



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/12543
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12543>



RESEARCH ARTICLE

SYNDROME D'OGILVIE EN POST-OPERATOIRE D'UNE CESARIENNE A PROPOS D'UN CAS

Fouzia El Hilali, Fatimazahra Gounain, Mohamed Karam Saoud, Nissrine Mamouni, Sanaa Errarhay,
Chahrazed Bouchikhi and Abdelaziz Banani
Service De Gynécologie Obstétrique I CHU Hassan II Fès.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 23 December 2020
Final Accepted: 25 January 2021
Published: February 2021

Key words:-

Syndrome d'Ogilvie, Post Partum,
Césarienne, Pseudo-Obstruction Colique
Aiguë

Abstract

Le syndrome d'Ogilvie est une complication postopératoire rare qui peut survenir après un accouchement par césarienne. Elle se caractérise par une dilatation massive du côlon sans obstacle mécanique. Une détection et une intervention précoces sont nécessaires pour éviter une morbidité et/ou une mortalité graves. Nous rapportons dans notre travail un cas d'un syndrome d'Ogilvie en post opératoire d'une césarienne pour présentation de siège avec bassin limite, avec une bonne amélioration clinique après un traitement conservateur.

Copy Right, IJAR, 2021., All rights reserved.

Introduction:-

Le syndrome d'Ogilvie ou pseudo-obstruction colique aiguë (POCA) est décrit pour la première fois en 1948 par Sir Ogilvie [1], il correspond à une dilatation importante, pseudo-occlusive, d'évolution aiguë, de tout ou une partie du cadre colique, sans obstacle organique, ni lésion ischémique, ni processus inflammatoire du colon ou de la cavité péritonéale. La césarienne est la chirurgie le plus souvent associée au syndrome d'Ogilvie, suivie par les chirurgies pelviennes[2].

Observation:-

Madame O.N âgée de 41 ans, G1P1, admise au cinquième jour du post-opératoire, présentant un arrêt de matières et de gaz secondaires après notion d'émission de gaz une seule fois avec des vomissements post prandiaux depuis cinq jours, des douleurs abdominales et une distension abdominale, l'examen abdominal trouve une sensibilité généralisée de l'abdomen avec météorisme abdominal, la biologie trouve une hyponatrémie, une hypokaliémie, le reste du bilan biologique était normal. L'abdomen sans préparation (ASP) objective des niveaux hydro-aériques grêlo-coliques (figure1), la TDM abdominopelvienne montre une distension colique sans signe de souffrance digestive (figure2), après mise en place d'une sonde d'aspiration nasogastrique, et correction des troubles hydro-électrolytiques, une amélioration clinique et biologique est observée.

Discussion:-

La POCA correspond à une dilatation aiguë limitée au côlon sans obstacle mécanique. Elle est due à une perturbation fonctionnelle de la motilité du côlon secondaire à un déséquilibre de l'activité nerveuse autonome avec une augmentation du tonus sympathique et une diminution du tonus parasympathique entraînant une obstruction fonctionnelle dans le côlon distal et un côlon supérieur détendu et dilaté [3]. L'étirement des mécanorécepteurs dans la paroi du côlon active le réflexe colocolonique, ce qui augmente encore le tonus sympathique et conduit à un cercle vicieux de diminution de la motilité et de dilatation[4].

Corresponding Author:-Fouzia El Hilali

Address:-Département of Obstetrics and Gynecology I - HASSAN II University Hospital Center- Fez,
Morocco.

Les causes gynécologiques sont les plus fréquentes avec tout d'abord la césarienne, la grossesse, la chirurgie pelvienne suivies par les traumatismes[5]. La césarienne est le facteur de risque associé le plus fréquent pour un syndrome d'ogilvie du post-partum. Cependant, la POCA peut se produire même après un accouchement par voie basse normal ou instrumental. Les césariennes pour prééclampsie ou HELLP syndrome, les grossesses multiples et les hémorragies par placenta praevia semblent être plus fréquentes chez les patientes qui développent une POCA[6].

La POCA est révélée cliniquement par un météorisme avec des douleurs abdominales. Les explorations biologiques n'ont pas d'intérêt diagnostique. L'ASP reste l'examen diagnostique clé, avec distension colique rectosigmoïdienne, le plus souvent étendue au reste du cadre colique. La persistance des haustrations coliques et l'inconstance des niveaux hydro-aériques sont plutôt en faveur d'une occlusion fonctionnelle. Un diamètre cæcal supérieur à 12 centimètres est un facteur de risque de perforation[7]. Le risque de perforation intestinale spontanée en postpartum est plus élevé, mais la mortalité est plus faible par rapport aux autres patients atteints de POCA [6].

Le traitement est pluri-factoriel : correction des troubles hydro-électrolytiques éventuels, mise en place d'une sonde d'aspiration nasogastrique, arrêt possible de traitements pouvant favoriser les troubles du transit. Le lavement aux hydrosolubles, outre sa valeur diagnostique, peut être un traitement efficace. L'exsufflation endoscopique avec mise en place d'une sonde d'exsufflation multiperforée est longtemps restée le traitement de référence avec résultats satisfaisants, avec parfois nécessité d'exsufflations itératives. Les risques perforatifs pendant l'exsufflation endoscopique sont réels même s'ils sont mal quantifiés. Le traitement de référence de la POCA est la néostigmine qui, par voie intraveineuse et sous réserve du respect des contre-indications, est efficace dans plus de 90 % des cas. La cœcostomie de sauvetage ou, exceptionnellement, la colectomie sont réservées aux rares échecs des traitements conservateurs[8].

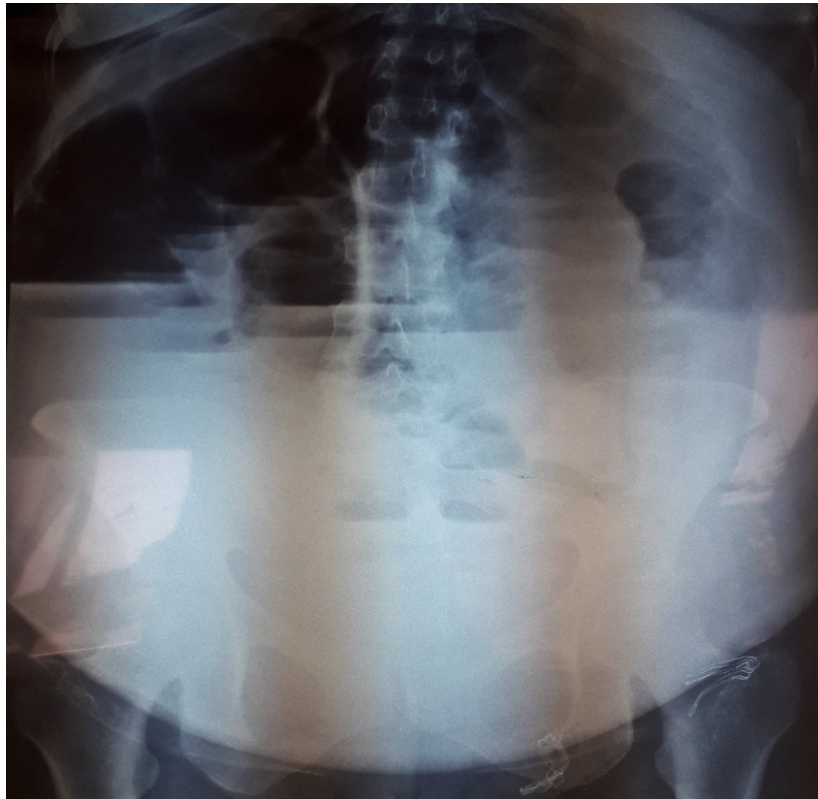


Figure 1:- Niveaux hydroaériques type coliques sur radio de l'abdomen sans preparation.

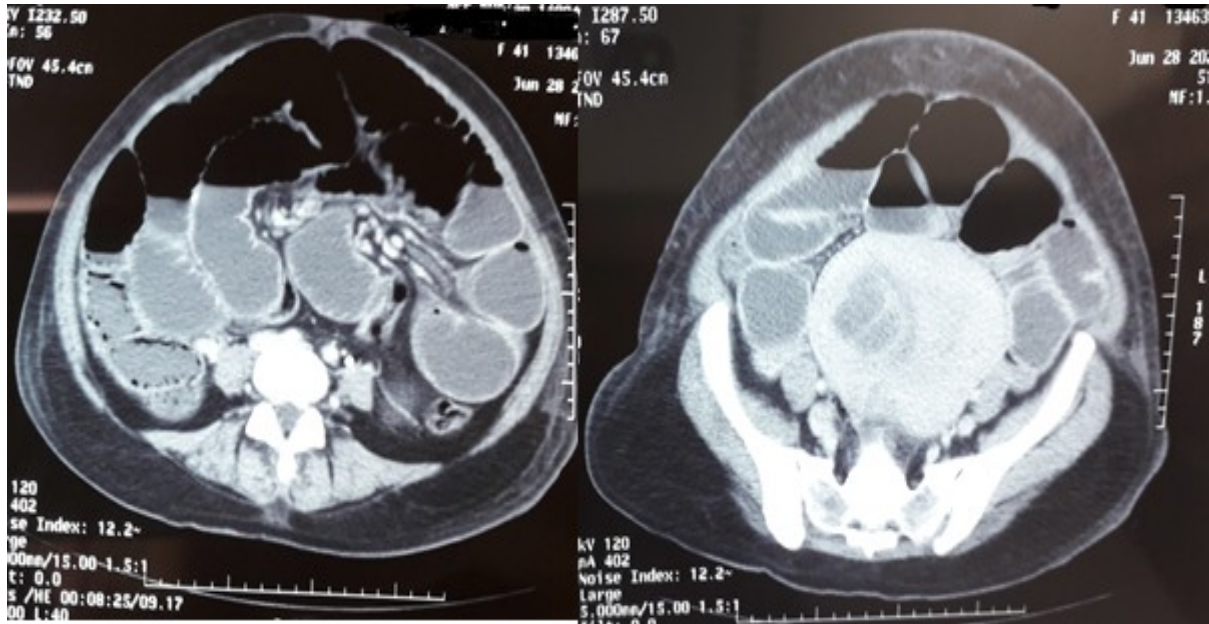


Figure 1:- Aspect TDM de niveaux hydroaériques.

Conclusion:-

Le syndrome d'Ogilvie doit être considéré comme un diagnostic différentiel chez les femmes présentant une distension abdominale et des douleurs après une césarienne afin d'éviter le risque de perforation intestinale et le recours à un traitement chirurgical.

Conflit d'intérêt.:

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références:-

- [1] Ogilvie H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation. Br Med J 1948; 671-3.
- [2] Roberts, C. A. (2000). Ogilvie's Syndrome After Cesarean Delivery. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 29(3), 239–246.
- [3] Durai R. Colonic pseudo-obstruction. Singapore Med J. 2009;50(3):237-44.
- [4] Reece EA, Petrie RH. Colonic pseudo-obstruction following obstetrical surgery. A review. Diagn Gynecol Obstet. 1982;4(4):275-80.
- [5] Dorudi S, Berry AR, Kettlewell GW. Acute colonic pseudo-obstruction. Br J Surg 1992; 79: 99-103.
- [6] Jayaram, P., Mohan, M., Lindow, S., & Konje, J. (2017). Postpartum Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome): A systematic review of case reports and case series. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 214, 145–149. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.04.028
- [7] Robertson JA, Eddy WA, Vosseler AJ. Spontaneous perforation of the cecum without mechanical obstruction. Am J Surg 1958; 96: 448-52.
- [8] François Guillemot, Houssein Ben Ali, Jean-François Quinton, Antoine Abifadel, Gérard Desseaux. Syndrome d'Ogilvie. Hépatogastro & Oncologie Digestive. 2003;10(2):123-8.