



PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE D'UN SYNDROME D'OBSTRUCTION INTESTINALE DISTALE (SOID)

Mots clés :

mucoviscidose - urgence - SOID

SOMMAIRE

1. OBJET	2
2. DOMAINE d'APPLICATION	2
3. RESPONSABILITÉS.....	2
4. DEFINITIONS & ABREVIATIONS	2
5. CONTENU.....	2
5.1 Eliminer une cause chirurgicale ou médicale aigue	2
5.2 Poser le diagnostic de SOID.....	2
5.3 Prendre en charge le SOID complet.....	3
5.4 Prendre en charge le SOID incomplet.....	4
6. REFERENCES MEDICALES	4

1. OBJET

Prise en charge en urgence d'un Syndrome d'Obstruction Intestinal Distal (SOID) complet ou incomplet chez un patient atteint de mucoviscidose

2. DOMAINE D'APPLICATION

les CRCM, les services d'urgences et d'hospitalisation

3. RESPONSABILITÉS

Médecins du CRCM et médecin de garde

4. DEFINITIONS & ABREVIATIONS

ASP : (radiographie de l') abdomen sans préparation

DLD : Décubitus Latéral Droit

DLG : Décubitus Latéral Gauche

EPGP : Enzymes pancréatiques gastro-protégés

SOID : Syndrome d'Obstruction Intestinal Distale

5. CONTENU

5.1 ELIMINER UNE CAUSE CHIRURGICALE OU MEDICALE AIGUE

Par une échographie abdominale+/- un scanner

-- **Ne pas opérer un SOID sans avis préalable** auprès d'un centre de référence car, souvent, le traitement médical suffit à lever l'obstruction.

-- **Ne pas méconnaître un diagnostic différentiel** de type **occlusion sur bride** chez un patient multi opéré, **appendicite aiguë** ou **invagination iléocaecale**.

-- **Poursuivre activement la prise en charge respiratoire**, le drainage bronchique pouvant être difficile

5.2 POSER LE DIAGNOSTIC DE SOID

SOID incomplet défini par la présence de :

- 1- épisode récent (jours) douleur abdominale et/ou distension et
- 2- une masse fécale iléo-caecale mais sans signe d'obstruction complète
- 3- absence de vomissements bilieux

SOID complet défini par la présence de :

- 1- Obstruction intestinale complète, avec vomissement et niveaux liquides sur le grêle à la radio d'ASP et
- 2- Une masse fécale iléo-caecale et
- 3- Douleur abdominale et/ou distension abdominale

5.3 PRENDRE EN CHARGE LE SOID COMPLET

En hospitalisation : patient à jeun, perfusé, antalgiques sans morphiniques, sonde d'aspiration naso-gastrique

Lavement évacuateur réalisé dans le service de Radiologie :

Lavement évacuateur < 1 an	Lavement évacuateur > 1 an
TWIN 1 à 2 flacons de 100ml (préparé à la pharmacie) : <ul style="list-style-type: none">• Télébrix 12 NA : 17 ml• Polysorbate 80 : 1,4 ml• Eau distillée : 81,6 ml	100 ml gastrografine + 300 ml d'eau = 400 ml de volume total <ul style="list-style-type: none">• 10-20 kg = 300 ml de volume total• 20-30 kg = 500 ml de volume total• 30-40 kg = 750 ml de volume total• > 40 kg = 1 000 ml de volume total

Placer le patientt en DLG ; mettre la canule rectale et laisser descendre le produit par gravitation à 30-40 cm au dessus du plan du lit. Laisser descendre lentement en maintenant les fesses serrées :

- 1) DLG 5 mn puis
- 2) procubitus 5 mn puis
- 3) DLD 5 mn puis
- 4) sur le dos 5 mn et toujours en laissant la canule
- 5) le mettre debout (remplissage du caecum) 5 mn.

Essayer de faire tenir le patient 30mn, voire plus, avant d'aller aux toilettes.
Attendre 2 heures d'évacuation.

Reprise alimentaire progressive après épreuve de clampage de la sonde et réhydratation

Au cas par cas, demander un ASP de contrôle.

Prendre un relais oral par Macrogols (Forlax® / Movicol®)

5.4 PRENDRE EN CHARGE LE SOID INCOMPLET

Solution orale type polyéthylène glycol au verre ou par sonde naso-gastrique, pendant quelques jours :

- 40ml/kg sans dépasser 4 litres

Vérifier la tolérance et l'efficacité clinique.

Relais par Macrogols (Forlax® / Movicol®) au long cours.

Si la symptomatologie du SOID incomplet est modérée, les Macrogols peuvent être tentés en première intention.

Si le patient continue à s'alimenter, ne pas arrêter les EPGP

Refaire le point avec la diététicienne sur l'hydratation, la prise des EPGP, l'apport en fibres...

6. REFERENCES MEDICALES

- Procédure des CRCM de Cochin / Necker / Robert Debré, Décembre 2008
- Procédures du Réseau EMERA (Ensemble pour la prise en charge de la Mucoviscidose En Rhône Alpes), Mars 2009
- RH Houwen et al. (European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition – ESPGHAN – Cystic Fibrosis Working Group). Defining DIOS and Constipation in Cystic Fibrosis With a Multicentre Study on the Incidence, Characteristics, and Treatment of DIOS. JPGN, Vol.50, n°1, 2010 : 38-42.
- Orphanet : https://www.orpha.net/data/patho/Pro/fr/Urgences_Mucoviscidose-frPro49.pdf