épidémiologiques, concernant l'âge et le sexe.
- ✓ Les caractéristiques cliniques : les tares associées, antécédents, motif de consultation, signes fonctionnels, le mode de début brutal ou progressif, caractéristiques de la douleur et des vomissements, la présence d'ascite, les

données de l'examen clinique...

- ✓ Les caractéristiques paracliniques basées essentiellement sur l'ASP et les données de l'examen tomodensitométrique.
- ✓ Les caractéristiques biologiques basées sur le bilan de retentissement et préopératoire comportant le bilan hématologique de la numération formule sanguine (NFS), le bilan hydro-électrolytique, le bilan d'hémostase, la fonction rénale ont été faite chez tous les patients.
- ✓ Les caractéristiques thérapeutiques en précisant le traitement médical reçu, l'âge au moment de la chirurgie, la voie d'abord, la technique opératoire ainsi que les soins postopératoires réalisés.
- ✓ Les caractéristiques évolutives basées sur la morbidimortalité immédiate, le traitement adjuvant, l'évolution, le pronostic et la prise en charge thérapeutique ultérieure

Les données recueillies ont été saisies et traitées statistiquement à l'aide de logiciel Excel et L'analyse statistique a été effectuée à partir du logiciel SPSS version 21. Les résultats ont été présentés sous forme de moyenne avec écart type pour les variables quantitatives et sous forme de pourcentage pour les variables qualitatives.

La saisie des textes et des tableaux a été faite sur le logiciel Word 2016 et celle des graphiques sur le logiciel Excel XP.

La fiche d'exploitation ainsi utilisée pour le recueil de données est la suivante :

FICHE D'EXPLOITATION

Identité

Numéro d'entrée :

Nom – prénom :

Age :

Sexe : H F

Profession :

Résidence :

Niveau socio-économique :

Antécédents :

Médicaux :

Diabète : oui non

HTA : oui non

Autres :

Chirurgicaux :

Tumeur de rectum : (1) oui non

Tumeur de colon gauche : (2) oui non

Tumeur de colon droit : (3) oui non

Tumeur gastrique : (4) oui non

Type d'intervention : coelioscopie (1) laparotomie (2)

Date d'intervention :

Type histologique :

Adénocarcinome : lieberkuhnien (1): Colloïde (2) : Autres : (3).....

Statut tumorale : T1 T2 T3 T4

Statut ganglionnaire : N- (1) 1-2 N+ (2) 3-4 N+(3) ≥ 4 N+ (4)

Traitement préopératoire : pas de traitement (1) RCC (2) chimiothérapie néoadjuvante (3)

Clinique :

Délai entre début des symptômes et consultation :

Délai entre l'occlusion et la chirurgie : moins de 6 mois : (1)

Entre 6 mois et 1 ans : (2)

Entre 1 ans et 2 ans : (3)

Plus de 2 ans : (4)

Signes fonctionnels :

- Douleur abdominale : Oui Non

Début : Siège : intensité :

Facteurs déclenchants : irradiation : position antalgique :

- Arrêt des matières et des gaz : Oui Non

- Vomissements : Oui Non

Précoce : tardif : indéterminé :

Abondant : peu abondant :

Alimentaires : Bilieux : Fécaloïdes :

- Autres signes associés :

- Signes généraux : fièvre :

Amaigrissement : oui non

Autres complications : Choc hypovolémique

Choc hémorragique : Choc septique :

Signes physiques :

- Distension abdominale : oui non

– Cicatrice de laparotomie : Oui Non

Type :

– Météorisme : oui: siége : Non:

– Sensibilité : oui: Non :

– Défense : oui: Siége: Non :

– Contracture oui: Non :

– Masse : Oui siége: Non :

– Tympanisme : Oui Non :

– Orifices herniaires Libres : Oui Non

– Type d'hernie :

Toucher rectal : Ampoule rectale : Douglas:

Doigtier :

normal : si anormal préciser :

Examen des autres appareils :

Paraclinique

ASP : normal Niveaux hydroaériques NHA grêlique NHA coliques: NHA

mixtes : pneumopéritoine: distension grêlique grisailles:

non fait :

Scanner abdominal : Fait : Non fait :

Résultats : carcinose : (1)

Brides : (2)

Récidive tumorale locale : (3)

autres : (4)

Biologie : Groupage : NFS :

Ionogramme :

Urée : Créatinine

Glycémie :

Bilan d'hémostase :

TRAITEMENT :

Réanimation préopératoire : SNG : SU :

Remplissage : Transfusion sanguine

Traitement médical : hydratation

Corticothérapie : oui non

Echec de traitement : oui non

Traitement endoscopique : oui non :

Traitement chirurgical : Oui Non :

Voie d'abord : coelioscopie (1) chirurgie (2)

Exploration chirurgicale :

Dilatation intestinale :

Liquide de souffrance :

Siège de l'occlusion :

Cause de l'occlusion : carcinose : (1)

Brides : (2)

Récidive tumorale locale : (3)

Autres : (4)

Geste réalisé : libération des brides : (1)

Résection de grêle : (2)

Iléostomie : (3)

Dérivation digestive : (4)

Exploration seulement (abstention) : (5)

Autres : (6)

SUITES POST OPERATOIRES :

Reprise du transit :

Séjour hospitalier :

Alimentation :

EVOLUTION : Court terme : oui non Surinfection de paroi : oui non

Eviscération : oui non Péritonite post opératoires : oui non

Hémorragie : oui non

Moyen et long terme : Eventration : oui non

Récidive d'occlusion : oui non

Décès : oui non

Causes :

Durée totale du séjour hospitalier :

V. ETHIQUE :

Les considérations éthiques et déontologiques ont été respectées tout au long de l'étude telles que le respect de l'anonymat et la non divulgation du secret médical.

RESULTATS

I. LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS DE NOTRE SERIE

A. Fréquence

Durant la période de notre étude qui s'étale sur 10 ans de janvier 2012 au janvier 2022, on estime que 1050 étaient opérés pour cancer colo-rectale, s'ajoutant 190 cas de patient opérés pour un cancer gastrique sur la même période, on se basant sur des études déjà faite notre établissement.

Durant la période de notre étude 23 patients ont été admis pour un syndrome occlusif, ayant un antécédant de chirurgie carcinologique digestive. Donc la fréquence de l'occlusion après la chirurgie carcinologique digestive dans notre contexte est de 1,85%.

Parmi ses patients :

- 43% était suivie pour cancer du rectum.
- 35% était suivie pour un cancer du côlon gauche.
- 13% était suivie pour cancer du côlon droit
- Et 9% était suivie pour cancer du l'estomac.

B. Age :

L'âge de nos patients varie de 20 ans à 82ans avec une moyenne de 58 ans. 74% soit 17 patients sont âgés plus de 50 ans, et 26% soit 6 patients sont Agés de moins de 50ans, La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 50 et 60 ans avec un pourcentage de 35%.

L'âge moyen en fonction du sexe est de 63,8 ans chez les hommes, et de 53,4 ans chez les femmes

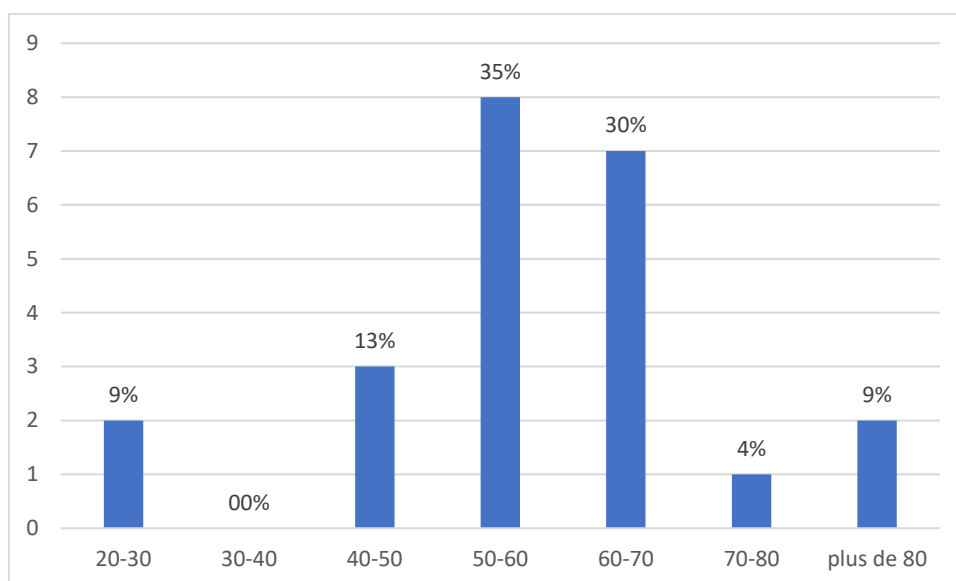


Figure 1 : répartition des patients selon l'âge.

C. Sexe :

On a noté une légère prédominance masculine, on retrouve ainsi 12 hommes, soit 52% des cas, et 11 femmes, soit 48% des cas (figure 3). Le sexe ratio homme/femme est de 0,92.

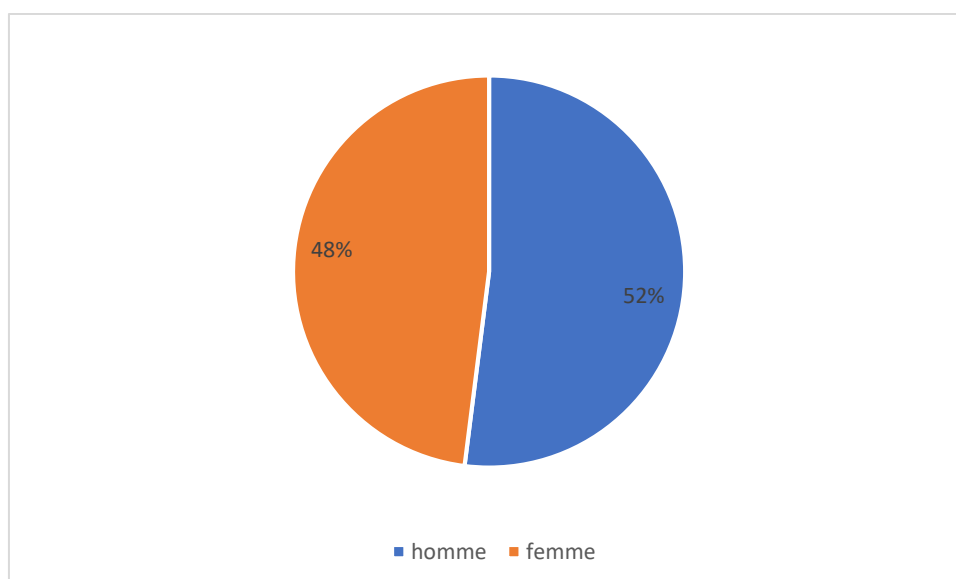


Figure 2 : répartition des patient selon le sexe.

D. Antécédants médicaux :

La notion de tares préexistantes a été trouvée chez 08 patients, soit 35%, HTA chez 4 patients, et diabète type 2 chez 2 patients, et cardiopathie chez 2 patients.

Tableau 1 : montrant les différents antécédents médicaux des patients de notre série.

Tares	HTA	Diabète	Cardiopathie	Néphropathie
Nombre de cas	04	02	02	00
Pourcentage	17%	09%	09%	00%

Une patiente de notre série à une antécédents de cancers gynécologiques ; elle était opérée pour cancers de l'ovaire.

La polypose adénomateuse familiale a été noté chez un patient, ayant bénéficiée d'une coloproctectomie suite à une dégénérescence tumorale

La maladie inflammatoire type rectocolite hémorragique a été noté chez une patiente, avec notion de dégénérescence par une tumeur rectale.

4 patients étaient tabagiques chroniques dont un était également éthylique chronique.

Aucun antécédent familial de cancer digestif, gynécologique, des voies urinaires n'a été retrouvé dans notre série.

Antécédent familiale de PAF a été retrouvé chez un de nous patients.

E. Antécédents chirurgicaux :

a. Traitement néoadjuvant :

Dans notre série on a constaté que la majorité de nos patients n'ont pas eu de traitement néoadjuvant soit 61%, et que 35 % ont eu de la radio-chimiothérapie pour une tumeur rectale, et seulement 4 % soit un patient avait reçu de la chimiothérapie péri-opératoire pour une tumeur gastrique.

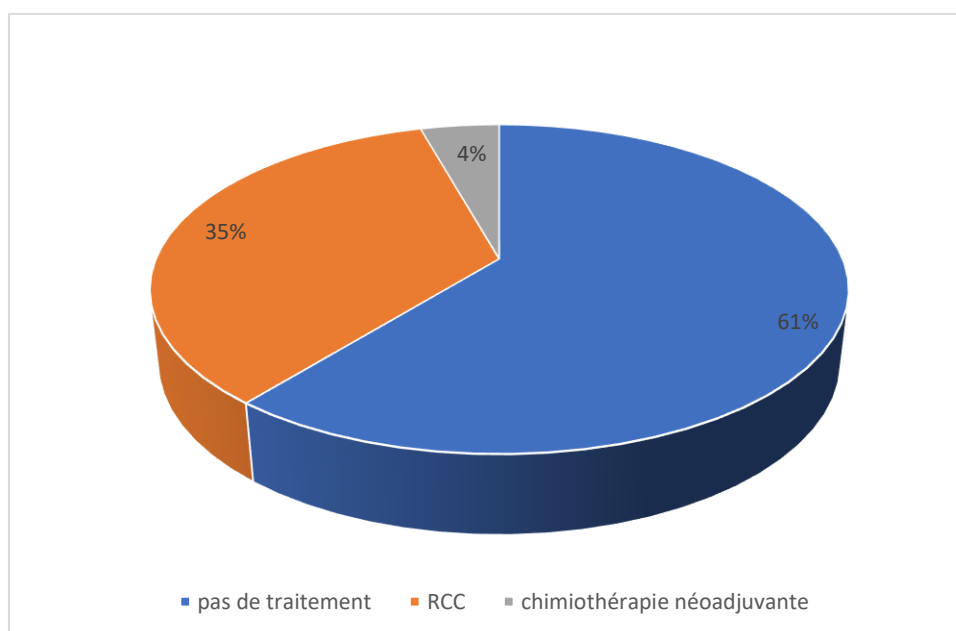


Figure 3 : Répartition des patients selon le traitement néoadjuvant reçu.

b. La tumeur initiale :

Tous les patients de notre série ont de antécédents de chirurgie carcinologique, et la localisation tumorale est reparti comme suit :

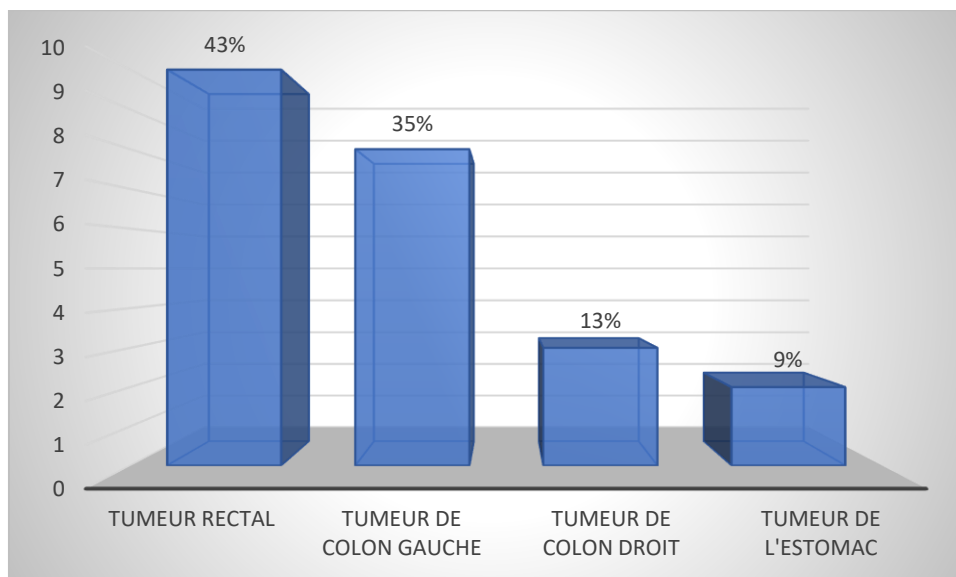


Figure 4: repartition des patients selon la localisation de la tumeur initiale

On constate la prédominance de la tumeur de rectum avec un taux de 43 %, à noter que la tumeur de charnière recto-sigmoïdienne est considéré comme une tumeur rectale, suivi de tumeur de colon gauche qui représente 35%.

c. Voie d'abord :

Dans notre série on note que la laparotomie occupe une place prédominante ; 44 % des patients avaient été opérés par laparotomie d'emblée, 31% par coelioscopie avec conversion, et 25% par coelioscopie.

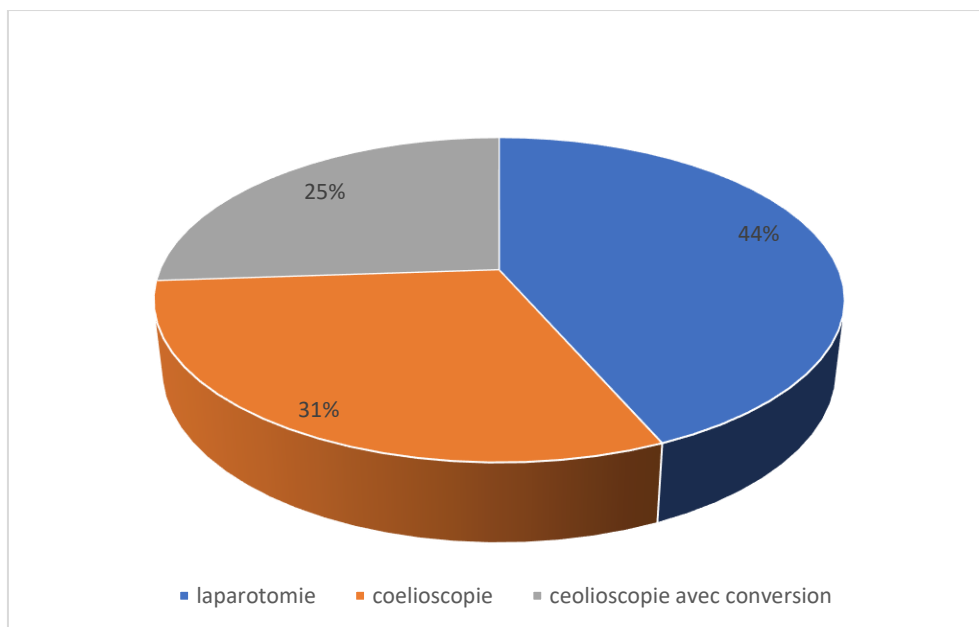


Figure 5 : répartition des patients selon la voie d'abord pour la chirurgie carcinologique.

d. Chirurgie réalisée :

Dans notre série plusieurs actes chirurgicaux ont été pratiqués en fonction de siège de la tumeur, ce tableau ci-dessous résumes les différents gestes réalisés :

Tableau 2 : les différents gestes réalisés dans le cadre de la chirurgie carcinologique.

Chirurgie initiale	Nombre	Pourcentage
Résection antérieure de rectum+/- anastomose colo-sus anale, colo-anale	10	44%
Résection segmentaire de colon gauche avec anastomose	08	35%
Hémi colectomie droite avec anastomose	03	13%
Gastrectomie totale	01	4,5%
Gastrectomie polaire inférieure	01	4,5%

e. Type histologique, statut ganglionnaire et classification de la tumeur :

Tous les patients de notre série ont une preuve histologique de malignité.

Dans la quasi-totalité des cas il s'agit d'un adénocarcinome liberkhunien plus ou moins différencié, avec un seul cas de carcinome épidermoïde, et un autre cas d'adénocarcinome à petite cellule :

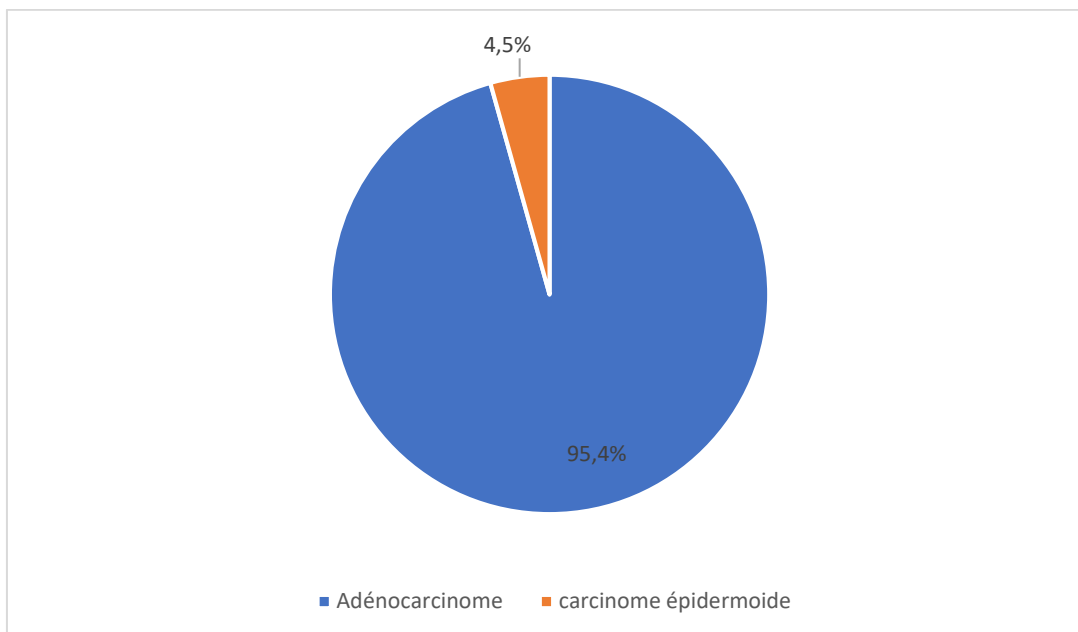


Figure 6 : répartition des cas selon l'aspect histologique

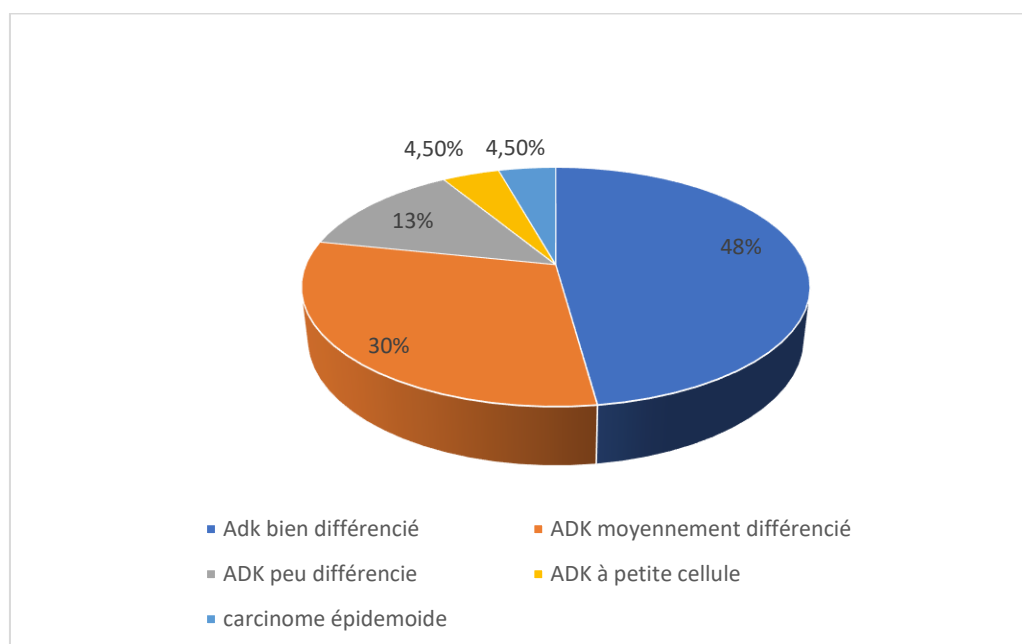


Figure 7 : Répartition des tumeurs en fonction de de degré de différenciation

- ✓ Adénocarcinome bien différencié : 48%
- ✓ Adénocarcinome moyennement différencié : 30%
- ✓ Adénocarcinome peu différencié : 13%
- ✓ Adénocarcinome a petite cellule : 4,5%
- ✓ Carcinome épidermoïde : 4,5%

Stadification TNM :

➤ Taille

- pT0 : 2 cas (9%) (réponse complète après RCC)
- pT1 : 0 cas (0%)
- pT2 : 5 cas (21%)
- pT3 : 13 cas (57%)
- pT4 : 3 cas (13%)

➤ Ganglions : N

- N0 : 08 cas (34%)
- N1 : 11 cas (48%)
- N2 : 4 cas (17%)

➤ Métastases : M

Aucun patient dans notre série avait une métastase à distance.

➤ Stade :

Stade 1 : 0 cas

Stade 2 : 12 cas (52%)

Stade 3 : 10 cas (43,5%)

Stade 4 : 1 cas (4,5%)

f. Traitement adjuvant :

Dans notre série la majorité de nos patients ont eu un traitement adjuvant, 17 patients soit (74%) avaient reçu de la chimiothérapie adjuvante, dont l'indication était variée ; occlusion, tumeur classée T4, ou présence d'adénopathies positives. 6 patients soit 26% n'ont pas reçu de traitement adjuvant.

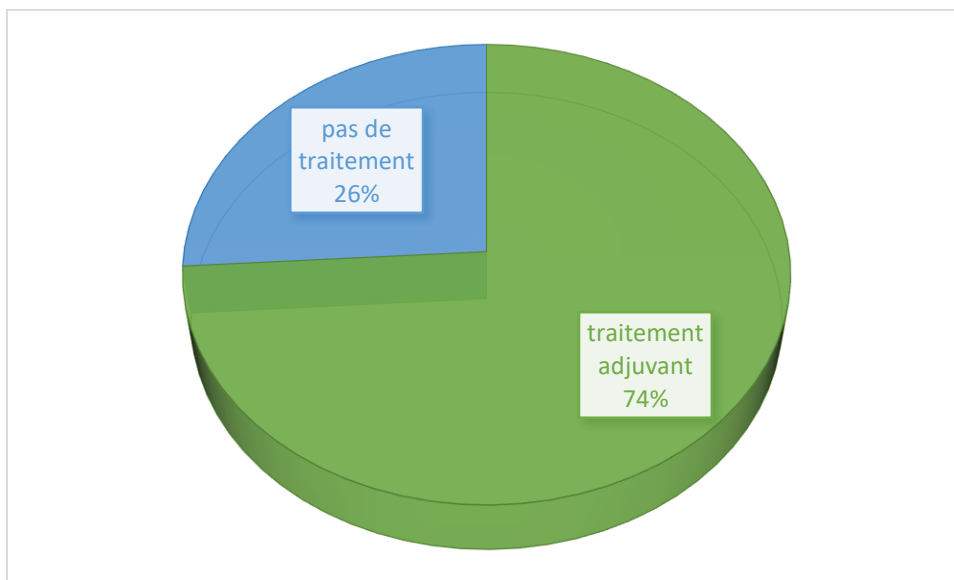


Figure 8 : répartition des patients selon le traitement adjuvant

g. Délai entre l'occlusion et la chirurgie :

- ✓ La majorité de nos patients, 11 cas soit 48%, ont présenté l'occlusion après plus de 2 ans de la chirurgie carcinologique.
- ✓ 5 patients soit 22 %, ont présenté la symptomatologie occlusive entre 1 an et 2 ans.
- ✓ 4 cas soit 17% ont présenté l'occlusion entre 6 mois et un an après la chirurgie.
- ✓ 3 cas soit 13% ont présenté l'occlusion précocement dans un délai qui ne dépasse pas 6 mois après la chirurgie carcinologique.

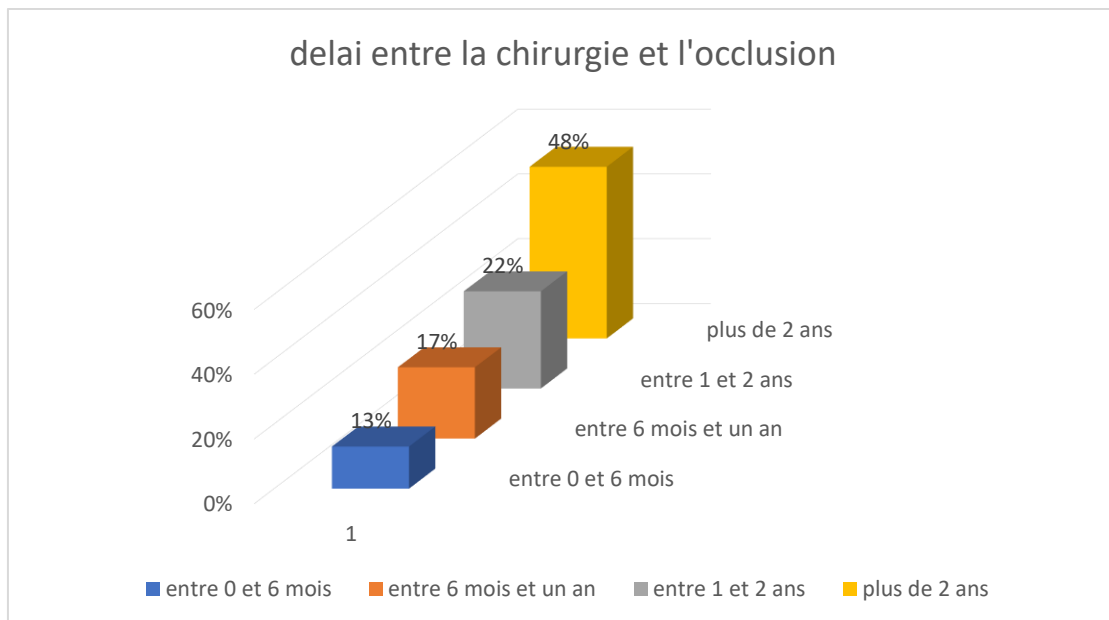


Figure 9: délai entre la chirurgie et occlusion

II. ETUDE CLINIQUE :

A. Signes fonctionnels :

a. Délai de consultation :

Le délai moyen entre des premières manifestations du syndrome occlusif et la consultation est de 4 jours avec des extrêmes variant de 3 jours à 12 jours.

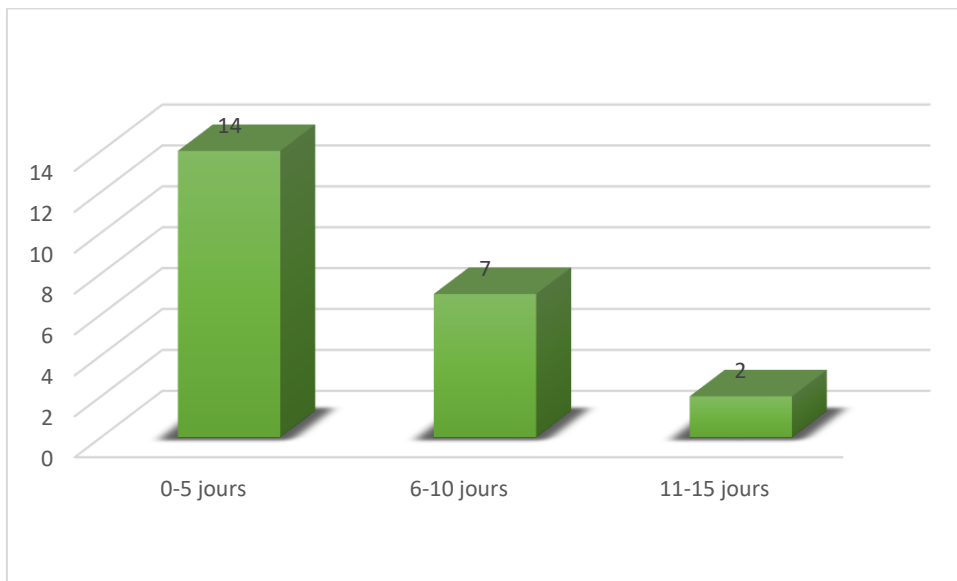


Figure 10 : répartition des cas selon le délai d'apparition des premiers signes d'occlusion et la consultation.

b. Mode de début des symptômes :

Le début de la symptomatologie était progressif chez 17 cas soit 74% des malades et brutal pour 6 cas soit 26 % malades.

c. Arrêt des matières et des gaz :

Il était présent chez 20 cas soit 87%, et 3 cas d'arrêt des matières sans arrêt de gaz soit 13 %.

d. Vomissements :

Ils sont retrouvés chez 15 cas soit 65 % des malades. Ces vomissements ont été alimentaires et bilieux, sauf chez un seul patient ils ont été fécaloïdes.

e. Douleurs abdominales :

Elles constituaient un motif de consultation fréquent chez 96% des malades, soit 22 malades la douleur est diffuse chez 17 cas soit 73%.

B. Signes physiques :

a. Examen général :

L'état général est altéré chez 13 cas (56,5%) :

Il a été noté dans 38 cas (80,85%) sous forme d'amaigrissement chiffré à 5-10 Kg/an.

Les signes de déshydratation ont été trouvés chez 11 malades (48%), faits de la présence de plis cutanés et/ou de l'enfoncement des globes oculaires.

Trois patients acheminés en état de choc hypovolémique (13%).

b. Examen abdominal :

L'examen abdominal a révélé :

- La distension abdominale était présente chez tous nos malades.
- Chez 75 patients des cicatrices chirurgicales de la paroi abdominale soit 75% :
- Cicatrice de laparotomie chez 17 patients soit 75% des patients,
- Cicatrice des orifices de trocart chez 25%, soit 6 cas.
- Un météorisme abdominal diffus dans 22 cas soit 95%, avec un tympanisme dans 100 % cas.
- Une sensibilité dans 72 cas (72%).
- Aucune contracture abdominale n'était trouvée.

Le toucher rectal (TR) a été réalisé chez tous les patients, il a confirmé la vacuité de l'ampoule rectale chez 81 patients (81%).

L'examen des aires ganglionnaires était normal chez tous nos patients.

Les orifices herniaires étaient libres dans 97 cas soit 97% , un seul cas soit 3% présentait une hernie inguinale simple .

III. EXAMENS PARACLINIQUES :

A. ASP :

Cet examen est d'un intérêt capital car il permet d'affirmer le diagnostic d'occlusion suspecté cliniquement ; de ce fait, il a été réalisé chez tous les patients. Des niveaux hydro aériques de type grêlique ont été retrouvés dans 80%% des cas, mixtes dans environ 20%.

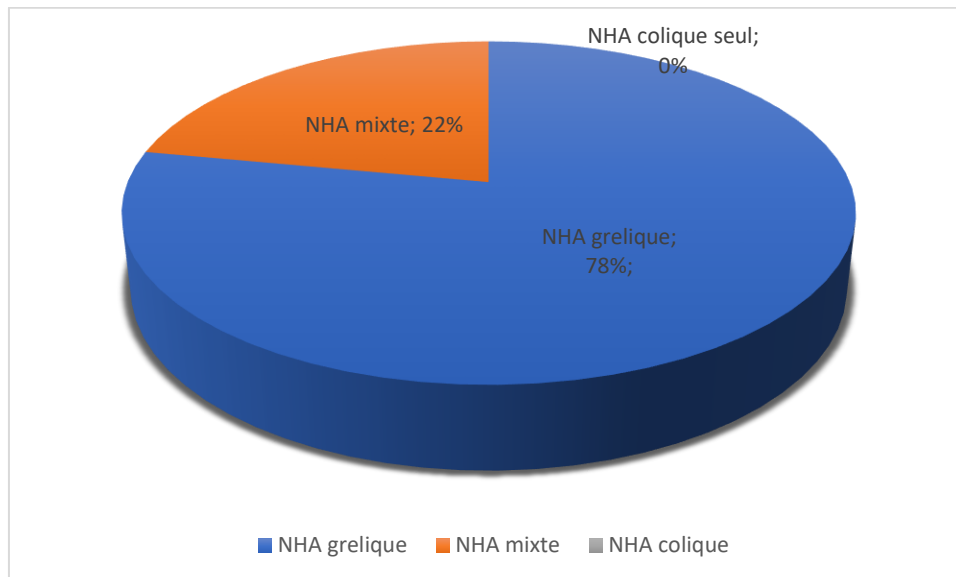


Figure 11 : donnés de l'ASP.

B. Tomodensitométrie :

Le scanner abdominal complète de manière utile les données de l'abdomen sans préparation, il a été réalisée pour tous nos patients, confirmant le diagnostic tomodensitométrique positif d'un syndrome occlusif, et précisant le siège, en montrant la dilatation intestinale en amont d'un obstacle ; bride chez 14 patient soit 60%, carcinose chez 7 soit 30% des cas soit ou bien d'un récidence tumorale locale une seule patient soit (4,5%) ; il s'agit d'un récidence tumorale sur une anastomose iléo-

colique, et volvulus de grêle chez un autre patient (4,5%).

La TDM a objectivée des métastases hépatiques chez 5 patients, et des ganglions profonds chez trois patients, la récurrence locale avec envahissement des organes de voisinage chez un patient.

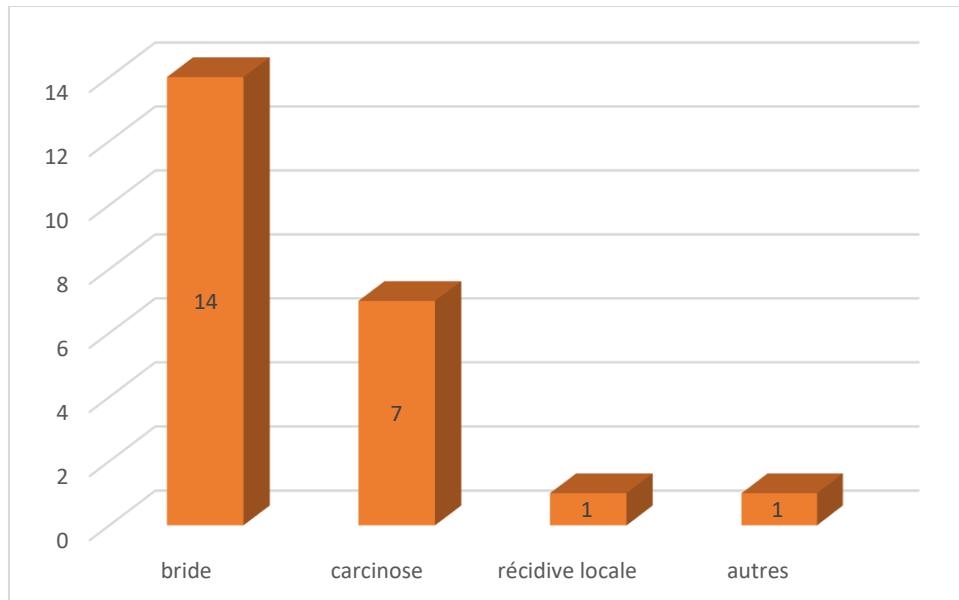


Figure 12 : étiologies de l'occlusion selon les données de scanner.

C. La biologie :

Elle a pour but d'évaluer le retentissement général du syndrome occlusif et pour un éventuel bilan préopératoire. Le bilan biologique comporte :

Une numération formule sanguine (NFS).

Bilan hydroélectrolytique.

Une fonction rénale : Urée, créatinémie.

Glycémie.

Bilan d'hémostase

Groupe ABO rhésus.

✓ La NFS a été faite chez tous patients, elle a révélé une :

Anémie : 12 patients soit (52,17%) }

Hyperleucocytose : 7 patients (30.4%) }

- ✓ Le dosage de la CRP a été demandé chez tous malades également, il a objectivé son élévation pour la totalité des cas avec une variation allant de 30 mg /l à 250 mg/l.
- ✓ La fonction rénale a été réalisée, elle a pu mettre en évidence une insuffisance rénale fonctionnelle chez 8 malades soit 34,70%.
- ✓ Le bilan hydroélectrolytique avaient révélé des troubles hydroélectrolytiques chez 12 patients soit un taux de 52,17%, à type de dysnatrémie chez 39,13%, de dyskaliémie chez 52,17%.
- ✓ La glycémie a été faite chez 5 patients soit 21,5%. 02 cas soit 8,69 % avaient une hyperglycémie
- ✓ Le bilan d'hémostase a été perturbé chez 1 un seul patient soit 4,34%
- ✓ Le groupage sanguin n'a été réalisé dans le cadre d'urgences que pour 10 patients soit 43,4 %.

IV. TRAITEMENT :

A. Traitement médical :

L'occlusion intestinal est une urgence thérapeutique potentiellement grave. Cette gravité est liée d'une part aux troubles métaboliques, cardiocirculatoires et septiques qu'elle entraîne, et d'autre part à la pathologie causale. La prise en charge doit être rapide et entreprise dès l'admission du malade, elle commence toujours par un traitement médical visant à corriger les désordres hydroélectrolytiques et circulatoires.

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical, il a pour but de corriger les perturbations de l'équilibre volumique, hydro électrolytique et acido-basique. Il se poursuit en per et postopératoire jusqu'à la reprise normale du transit intestinal. La gravité des conséquences générales de l'occlusion conditionne l'importance et la durée de la réanimation préopératoire.

Ce traitement comporte :

- Une aspiration digestive continue : Par l'installation d'une sonde nasogastrique, elle lutte contre la distension intestinale et diminue de ce fait la stase veineuse qui aggrave d'autant plus la souffrance de l'intestin occlus, d'assurer une vacuité gastrique et de supprimer les vomissements. Elle diminue le risque ultérieur d'inhalation au moment de l'induction anesthésique.
- Rééquilibration hydroélectrolytique et hémodynamique : Elle constitue l'élément essentiel du traitement médical afin de corriger la séquestration liquidienne dans le tube digestif : troisième secteur .Cette rééquilibration se base sur des éléments cliniques : durée d'évolution de l'occlusion, intensité de la déshydratation (soif, pli cutané, débit et densité urinaires,

retentissement circulatoire, pression artérielle, fréquence cardiaque) et sur des éléments biologiques (ionogramme préconisé chez tous nos patients).

- La mise en place d'une sonde urinaire : Pour quantifier la diurèse horaire et adapter donc la réhydratation.
- Antalgiques et antispasmodiques : le traitement antalgique a été administré chez tous les cas, sous forme de paracétamol par voie intraveineuse à la dose de 60 mg /Kg/j et d'antispasmodique par voie intraveineuse ou intramusculaire. Ou bien un antalgique palier 2 pour certains cas.
- Antibiothérapie : Une antibiothérapie prophylactique visant les germes gram négatif et les germes anaérobique a pour but de diminuer les complications septiques à base de : bêtalactamines (C3G), gentamycine, Amoxicilline-acide-clavulanique, métronidazole, Les quinolones (ciprofloxacine)

Toutes ces mesures, que l'on regroupe sous le terme de « traitement médical de l'occlusion », ne constituent pas, notamment l'aspiration gastrique, un traitement en soi, mais plutôt des mesures d'accompagnement de l'occlusion qui doivent être maintenues tant que l'occlusion persiste et que la levée de l'occlusion nécessite un recours chirurgical ou qu'elle s'effectue spontanément.

– Traitement de la pathologie occlusive :

➤ La corticothérapie :

La corticothérapie ; à base de méthylprednisolone (solumedrol 1 à 4 mg/kg) pendant 3 jours ; était instaurée chez 7 patients soit 30% des cas, ces patients avaient une occlusion sur carcinose confirmé par imagerie, sans signes de souffrances ni urgences chirurgicales. On a constaté un échec de traitement chez 5 patients soit 21,7% des cas, et que deux patients avaient bien évolué sous traitement avec reprise

de transit le troisième jour pour un et le quatrième jour pour l'autre. Ces deux patients étaient réadmis après un mois et demi pour récurrence de l'occlusion avec échec de traitement médical pour la 2^e fois d'où la décision de chirurgie.

Les autres médicaments notamment la somatostatine n'ont pas été utilisés dans notre contexte.

B. Traitement chirurgical :

Tous nos patients ont été opérés, soit d'emblée chez 8 cas soit 33%, ou après échec de traitement médical chez 13 patients soit 59%, ou après récurrence chez 2 patients soit 8%

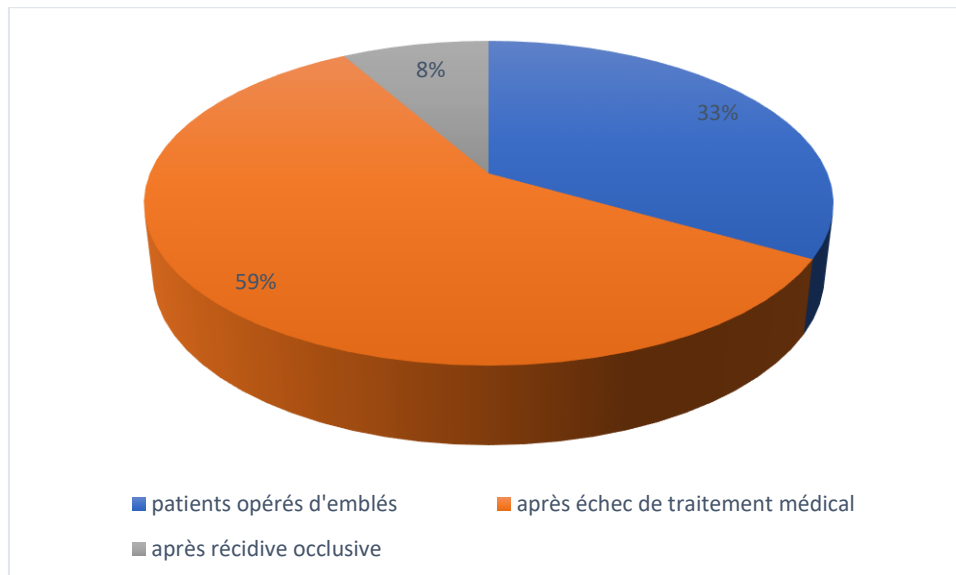


Figure 13 : répartition des cas selon le mode de recours à la chirurgie

a. Voie d'abord :

La voie d'abord était médiane à cheval sur l'ombilic chez les 21 malades opérés soit un taux de 91,3%, une laparoscopie exploratrice a été réalisée chez deux patients soit 8,7%, suivie d'une conversion suite à la découverte d'une carcinose péritonéale avec des difficultés de dissection.

b. Diagnostic per-opératoire :

- **Exploration de la cavité abdominale :**

L'intervention débute toujours par un temps d'exploration abdominale ; qui est un temps capital et décisif. Il précise le siège et l'étiologie de l'occlusion, et il comporte la palpation du foie à la recherche de métastases ; visualisation et palpation des aires ganglionnaires ; inspection des organes de voisinage (rate, pancréas, reins, vessie, ovaires...) du péritoine à la recherche de carcinose péritonéale ; présence de l'ascite.

- **Siège de l'occlusion :**

Siège de la dilatation : Dans notre série la dilatation a été notée chez tous les malades, concernant l'intestin grêle dans 19 cas soit 82,6%, et mixte dans 4 cas soit 17,4%.

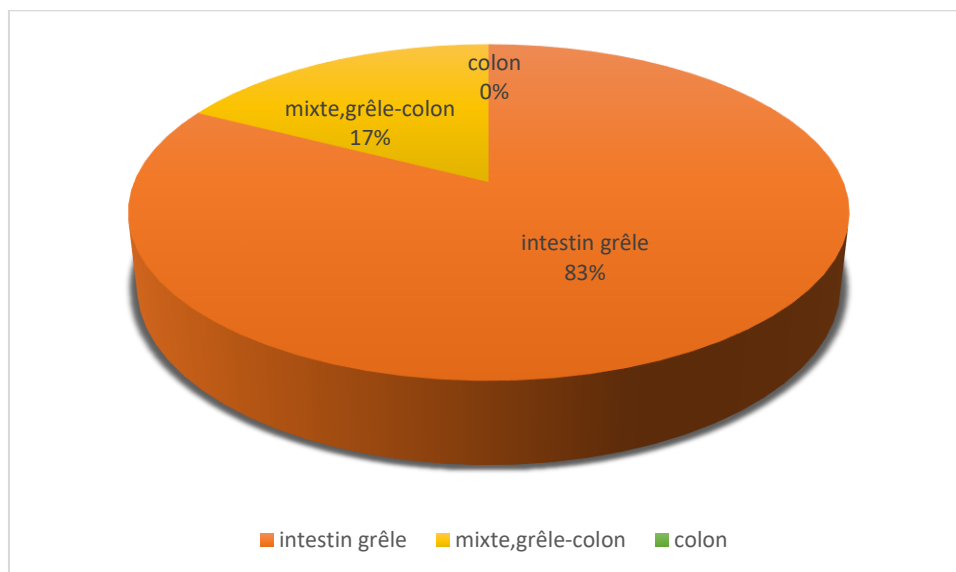


Figure 14 : répartition des cas selon le type de distension intestinale.

- **Etiologies :**

Au cours de l'exploration chirurgicale l'origine de l'occlusion constaté est repartie comme suit :

- 11 cas d'occlusion sur carcinose péritonéale soit 47,8%
- 10 cas d'occlusion sur bride soit 43,4%
- Un seul cas d'occlusion sur récurrence tumorale locale soit 4,4%
- Un seul malade d'occlusion sur volvulus de grêle 4,4%

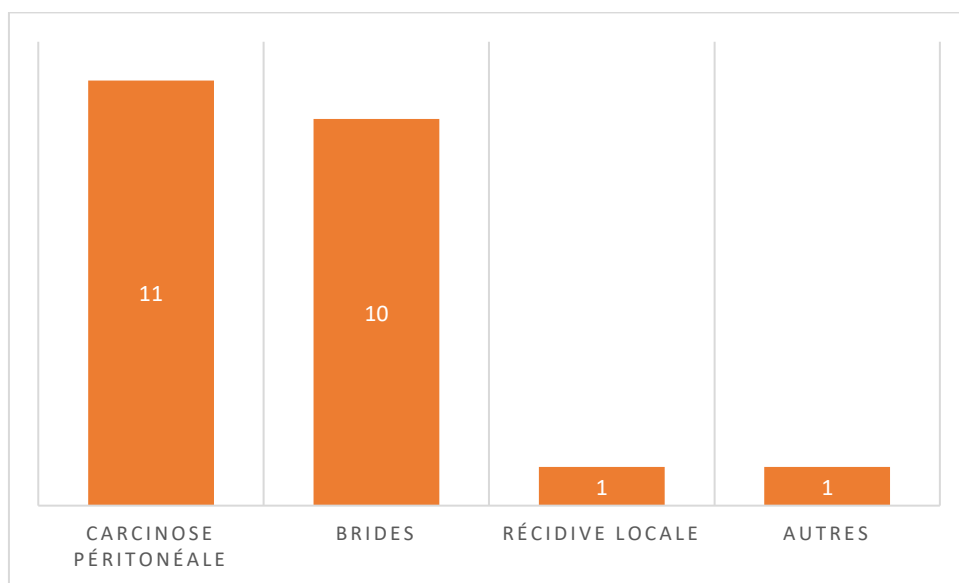


Figure 15 : diagnostic étiologique per-opératoire de l'occlusion.

- 5 malades présentaient une carcinose péritonéale plus ou moins diffuse soit 17,6%.
- 7 malades présentaient des métastases hépatiques synchrones soit 30,4 %
- 01 patients soit 4,4% a présenté une extension locorégionale étendue.
- Un patient présentait un volvulus de grêle responsable de l'occlusion.

c. Corrélation radio-chirurgicale :

Dans notre série on constate que le diagnostic scannographique était différent du diagnostic per-opératoire chez 4 patients, soit 17.4%, ce sont des patients qui ont une occlusion sur carcinose, mais diagnostiqué scannographiquement comme occlusion sur bride. Les diagnostics étaient identiques chez 19 patients, soit 82,6% des malades de notre série.

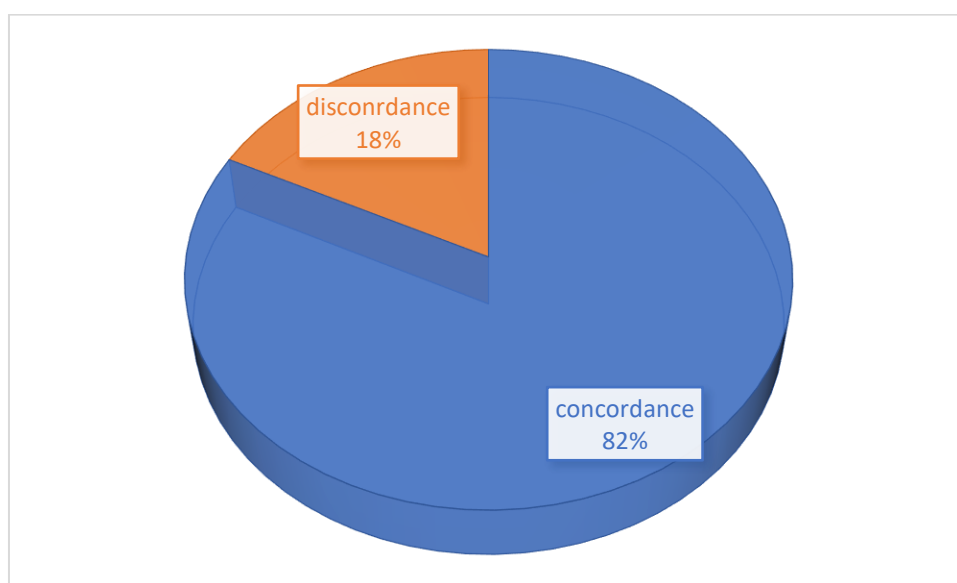


Figure 16 : corrélation radio-chirurgicale

Tableau 3 : corrélation radio-chirurgicale des différentes étiologies de l'occlusion

	TDM	Chirurgie
Carcinose péritonéale	7	11
Bride	14	10
Récidive tumorale locale	1	1
Autres	1	1

d. Gestes chirurgicales réalisés :

Les techniques chirurgicales avaient été réalisés pour pallier à l'occlusion sont divers, variable en fonction de l'étiologie et le siège de l'occlusion, sont énumérées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : montrant les différents gestes réalisés en fonction de la pathologie causale.

	<u>Carcinose</u> <u>péritonéale</u>	<u>Brides</u>	<u>Récidive</u> <u>tumorale</u>	<u>Volvulus</u> <u>grêle</u>	<u>de</u> <u>Totale</u>
<u>Libération de brides</u>	<u>0</u>	<u>8</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>8</u>
<u>Résection grêlique</u> <u>avec double stomie</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>6</u>
<u>Iléostomie</u>	<u>4</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>5</u>
<u>Dévolution de grêle</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
<u>Dérivation digestive</u> <u>interne</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>
<u>Abstention</u> <u>thérapeutique</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2</u>
<u>Totale</u>	<u>11</u>	<u>10</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>23</u>

V. EVOLUTION :

A. A court terme

- Nous avons noté une bonne évolution clinique chez 18 patients (78,2%),
- 5 Patients soit 21,8% des cas avaient décidé dans les suites postopératoires précoces :
 - Deux patients sont décédés vu l'état avancée de la maladie cancéreuse, l'abstention chirurgicale était décidée lors l'exploration chirurgicale
 - Une patiente est décédée par choc septique suite à une péritonite post-opératoire par lâchage d'anastomose pour une dérivation digestive interne.
 - L'autre pour nécrose intestinale compliqué d'une péritonite suite à une occlusion sur bride.
 - Une autre patiente est décédée suite à des trouble hydroélectrolytique et nutritionnelle en rapport avec une stomie proximale.

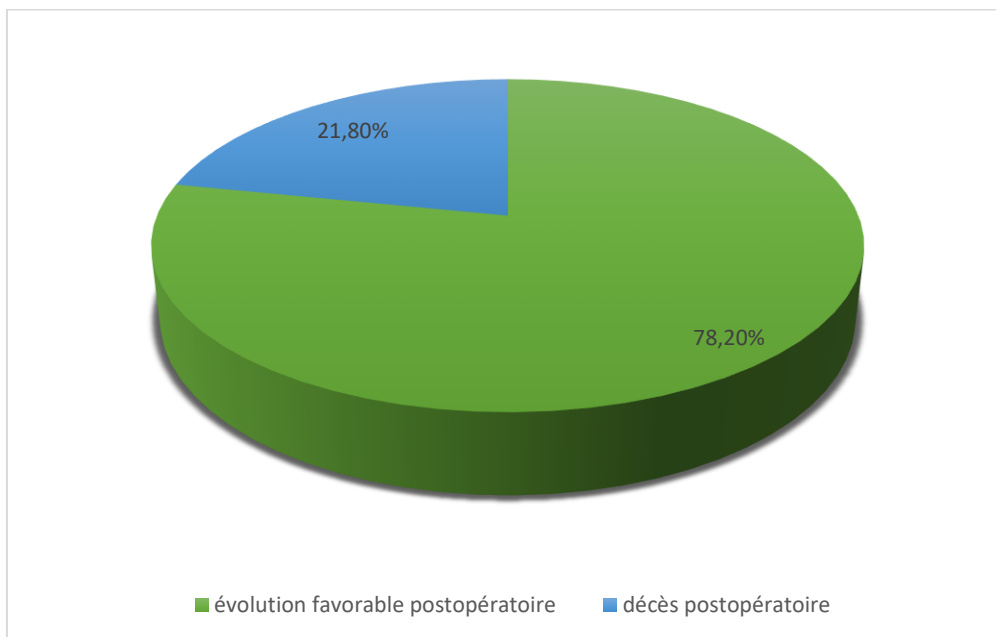


Figure 17 : évolution à court terme.

B. A long terme :

- 6 patients sont toujours vivants soit 26%, dont 3 sous chimiothérapie palliative
- 7 patients soit 30,4% ont été perdus de vue après 6 mois de suivi.
- 5 patients soit 21,8% sont décédés entre le 2^{ème} et 8^{ème} mois et une année après chirurgie pour occlusion, dont 2 patients suite a une infection covid 19, et 3 autres suites à l'évolution de la maladie cancéreuse.

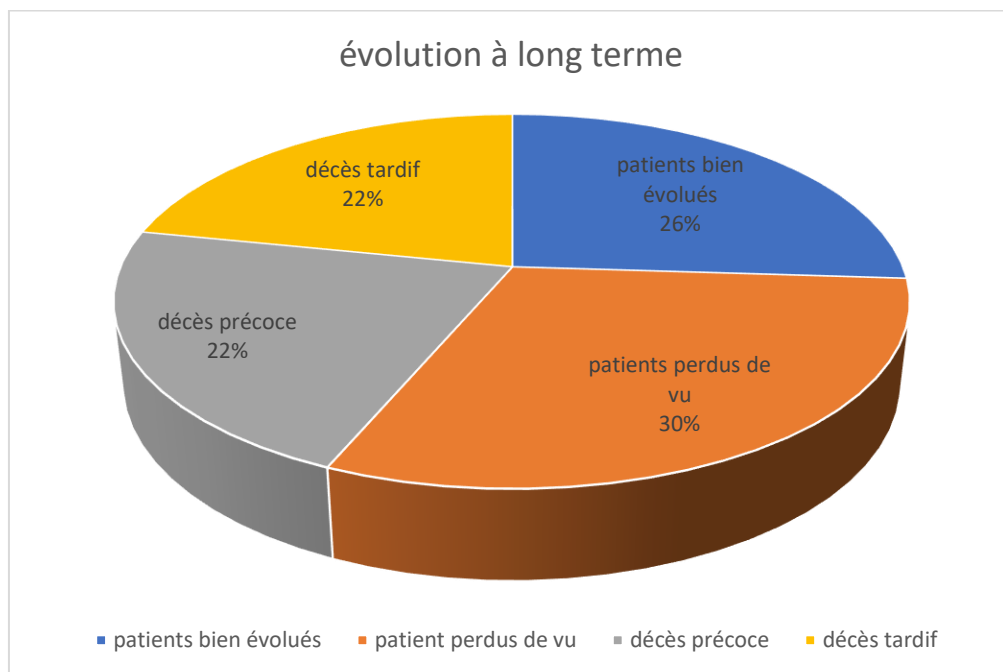


Figure 18 : évolution à long terme.

DISCUSSION

I. EPIDEMIOLOGIE

A. Fréquence

Selon les données de l'INCA (Institut National du Cancer), l'incidence des cancers en France a augmenté ces 40 dernières années. Le risque actuel de développer un cancer est de 35% pour les hommes et 26% pour les femmes. L'âge moyen au diagnostic est de 67 ans chez l'homme et de 64 ans chez la femme. Le nombre de nouveaux cas estimés en 2011 atteint 365 500 avec un nombre de décès estimés à 147 500.

Le Maroc ne dispose pas de registre des cancers ni à l'échelle régionale ni à l'échelle nationale, il est donc difficile d'approcher avec exactitude l'incidence et la prévalence des cancers digestifs.

A défaut de disposer de ces registres, l'approche de la fréquence des cancers ne peut se faire qu'à travers des séries hospitalières.

L'incidence des occlusions intestinales après chirurgie carcinologique digestive rapporté dans la littérature est estimée dans l'essai CLASICC à 3,1% et 2,5 % des patients pour la chirurgie ouverte et laparoscopique respectivement sur une durée de suivi de 3 ans [1], cependant cette incidence dans l'essai COLOR s'élève à 6,5 et 5,1 mais après 5 ans de suivi [2,3]. Dont l'étiologie est maligne dans 50 à 75 % des cas [4,5]. Et la plupart des patients ont été admis dans la 1ère année post-opératoire. La chirurgie a été réalisée dans 4,3 % des patients [5].

Dans notre étude l'incidence de l'occlusion intestinale après chirurgie carcinologique était inférieure (2%) par rapport aux études précédentes, cette différence pourrait résulter de la technologie innovatrice surtout après la large application de la chirurgie laparoscopique ; qui a démontré son rôle dans la diminution de taux des occlusions sur brides. Cependant la durée de suivi de nos

patients était courte ; Il a été constaté que la période moyenne entre opération colorectale primaire et l'occlusion était de 8,4 ans, contrairement à notre étude cette durée était 2 ans ; en plus le nombre important de patient qui se perds vu au cours de leur suivi, tous ces éléments peuvent aboutir à une sous-estimation de la fréquence dans notre contexte.

B. Age et sexe :

La moyenne d'âge des patients de notre série est de 58 ans avec des extrêmes allant de 20 à 84 ans. Le pic de fréquence survient entre 50 et 60 ans, représentant 35% des cas. Cependant, on note que seulement 9 % des cas ont été âgés de moins de 40 ans. Ceci confirme relativement les données de la littérature, sauf le pic de fréquence qui un peu plus élevé dans les séries occidentales rapportées dans la littérature qui est entre 60 et 70 ans [6, 7].

Dans notre série on note une légère prédominance masculine avec un sexe ratio de 0,9, rejoignant les données de la littérature [6, 7].

C. Antécédents médicaux :

Dans notre contexte les comorbidités le plus fréquente étaient l'hypertension artérielle 17%, le diabète 9%, et la cardiopathie 9%.

Dans la littérature : peu d'auteurs rapportent la notion d'antécédents médicaux dans le cadre des occlusions intestinales après chirurgie carcinologique digestive, mais Une étude cohorte mené en Allemagne en 2008 a l'aide d'une base données nationale ; publié en 2018 ; a permet d'affirmer la corrélation entre le taux de décès suite à l'occlusion après chirurgie colo-rectale et la présence des comorbidités associé, le résultat de cette étude se résume dans le tableau ci-dessous [08]:

Dans notre contexte la présence de quelque comorbidité n'était pas significative vu la taille limitée de l'échantillon

Tableau 5 : corrélation entre la présence de comorbidité et la mortalité chez des patient ayant l'occlusion après la chirurgie colo-rectale.

	Cohorte allemand 2018		Notre série
Nombre de cas (%)	295 patients décédés.	2604 patients en vie	23 cas
Age moyen	72	62	58
Sexe masculin	127 (43%)	1107 (42%)	12 (52%)
Diabète	33 (11%)	299 (11%)	2 (9%)
HTA	142 (48%)	950 (36%)	4 (17%)
Cardiopathie	187 (63%)	1174 (45%)	2 (9%)
Insuffisance rénale chronique.	34 (12%)	130 (5%)	0 (0%)
Hépatopathie	21 (7%)	61 (2%)	0 (0%)

D. Antécédents chirurgicaux :

Dans notre série, nos patients ont été opérés des tumeurs de rectale et recto-sigmoïdien avec un taux de 43 %, suivi de colon gauche 35 %, puis de colon droit (13%) et estomac (9%).

Dans des séries rapportées dans la littérature on note une prédominance des tumeurs de colon notamment dans cette étude dont les résultats sont répertoriés dans le tableau ci- dessous [09].

Cependant l'âge au moment de l'occlusion ne diffèrent pas significativement quel que soit le siège de la tumeur primaire [09].

Tableau 6 : tumeur primitive initiale chez des patients présentant une occlusion intestinale avec antécédent de cancer, comparaison entre notre série et la série de PROST [09].

	Série de PROST (66 cas)	Notre série (23 cas)
Œsophage	4 (6 %)	–
Estomac	5 (7,5%)	2 (9%)
Pancréas	2 (3%)	–
Intestin grêle	4 (6%)	0 (00%)
Colon	38 (57,5%)	11 (48%)
Rectum	13 (20%)	10 (43%)
L'Age moyen	67,4	58 ans
Délai entre la chirurgie initiale et la survenue de l'occlusion (mois)	28,48 mois	24 mois.
Délai entre l'occlusion et la chirurgie (jours)	9,8 jours	4 jours

Les études observationnelles rapportés sur l'occlusion intestinale après chirurgie carcinologique ; indépendamment de l'étiologie de l'occlusion ; ont montré que la chirurgie Laparoscopique était associée à un risque plus faible d'occlusion intestinale postopératoire qu'à la chirurgie ouverte, l'approche laparoscopique peut réduire le taux de ces occlusions par environ 45%, et avec l'accumulation d'expérience laparoscopique les auteurs prévoit la réduction des occlusions à 2%, cependant aucune différence significative n'a été observée dans notre série, cette différence peut être expliqué par l'origine ethnique, et dans notre contexte par la taille réduite de notre échantillon [10,11].

Selon cette étude le type de chirurgie du cancer du rectum concernant la résection avec et sans anastomose ou l'étendue de la dissection n'était pas un facteur de risque pour l'occlusion intestinale, ainsi que le type histologique de la tumeur et le traitement néoadjuvant (RCC ou chimiothérapie première). Cependant, les complications chirurgicales qui ont entraîné une reprise chirurgicale après une chirurgie du cancer du rectum étaient un facteur de risque indépendant d'admission pour occlusion intestinale aiguë, cela est probablement dû en partie à l'inflammation péritonéale liée aux complications, et en partie à un traumatisme chirurgical secondaire, qui, à son tour, provoque des adhérences supplémentaires. Pour réduire le risque de bride et d'iléus, une mentoplastie est réalisée par certains chirurgiens pour empêcher la décence du petit intestin dans la cavité pelvienne vide, même si, à notre connaissance, sans aucune preuve de réduire ce risque. Au contraire, une étude récente a signalé que les taux de réadmission et de réintervention pour occlusion ne différaient pas, avec ou sans omentoplastie [12].

II. SIGNES CLINIQUES :

A. Délai entre l'occlusion et la chirurgie :

Dans notre contexte, la majorité de nos patients, 11 cas soit 48%, ont présenté l'occlusion après 2 ans de la chirurgie carcinologique. Et ses résultats sont similaires à ce qui rapporté dans la littérature ; dont la figure ci-dessous résume les résultats d'une étude muni par EDNA et all et portant sur 472 patients [1,13].

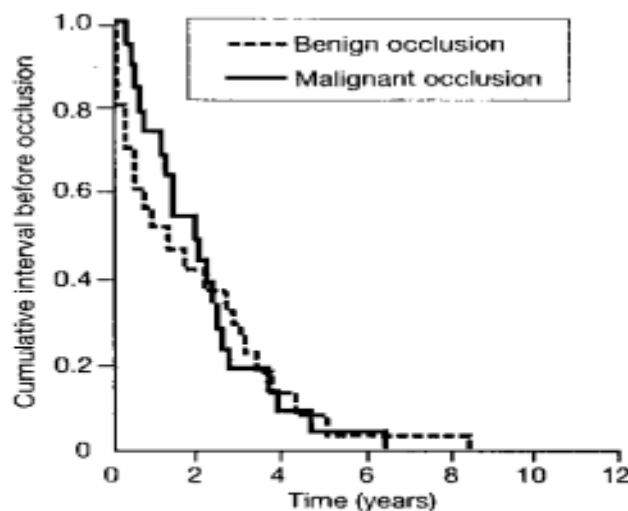


Fig. 1. Kaplan-Meier survival curves of the time interval between the primary cancer operation and the secondary small bowel obstruction. The median time interval was 1.3 years (range 2 weeks–8.4 years) in the 21 patients with benign obstruction and 1.8 years (range 0.3–6.4) in the 20 patients with malignant obstruction ($p = 0.98$, log-rank test).

Figure 19 : courbe montrant l'intervalle de temps entre l'intervention première pour cancer et la survenue de l'occlusion intestinale selon EDNA [1,13].

B. Signes cliniques :

Les manifestations cliniques présentées par nos patients, en général rejoignent des données de la littérature, par ordre de fréquence sont [14,15] :

- Douleur abdominale 95% des cas, elles constituent le symptôme majeur avec ses différentes caractéristiques : siège, intensité, irradiation, durée, type, mode d'apparition, facteur aggravant, facteur soulageant ... ; la présence ou non de défense ou de contracture, qui peut indiquer la chirurgie en urgence.
- Arrêt des matières et de gaz 87%, pour monodor, c'est le symptôme fonctionnel par excellence, celui qui fait partie de la définition de la dénomination de la maladie et qui est le malade même dans son expression clinique [16].
- Vomissement 65%, dans d'autres cas remplacé par des nausées, les vomissements apparaissent plus précocement avec des vomissements alimentaires, bilieux, rarement fécaloïde. La survenue n'est pas obligatoire. Sa présence prouve que le tableau d'occlusion a évolué depuis longtemps. Ces chiffres indiquent que nos malades sont vus tardivement. Il ne faut pas donc attendre les vomissements pour affirmer que le transit est interrompu car en fait, c'est un signe de gravité.

Tableau 7 : signes fonctionnels selon les auteurs [14].

Auteurs	Douleurs abdominale	Arrêt des matières et de gaz	Vomissement
Harouna (40)	100%	90%	96,5%
Kouadio (23)	100%	100%	100%
Gamma (24)	92%	–	63%
Diakité (25)	100%	81,5%	98,1%
Alaoui (18)	100%	99,2%	74,8%
Arshad (26)	100%	88%	73%
Dembélé (27)	75%	88%	98%
Notre série (23)	73%	87%	65%

Les signes de gravité orientant vers l'un ou l'autre type de traitement doivent être recherchés tant d'un point de vue clinique [17].

La présence de signes cliniques de péritonite est reconnue comme une indication chirurgicale urgente car associée à une pathologie plus avancée. Chez le patient âgé ces signes d'irritation péritonéale sont souvent moins marqués que chez la personne jeune et cet état peut donc mener à un retard diagnostic aggravant une situation déjà critique et péjorant le pronostic. Il est donc nécessaire de compléter le bilan par des examens complémentaires ciblés afin de pouvoir décider de l'attitude thérapeutique la plus appropriée [17].

Il est essentiel en pratique clinique d'arriver à distinguer les occlusions d'origine maligne de celles qui ont une cause bénigne comme des adhérences, un grêle radique, des hernies... La littérature, du fait de son caractère rétrospectif, ne met pas assez en

avant la difficulté de séparer ces deux étiologies alors même que cette question se pose quotidiennement, car les approches thérapeutiques sont différentes. Les examens radiologiques restent essentiels (radiographies sans préparation et avec produits de contraste, mais surtout scanner abdominal qui permet une juste appréciation de l'évolution de la maladie et oriente vers l'origine de l'occlusion).

Le délai moyen entre des premières manifestations du syndrome occlusif et la consultation dans notre est de 4 jours, Le retard de consultation est l'un des facteurs de résultat catastrophique. Ce retard peut être lié soit aux malades, soit aux personnels médicaux, soit à l'infrastructure. Alors, certains malades négligeaient leur santé : soit en faisant une automédication, soit en refusant d'aller aux structures médicales ou directement à l'hôpital pour des raisons financières, soit en consultant à un stade tardif.

Tableau 8 : délai de consultation selon les auteurs [15].

Auteurs	Délai moyen
Harouna (40)	49 heures
Ali (5)	2,5 jours
El hila (9)	4,3 jours
Moussa (6)	04 jours
Notre série	04 jours

III. EXAMENS PARACLINIQUES :

A. La biologie

La biologie sanguine est souvent le premier examen réalisé de manière pratiquement routinière aux urgences chez le patient âgé souffrant de pathologie abdominale. Elle permettra non seulement de mettre en évidence certaines comorbidités peut être méconnues chez un patient au suivi médical aléatoire, mais aussi de quantifier l'état de déshydratation et les éventuels troubles hydroélectrolytiques liés à la séquestration des liquides dans le cadre d'occlusion intestinale. Seuls les paramètres de l'inflammation et plus particulièrement une hyperleucocytose ainsi qu'une élévation de la protéine C réactive (CRP) et des lactates sériques ont pu être retrouvés objectivement comme facteurs pronostics de souffrance intestinale [18].

B. Radiologie :

a. Abdomen sans préparation :

Le bilan radiologique conventionnel par radiographie de l'abdomen sans préparation a une sensibilité de 70 à 86 % dans la détection d'une occlusion intestinale, essentiellement si elle est complète. Son rendement diagnostique est relativement faible. Il comporte trois clichés : le premier de face en orthostatisme (recherche de NHA), le second de face en orthostatisme centré sur les coupes diaphragmatiques (recherche de pneumopéritoine (PNP)) et le troisième de face en décubitus dorsal et rayon directeur vertical (meilleure analyse de la répartition des anses digestives dilatées), qui est le plus efficace pour préciser les segments intestinaux dilatés. Cependant, si l'état clinique du patient rend impossible la réalisation des clichés en orthostatisme [19].

Les signes radiologiques d'occlusion sur l'ASP sont la distension des structures digestives, les NHA et éventuellement un PNP en cas de perforation digestive [18 ;19], ces deux derniers signes étant non spécifiques, qui ont surtout un intérêt dans le diagnostic topographique. Cependant, dans 50 % des cas, l'ASP ne permet pas de distinguer une occlusion grêle d'une occlusion colique [19].

b. Tomodensitométrie :

La tomodensitométrie avec acquisition en mode hélicoïdal est devenue aujourd'hui l'examen de référence pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des occlusions intestinales. Son rendement diagnostique est relativement important, dont l'avantage est de pouvoir établir le diagnostic positif, topographique, étiologique et de gravité.

Tout d'abord, il peut s'agir d'une cause non tumorale (bride, volvulus), requérant un traitement spécifique. Quand l'occlusion est tumorale, elle peut résulter de plusieurs mécanismes : s'agit-il d'une occlusion fonctionnelle (iléus paralytique, adhérences) ou d'une occlusion par obstruction mécanique (obstacle luminal, intramural ou compression extrinsèque) ?

A l'étage grêlique l'occlusion se situe au niveau de la zone de transition qui est progressive en cas d'une tumeur. La détermination en d'occlusion grêlique si les anses distendues sont jéjunales et iléales est plus difficile, car la topographie classique des anses digestives est souvent modifiée. Mais en général une occlusion grêlique haute épargne les anses iléales qui seront facilement identifiées dans leur situation normale en situation pelvienne et juxta caecale inférieure.

En cas d'occlusion sur carcinose TDM permet de mettre en évidence :

- Une masse, des nodules ou des micronodules, des épaissements linéaires du péritoine engainant les anses grêles

- Infiltration nodulaire du mésentère
- Présence ou non de calcifications intra tumorales orientant vers certains types histologiques
- Existence d'une carcinomateuse ascitique ou sèche.
- Une ascite
- Ces lésions tumorales d'abord extra-pariétales peuvent secondairement envahir la paroi du tube digestif [19,20].

Concernant l'extension à distance de la pathologie tumorale (hépatique, pulmonaire), la sensibilité et la spécificité de la TDM sont désormais voisines de celle de l'IRM (> 80%), et permettent là en un temps un inventaire global de la maladie et donc une orientation thérapeutique [20,21].

Les signes d'occlusion sur bride peuvent être ceux : d'une occlusion à anse fermée ; d'une anse incarcerated en forme de C ou de U (figure 17), remplie quasi totalement de liquide ; d'une distribution radiaire des vaisseaux mésentériques vers le site d'incarcération. Parmi les signes d'occlusion avec volvulus de l'anse incarcerated; le signe du tourbillon ou whirl sign est l'image de la rotation des vaisseaux mésentériques à l'endroit où le mésentère est volvé [21].

Les études scanographiques traditionnelles rapportent des exactitudes diagnostiques oscillant entre 41 à 82% [20].

Les signes de sévérité d'une occlusion grêle sont en rapport avec une strangulation des vaisseaux mésentériques. L'analyse de la paroi de l'intestin grêle est l'élément clé de l'étude tomодensitométrique de sévérité de l'occlusion. Selon la littérature les signes les plus spécifiques seraient l'œdème sous muqueux qui se traduit par un épaississement circonférentiel en « cible » de l'aspect d'anses à paroi virtuelles, et surtout l'anomalie de rehaussement de la paroi digestive après injection

du produit de contraste iodé en intraveineux et l'aspect spontanément hyperdense de la paroi digestive . Les signes de gravité d'une occlusion colique ; Le caecum diastatique, correspond à une dilatation caecale sup à 12 cm. La cause de la dilatation est d'une part l'obstacle d'aval, et d'autre part la continence de la valvule de BAUHIN qui autorise l'afflux. Une pneumatose pariétale, une aéromésentérie, ou une aéroportie traduisent l'effraction dans la paroi et dans les vaisseaux de l'air digestif, en raison de l'hypertension. Un défaut de rehaussement pariétal local ou diffus constitue le signe de gravité majeur et traduit l'infarctus transmural de la paroi colique. Un pneumopéritoine est évocateur d'une perforation [20,22].

Le principal problème est d'authentifier la présence d'une carcinose péritonéale, puisque des signes radiologiques évocateurs de carcinose ne sont présents que dans un tiers des cas environ. En pratique, c'est la notion de récurrence de la maladie tumorale qui reste le meilleur critère pour préjuger de la cause d'une occlusion chez un malade ayant un antécédent de cancer. En effet, lorsque la récurrence est connue, l'occlusion digestive est due à une carcinose péritonéale chez 70 à 90 % des malades, alors que, en l'absence de récurrence connue ou identifier, la cause de l'occlusion est bénigne chez 50 à 80 % des patients [21,22,23].

C. Corrélation radio-clinique [23,24] :

Le diagnostic des occlusions du grêle après traitement d'un cancer digestif est difficile, car des arguments cliniques ou radiologiques (TDM) en faveur d'une carcinose péritonéale ne sont présents que chez un tiers des patients environ. En l'absence de signes patents de carcinose péritonéale (masses palpables abdominales ou, au toucher rectal, présence d'une ascite), les caractéristiques cliniques en faveur d'une occlusion par récurrence néoplasique sont le mode de début progressif de la symptomatologie occlusive, l'absence de douleur permanente et l'arrêt incomplet du

transit. Un début brutal, des douleurs importantes et permanentes et un arrêt complet du transit évoquent habituellement un mécanisme d'occlusion par strangulation, et c'est pourquoi ils sont plus fréquemment présents dans les occlusions sur bride. Le caractère perforé du cancer primitif intra-abdominal est également un argument en faveur d'une occlusion par carcinose péritonéale. Le délai écoulé entre la chirurgie carcinologique initiale et l'occlusion de la grêle est soit plus courte en cas d'occlusion par carcinose, soit équivalente aux délais des autres causes. Dans une étude, la probabilité d'une occlusion par carcinose devenait exceptionnelle au-delà d'un délai de 5 ans après le cancer, mais atteignait 30 % dans un autre travail. Ainsi, peu d'éléments permettent d'établir de façon formelle la cause de l'occlusion. Même chez les patients ayant une récurrence connue et évolutive clinique ou radiologique, une cause non tumorale peut être responsable de l'occlusion. Cependant, cette notion de récurrence, connue ou non, est probablement un des meilleurs critères, puisque, lorsque la récurrence est connue, la probabilité d'une occlusion bénigne est de 30 %, mais peut atteindre 80 % dans le cas contraire [23,24].

Compte tenu de la difficulté à établir la cause de l'occlusion, l'abstention chirurgicale pose le problème majeur de méconnaître une occlusion du grêle sur bride pour laquelle une opération chirurgicale en urgence peut être nécessaire. Le diagnostic proprement dit de la carcinose par la tomодensitométrie abdominale est difficile, avec une sensibilité estimée entre 55 et 75 %. De plus, cet examen sous-estime l'extension de la maladie en ne montrant que les plus gros nodules péritonéaux. L'IRM aurait une sensibilité et une spécificité de 84 et 87 %. Quant au PET scan, sa sensibilité est de 35%, et probablement supérieure pour les nodules de plus de 1 cm [25].

Dans notre série Le scanner abdominal a permis l'étiologie de l'occlusion ; bride chez 14 patients soit 60%, carcinose chez 7 soit 30% des cas, récurrence tumorale locale chez un seul patient soit (4,5%) et volvulus du grêle chez un autre patient (4,5%). Ces données sont proches de données de la littérature. Neal Ellis et al a rapporté dans son étude que l'origine maligne de l'occlusion était de 17% et ce taux arrive à 82% si le patient est connu porteur d'une récurrence tumorale [26].

Tableau 9 : comparaison des patients selon de la nature de l'occlusion bénigne ou maligne.

Nature d'occlusion	Série de NEAL	Série de PROST	Notre série
Bénigne	82,6%	58,2%	64,5%
Maligne	17,4%	41,8%	35,5%

Une autre étude menée par Prost et al a objectivé que l'occlusion chez des patients ayant des antécédents de cancer abdominal était bénigne (bride, post-radique...) chez 58,8% des patients et malignes chez 41,2% [9].

a. Autres moyens d'imagerie [27, 28]. :

Echographie abdominale n'est pas systématique vu qu'elle n'est pas concluante dans tous les cas. Elle n'est pas aussi contributive que l'ASP, elle a un intérêt surtout en cas de l'absence de niveaux. hydroaérique Elle peut également arriver en complément d'un scanner réalisé sans injection (en cas d'insuffisance rénale par exemple).

L'imagerie par résonance magnétique n'est jamais utilisée en pratique courante pour les occlusions du fait de son manque de disponibilité et de la suprématie évidente du scanner.

Opacification gastro-duodénale aux hydrosoluble : des études récentes ont démontré que Le test aux hydrosolubles, est une aide pour la prise en charge des malades présentant une suspicion clinique d'occlusion sur bride : On fait ingérer au malade 100 mL de produit de contraste hydrosolubles par la sonde nasogastrique. Un abdomen sans préparation est effectué 4 et 8 heures après. Si le produit de contraste opacifie le côlon sur le cliché réalisé 8 heures après, le test était considéré comme négatif ainsi prédictif d'une évolution simple sous traitement conservateur [23].

IV. TRAITEMENT :

A. But du traitement :

1. Mesure de réanimation et correction des troubles hydroélectrolytiques.
2. La levée de l'obstacle.
3. Exérèse tumorale lorsqu'elle est possible.
4. Rétablir le circuit digestif.
5. Améliorer la survie et la qualité de vie.
6. Atténuer le traumatisme psychologique.

B. Traitement médical :

Lorsque le diagnostic d'occlusion par carcinose est fortement probable, ou d'occlusion sur bride sans signes de souffrance, l'intervention chirurgicale peut être différée. Ce délai est d'autant plus justifié dans les occlusions par carcinose, que l'évolution vers une nécrose intestinale est rare et qu'une amélioration sous traitement médical est obtenue dans 16 à 28 % des cas. La probabilité d'amélioration sous traitement médical est encore plus importante (45 %) en cas d'occlusion incomplète. Néanmoins, 40 % de ces patients auront une récurrence de l'occlusion avant leur décès. [24,29].

Le traitement médical sera avant tout symptomatique. Il suivra une stratégie thérapeutique par étapes visant au contrôle des symptômes, avec ou sans levée d'occlusion :

➤ **Mesures de réanimation [30]. :**

- La mise en place d'une voie veineuse doit tenir compte de l'importance des débits à perfuser, en fonction de bilan hydroélectrolytiques (Le déficit en eau et en sodium, déplétion en potassium, Les désordres acido-basiques).

Une voie centrale permet la mesure de la pression veineuse et guide les

possibilités de réanimation selon l'âge du patient, ses antécédents cardiovasculaires et sa fonction rénale.

- La Sonde vésicale à demeure : Permet de contrôler en quantité et en qualité la diurèse.
- L'antibioprophylaxie : visant les germes Gram négatifs et les anaérobies, est systématiquement associé à ce premier traitement médical ou en postopératoire ; du fait du risque septique engendré par la stase et l'ischémie.
- Les antispasmodiques et antalgiques : leur prescription permet souvent une nette amélioration du confort du patient sans masquer de façon notable d'éventuels signes d'irritation péritonéale et sans faire disparaître une défense initiale.

➤ **Mise en place d'une sonde naso-gastrique [30,31] :**

La pose d'une sonde nasogastrique. A court terme, elle peut effectivement être efficace en permettant l'aspiration rapide de grandes quantités des sécrétions qui favorisent les volvulus, avec un effet symptomatique immédiat sur les vomissements. Au long cours elle n'est pourtant pas recommandée car trop contraignante pour les patients : l'European Association of Palliative Care la limite à dix jours

- **Prise en charge de la douleur [32] :** La présence d'un syndrome occlusif ne doit pas empêcher la prescription d'antalgiques par palier. En cas d'échec des antalgiques du palier 1 (paracétamol et/ou néfopam) ou 2 (tramadol), un morphinique fort doit être utilisé. Les aléas de fonctionnalité du tube digestif incitent à proposer une alternative à la voie orale. La voie transdermique n'est pas adaptée tant que les douleurs sont instables. Les voies intraveineuses ou sous-cutanées ont notre préférence, si possible au

moyen d'une pompe d'auto administration du fait de la très grande variabilité interindividuelle. Le fentanyl par voie buccale (Actiq) pour les douleurs paroxystiques doit encore être évalué. L'antispasmodique de référence est le butylbromure de scopolamine (Scoburen® de 60 à 380 mg/j), couramment donné en association aux morphiniques.

Ces moyens thérapeutiques de base sont valables pour tous les patients indépendamment de l'étiologie, et n'empêchent pas la surveillance du patient et ne masquent pas des signes d'aggravation ou de non-amélioration. Ces moyens thérapeutiques ont été utilisés chez tous nos patients [30,32].

- **Produit de contraste hydrosoluble** (Méthyglutamine diatriazote) : Gastrografine

L'administration de produit de contraste hydrosoluble par voie orale dans le cadre du traitement conservateur d'une occlusion grêle sur adhérences peut être faite en l'absence de suspicion d'étranglement intestinal. L'appel d'eau intraluminal par effet osmotique augmente la pression et pourrait aider à la résolution de l'occlusion. Une récente méta-analyse conclut à un bénéfice au niveau de la prédiction de succès du traitement conservateur. En effet, le passage de contraste dans le côlon dans les 4 à 24 heures suivant son administration est prédictif d'une résolution non opératoire de l'épisode aigu d'occlusion grêle dans 99 % des cas. Les auteurs retrouvent également un bénéfice au niveau thérapeutique, puisque l'administration de produit de contraste hydrosoluble par voie orale diminue significativement la durée d'hospitalisation ainsi que le taux d'interventions chirurgicales. Aucun patient n'a pas bénéficié de ce traitement dans notre série [33,34].

- **Les corticoïdes** : ont manifestement une efficacité dans ce contexte, mais la recherche en soins palliatifs ne leur a pas encore donné leur place précise. La plupart des équipes les utilisent à fortes doses dans les cas de carcinoses péritonéales, mais la littérature ne retrouve que des petites séries (une seule avec plus de 100 patients) et avec des doses proposées (< 0.25 mg / kg de méthylprednisolone) largement inférieures à celles utilisées en pratique clinique courante (1 à 4 mg/kg). Une méta-analyse a rassemblé trois essais randomisés contrôlés qui indiquent une tendance à l'efficacité des corticoïdes sur le critère principal, à savoir, la résolution de l'épisode occlusif, le taux de réponse était de 33 à 60%. Mais elle ne met pas en évidence d'effet des corticoïdes sur la mortalité à un mois. Il n'y a pas non plus d'effet sur la résolution des symptômes ou sur la survenue d'épisodes ultérieurs d'occlusion. Les auteurs concluent que les données scientifiques sont encore insuffisantes pour tirer des conclusions définitives. Actuellement les recommandations d'experts proposent une dose comprise entre 1 et 2 mg /kg associée à une protection gastrique [32,35,36]. Ce protocole thérapeutique a été utilisé chez 7 patients de notre série, avec une évolution favorable à court terme chez 2 patients, avec récurrence précoce de l'occlusion au bout d'un mois.
- **Antiémétiques** : En ce qui concerne les anti-nauséeux, rappelons que le métoclopropamide (et autres pro-kinétiques) est contre-indiqué en cas d'occlusion constituée ; les antihistaminiques et les neuroleptiques (Haldol[®]) peuvent alors être utilisés. Lorsque l'association mise à jeun, corticoïdes +/- sonde nasogastrique, antiémétiques et antalgiques n'a pas permis une levée de l'occlusion, on peut poser l'indication d'un antisécrétoire :

scopolamine et apparentés ou analogue de la somatostatine [30,36].

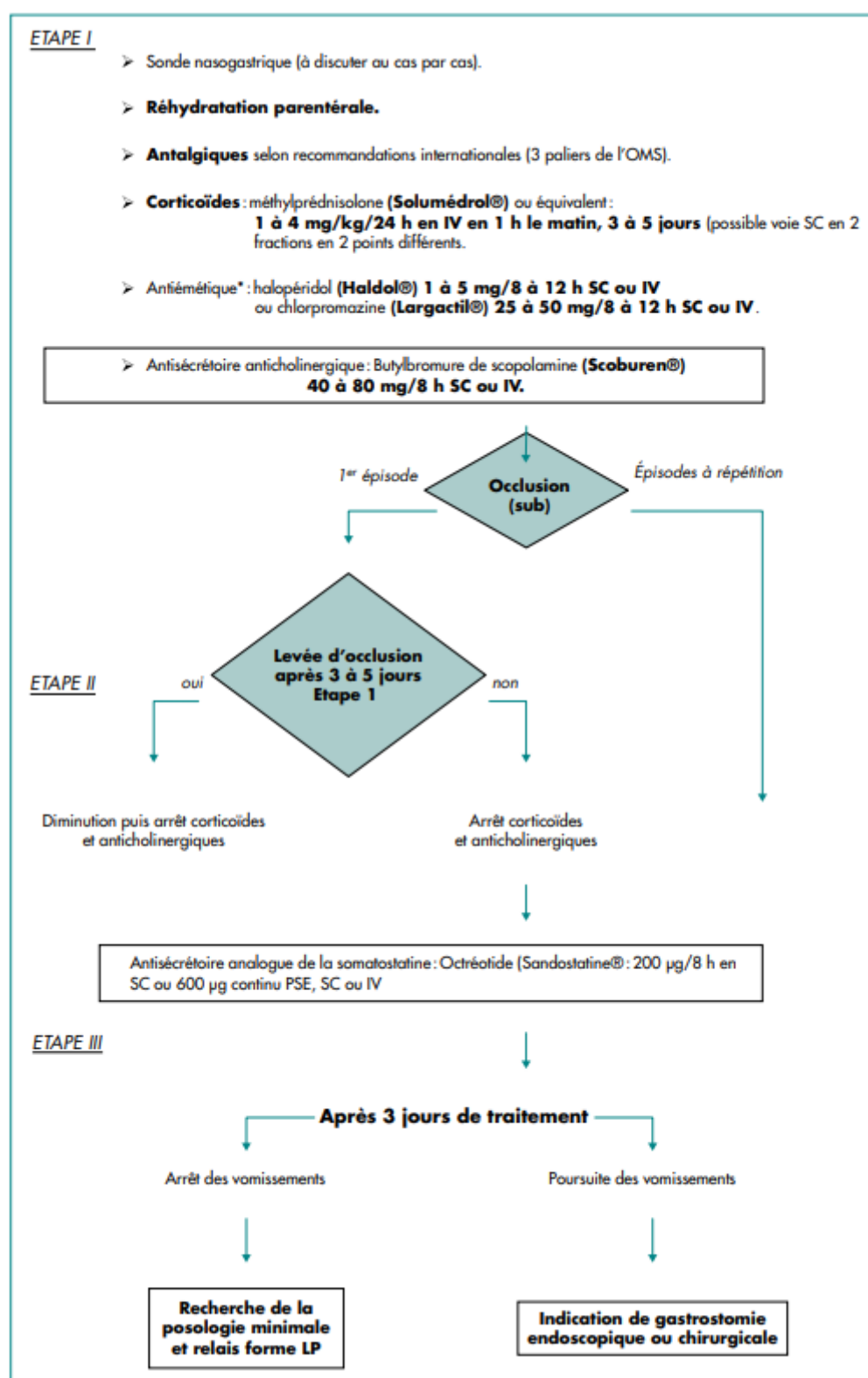
- **octréotide ou lanréotide.** Trois études ont été publiées pour juger de l'efficacité de l'octréotide en clinique. Il s'agit de très petites séries (n= 13 à 24) de malades n'ayant pas répondu à des traitements antiémétiques classiques (sans corticoïdes ni aspiration habituellement) et avec utilisation de doses d'octréotide allant de 0.3 à 0.6 mcg/j. L'efficacité était jugée sur des critères cliniques uniquement (vomissements contrôlés ou réduits), ce qui signifie que dans la plupart des cas ces produits ne lèvent pas l'occlusion mais permettent la levée des symptômes. Néanmoins, avec ces critères deux études ont des taux d'efficacité proches de 100 % et une de 75 % [32,37]. Dans notre série, aucun patient n'a eu ses traitements.

La prise en charge de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale non résécable a considérablement évolué permettant presque toujours un contrôle des symptômes avec ou sans levée d'occlusion. En dehors de la chirurgie curative, les auteurs proposent un protocole thérapeutique bien codifié (figure). L'objectif est avant tout de tenter de soulager au plus vite et au mieux les patients et réduisant des interventions chirurgicales inutiles ainsi que les hospitalisations prolongées ou itératives [32].

Ce protocole médical était instauré chez 7 patients soit 30% des cas, ces patients avaient une occlusion sur carcinose confirmé par imagerie, sans signes de souffrances ni urgences chirurgicales. On a constaté un échec de traitement chez 5 patients soit 21,7% des cas, et que deux patients avaient bien évolué sous traitement avec reprise de transit le troisième jour pour un et le quatrième jour pour l'autre. Ces deux patients étaient réadmis après un mois et demi pour récurrence de l'occlusion avec échec de traitement médicale pour la 2^e -ème fois d'où la décision de chirurgie. Ce

taux de réponse est faible par rapport à ce qui a été rapporté dans la littérature, la réponse au traitement arrive jusqu'à 80% chez des patients lors de 1 ère épisode, et arrive à 55 % dans l'épisode ultérieur [38,39].

Tableau 12 : Stratégie thérapeutique médicamenteuse proposée dans l'occlusion intestinale maligne non résécable [38].



C. Traitement chirurgical :

La possibilité d'une intervention chirurgicale doit être évaluée chez les patients souffrant d'une occlusion intestinale. Toutefois, un nombre non négligeable de patients ne seront pas admissibles à cette modalité étant donné le stade avancé de la maladie, l'atteinte de l'état général et le pronostic réservé. Ces patients auront besoin d'autres options thérapeutiques pour soulager leurs symptômes, ces patients n'ont pas été inclus dans notre étude [24,41].

La décision d'opérer est toujours difficile chez ces patients fragiles, à qui on voudrait absolument éviter une laparotomie blanche. Il est primordial, d'un autre côté, de ne pas laisser passer une chance de lever l'occlusion par la chirurgie. La décision se prend habituellement après bien des discussions entre chirurgien, réanimateur, oncologue et radiologue, et toujours après avoir clairement informé le patient de la situation et des possibilités thérapeutiques [40].

Lorsque le diagnostic d'occlusion par carcinose est fortement probable, l'intervention chirurgicale peut être différée sous couvert d'un traitement médical comprenant une aspiration digestive. Ce délai est d'autant plus justifié dans les occlusions par carcinose, que l'évolution vers une nécrose intestinale est rare et qu'une amélioration sous traitement médical est obtenue est de 30 à 45 % des cas selon certaines études [24,41,42].

L'analyse de la littérature aide peu à la sélection de ces patients sur des critères clinico-radiologiques et il n'existe pas d'étude radiologique dédiée portant spécifiquement sur l'occlusion avec antécédent de chirurgie carcinologique pour aider à la décision chirurgicale. Un travail récent de Zielinski [41] dans une étude prospective sur 100 patients a cherché à valider des critères d'aide à la décision pour l'indication chirurgicale dans l'occlusion du grêle. Ces critères initialement définis

dans une première étude rétrospective étaient les vomissements et en TDM, l'épanchement intrapéritonéal, la présence d'un œdème mésentérique et l'absence de « fèces sign ». Dans l'étude prospective effectuée ensuite, l'épanchement intrapéritonéal au TDM et la présence de vomissements n'ont pas été retrouvés. Par contre sont restés pertinents au TDM, la présence d'un œdème mésentérique et l'absence de « fèces sign », auxquels s'associent cliniquement l'arrêt des gaz depuis plus de 24 h. L'intérêt de cette série est que 36/100 patients avaient une occlusion sur carcinose péritonéale. Parmi ces 36 patients, seuls 21 (58 %) avaient une occlusion due à la carcinose dont 3/21 (14 %) compliquée de strangulation. Ce travail n'analyse cependant pas en détail le nombre d'obstacle néoplasique responsable de l'occlusion et accessible à un traitement chirurgical [42].

Il n'existe pas à l'heure actuelle dans la littérature de données objectives basées sur l'imagerie pour améliorer les indications opératoires d'occlusion du grêle sur carcinose péritonéale. La carcinose est une entité hétérogène qui regroupe des affections dont l'évolutivité et la chimiosensibilité du cancer d'origine conditionne le pronostic. D'autres facteurs pronostics sont à prendre en compte pour aider à la décision, principalement l'âge et les co-morbidités, l'état nutritionnel, le mauvais état général (survies moyennes de plus d'un an chez les patients OMS 0 ou 1, et diminuées de moitié chez les patients OMS 2), l'extension de la maladie néoplasique, l'existence d'une ascite, les antécédents de radiothérapie, l'occlusion du grêle plus grave qu'une occlusion colique et enfin, les possibilités de traitements oncologiques ultérieurs [42,43].

Globalement, les auteurs s'attachent à des notions issues de l'expérience et du bon sens : les « bonnes indications chirurgicales » concernent des patients présentant en TDM un obstacle bien identifié, inaccessible à une prothèse endoscopique, avec

une infiltration péritonéale localisée, et l'absence d'infiltration massive de la racine du mésentère ou du mésocolon, de carcinose pelvienne étendue et d'ascite abondante. Ces critères rejoignent les critères de non-résécabilité des carcinoses péritonéales. En cas d'obstacles multiples notamment au niveau du grêle, il peut être nécessaire de procéder soit à des résections étendues, soit à des dérivations internes (celles-ci pouvant cependant avoir des taux de complications élevées. Dans les deux cas, il faut impérativement s'assurer que le colon est libre au moins sur sa partie droite afin de ne pas entraîner un grand débit sur une colostomie associée à un grêle court. Une colostomie iliaque gauche peut se faire en amont d'un obstacle pelvien et est en général assez bien tolérée. C. Arvieux [36] a montré que les patients qui ont eu des stomies quelques soient leur localisation en amont de l'occlusion avaient des suites simples, mais une qualité de vie jugée moyenne et que seul le groupe de patients qui avait eu une gastrostomie de décharge avaient un taux de complication le plus faible (5 %) et une bonne qualité de survie [42,44,45].

Le choix d'une tactique opératoire est en fonction de la lésion responsable de l'occlusion et du stade évolutif de la carcinose : il peut s'agir d'une libération de bride, un ou plusieurs résections avec ou sans rétablissement immédiat de la continuité digestive ou de gestes purement symptomatiques tels les dérivations internes ou stomies [46,47].

Dans notre série l'origine de l'occlusion constaté est répartie comme suit ; 47% cas d'occlusion sur carcinose péritonéale, 43% cas d'occlusion sur bride soit 43,4%, Un seul cas d'occlusion sur récurrence tumorale locale soit 4,4%, et Un seul malade d'occlusion sur volvulus du grêle 4,4%.

Ses résultats sont similaires aux données de la littérature avec des légères variations en fonction des séries :

Une étude réalisée par LEGENDRE en 2001 et portant sur 109 patient opérée pour occlusion après antécédent de cancer intra-abdominale a conclu aux résultats figurant dans le tableau ci-dessous [45], dont on note un taux d'occlusion bénin de 11%, qui inférieure au taux observé dans notre série, cette différence peut être expliqué par le fait que l'auteur avait inclus dans son étude plusieurs tumeur intra-abdominale même gynécologique et urologique.

Tableau 10 : étiologie d'occlusion après chirurgie carcinologique digestive d'après.

	Série d'EDNA	Série de LEGENDRE	Notre série
Carcinose péritonéale	7,3%	67%	47,7%
Récidive locale	51,2%	22%	4,4%
Bride	41,5%	6%	43,5%
Autres	0 %	5%	4,4%

EDNA a rapporté dans son étude qu'environ 50% des patients avaient une occlusion sur bride, taux similaire aux résultats de notre série, ainsi qu'en terme de gestes réalisés [01].

Tableau 11 : type de traitement d'occlusion intestinale aigüe avec antécédent de chirurgie pour cancer digestive

	Série d'EDNA	Série de LEGENDRE	Notre série
Libération de bride	39%	3%	34,8%
Résection grelique	39%	20%	26%
Iléostomie	2,5%	21%	21,7%
Dérivation interne	17 %	36%	4,3%
Abstention thérapeutique	2,5%	10%	8,7%
Autres	0%	10%	4,3%

En résumé, si la récurrence n'est pas connue, l'intervention chirurgicale est justifiée pour ne pas méconnaître une occlusion bénigne. Si la récurrence est connue, bien identifiée sur l'imagerie, la probabilité d'une occlusion bénigne est plus faible, et l'intervention doit être discutée au cas par cas, en cas d'échec du traitement médical ou bien en cas de récurrence précoce de l'occlusion [09].

D. Traitements désobstructif endoscopique [24].

Une autre intervention consiste en l'insertion endoscopique d'une prothèse endoluminale (stent) au niveau proximal du petit intestin, du côlon pour garder la lumière ouverte. On dispose encore de peu de données quant à la qualité de vie et au soulagement des symptômes, surtout pour l'endoprothèse colique. Toutefois, l'intervention semble bien tolérée et pourrait être considérée pour les malades ne pouvant subir une intervention de décompression. Elle est cependant contre-indiquée dans les cas de multiples sténoses et de carcinomatose péritonéale. Les risques de complications, telles que les perforations, doivent aussi être pris en compte [46,48].

Dans notre série, aucun patient n'a pas bénéficié de mise en place d'endoprothèse.

V. EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le but principal de la chirurgie, selon les données de la littérature, est surtout d'améliorer la qualité de vie, car le pronostic des carcinomes péritonéaux opérés pour occlusion reste médiocre, avec une médiane de survie aux alentours de 5 mois. La présence d'une ascite est un élément de mauvais pronostic. Le site du cancer primitif ne modifie pas significativement cette survie. Toutefois, la survie des carcinomes péritonéaux d'origine colorectale semble un peu plus prolongée. Les causes principales de complications postopératoires sont le sepsis intra-abdominal et les fistules digestives. La mortalité postopératoire chez les patients en occlusion sur carcinome péritonéal est d'environ 25 %. La moitié des décès postopératoires est en rapport avec l'évolution terminale de la maladie chez des patients dont la laparotomie n'a pas permis de geste efficace. Ces données doivent inciter à mieux sélectionner les patients susceptibles de retirer un bénéfice du traitement chirurgical en termes de qualité de survie. Il est montré que le principal facteur prédictif de morbidité opératoire est l'état général préopératoire, et que seuls les patients ayant une activité proche de la normale peuvent retirer un bénéfice de l'intervention [24,49,50].

Une autre étude menée par NEAL a mis en évidence que le pronostic dépend de l'étiologie, l'origine maligne est associée un mauvais pronostic avec un taux de mortalité de 23 %, ces résultats sont très proches de notre étude [26].

Le travail de EDNA part dans le même sens en montrant que la durée de survie après une occlusion intestinale chez des patient traité pour cancer colo-rectale varie en fonction de l'étiologie, 0,36 ans en cas d'origine malignes, et 1,9 ans en cas d'origine bénigne, la courbe suivante montre la survie cumulée après prise en charge de l'occlusion [01].

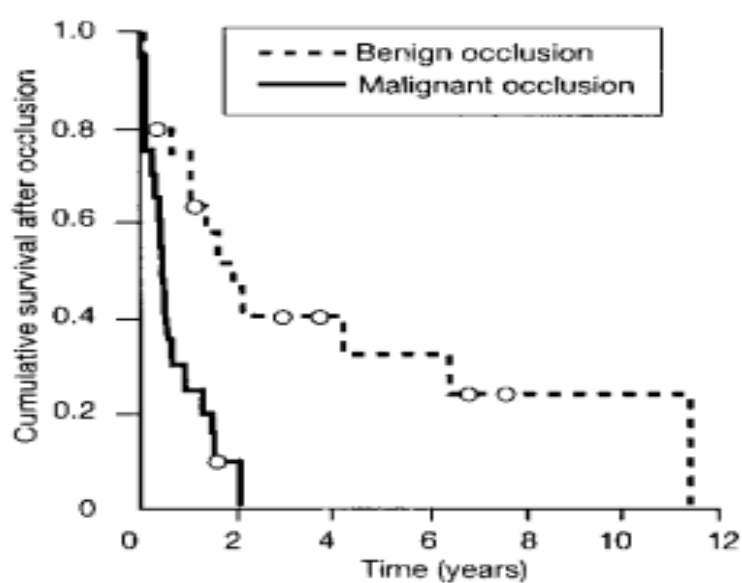


Figure 20 : survie cumulée après occlusion intestinale chez des patients traités pour cancer colorectale [01].

CONCLUSION

La survenue d'une occlusion du grêle après chirurgie carcinologique digestive est un événement constituant un dilemme diagnostique et thérapeutique, et nécessitant une approche multidisciplinaire. En effet, d'une part, la qualité de vie est profondément altérée et, d'autre part, la survie moyenne espérée est souvent réduite surtout en cas d'origine maligne. Le diagnostic du mécanisme de l'occlusion reste difficile à établir, surtout chez les patients dont la récurrence n'est pas connue. L'occlusion peut être d'origine non tumorale dans environ 25 à 50 % des cas. Même en cas d'occlusion par carcinose péritonéale, certains patients peuvent retirer un bénéfice de la chirurgie. L'intervention paraît justifiée s'il existe une occlusion sur bride, en cas de doute sur le mécanisme de l'occlusion, tenant compte du risque important de nécrose en cas d'occlusion sur bride méconnue, ou si l'occlusion ne cède pas sous traitement médical en cas d'obstruction tumorale. Cette intervention nécessite un état général satisfaisant et une évaluation de l'importance de la récurrence, autorisant ou non un geste utile avec une mortalité opératoire réduite. De ce fait les lignes directrices sont difficiles à proposer, l'analyse méticuleuse des données cliniques biologiques et radiologiques du patient est l'élément clé d'une éventuelle décision chirurgicale.

RESUME

L'occlusion intestinale après chirurgie carcinologique digestive est un événement constituant un dilemme diagnostique et thérapeutique. A travers cette étude rétrospective descriptive sur une période de 10 ans allant du janvier 2012 au décembre 2022, portant sur 23 cas colligés aux deux services de chirurgie viscérale au CHU HASSAN 2 de Fès. L'étude a pour but de nous dégager les facteurs épidémiologiques, les caractéristiques cliniques, anatomopathologiques et les modalités diagnostiques et thérapeutiques de cette affection. L'âge des patients variait de 20 à 82 ans, avec une moyenne de 58 ans. Cette série comporte 12 femmes et 11 hommes avec un sex-ratio de 0,92. Le délai moyen entre l'occlusion et la chirurgie carcinologique initiale est de 1,4 ans, Le délai moyen entre les premières manifestations du syndrome occlusif et la consultation est de 5,2 jours. L'abdomen sans préparation (ASP) a été le premier examen à réaliser. L'étiologie de l'occlusion était la carcinose péritonéale chez 47,8%, bride chez 43,4%, récurrence tumorale locale chez 4,4%, volvulus du grêle chez 4,4%, avec constatation d'une discordance entre les données scannographique et peropératoire dans 17% des cas. Les gestes chirurgicaux avaient été réalisés pour pallier à l'occlusion sont divers, en fonction de l'étiologie et le siège de l'occlusion, libération de bride chez 34,7%, résection grêlique avec stomie chez 26%, iléostomie chez 21,7%, dérivation interne chez 4,4%, abstention chirurgicale chez 8,6%. Le pronostic de cette affection est mauvais avec une mortalité postopératoire de 21,8%. La mortalité globale après un an d'évolution arrive à 43,4 %.

BIBLIOGRAPHIE

- [01]. Edna TH, Bjerkeset T. Small bowel obstruction in patients previously operated for colorectal cancer. Eur J Surg 1998 ; 164 : 587–92.
- [02]. Taylor GW, Jayne DG, Brown SR, Thorpe H, Brown JM, Dewberry SC et al. Adhesions and incisional hernias following laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer in the CLASICC trial. Br J Surg 2010; 97: 70–78.
- [03]. Schölin J, Buunen M, Hop W, Bonjer J, Anderberg B, Cuesta M et al. Bowel obstruction after laparoscopic and open colon resection for cancer: results of 5 years of follow-up in a randomized trial. Surg Endosc 2011; 25: 3755–3760
- [04]. Butler JA, Cameron BL, Morrow M et al. Small bowel obstruction in patients with a prior history of cancer. Am J Surg 1991 ; 162 : 624–8.
- [05]. Woolfson RG, Jennings K, Whalen GF. Management of bowel obstruction in patients with abdominal cancer. Arch Surg 1997 ; 132 : 1093–7.
- [06]. Angenete E, Jacobsson A, Gellerstedt M, Haglind E. Effect of laparoscopy on the risk of small-bowel obstruction: a population-based register study. Arch Surg. 2012;147(4):359–65.
- [07]. Ha GW, Lee MR, Kim JH (2016) Adhesive small bowel obstruction after laparoscopic and open colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis. Am J Surg
- [08]. Nicolas Michot et al, Long-term hospital mortality due to small bowel obstruction after major colorectal surgery in a national cohort database International Journal of Colorectal Disease <https://doi.org/10.1007/s00384-018-3200-x>

- [09]. J. Prost a` la Denise • R. Douard • G. Malamut • F. Mecheri • P. Wind Small Bowel Obstruction in Patients with a Prior History of Cancer: Predictive Findings of Malignant Origins World J Surg (2014) 38:363–369 DOI 10.1007/s00268-013-2303-3.
- [10]. T. Yamada et All Meta-analysis of the risk of small bowel obstruction following open or laparoscopic colorectal surgery sytematic review Published online 22 February 2016 in Wiley Online Library (www.bjs.co.uk). DOI: 10.1002/bjs.10105.
- [11]. Kevin Afshari et all, Risk factors for small bowel obstruction after open rectal cancer resection, Afshari et al. BMC Surg (2021) 21:63 <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01072-y>.
- [12]. Blok RD, Musters GD, Borstlap WAA, Buskens CJ, Bemelman WA, Tanis PJ, et al. Snapshot study on the value of omentoplasty in abdominoperineal resection with primary perineal closure for rectal cancer. Ann Surg Oncol. 2018;25(3):729–36.
- [13]. Tom-Harald Edna et all, Small Bowel Obstruction in Patients Previously Operated on for Colorectal Cancer Eur J Surg 1998; 164: 587–592.
- [14]. M Malik A. Shah M. Pathan R. Pattern of acute intestinal obstruction: Is there a change in the underlying etiology ? Saudi J Gastroenterol 2010; 16:272 – 4.
- [15]. Dembélé BT. Traoré A. Diakité I. Kanté L. Togo A. Maiga A et al. Occlusion du grêle sur brides et adhérences en chirurgie générale CHU Gabriel Tourée. Mali Médical 2011 ; 26 :12 – 5
- [16]. Mondor M. Considérations sur les occlusions post-opérateurs précoces, A propos de 24 observations. Thèse Médecine, Lyon, 1963; n° 148.
- [17]. Zielinski M.D., Eiken P.W., Bannon M.P., Heller S.F., Lohse C.M., Huebner M., Sarr M.G. Small Bowel Obstruction—Who Needs an Operation? A Multivariate Prediction Model. World J Surg (2010) 34 : 910–9.

- [18]. ancelevicz T., Vu L.T., Shawo A.E., Yeh B., Gasper W.J., Harris H.W. Predicting strangulated Small Bowel Obstruction: an old Problem Revisited. J Gastrointest Surg. 2009 Jan ; 13 (1) 93–9.
- [19]. Gore RichardM,Eiseberg RL. Large bowel obstruction. In: Textbook of gastrointestinal radiology. Philadelphia: WB Saunders; 1994. p. 1247–60.
- [20]. J.Mathias, O.Bruot , P–A.Ganne, V.Laurent, D.Regent Tumeurs du grêle. EMC 2010.
- [21]. assar I. Hammani L. Imani F. 50. Nassar I. Hammani L. Imani F. Aspects tomodensitométriques des occlusions sur brides. EMC J chir 2008;145:162–4.
- [22]. Ellis CN, Boggs HW, Slagle GW, Cole PA. Small bowel obstruction after colon resection for benign and malignant diseases. Dis Colon Rectum 1991;34(5):367–71.
- [23]. Richard Douard*, Philippe Wind**Occlusion sur carcinose péritonéale : quels malades opérer ? La Lettre de l'Hépto–gastroentérologue – Vol. XI – n°2 – mars–avril 2008.
- [24]. P. Wind*, M.H. Roullet** Conduite à tenir devant une occlusion chez un malade avec des antécédents de cancer digestif La Lettre de l'Hépto–Gastroentérologue – n 207 o 4 – vol. III – septembre 2000.
- [25]. Lim JS, Kim MD, Yun MJ et al. Comparison of CT and 18F–FDG pet for detecting peritoneal metastasis on the preoperative evaluation for gastric carcinoma. Korean J Radiol 2006;7(4):249–56.
- [26]. Neal Ellis Small Bowel Obstruction After Colon Resection for Benign and Malignant Diseases, number 5 volume 34, Diseases of the Colon and rectum, 1991.

- [27]. 5. Angelelli G, Macarini L, Lupo L, Caputi-Jambrenghi O, Pannarale O, Memeo V. Rectalcarcinoma: CT staging with water as contrast medium. Radiology 1990 ; 177:511–514
- [28]. Delabrousse E, Kastler. TDM de l'abdomen aigu de l'adulte. 2004 Elsevier SAS.
- [29]. Millat B, Guillon F, Avila JM. Occlusions intestinales aiguës de l'adulte. Encycl Méd Chir 1993 ; Gastroentérologie 9-044-A-10 : 21.
- [30]. Trésallet C, Roy B, Menegaux F. 2. Trésallet C, Roy B, Menegaux F. Occlusion aiguës du grêle de l'adulte. EMC Techniques chirurgicales–appareil digestif 2010;53:430–40.
- [31]. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozzetti F, Stefano C, de Conno F, et al. Expert working group of the European association for palliative care (EAPC). Clinical–Practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end–stage cancer. Support Care Cancer 2001 ; 9 : 223–33.
- [32]. Guillemette Laval¹ , Nicolas Beziaud¹ , Emmanuel Germain² , Christine Rebischung³ , Catherine Arvieux⁴ La prise en charge des occlusions sur carcinose péritonéale, Hépatogastro, vol. 14, n°6, novembre–décembre 2007.
- [33]. Choi HK, Chu K. 59. Choi HK, Chu K. Choi HK, Chu K. Therapeutic value of gastrografen in adhesive S.B.O after unsuccessful conservative treatment. Ann Surg 2002;236:1–6. 60. Burge J. Saleh M. Abbas SM. Graeme R.
- [34]. Burge J. Saleh M. Abbas SM. Graeme R. Burge J. Saleh M. Abbas SM. Graeme R. Randomized controlled trial of Gastrogrfin in adhesive S.B.O; ANZ journal of Surg 2005;75:672–4.
- [35]. Feuer DJ, Broadley KE. Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. Cochrane Database Syst Rev; 2002.

- [36]. C. Arvieux Traitement de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale. Étude prospective à propos de 80 cas Annales de chirurgie 130 (2005) 470–476.
- [37]. Ripamonti C, Mercadante S, Graff L, Zecca E, De Conno F, Casuccio A. Role of octreotide, Scopolamine butylbromide and hydration in symptom control of patients with inoperable bowel obstruction and nasogastric tubes : a prospective randomized trial. J Pain Symptom Manage 2000 ; 19 : 23–34.
- [38]. Guillemette LAVAL Blandine MARCELIN-BENAZECH, RECOMMANDATIONS Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : Recommandations de bonnes pratiques cliniques Groupe de travail pluri-professionnel et membres de différentes sociétés savantes, septembre 2012.
- [39]. Ripamonti C, Twycross R, Baines M, Bozzetti F, Stefano C, de Conno F, et al. Expert working group of the European association for palliative care (EAPC). Clinical-Practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Support Care Cancer 2001 ; 9 : 223–33.
- [40]. Occlusion sur carcinose péritonéale: quels malades opérer? Peritoneal carcinomatosis with bowel obstruction: who should we operate? # Richard Douard*, Philippe Wind** La Lettre de l'Hépatogastroentérologue – Vol. XI – n°2 – mars-avril 2008
- [41]. Zielinski MD, Eiken PW, Heller SF, Lohse CM, Huebner M, Sarr MG, et al. Prospective observational validation of a multivariate SBO model to predict the need for operative intervention. J Am Coll Surg. 2011;212:1066–76.
- [42]. Medina-Franco H. Intestinal occlusion in cancer. Rev Gastroenterol Mex 2004;69: 100–5

- [43]. Feuer DJ, Broadley KE, Shepherd JH, Barton DP. Cochrane Database Syst Rev. Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. Cochrane 2009 (4):CD002764.
- [44]. Mangili G, Aletti G, Frigerio L, Franchi M, Panacci N, Vigano R, De Marzi P, Zanetto F, Ferrari A. Palliative care for intestinal obstruction in recurrent ovarian cancer: a multivariate analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:830–5.
- [45]. Legendre H, Vanhuyse F, Caroli-Bosc FX, Caroli-Bosc FX, Pector JC. Survival and quality of life after palliative surgery for neoplastic gastrointestinal obstruction. *Eur J Surg Oncol*. 2001;27:364–7
- [46]. Dominique Trempe, Dominique Dion et Geneviève Dechêne L'occlusion intestinale chez le patient atteint de cancer, *Le Médecin du Québec*, volume 41, numéro 11, novembre 2006.
- [47]. Quels traitements pour les carcinomes péritonéaux d'origine digestive? Bruno Landi, Gabriel Rahmi*
- [48]. Harris GJ, Senagore AJ, Lavery IC, Fazio VW. The management of neoplastic colorectal obstruction with colonic endoluminal stenting devices. *Am J Surg* 2001 ; 181 (6) : 499–506.
- [49]. Mäkelä J, Kiviniemi H, Laitinen S, Kairaluoma MI. Surgical management of intestinal obstruction after treatment for cancer. *Eur J Surg* 1991 ; 157 : 73–6
- [50]. Wind P, Rouillet M, Berger A et al. Peut-on identifier la cause d'une occlusion du grêle chez les patients ayant un antécédent de laparotomie pour cancer ? *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ; 22 : A186.