



HAL
open science

L'occlusion intestinale, état des lieux

Bertrand Trilling, Edouard Girard, Pierre Alexandre Waroquet, Catherine Arvieux

► **To cite this version:**

Bertrand Trilling, Edouard Girard, Pierre Alexandre Waroquet, Catherine Arvieux. L'occlusion intestinale, état des lieux. La revue de l'infirmière, 2016, 65 (217), pp.16-18. 10.1016/j.revinf.2015.10.028 . hal-02053325

HAL Id: hal-02053325

<https://hal.science/hal-02053325v1>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Sous-dochead Conduite à tenir

L'occlusion intestinale

Mathilde Bertolini

Infirmière

Service de réanimation médicale polyvalente lourde, CHRU Nancy, Hôpital central,
9, rue des Fabriques, 54000 Nancy, France

Adresse e-mail : bertolini.m@orange.fr (M. Bertolini).

Résumé

L'occlusion intestinale est une pathologie dont les signes cliniques sont à détecter car elle peut conduire au décès du patient. Elle peut être partielle ou totale, toucher l'intestin grêle ou le côlon. Son origine peut être mécanique ou fonctionnelle. Elle peut nécessiter une intervention chirurgicale. L'aide-soignante accompagne le patient et sa famille tout au long de la prise en charge hospitalière.

© 2016

Mots clés – douleur ; gaz ; matière fécale ; occlusion intestinale ; vomissement

Les signes d'une obstruction intestinale (OI) peuvent se manifester brutalement ou progressivement. Cette pathologie, qui peut rapidement se dégrader, est un motif fréquent d'hospitalisation¹. Elle nécessite une étroite surveillance par le personnel médical et paramédical et dans ce domaine, le rôle de l'aide-soignante est un élément clé.

T1 Anatomophysiologie

L'intestin est un long segment du tube digestif constitué successivement par le duodénum, le jéjunum, l'iléon, le cæcum, le côlon et le rectum. Son rôle, par l'intermédiaire de sucs digestifs sécrétés par sa muqueuse interne, est d'achever la digestion commencée par l'estomac.

En raison de leurs fonctions différentes, on distingue deux segments principaux de l'intestin :

- **l'intestin grêle**, long d'environ 7 mètres, comprend successivement le duodénum, le jéjunum et l'iléon. Le jéjunum et l'iléon forment 15 ou 16 grandes boucles appelées anses intestinales, flottant librement dans la cavité intestinale. La muqueuse de l'intestin grêle est tapissée de villosités à travers lesquelles s'effectue presque toute l'absorption des aliments. Dans 75 % des occlusions, le siège est au niveau du grêle [1] ;
- **le côlon**, ou gros intestin, d'une longueur d'environ deux mètres, est abouché à l'iléon par sa portion initiale, le cæcum. Il a pour fonction principale d'absorber l'eau, les électrolytes et de concentrer les matières non digestibles. L'accumulation de ces matières (fèces) dans la dernière partie du côlon, le rectum, déclenche automatiquement le besoin de déféquer.

T1 L'occlusion intestinale

L'occlusion intestinale est un blocage partiel ou complet de l'intestin (grêle ou côlon) qui empêche la progression normale du contenu intestinal (gaz et matières fécales). Elle peut se produire en partie haute (vomissements précoces) et/ou en partie basse (arrêt du transit précoce).

On distingue des occlusions dites mécaniques ou fonctionnelles dont les causes sont variables.

© 2016 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

TEG1 L'occlusion mécanique peut être provoquée par :

- une obstruction dans l'intestin (corps étranger, fécalome, diverticule, tumeur ou par compression externe de l'intestin) ;
- une strangulation : torsion d'une partie de l'intestin sur lui-même (volvulus) ou pénétration d'une partie de l'intestin dans l'autre (invagination) ou occlusion sur bride (tissu fibreux qui étrangle l'intestin).

TEG1 Lorsque l'occlusion est fonctionnelle, l'intestin est paralysé suite à une réaction anatomique comme des troubles métaboliques, neurologiques... ou lié à une affection autour des anses intestinales.

T2 Les signes cliniques

Les symptômes sont souvent identiques, quelle que soit la cause :

- douleurs abdominales intermittentes ;
- nausées/vomissements, si l'occlusion est haute, d'apparition précoce, fréquents, d'abord sous forme hydriques, les vomissements tendent à prendre la consistance des matières fécales ;
- absence de selle et de gaz ou au début du syndrome, diarrhée par vidange accélérée du bas de l'intestin non obstruée ;
- météorisme (distension de l'intestin par des gaz) ;
- fièvre, parfois.

T2 Les complications potentielles

Les signes cliniques ne sont pas à négliger car si l'obstruction n'est pas traitée à temps, elle peut être lourde de conséquences et entraîner le décès du patient (12 % de mortalité ; elle est plus importante lorsque le siège est colique [1]) :

- troubles hydro-électrolytiques liés à la non-absorption de l'eau et des électrolytes ;
- péritonite (infection du péritoine liée à la perforation de l'intestin) ;
- nécrose d'une partie de l'intestin bloqué.

T2 Le traitement

Traiter l'occlusion est donc primordial et nécessite une hospitalisation dans pratiquement tous les cas. Le traitement peut être d'ordre médical ou chirurgical.

TEG1 Le traitement médical comprend :

- des antalgiques administrés pour soulager la douleur. L'insertion d'une sonde nasogastrique permet d'évacuer les gaz et liquides gastriques en excès ;
- un soluté de réhydratation afin de corriger les troubles hydro-électrolytiques ;
- des laxatifs prescrits afin de provoquer des contractions musculaires soutenant l'évacuation des gaz et des matières fécales.

L'alimentation se fait par voie intraveineuse pour éviter le passage par le tube digestif.

TEG1 Le traitement chirurgical intervient en cas d'obstruction par strangulation, ou si l'obstruction ne se résorbe pas après traitement médical. Le chirurgien enlève l'obstacle et réfectionne la partie atteinte de l'intestin. En général, la partie de l'intestin est rétablie dans le même temps opératoire mais parfois, selon les lésions, une stomie (abouchement de l'intestin à la peau) plus ou moins temporaire est nécessaire.

T1 Le rôle de l'aide-soignante

T2 Accueillir, informer et accompagner

L'aide-soignante accueille le patient à son arrivée dans le service lors des admissions, des retours postopératoires et accompagne le patient et sa famille tout au long de l'hospitalisation. Elle explique le fonctionnement du service, donne des informations adaptées en fonction de la réglementation et répond aux questions. Pour cela, plusieurs outils sont à sa disposition : le livret d'accueil du service, ses connaissances et son expérience, les membres de l'équipe interdisciplinaire (médecins, infirmiers, nutritionnistes...). Il convient aussi d'informer le patient sur la nécessité de ne pas retirer la sonde nasogastrique et sur les conséquences de la mise en place de laxatifs. Une

attention toute particulière est apportée à l'évaluation de la douleur et de la température dès l'arrivée dans le service.

T2 Dispenser des soins d'hygiène et de confort

L'aide-soignante soutient le patient en répondant à ses différents besoins d'hygiène et de confort en fonction de ses faiblesses et capacités : aide à la toilette, aide alimentaire selon avis médical, installation du patient dans une position antalgique. Dans le cas de vomissements ou de selles liquides (après traitement évacuateur), l'aide-soignante place le patient en position latérale de sécurité, et met place le matériel nécessaire à disposition (plat-bassin, urinal, haricot). Précisément après cet épisode, des soins d'hygiène et de confort comme la toilette, le bain de bouche, le change, la réinstallation de la personne sont nécessaires et réconfortants. Le nettoyage et la désinfection du matériel utilisé font partie intégrante de la prise en charge. Dans le cas d'une stomie, l'aide-soignante vidange la poche mais le nettoyage de celle-ci est assurée par l'infirmière, surtout en postopératoire, car cela ne relève pas de ses compétences.

T2 Observer le patient et transmettre

Par ses fonctions et sa proximité avec le patient, l'aide-soignante peut renseigner précocement sur l'état de santé du patient et son évolution. Elle informe par écrit et oralement l'équipe médicale et paramédicale sur :

- la souffrance du patient exprimée par ses propos, son faciès, sa position, et par l'utilisation d'échelles de la douleur ;
- l'état de santé du patient : par la surveillance des selles (reprise de transit ou non, émission de gaz et consistance...), des aspirations digestives (quantité, couleur...), de certains paramètres vitaux (température, fréquence cardiaque).

T2 Aider à la réalisation des soins

L'infirmier et l'aide-soignant effectuent un travail en collaboration. En effet, l'aide-soignante peut aider l'infirmière dans la mise en place d'un traitement (laxatif), la réfection d'un pansement (préparation de compresses, désinfectant...) ou la préparation du patient pour des examens et l'intervention chirurgicale.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Note

1 Environ 4 à 9 % des syndromes douloureux abdominaux chez l'adulte sont dus à une occlusion intestinale aiguë (environ 30 % chez les patients de plus de 60 ans)

Référence

[1] Borie F, Guillon F, Aufort S. Occlusions intestinales aiguës de l'adulte : diagnostic. EMC - Gastro-entérologie 2009;1-23 [Article 9-044-A-10].

Pour en savoir plus

Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant. Bulletin officiel Santé/Protection sociale/Solidarité n° 2005/02.

www.larousse.fr/archives/medical

Quevauvilliers J, Perlemuter L, Perlemuter G. Dictionnaire médical de l'infirmière : encyclopédie pratique, 8e ed. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2009.

www.passeportsante.net

Illustration

Illus1_Bertolini.jpg

Légende : L'occlusion intestinale, bloquant de façon partiellement ou totalement l'intestin, empêche ainsi la progression normale du contenu intestinal.

© PIXOLOGICSTUDIO/SPL/PHANIE

