

Syndrome de l'OGILVIE

A PROPOS D'UN CAS

**Dr CARNIATO
Dr DAUDIN
Dr BENGOUFFA**



PLAN :

- **INTRODUCTION**
 - *Etiologie*
 - *pathogénie*
- *Présentation d'un cas et son suivi en institution*
 - **DISCUSSION**
 - **CONCLUSION**
 - *Abstract*
 - *Bibliographie*
 - *Iconographie*



I/ INTRODUCTION :



- On doit à OGILVIE en 1948, la description princeps de ce syndrome clinique caractérisé par la **distension majeure du côlon sans obstruction recto-colite en aval.**
- Il est actuellement admis que ce syndrome est le plus souvent lié à un état pathologique abdominal, extra abdominal ou général.
- Le syndrome d'Ogilvy est rarement isolé (6%), il survient à l'occasion de processus pathologiques variés dans 88 à 95% des cas
- L'âge moyen est de 60 ans pour les hommes et 56 ans pour les femmes, avec une prédominance masculine.



Étiologies retenues

- Sepsis
 - Chirurgie abdomino-périnéal
 - Syndrome post-traumatique
 - Chirurgie orthopédique
 - Chirurgie thoracique et cardiaque
 - Affection rétro péritonéale
 - Inflammation intra abdominale
 - Insuffisance rénale
 - Insuffisance cardiaque
 - Alcoolisme
- Affections neurologiques
- **Iatrogéniques**
 - Idiopathique



Pathogénie

- Trouble de
- - l'Innervation Σ : inhibition motrice colique
- - Innervation para Σ : stimule la motricité colique
 - Dilatation colique
 - -troubles de la vascularisation
 - -Souffrance viscérale d'origine ischémique
 - Risque :
- -Perforation et péritonite stercorale



- **L'étiopathogénie 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 parasymphatique sacré, responsable d'une atonie du colon distal, ce qui provoque une obstruction fonctionnelle.**
- **Une théorie vasculaire** est proposée par d'autres auteurs le mécanisme initial étant une baisse de la perfusion splanchnique au cours d'un bas débit général chez des malades souvent polyvasculaires et fragiles.
- **Des facteurs médicamenteux ou métaboliques viennent souvent s'ajouter aux précédents, les traitements neurotropes sont souvent mis en cause en raison de leurs effets anticholinergiques**



Le tableau clinique est dominé par un
• **météorisme abdominal majeur**

contrastant avec une tolérance clinique parfaite et un état général inchangé.

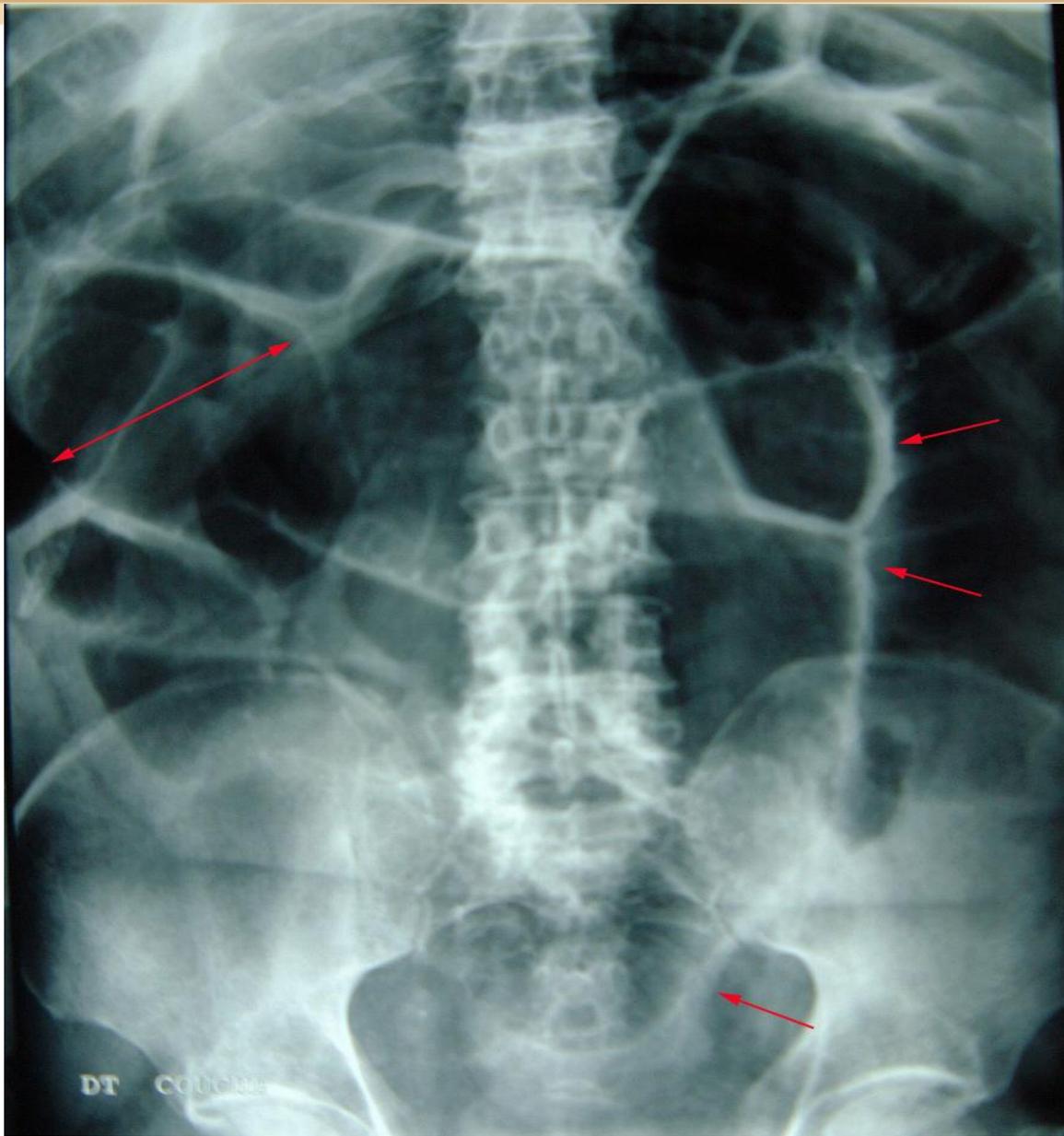
Les troubles du transit sont variables avec présence d'un syndrome occlusif franc, d'installation parfois brutale, souvent en quelques jours, le transit pouvant être normal voire diarrhéique.



- **La radiographie sans préparation de l'abdomen montre une volumineuse dilatation gazeuse du colon qui peut s'étendre à la totalité du viscère ou s'arrêter brutalement au niveau du colon ascendant, du transverse, de l'angle gauche ou de la jonction sigmoïdrectale.**
- **En l'absence de traitement, la dilatation progressive du colon entraîne le risque d'apparition de lésions ischémiques ou de perforation.**







EVOLUTION:

- **Les contrôles à court terme avec des radiographies de l'abdomen sans préparation permettent couplés à l'examen clinique d'apprécier l'évolution**



III/Présentation

**d'un Cas
Et son suivi
en
institution**



**Mr N.O. est né en 1940,
il est hospitalisé pour un syndrome déficitaire, schizoïde,
dont il a été traité par
neuroleptiques retard et au long cours. (MODITEN
retard, Théraléne, TERCIAN...)**

**Dans ses antécédents on retrouve
une BPCO post tabagique,
DNID équilibré par régime,
une HTA non traitée,**

**Ce patient a présenté son premier épisode au courant de
l'année 1998, par un Sd diarrhéique, abondant et fétide,
mal toléré sur le plan clinique**

**Le tableau clinique retenu sera celui d'une atonie digestive
avec grande distension gazeuse touchant l'estomac, le
grêle et le colon.**

**La clinique se transformera très vite en un Sd occlusif avec
vomissement fécaloïde, il sera admis en service de
réanimation médicale le**

**une candidose digestive et une colonisation à
pseudomonas aeruginosa sera traitée énergiquement
(TRIFLUCAN, VANCOCINE, FORTUM)**

contractée pendant l'hospitalisation.



L'investigation fibroscopique avait été considérée comme normale ; la colonoscopie diagnostique voire de décompression avait été un échec ; l'échographie abdominale n'a pas trouvée d'anomalie notable, hépatobiliaire, ni de liquide intra péritonéale ; le scanner à éliminé un abcès profond et le lavement à la gastrographine à montré des lésions de distension colique droite et surtout transverse avec un aspect tubulaire cicatriciel, du colon gauche faisant évoquer des lésions ischémiques.

Une CRP à 286, des Blancs à 5000 et une hyperthermie modérée à 37°8cécarterons une complication infectueuse.

L'hypothèse la plus probable, a été une colectasie induite par les neuroleptiques, mais une colite ischémique a été évoquée.

Après une mise au repos du tube digestif et devant la distension monstrueuse du colon transverse, la décision opératoire a alors été prise.

**Il a été réalisé
une colectomie sub totale avec anastomose iléo-sigmoïdienne, le 17/09/1998.**



En 2002

il récidive avec une occlusion du grêle et une distension considérable de tout le grêle.

Au vue du choc septique, une intervention d'urgence est décidée, avec « laparotomie exploratrice complète de l'abdomen, suivie d'une résection segmentaire du sigmoïde et d'un mètre de grêle ».



Son suivi en chirurgie viscérale et en gastro, n'a plus montré, pour l'instant, de complication occlusif.

Un traitement systématique en movicol et un patch nicotinique semble diminuer le risque d'un accès aigue

Des épisodes de météorismes monstrueux, survenu depuis et traité par injection de prostigmine, aux urgences, après investigation radiologique, suivent des « destabilisations de l'humeur » (recrudescence d'angoisse, hospitalisation pour bilans et/ou prise en charge interventionnelle



En conclusion

ce patient, traité par neuroleptique pour une psychose déficitaire, a présenté probablement un syndrome d'iléus grecolopathique décrit par OGILVIE, qui s'est compliqué d'une perforation, et qui s'est soldé par une amputation de quelques mètres du tube digestif, développant, depuis, plusieurs épisodes de météorisme abdominale, accompagné de diarrhée fétide résolutive spontanément ou par injection de prostigmine.



- **IV/ DISCUSSION :**



**La nature étiopathogénique qui pourra être avancée
sera probablement iatrogénique
de par son traitement neuroleptique de longue date.**

**Mais l'intrication de plusieurs facteurs pourrait être aisément retenue au
regard d'une notion colopathiques familiale et d'une Micro
Angiopathie Thrombotique associant une pan cytopénie et une
anémie hémolytique mécanique, de découverte fortuite, lors des
diverses hospitalisations.**

**La survenu de ces «météorismes importants » suivent souvent des
moments de déstabilisation de son état pathologique, avec une forte
augmentation anxieuse, vis-à-vis d'une quelconque prise en charge
médicale quelque peu compliquée, en l'occurrence dans notre cas
pour une mise en place d'une prothèse de l'épaule, ou investigation
d'une microhématurie.**

**La reprise des antidépresseurs,
l'état anxieux sont d'autant de facteurs
qui peuvent intervenir sur l'iléus intestinale,
et créer une DILATATION INTESTINALE
souvent difficilement pris en charge en milieu institutionnel
C'est dire l'importance des examens radiologiques(ASP, Écho-
abdos, colonoscopie...) et d'une bonne coordination
avec le secteur hospitalier général.**



La gestion de cette forme de pathologie demande une collaboration étroite et de confiance avec des équipes rompues à ce genre de pathologie, ce qui devient par ailleurs, une expédition des plus ardue, dans un service spécialisé excentré devant répondre à une souffrance, aigue, ponctuelle et répétée. D'où l'intérêt d'une médecine pouvant, sous forme de consultation de débrouillage, et par des praticiens connaissant la population affectée, solliciter une prise en charge, rapide en corrélation avec d'autre service, notamment les services des urgences.

Quelques lits d'hospitalisation de courte durée seront difficilement envisageables.

La mise en place de système d'aspiration, d'oxygénothérapie, dans un milieu ou les addictions tabagiques sont difficilement résolubles, rendent les services institutionnels, tributaires de l'hôpital général, avec qui des conventions de « bonne pratiques », se doivent d'être établies.



V/CONCLUSION



La pseudo obstruction colique aiguë est un syndrome clinique et physiopathologie pouvant être d'interprétation encore incertaine.

Elle se manifeste par un tableau d'occlusion intestinale basse, sans signes évidents d'obstruction mécanique en aval.

La donnée principale est la dilatation aérienne massive du colon dont l'évolution spontanée est la perforation coecal pour des diamètres supérieurs à 9-12 cm.

Le traitement vise à la décompression précoce du colon qui empêche la survenue des complications et favorise la reprise du transit.

En cas d'échec du traitement médical, l'exsufflation colique par voie endoscopique est la thérapeutique de choix

l'intervention chirurgicale est réservée aux échecs du traitement conservateur et endoscopique ou lorsqu'on diagnostique ou on soupçonne une ischémie ou une perforation.

La mortalité de cette affection est de 14% dans les cas non compliqués, mais atteint 48% voire plus en présence d'une perforation ou d'une ischémie.

Une exsufflation endoscopique efficace est définie par la réduction du diamètre coecal d'au moins 3 cm et le succès varie de 73 à 100% des cas selon certain auteurs



Abstract



Le syndrome d'OGILVIE ou pseudo obstruction colique, se Traduit par un tableau d'occlusion intestinale aiguë Basse, sans obstacle survenant habituellement chez des Patients âgés ayant une pathologie associée contemporaine.

Le risque de perforation cœcal avec constitution d'une péritonite stercorale dont la mortalité est importante fait toute la gravité de ce syndrome, dont le diagnostic repose sur la réalisation d'une radiographie d'abdomen sans préparation, permettant d'éliminer un obstacle organique.

La pathogénie incrimine une perturbation du système Nerveux autonome du colon.

La iatrogénie reste fortement incriminée dans l'étiopathogénie.

La thérapeutique actuelle repose en 1ère intention sur l'exsufflation colonoscopie et/ou l'anesthésie péridurale, le recours à la chirurgie ne devant être réservé qu'aux complications et aux cas réfractaires aux traitements conservateurs.

L'importance d'une prise en charge rapide et adaptée, près d'un plateau technique ou de structures hospitalières proximales montre l'importance d'une articulation cohérentes .



La prise en charge du syndrome de l'OGILVIE, hors du service de chirurgie, reste une évaluation quasi régulière de la fonctionnalité de la lumière intestinale et de l'augmentation du diamètre intestinal.

C'est dire l'importance, d'une surveillance assidue et vigilante, qui au moindre doute va entraîner une hospitalisation pour investigation interventionniste.



BIBLIOGRAPHIE



- **I/Pseudo obstruction colique aigue (Sd d'OGILVIE)à propos d'un cas**

A.Essomba, P.Masso-misse

E.Mallonga, M.A. Sosso

- **II/ La pseudo obstruction aigue du colon à propos de 12 cas**

Sd d'OGILVIE

D.Touiti, K Rachid, A Zentar,

O Mansouri, Y Sefiane....

- **III/ Sd d'OGILVIE, traitement**

Castagnier Mathias – DESC

Réa . Méd. Décembre 2005



ICONOGRAPHIE



