

SINDROMUL OGILVIE - O PREZENȚĂ TOT MAI FRECVENTĂ ÎN PATOLOGIA CHIRURGICALĂ DE URGENȚĂ?

C. TĂNĂSESCU¹, D. ORGA²

^{1,2} Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

Cuvinte cheie: sindrom Ogilvie, urgență, cecostomie

Rezumat: Sindromul Ogilvie sau pseudo-obstrucția colonică acută este o afecțiune ce prezintă semnele clinice și radiologice ale obstrucției colonice acute, dar fără a avea un obstacol colonic real. Pacientul este adus în serviciul de urgență datorită distensiei colice marcate, care în lipsa tratamentului de urgență duce la perforație diastatică cu peritonită hiperseptică fecaloidă. Terapia chirurgicală depinde de momentul depistării afecțiunii și poate evolua de la o simplă colonoscopie în urgență, până la colectomie totală când leziunile ischemice la nivelul mucoasei colonice sunt ireversibile. Scopul acestei lucrări îl reprezintă încercarea de a face și mai cunoscută problematică diferențierii în urgență a sindromului de pseudo-obstrucție intestinală de ocluzia intestinală mecanică și evitarea în acest fel a laparotomiilor inutile și cu riscuri semnificative la acești pacienți, oricum tratați prin comorbiditățile asociate. Sunt prezentate trei cazuri clinice întâlnite în patologia de urgență a Clinicii Chirurgie I din Sibiu.

Keywords: Ogilvie Syndrome, emergency, cecostomy

Abstract: The Ogilvie Syndrome (acute colonic pseudo-obstruction) stands for a clinical entity which comprises the radiological and clinical signs of an acute large bowel obstruction, but without the presence of a real obstacle. The usual scenario is that of an acute patient, with marked colonic distension progressing towards a perforation with secondary hyperseptic fecaloid peritonitis, unless urgent treatment is instituted. The surgical management varies upon the stage of colonic involvement at that time of consult, ranging from decompression colonoscopy to total colectomy if the ischemic lesions are irreversible. The purpose of this paper is the attempt to make more known the issue of emergency differentiation of the intestinal pseudo-obstruction syndrome from the mechanical intestinal obstruction and avoiding the unnecessary laparotomy with significant risks in these patients, however, treated by associated comorbidity. We present 3 case rewies treated in our dept.

INTRODUCERE

Sindromul Ogilvie sau pseudo-obstrucția colonică acută este o afecțiune clinică ce prezintă simptomatologia și semnele radiologice ale unei ocluzii intestinale joase fără evidențierea unui obstacol mecanic. Sindromul Ogilvie apare mai frecvent la pacienții cu patologii neurologice, imobilizați la pat sau care au suferit intervenții chirurgicale majore. Pseudo-obstrucția colonică acută a fost descrisă pentru prima dată în 1948 de către Sir Heneage Ogilvie care prezintă pentru prima oară doi pacienți cu dilatație colică cronică și infiltrație malignă a plexului celiac. Acesta a emis ipoteza că dilatația colonică s-ar datora deprivării simpaticice. Ulterior studiul mai amănunțit al inervației vegetative intestinale a demonstrat că simpaticul crește contractilitatea musculaturii netede intestinale, în timp ce parasimpaticul scade contractilitatea. Ca urmare, atonia colonică din cadrul sindromului Ogilvie este rezultatul unui dezechilibru la nivelul sistemului nervos vegetativ, produs de diverși factori, care realizează deprivarea parasimpaticului sau stimularea simpaticului.

SCOPUL LUCRĂRII

Scopul acestei lucrări îl reprezintă încercarea de a face mai cunoscută problematică diferențierii în urgență a sindromului de pseudo-obstrucție intestinală de ocluzia intestinală mecanică și evitarea în acest fel a laparotomiilor

inutile și cu riscuri semnificative la acești pacienți, oricum tratați prin comorbiditățile asociate.

PREZENTARE DE CAZ

Vom prezenta cazurile clinice a 4 pacienți tratați în urgență de către autorii prezentului material, în cadrul Clinicii Chirurgie I în perioada 2009-2011.

Cazul I

Pacienta M.I. în vârstă de 81 de ani, cunoscută cu DZ tip II, HTA, CIC, obezitate, AVC sechelar cu hemipareză dreaptă, imobilizată la pat, se prezintă în UPU acuzând dureri abdominale difuze, colicative, meteorism abdominal, scaune diareice de aproximativ 5 zile anterior prezentării în urgență, iar de 24 de ore absența tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze. Din datele examenului obiectiv, efectuat la momentul internării, reținem un abdomen global mărit de volum, sensibil spontan și la palpare pe întreg cadrul colic, cu apărare musculară, timpanism la percuție, semnul Blumberg pozitiv.

Probele biologice efectuate în urgență au fost următoarele: Hb 11g/dl, Ht 38%, L 14000/mm³, Na 142mEq/l, K 3mEq/l, uree 90 mg/dl, amilazemie 27 UI, creatinina 0,46 mg/dl, glicemie 256 mg/dl, TGP 47 U/l. Radiografia abdominală "pe gol" (fig. nr. 1) efectuată în urgență evidențiază cadrul colic extrem de dilatat, cu un cec de 15 cm diametru. Ecografia nu ne

¹Autor Corespondent: C. Tănăsescu, Facultatea de Medicină "Victor Papilian", str. Lucian Blaga, Nr. 2A, Sibiu, 550169, România, e-mail: tanasescuciprian@yahoo.fr ,tel 0269/216062

Articol intrat în redacție în 07.04.2011 și acceptat spre publicare în 23.08.2011

ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2011; 2(4)83-86

ASPECTE CLINICE

oferă date suplimentare datorită prezenței a numeroase suprapuneri gazoase.

Figura nr. 1 Radiografia abdominală “pe gol” efectuată în urgență

Pe baza datelor clinice și paraclinice se pune diagnosticul de abdomen acut chirurgical și se intervine chirurgical de urgență, date fiind dimensiunile colice și în special dilatația retrogradă cecală.

Intraoperator, la deschiderea cavității peritoneale se constată: întreg cadrul colic dilatat cu un cec de aproximativ 15 cm, în iminență de eclatare, anse intestinale subțiri de aspect și diametru cvasinormal fără a se decela un obstacol ocluziv evident la nivelul cadrului colic. Se pune diagnosticul de **sindrom Ogilvie** sau **pseudoobstrucție colonică acută**, se practică cecostomie de decompresie și se evacuează colonul de conținutul aeric.

Evoluția postoperatorie a pacientei a fost favorabilă, cu externarea în ziua a 5-a postoperator.

Cazul 2

Pacienta S.M., în vârstă de 77 de ani, cunoscută cu C.I.C. cu angor pectoral, Boala Alzheimer, Obezitate cu proteză de șold prezintă o fractură de antebraț în consolidare. Se prezintă în UPU cu următoarele acuze: dureri abdominale difuze de intensitate foarte crescută, scaune diareice iritative, meteorism abdominal. Clinic, pacienta prezintă un abdomen global mărit de volum, care nu participă la mișcările respiratorii, sensibil spontan și la palpare pe întreg cadrul colic, semnul Blumberg pozitiv. Din probele biologice reținem: leucocitoză 29000/mm³, amilazemie 23U/l, creatinină 0,41 mg/dl, glicemie 116 mg/dl, uree 105 mg/dl. Radiografia abdominală pe gol efectuată în decubit dorsal (fig. nr. 2) evidențiază multiple nivele hidroaerice etajate la nivelul abdomenului. Examenul ecografic efectuat în UPU ne arată dilatație marcată a anșelor intestinale.

Figura nr. 2 Radiografia abdominală “pe gol” efectuată în decubit dorsal



Pe baza datelor clinice și paraclinice se pune diagnosticul de sindrom Ogilvie și se decide efectuarea unei colonoscopii de urgență, care constată o dilatație marcată a întregului cadru colic, fără a decela un obstacol la nivelul colonului. Se evacuează cu dificultate gazul din interiorul colonului și se instituie de urgență tratament medicamentos cu:

neostigmină 2,5 mg i.v., reechilibrare hidroelectrolitică, vitaminoterapie neuroborante. Evoluția fiind favorabilă

nivelul cadrului colic. De asemenea, se constată prezența de lichid turbure în cantitate medie, liber în întreaga cavitate peritoneală. Se pune diagnosticul de **sindrom Ogilvie** sau **pseudoobstrucție colonică acută, cu peritonită de permeație, stare septică** și se practică cecostomie de decompresie, se evacuează colonul de conținutul aeric, lavajul și drenajul cavității peritoneale, dilatație anală (fig. nr. 3).

Figura nr. 3 Aspect intraoperator



Evoluția postoperatorie a pacientei a fost nefavorabilă, complicându-se cu instalarea sepsisului, MSOF, deces la 48 de ore postoperator prin stop cardiorespirator iresuscitabil.

Cazul 3

Pacientul V.N. în vârstă de 63 de ani cunoscut cu schizofrenie cu tulburări de personalitate, sub tratament cu neuroleptice, obezitate, se prezintă în serviciul de urgență cu următoarele acuze: dureri abdominale difuze, colicative, meteorism abdominal, senzație de greață și vărsături, absența tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze de aproximativ 48 de ore. Examenul obiectiv, efectuat la momentul internării, relevă un abdomen global mărit de volum, sensibil spontan și la palpare pe întreg cadrul colic, cu apărare musculară, timpanism la percuție. Probele biologice sunt parțial modificate: leucocitoză 19000/mm³, amilazemie 28U/l, creatinină 0,9 mg/dl, glicemie 116 mg/dl, uree 150 mg/dl. Radiografia abdominală pe gol (fig. nr. 4) efectuată în UPU evidențiază aerocolie pe întreg cadrul colic și o distensie cecală marcată. Examenul ecografic este nesemnificativ datorită distensiei gazoase intestinale.

Figura nr. 4 Radiografia abdominală „pe gol”



Pe baza datelor clinice și paraclinice se pune diagnosticul de sindrom Ogilvie și se decide efectuarea unei colonoscopii de urgență, care constată o dilatație marcată a întregului cadru colic, fără a decela un obstacol la nivelul colonului. Se evacuează cu dificultate gazul din interiorul colonului și se instituie de urgență tratament medicamentos cu: neostigmină 2,5 mg i.v., reechilibrare hidroelectrolitică, vitaminoterapie neuroborante. Evoluția fiind favorabilă

pacientul se transferă în Clinica de Gastroenterologie.

DISCUȚII

Sindromul Ogilvie sau pseudo-obstrucția colonică acută este o afecțiune clinică cu semnele, simptomele și aspectul radiografic al obstrucției colonice fără a prezenta un obstacol colic evident. Ogilvie, în 1948, a presupus că etiologia acestor condiții patologice era datorată dezechilibrului între sistemul nervos autonom cu deprivarea simpatică a colonului conducând la tonus parasimpatic impus și contracție regională cu obstrucție funcțională. Ulterior s-a constatat că, hiperactivitatea simpatică este considerată ca fiind mecanismul cel mai frecvent întâlnit în pseudoobstrucția colonică. Acest lucru a fost demonstrat experimental prin apariția pseudoobstrucției colonice la pacienții la care s-a efectuat anestezie epidurală, care paralizează fibrele nervoase simpatică aferente și eferente ale colonului, dar și la cei la care s-a administrat neostigmină care crește tonusul parasimpatic prin efect anticolinergic.

Sindromul de pseudo-obstrucție colonică acută este o cauză importantă de morbiditate și mortalitate. Mortalitatea atinge 40% când perforația sau ischemia se instalează.

De aceea, tratamentul medical trebuie să reprezinte prima opțiune la acești bolnavi. Obiectivele tratamentului medical sunt ameliorarea motilității intestinale, asigurarea unei nutriții satisfăcătoare și combaterea disbacteriozelor intestinale (eritromicina asociată cu cisapride, octreotid, neostigmina). Este necesară suprimarea alimentației orale și instituirea nutriției parenterale totale, cu montarea unei sonde nazo-gastrice și a unui tub de gaze endorectal. Prevenirea și tratarea disbacteriozelor intestinale determinate de staza intestinală se realizează prin antibioterapie (eritromicină, beta-lactamine orale, metronidazol). De asemenea, se vor suprima medicamentele cu posibile efecte adverse ca: opioide, anti-colinergice, antagoniste ale canalelor de calciu.

Dacă pacientul se prezintă la timp în serviciul de urgență, până dilatația cecală nu a depășit pragul de 12 cm și încă nu s-au produs modificări ireversibile la nivelul mucoasei cecale, iar diagnosticul de sindrom Ogilvie este pus în timp util, se va începe cu administrarea de 2,5 mg Neostigmină (inhibitor reversibil de acetilcolinesterază care stimulează indirect receptorii muscarinici, stimulând evacuarea colonică) lent intravenos, timp de 2-3 minute, însoțită de prokinetice, reechilibrare hidroelectrolitică, întreruperea alimentației orale.

Dacă tratamentul medical nu produce efectul scontat, se va încerca, dar cu o rată de recidivă de până la 40%, colonoscopia de evacuare colonică fără altă pregătire. Tratamentul chirurgical se adresează cazurilor la care celelalte metode de terapie au fost inefficiente, dar mai ales complicațiilor sindromului Ogilvie: dilatația cecală peste 12 cm cu risc de necroză, modificări ischemice ireversibile la nivelul mucoasei colonice perforația colonică, peritonită.

Frecvent în urgență se intervine chirurgical pentru cazurile în care diagnosticul sindromului de pseudo-obstrucție colică acută nu a fost pus la timp, datorită simptomatologiei care mimează ocluzia intestinală.

Diagnosticul pseudoobstrucției colonice este dificil de stabilit preoperator datorită semnelor evidente de ocluzie intestinală. Experiența clinică și asocierea comorbidităților (intervenții chirurgicale severe, infecții, sepsis, insuficiență renală, afecțiuni cardiace, antecedentele familiale prezente, laparotomii în antecedentele personale pentru presupuse sindroame ocluzive, la care nu s-a evidențiat o cauză, suferința cronică și persistența simptomatologiei între perioadele de acutizare, malnutriția, asocierea unor manifestări extraintestinale) ne pot ajuta în suspiciunea unui sindrom Ogilvie preoperator ceea ce va duce la scăderea numărului de

laparotomii inutile în urgență.

Figura nr. 5 Managementul clinic al pacientului cu pseudoobstrucție de colon

CONCLUZII

- § Pseudoobstrucția intestinală acută a adultului constituie o entitate patologică din ce în ce mai dezbătută în literatura de specialitate a ultimilor ani și tot mai frecventă în patologia de urgență. În ciuda acestui fapt s-au făcut relativ puține progrese în cuantificarea clinică a bolii, existând încă multe diferențe în caracterizarea diagnostică a diferiților autori.
- § Dificultățile de încadrare clinică se reflectă în rezultatele terapeutice de multe ori dezastruoase, până în prezent nefiind stabilită o conduită terapeutică foarte clară, atât tratamentele medicale, cât și cele chirurgicale neaducând ameliorarea suferinței la nivelul așteptat și prevenirea degradării biologice a acestor bolnavi.

BIBLIOGRAFIE

1. Vanek V.W., Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29:203.
2. Jetmore A.B., Timmcke A.E., Gathright J.B. Jr, et al. Ogilvie's syndrome: colonoscopic decompression and analysis of predisposing factors. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:1135.
3. Johnston G., Vitikainen K., Knight R., et al. Changing perspective on gastrointestinal complications in patients undergoing cardiac surgery. *Am J Surg* 1992; 163: 525.
4. Ogilvie W.H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation: A new clinical syndrome. *BMJ* 1948; 2:671-3.
5. Vanek V.W., Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 203-10.
6. Ogilvie W.H. William Heneage Ogilvie 1887-1971. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrome. *Dis Colon Rectum* 1987; 30:984.
7. Simon M., Duong J.P., Mallet V., et al. Over-expression of colonic K⁺ channels associated with severe potassium secretory diarrhoea after haemorrhagic shock. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23:3350.
8. Sloyer A.F., Panella V.S., Demas B.E. et al. Ogilvie's syndrome. Successful management without colonoscopy. *Dig Dis Sci* 1988; 33:1391-6.
9. Eisen G.M., Baron T.H., Dominitz J.A. et al. Acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 2002; 56:789-92.
10. Baker D.A., Morin M.E., Tan A et al. Colonic ileus: indication for prompt decompression. *JAMA* 1979; 241:2633-4.

ASPECTE CLINICE

11. Eisen G.M., Baron T.H., Dominitz J.A., et al. Acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 2002; 56:789.
12. Johnson C.D., Rice R.P., Kelvin F.M., et al. The radiologic evaluation of gross cecal distension: emphasis on cecal ileus. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 145:1211.
13. MacColl C., MacCannell K.L., Baylis B. et al. Treatment of acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) with cisapride. *Gastroenterology* 1990; 98:773-6.
14. Rex DK. Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1997; 7:499-508.
15. Nivatvongs S., Vermeulen F.D., Fang DT. Colonoscopic decompression of acute pseudo-obstruction of the colon. *Ann Surg* 1982; 196:598-600.
16. VanSonnenberg E., Varney R.R., Casola G. et al. Percutaneous cecostomy for Ogilvie's syndrome: laboratory observations and clinical experience. *Radiology* 1990; 175:679-82.
17. Chevallier P., Marcy P.Y., Francois E. et al. Controlled transperitoneal percutaneous cecostomy as a therapeutic alternative to the endoscopic decompression for Ogilvie's syndrome. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:471-4.
18. Saunders M.D., Kimmey M.B. Ogilvie's Syndrome. *Gastroenterology* 2004; 303-309.
19. Abeyta B.J., Albrecht R.M., Schermer C.R. Retrospective study of neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *Am Surg* 2001; 67: 265.
20. Loftus C.G., Harewood G.C., Baron T.H. Assessment of predictors of response to neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 3118.
21. Saunders MD. Acute colonic pseudo-obstruction. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21:671.
22. De Giorgio R., Knowles CH. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg* 2009; 96:229.