

Syndrome d'Ogilvie post-césarienne : à propos d'une observation et revue de la littérature

[Ogilvie's syndrome after cesarean section: A case report and revue of literature]

M. Ziyadi, S. Mezane, M. Achenani, R. Hafidi, A. Babahabib, M. El hassani, D. Moussaoui, and M. Dehayn

Service Gynéco-Obstétrique Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V,
CHU Rabat- Salé,
Université Mohamed V Souissi, Rabat Maroc

Copyright © 2014 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Ogilvie's syndrome is a rare postsurgical complication. The high mortality rate after caecal perforation explains the seriousness of this clinical situation. The early diagnosis is made by plain abdominal X-ray and abdominal scanner. Conservative treatment is usually effective and surgery should be reserved for complicated cases or refractory to conservative treatment. We report a case of Ogilvie's syndrome after cesarean section. A case is reported clinical evolution of a chronic colonic obstruction disease after cesarean section which has been treated by conservative methods as Prostigmine® (néostigmine) and colonic lavement so.

KEYWORDS: Ogilvie's syndrome; Post-partum; Cesarean section; Colonic pseudo-obstruction; Intestinal occlusion.

RESUME: Le syndrome d'Ogilvie ou pseudo-obstruction colique est une complication chirurgicale rare. La mortalité élevée de ce syndrome après perforation cœcale en fait toute sa gravité. Le diagnostic doit être précoce et repose principalement sur la radiographie de l'abdomen sans préparation en plus de la TDM. Le traitement médical est efficace dans la majorité des cas, la chirurgie devant être réservée aux complications et aux cas réfractaires au traitement conservateur. Nous rapportons un cas de syndrome d'Ogilvie après césarienne. Cette observation rapporte l'évolution clinique d'une pseudo-occlusion colique aiguë survenue en post césarienne traitée médicalement par la Prostigmine® (néostigmine) associée au lavement colique à répétition.

MOTS-CLEFS: Syndrome d'Ogilvie; Post-partum; Césarienne; Pseudo-obstruction colique; Occlusion intestinale.

INTRODUCTION

Le syndrome d'ogilvie ou pseudo-obstruction aiguë du colon est une pathologie rare, décrite pour la première fois par ogilvie en 1948 [1]. Il s'agit d'une dilatation massive et aiguë du côlon sans obstacle mécanique. Il se manifeste par un tableau d'occlusion intestinale aiguë basse, il survient habituellement chez l'homme de la soixantaine ayant une maladie systémique associée. Chez la femme, la césarienne apparaît comme étant la condition la plus pourvoyeuse de ce syndrome [2] [3]. Dans ce cas, le diagnostic est difficile. L'occlusion colique en rapport avec ce syndrome est souvent mise sur le compte d'un iléus post opératoire prolongé. L'évolution spontanée se fait vers la perforation caecale avec péritonite stercorale et/ou vers un tableau de mégacolon toxique avec une mortalité non négligeable jusqu'à 45 % [2] [4]. A ce stade le pronostic devient sombre et la mortalité est élevée. Nous rapportons un nouveau cas de syndrome d'ogilvie post césarienne survenant chez une femme de 41 ans. Le tableau clinique était celui d'une occlusion intestinale basse ; l'évolution était heureusement favorable.

CAS CLINIQUE

Madame K.M est une septième geste quatrième pare avec trois enfants vivants (deux avortements spontanés à 2mois et une MFIU à 6mois) de 41 ans, ayant comme antécédents cholécystectomie il y'a 10 ans, une césarienne en 2009 et un diabète familial. Il s'agit d'une grossesse monofoetale évolutive, hospitalisée à 30 semaines d'aménorrhée (SA) + trois jours pour diabète gestationnel suite à une HGPO à 75g du glucose pathologique, équilibrée sous insuline sans retentissement ni maternel ni foetal, et au cours de cette hospitalisation une hypertension gravidique a été diagnostiquée d'où la mise en place d'un traitement antihypertenseur : ALDOMET 500mg/8h avec un bon équilibre sans retentissement. Le contrôle après sa sortie, du diabète et du l'HTA resté sans anomalie jusqu'à 35SA, ou elle a été ré hospitalisée pour équilibre diabétique devant un cycle glycémique perturbé sous insuline. La patiente restée hospitaliser jusqu'à 37SA+4J où elle a été césarisée pour diabète gestationnel sur utérus cicatriciel, donnant naissance à un garçon, APGAR 10/10, bien portant, pesé 3500g.

À j2 post-césarienne la patiente n'a pas repris son transit et présentait un météorisme abdominal important avec douleurs abdominales diffuses. Les bruits hydro-aériques (BHA) sont présents, sans émission de gaz. Ces douleurs sont mises sur le compte de la reprise du transit et traitées médicalement par antispasmodiques et laxatifs, et la patiente est laissée à jeun. Malgré l'instauration d'un traitement symptomatique avec hydratation électrolytique, et mise en place d'une sonde nasogastrique, la symptomatologie ne s'améliorait pas. Un ASP (cliché sans préparation) a été réalisé objectivant une distension colique sans niveau hydroaériques. **[Fig. 1]** (ASP)



Fig. 1. (ASP) : un ASP (cliché sans préparation) a été réalisé objectivant une distension colique sans niveaux hydro-aériques.

A j3 post-césarienne, une tomodensitométrie abdominopelvienne était alors réalisée retrouvant une distension majeure de la totalité du côlon. Pour éliminer une origine organique, une opacification rétrograde aux hydrosolubles était réalisée, confirmant l'absence d'obstacle soit intrinsèque ou extrinsèque et pas de souffrance intestinale ni d'épanchement

abdominal [Fig.2]. (TDM) Mais vu l'aggravation des douleurs abdominales et l'augmentation très marquée du météorisme, avec défense à la palpation abdominale. Devant cet abdomen chirurgical, un bilan sanguin préopératoire est prélevé et une laparotomie en urgence a été réalisée pour suspicion d'un volvulus de sigmoïde, l'exploration chirurgicale n'a pas objectivée d'anomalies pas d'obstacle ni volvulus ni épanchement intra abdominal ni souffrance intestinale ; donc le diagnostic de syndrome d'Ogilvie a été confirmé.

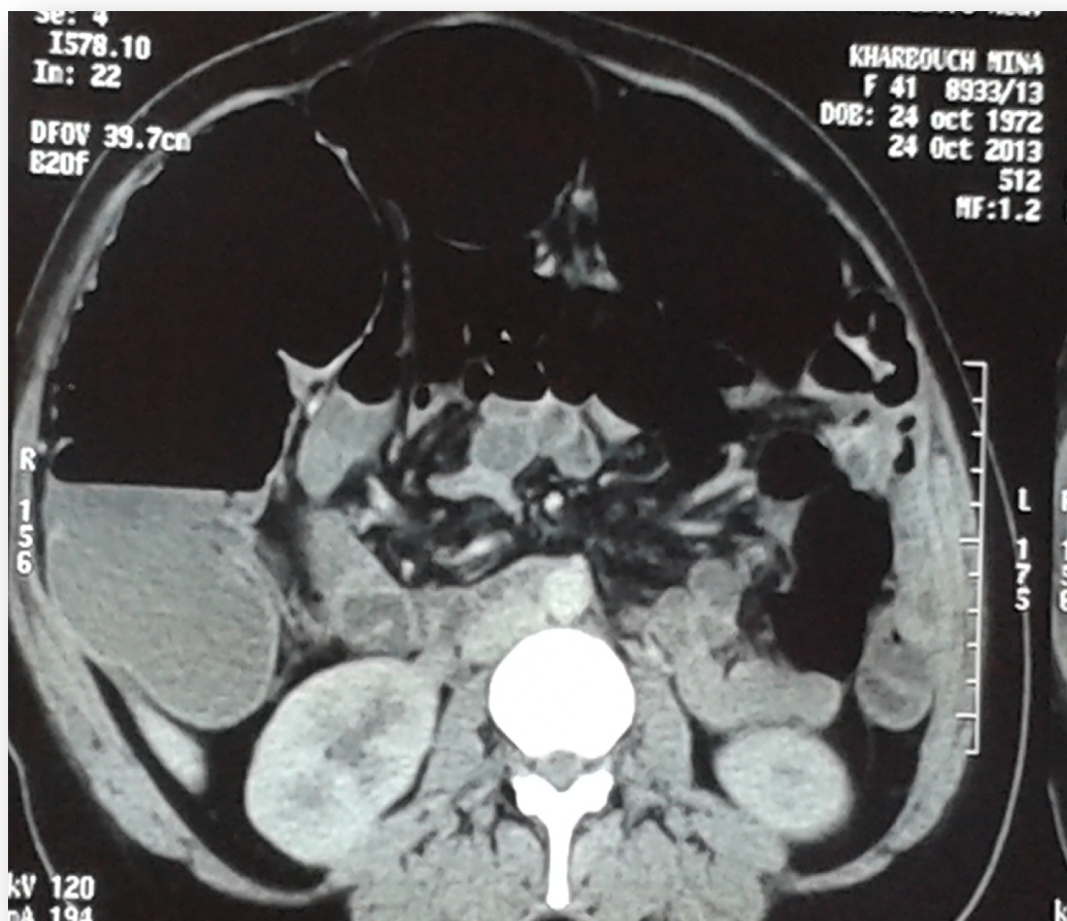


Fig. 2. (TDM) : Dilatation massive du côlon. Aspect scannographique de la dilatation colique. Scanner : la dilatation colique.

À J1 post opératoire (soit j5 post césarienne), la patiente est de nouveau algique, son abdomen est ballonné. Un traitement par Prostigmine® (néostigmine) est mis en place à raison d'une ampoule en intramusculaire à la posologie de 0,05 mg / kg en IV (ampoule à 0,5 mg/ml) soit une ampoule chaque huit heures pendant 48heures.

A J2 post opératoire, la patiente est toujours à jeun. On note une amélioration de son état clinique. On réalise une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) par jour, ainsi que l'examen abdominal tous les jours. Ces éléments permettent la surveillance de l'amélioration de la colectasie, et avec elle du ballonnement abdominal.

A J3 post opératoire, l'état clinique est rassurant : une reprise progressive de l'alimentation liquidienne est autorisée, le traitement par Prostigmine® est arrêté. . Une surveillance régulière par ASP est poursuivie. Une colonoscopie diagnostique a été réalisée qui n'a pas objectivé d'anomalies à part une hypertrophie sphinctérienne. L'évolution est marquée par une bonne amélioration avec reprise du transit normal dans une semaine.

DISCUSSION

Rarement idiopathique, le syndrome d'Ogilvie survient le plus souvent chez des patients atteints de maladies viscérales graves ou venant de subir une intervention chirurgicale (surtout chirurgie pelvienne ou thoracique), la distension colique, totale ou segmentaire est toujours progressive, en l'absence d'un traitement approprié, elle entraîne une ischémie intestinale et la possible perforation diastasique du coecum quand le diamètre viscéral atteint 9 à 12 cm. En cas de perforation, la mortalité est très élevée 40-50% [2] [4]. Chez la femme, la césarienne apparaît comme étant l'intervention la plus fréquemment associées au syndrome d'ogilvie [4] [5] [6] [7] cependant ce syndrome a été également décrit au cours des accouchements normaux[8]. L'Étiopathogénie [9][10] n'est actuellement pas totalement élucidée, la plupart des auteurs reconnaissent la dilatation aiguë comme conséquence d'une altération de l'innervation autonome du colon, par déficit du parasympathique sacré [3][14] responsable d'une atonie du colon distal, ce qui provoque une obstruction fonctionnelle, identique à celle qui se manifeste dans la maladie de Hirschprung, avec la différence que l'histologie révèle la présence de cellules ganglionnaires normales au niveau du plexus mésentérique. Une théorie vasculaire est proposée par d'autres auteurs, le mécanisme initial serait une baisse de la perfusion splanchnique au cours d'un bas débit général chez des malades souvent poly vasculaires et fragiles. Des théories hormonales mettent en cause les prostaglandines E qui stimulent la couche musculaire circulaire du colon. Des facteurs médicamenteux ou métaboliques viennent souvent s'ajouter aux précédents, les traitements neurotropes sont souvent mis en cause en raison de leurs effets anti cholinergiques. La symptomatologie est celle d'une occlusion intestinale aiguë basse ; d'installation rapide (un à deux jours) ou plus lente (3 à 7 jours) ; chez notre patiente la symptomatologie est apparue dans les 48 heures.

Le tableau clinique est rarement typique d'une occlusion intestinale basse la distension abdominale et le météorisme étant les signes les plus constants , les bruits hydro-aériques sont normaux ou augmentés l'état général est conservé ;les autres signes habituels de l'occlusion intestinales tels que les nausées , les vomissements ,la fièvre et l'arrêt des matières ne sont pas toujours présents [5] ;tandis que l'apparition d'une douleur de la fosse iliaque droite doit faire suspecter une perforation caecale [11].Les examens biologiques sont peu contributifs cependant une hyperleucocytose est retrouvées dans 27% chez les patientes non compliquées et dans 100% dans les perforations caecales [5] .L'abdomen sans préparation est l'examen radiologique le plus fiable. Il montre une distension colique globale du coecum à la jonction recto sigmoïdienne ; ou partielle surtout au niveau du coecum, les niveaux hydro aériques sont inconstants, chez notre patiente l'ASP a montré quelques niveaux hydro-aériques type coliques intéressant la région caecale et colique droite. Le respect des haustrations coliques ainsi que l'inconstance des niveaux hydro-aériques sont en faveur d'un obstacle fonctionnel [9] ce qui doit déjà orienté vers le diagnostic de syndrome d'ogilvie. La mesure du diamètre caecal apparaît comme le meilleur indice prédictif d'une perforation caecal ; lowman et Davis avait défini le seuil de 9cm [12] alors que vaneck et al n'avaient observé de perforation avant 12 cm [2].Cependant l'ASP est peu contributive en terme de perforation car la présence de pneumopéritoine est physiologique jusqu'à cinq jours après la laparotomie. La tomomodensitométrie (TDM) abdominale n'a intérêt que dans l'élimination de certains diagnostic différentiel tels qu'un obstacle mécanique ; un volvulus du sigmoïde, le fécalome ou la péritonite. Le traitement du syndrome d'ogilvie dépend essentiellement de l'état général de la patiente et du diamètre caecal à l'ASP, le but de ce traitement est de réduire la distension colique afin d'éviter la complication la plus redoutable qui est la perforation et la péritonite stercorale. En dessous de 9-12cm le traitement médical doit être réalisé en première intention ; au-dessus de ce seuil le traitement par méthodes invasives s'impose, le traitement chirurgical n'est indiqué que dans les formes compliquées et en cas d'échec du traitement médical. Le traitement médical associe le jeûne, la mise en place d'une sonde nasogastrique, la rééquilibration des désordres hydro électrolytiques, et la pose d'une sonde rectale.

On utilise aussi des para sympathicomimétiques comme la Prostigmine à la posologie de 0,05 mg/kg en IV (ampoule à 0,5 mg/ml) ; son utilisation exige une surveillance clinique et électrocardioscopique étroite ainsi qu'une seringue d'atropine a côté [5][8][13]. L'Erythromycine peut être également utilisée, décrite pour avoir un effet stimulant sur la motilité colique [13]. La colonoscopie est à la fois diagnostique, thérapeutique et pronostique [14][5][8][13]. Elle permet d'apporter la preuve de l'absence d'obstacle ; de réaliser une exsufflation colique en montant une sonde rectale ; et de vérifier l'intégrité de la muqueuse colique. C'est ce qui a été réalisé par notre équipe de gastro-entérologues.

D'autres possibilités thérapeutiques ont été décrites comme l'anesthésie péridurale, les infiltrations splanchniques et le lavement à la gastrografine [5] [15][13].Weber et al ont rapporté trois cas de syndrome d'ogilvie post césarienne [5] ,la première a bénéficié d'un traitement médical simple avec retour rapide à la normale ;la deuxième a bénéficié d'une exsufflation colonoscopique après échec du traitement médical ;la troisième malade a aussi bénéficié d'une colonoscopie exuflative après l'absence d'amélioration sous le traitement médical et la péridurale ;donc ces auteurs concluent que le traitement médical doit être privilégié au dépend du traitement chirurgical qui doit être laisser pour les complication telle que la perforation. Roux et al [9] tirent les mêmes conclusions en 2009.Mainguay et al [10] rapportent deux cas compliqués de

perforations coecales ayant nécessité une intervention chirurgicale en urgence type coecotomie avec colostomie transverse de décharge et suture de la séreuse.

CONCLUSION

Le syndrome d'Ogilvie est une entité rare ; il doit être évoqué chez la femme qui présente un syndrome occlusif avec météorisme important en post partum ; il constitue une urgence de prise en charge du fait du risque de perforation caecale et de la péritonite stercorale.

L'ASP constitue l'examen clé pour faire le diagnostic et pour chercher les signes de pré perforation .Le traitement repose essentiellement sur les mesures médicales ainsi que la colonoscopie exuflative, cependant le traitement chirurgical peut s'avérer obligatoire en cas de complication.

REFERENCES

- [1] Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation, a new clinical syndrome. *Br Med J* 1948;9:671—3.
- [2] Tenofsky PL, Beamer L, Smith RS. Ogilvie's syndrome as a post operative complication. *Arch Surg* 2000;135:682—7.
- [3] Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon. *Dis Colon Rectum*1986;29:203—10.
- [4] Busch FW, Hamdorf JM, Carroll CS, Magann EF, Morrisson JC. Acute colonic pseudo-obstruction following cesarean delivery. *J Miss State Med Assoc* 2004;45:323—6.
- [5] Weber P, Heckel S, Hummel M, Dellenbach P. Syndrome d'Ogilvie après césarienne. À propos de trois cas. *Revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993;22:653—8.
- [6] Schjoldager BT, Sorensen JL, Svaerke T, Berthelsen JG. Ogilvie syndrome after cesarean section. *Ugeskr Laeger* 2001;163(33):3064—8.
- [7] Lemine M, Collet M, Brettes JP. Abdominal emergencies and pregnancy. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1994;89(11):553—9.
- [8] Kakarla A, Posnett H, Jain A, Ash A. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) following instrumental vaginal delivery. *Int J Clin Pract* 2006;60:1303—5.
- [9] M. Roux *, A. Fichez, P. Roth, P. Gaucherand Reçu le 15 février 2008 ; accepté le 21 octobre 2009 Syndrome d'Ogilvie après une césarienne :à propos d'un cas Ogilvie's syndrome after cesarean section:A case report
- [10] C. Mainguy Le Gallou*, C. Eboué, D. Vardon, P. Von Théobald, M. Dreyfus Rec,u le 11 avril 2010 ; avis du comité de lecture le 3 novembre 2010 ; Syndrome d'Ogilvie après césarienne : savoir y penser ! À propos de deux cas post-césarienne et revue de la littérature Ogilvie's syndrome following cesarean section: Just think !Report of two cases and review of the literature
- [11] Robertson JA, Eddy WA, Vosseler AJ. Spontaneous perforation of the cecum without mechanical obstruction. *Am J Surg* 1958;96:448—52.
- [12] Lowman RM, Davis L. An evaluation of cecal size in impending perforation of the cecum. *Surg Gynecol Obstet*1956;103:711—8.
- [13] Carol Annette Roberts RNC, MN.. Ogilvie's syndrome after cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000;29:239—46
- [14] Moore JG, Gladstone NS, Lucas CGW, Ravy MJR, Ansari AH. Successful management of post cesarean section acute pseudoobstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) with colonoscopic decompression, a case report. *J Reprod Med* 1986;31:1001—4.
- [15] Singh S, Nadgir A, Bryan RM. Post-cesarean section acute colonic pseudoobstruction with spontaneous perforation. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89:144—5.