



Poster N°: P1023

Syndrome d'ogilvie

M.Tarik, H.Gnounou ,
O.Bouhamed, M.yahia,
A.Dahmen,L.Remili. ,M.Kchaou

Anesthésie-Réanimation
Hopital universitaire
habib bourguiba
Médénine



Global Events
& Training Solutions
www.ipgets.tn

Introduction :

La pseudo-obstruction colique aigue, appelée syndrome d'ogilvie, est définie par une distension colique majeure réalisant un syndrome occlusif sans obstacle mécanique.

Nous rapportons le cas d'une péritonite stercorale secondaire à une pseudo-obstruction colique aigue chez une femme âgée de 62 ans.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 62 ans hypertendu qui était hospitalisé au service de Réanimation pour un coma myxoœdémateux. Elle était mise sous L-thyroxine avec une amélioration sur le plan neurologique. Elle a présenté des troubles ioniques à type d'hypokaliémie et hypomagnésémie persistant associé à un sepsis sévère étiqueté à Acinetobacter et puis elle a été mise sous Tienam et Coli. La patiente a présenté au 32 èmes jour d'hospitalisation des douleurs avec distension abdominale avec un arrêt du transit intestinal. TDM abdominale a été fait objectivant un pneumopéritoine de grande abondance secondaire à une perforation caecale.

Discussion :

La pseudo-obstruction colique aigue, appelée syndrome d'Ogilvie, est caractérisé par une dilatation aigu du colon et du rectum sans obstacle organique intrinsèque ou extrinsèque résultant d'une paralysie de la musculature du colon qui se laisse distendre passivement sans aucune élévation des pressions endoluminales. L'hypothèse physiopathologique prévalence dans la littérature n'a jamais été démontrée et repose sur un déséquilibre de l'innervation digestive autonome parasymphatique. La plupart des causes associées au syndrome d'Ogilvie sont résumées dans ce tableau

Métaboliques	
	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble hydro-électrolytiques (hypokaliémie, hyponatrémie, hypocalcémie, hypophosphatémie, hypomagnésémie) • Insuffisance d'organe (respiratoire, hépatique, rénale) • Consommation excessive d'alcool

Médicaments	
	<ul style="list-style-type: none"> • Opiacés • Sédatifs (benzodiazépines) • Antidépresseurs (tricycliques) • Inhibiteurs calciques • Antiparkinsoniens • Phénothiazines • Baclofène
Infections	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis sévère (bactéries à gram négatif) • Pneumopathie • Cholécystite aigue • Pancréatite aigue • Abscess pelvien
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Parkinson • Maladie d'Alzheimer • Sclérose en plaque
Cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Etat de choc • Infarctus du myocarde • Insuffisance cardiaque congestive
Néoplasie	<ul style="list-style-type: none"> • Leucémie • Tumeur rétroperitonéale • Radiothérapie ou néoplasie pelvienne
Post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> • Transplantation rénale • Chirurgie pelvienne ou de la hanche
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilation mécanique

Le tableau clinique réalise un syndrome occlusif d'installation rapide avec un arrêt du transit intestinal, des douleurs et une distension abdominale, des nausées et /ou vomissements post prandiaux. L'examen révélé en l'absence de complication, un abdomen tympanique et distendu avec réduction ou abolition des bruits hydro-aériques. L'ASP objective une distension abdominale avec aérocolie touchant essentiellement le colon proximal et recherche une éventuelle perforation colique. Le diagnostic reposera sur l'absence mécanique objective soit par un lavement aux hydrosolubles soit par la réalisation d'un scanner abdominale non injecté affirmant le caractère pseudo-obstructif. Le pronostic de ce syndrome est essentiellement dominé par les complications, qui surviennent dans 3-15% des cas et représentées par l'ischémie et la perforation colique (caecale) dont le taux de mortalité est élevée (50%). Les principaux facteurs de risques sont l'âge avancé, un diamètre caecale supérieur à 12 cm et le délai de décompression.

Une fois le diagnostic est établie, un traitement de support doit être réalisé systématiquement durant 48-72h, y compris en cas de complications et associe, une correction hydro-électrolytique (hypokaliémie et hypomagnésémie surtout), la mise en place d'une sonde rectale, l'arrêt de tout traitement ralentissant le transit (opiacés, anticholinergiques et inhibiteurs calciques en particuliers) et l'éviction des laxatifs (osmotiques surtout). En l'absence de correction totale (durée de la distension supérieure à 6 jours) ou d'emblée en cas de risque de perforation (diamètre colique supérieur à 12 cm), un traitement médicamenteux est recommandé et dont la référence repose sur les anticholinestésiques (néostigmine). En cas d'échec pharmacologique, une colo-exsufflation par un opérateur entraîné doit être réalisée et dont le succès n'est observé que dans 80% des cas. Le risque de perforation n'est cependant pas négligeable et s'observe dans 2% des cas. En dernier recours, le traitement repose sur une caecostomie de décharge réalisée soit par voie chirurgicale soit par voie percutanée sous contrôle scannographique selon l'état du patient.