

Syndrome d'Ogilvie, une étiologie d'abdomen aigu du sujet âgé à ne pas méconnaître en urgence

Ogilvie syndrome, an etiology of acute abdomen in the elderly that should not be overlooked in an emergency

Acko UV¹, Goho KM², Acko-Ohui EV³, Toussom A², Bamba A¹, Lofigué R⁴, Lobah Y¹, Kpata M¹, Touré A¹, Bamba S¹, Binan Y¹.

1. *Service de Médecine Interne et de Gériatrie, CHU - Angré, Abidjan (RCI) ;*
2. *Service de Chirurgie générale, CHU – Treichville, (RCI) ;*
3. *Service de Radiodiagnostic et d'Imagerie Médicale, CHU-Treichville, (RCI) ;*
4. *Service de Médecine Interne, CHU-Treichville, (RCI) ;*

Auteur correspondant : ACKO Ubrich Venceslas Mail : ackouv.67@gmail.com

Résumé :

Introduction : un abdomen aigu chez un sujet âgé, survenant dans un contexte de polyopathie et d'alitement, doit faire rechercher ou suspecter un syndrome d'Ogilvie, ou une pseudo-obstruction colique aiguë (POCA), ou encore un mégacolon aigu qui réalise une occlusion basse sans obstacle mécanique (fonctionnelle). Nous rapportons les difficultés diagnostiques de ce syndrome devant un abdomen aigu chez un sujet âgé polyopathologique polymédiqué. **Patient et méthode :** Il s'agissait d'un patient âgé de 77 ans aux antécédents de diabète et d'hypertension artérielle non suivie qui a été admis pour une insuffisance aortique compliquée d'une endocardite infectieuse végétante et une péricardite liquidienne. En cours d'hospitalisation, le patient avait présenté un météorisme abdominal indolore sans masse palpable au toucher rectal. **Résultats :** Le scanner abdominal sans injection de produit de contraste, après réalisation d'un abdomen sans préparation pas assez contributif, avait mis en évidence une aérocolie diffuse plus marquée au niveau du colon sigmoïde sans obstacle et de retenir une pseudo-occlusion colique aiguë. Traité médicalement, l'évolution avait été favorable. **Discussion :** Le syndrome d'Ogilvie ou pseudo-occlusion colique aiguë est une occlusion fonctionnelle rare. L'imagerie reste décisive. Tout médecin, doit y penser devant un abdomen aigu chez un sujet âgé polyopathologique polymédiqué.

Mots clés : Sujet âgé, Abdomen aigu, syndrome d'Ogilvie.

Abstract:

Introduction: a acute abdomen of the elderly subject, occurring in a context of polyopathy and bed rest, should lead to the search for or suspicion of Ogilvie syndrome, or acute colonic pseudo-obstruction (POCA), or even acute megacolon which causes a low occlusion without mechanical (functional) obstacle.

We report the diagnostic difficulties of this syndrome in the face of an acute abdomen in an elderly polyopathological subject on polymedication. **Patient and method:** This was a 77-year-old patient with a history of diabetes and unmonitored hypertension who was admitted for aortic insufficiency complicated by vegetative infective endocarditis and fluid pericarditis. During hospitalization, the patient presented with a painless abdominal meteorism without a mass palpable on rectal examination. **Results:** The abdominal CT scan after performing an abdomen without preparation revealed a diffuse aerocolia more marked at the level of the sigmoid colon without obstruction and retained an acute colonic pseudo-occlusion. Treated medically, the evolution was favorable. **Discussion:** Ogilvie syndrome or acute colonic pseudo-occlusion is a rare functional obstruction. Imagery remains decisive. Every doctor must think about this when faced with an acute abdomen in a polyopathological elderly subject on polymedication.

Key words: Elderly, acute abdomen, Ogilvie syndrome.

Conflits d'intérêt: aucun

Introduction

Parmi les causes d'abdomen aigu du sujet âgé, le syndrome d'Ogilvie ou pseudo-obstruction colique aiguë (POCA) ou, encore, mégacôlon aigu est à juste titre rarement évoqué en première intention.

Il s'agit pourtant d'une affection, qui a été décrite par Sir William Ogilvie en 1948 et dont la physiopathogénie reste encore mal élucidée [1]. L'alitement survenant chez des polyopathologiques, en l'occurrence métaboliques, cardiaques, pourrait être un facteur favorisant chez la personne âgée [2, 3]. Cliniquement, le signe majeur est l'existence d'un météorisme, associé le plus souvent à des douleurs abdominales à type de torsion diffuse de l'ensemble de l'abdomen avec diminution des bruits hydro-aériques à l'auscultation. La radiographie de l'Abdomen Sans Préparation (ASP) demeure d'actualité dans nos contrées. Toutefois, le scanner abdominal reste l'examen de diagnostic clé. La persistance de ce syndrome pourrait imposer une intervention chirurgicale en urgence [4].

La méconnaissance et la rareté des travaux scientifiques portant sur le syndrome d'Ogilvie ou POCA en Côte d'Ivoire, ont justifié ce travail. Notre objectif était de rapporter, à travers un cas survenu chez un sujet âgé polyopathologique polymédiqué ayant présenté un abdomen aigu en cours d'hospitalisation, les difficultés diagnostiques rencontrées. **Observation** Il s'agissait de X..., âgé

de 77 ans, autonome, qui a été admis aux urgences du service de Médecine Interne et de Gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire d'Angré pour dyspnée. Il avait été ensuite transféré aux soins intensifs de l'institut de cardiologie pour la prise en charge d'une insuffisance aortique compliquée d'une endocardite infectieuse végétante et une péricardite liquidienne. En cours d'hospitalisation, nous avons été sollicités pour avis devant une distension abdominale gênante récente avec des nausées et sans arrêt des matières et des gaz francs. À l'examen clinique, on notait un état général moyen avec un score OMS à 1-2. Il n'y avait pas d'œdèmes des membres inférieurs ni de plis de déshydratation. Les constantes hémodynamiques étaient stables. Un météorisme abdominal indolore sans masse avait été retrouvé à la palpation, et le toucher rectal avait mis en évidence des selles dans l'ampoule rectale. Le reste de l'examen digestif, pulmonaire, urogénital et neurologique, était sans particularité. A la biologie, une anémie à 9,8 g/dl, une discrète hyperleucocytose à polynucléaires avec une protéine C réactive normale et une hyponatrémie à 129 mEq/l avaient été retrouvées. A l'ASP de face debout, une aérocolie périphérique intéressant le caecum et le sigmoïde avait été visualisée (*fig. 1*).



Fig. 1 : ASP de face debout, mettant en évidence une importante stase aérienne avec niveaux hydroaérique

Un fécalome haut situé avait donc été retenu et traité par un lavement aux hydrosolubles (*Normacol®*). Devant la persistance de la gêne abdominale et l'aggravation de sa distension abdominale, quelques heures après le

lavement, une tomodensitométrie abdominale sans injection de produit de contraste a été réalisée. Elle a mis en évidence une importante dilatation des anses coliques sans zone transitionnelle et sans obstacle, faisant évoquer une colectasie (*fig. 2*).



Fig. 2 : Scanner abdominal coupe coronale sans injection, mettant en évidence une importante dilatation des anses coliques sans zone transitionnelle et sans obstacle.

Le syndrome d'Ogilvie a donc été donc retenu. Un traitement positionnel, qui avait consisté à mettre le patient en décubitus latéral, afin de réaliser trois (03) séances de purge le même jour à l'aide d'une sonde rectale, a été instauré. Simultanément, une correction de l'hyponatrémie avec mise en place d'une sonde nasogastrique et arrêt de tous les traitements qui étaient susceptibles de favoriser un trouble du transit. Une évolution favorable a été obtenue 48 heures plus tard. **Discussion** Le syndrome d'ogilvie ou pseudo-occlusion colique aiguë est une occlusion fonctionnelle rare. Son incidence réelle est inconnue mais elle s'évaluerait à 20% des occlusions intestinales [2]. Elle toucherait en majorité les hommes âgés de plus de 60 ans dans les 2/3 des cas. Selon Jet more et al, le terrain de survenue de la POCA est la personne âgée, hospitalisée pour décompensation cardio-respiratoire [5]. Ce fût notre cas. L'hypothèse physiopathologique de cette maladie n'a pas encore été démontrée. Deux théories sont discutées : soit un déséquilibre de l'innervation sympathique ou parasympathique, soit une altération de la transmission, la manifestation colique d'un trouble moteur plus diffus n'ayant pas été confirmée [6, 7]. Plusieurs pathologies pouvaient lui être associées [8]. Notre patient avait, comme pathologie associée, une insuffisance aortique compliquée d'une endocardite végétante infectieuse et d'une péricardite liquidienne. Sur le plan clinique, il s'agissait d'un météorisme abdominal sans masse palpable ni signe de péritonite chez un sujet âgé polypathologique polymédiqué. Ces conditions cliniques étaient en faveur d'une origine fonctionnelle. En effet, plusieurs observations de ce syndrome rapporté, suggéraient des conditions cliniques particulières : troubles métaboliques en particulier hypokaliémie, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, maladie neurologique, cancer métastasé en particulier rétropéritonéal, intervention chirurgicale en particulier orthopédique, rétropéritonéale ou cardiothoracique [9, 10]. Aussi, la présence de selles dans le rectum au toucher rectal, malgré la notion d'arrêt des matières et des gaz rapportés par le patient, était en faveur d'une cause

fonctionnelle. A la paraclinique, les explorations biologiques n'avaient pas d'intérêt diagnostique [11]. Des perturbations hydroélectrolytiques retrouvées n'étaient pas en rapport avec ce syndrome. Dans notre étude, il n'avait donc pas de relation de cause à effet, et, l'hyperleucocytose à polynucléaires retrouvée avec protéine C réactive normale orientait vers une absence de complication, en particulier perforative. Par contre, l'imagerie permet de faire le diagnostic. En première intention, était réalisée un ASP devant un abdomen aigu. De nos jours, l'ASP est remplacé par une TDM abdominale sans injection de produit de contraste qui permet au mieux d'analyser le tube digestif, montrant ou non l'existence d'un obstacle [12, 13]. Dans notre cas, une TDM abdominale sans injection de produit de contraste réalisée avait permis d'éliminer une cause organique. Selon la littérature, l'élimination d'une cause mécanique d'occlusion montre avec certitude qu'il s'agit bien d'un syndrome d'Ogilvie [14]. Ce qui nous avait permis de confirmer notre diagnostic. Toutefois, en cas de doute, un lavement aux hydrosolubles quand il est techniquement possible, voire une coloscopie, permettrait de redresser le diagnostic et constituerait le premier temps thérapeutique. Aussi, la visualisation de gaz dans le rectum par incidence radiologique latérale permettrait d'éliminer une cause organique mais est difficilement réalisable en pratique [15]. Une fois le diagnostic posé, la discussion thérapeutique s'impose et doit être pluridisciplinaire [16]. De nombreuses approches thérapeutiques ont été proposées [17, 18]. Dans notre étude, dans un premier temps, nous avons réalisé la correction de troubles hydroélectrolytiques, mis en place une sonde naso-gastrique, et arrêté les médicaments favorisant les troubles du transit. Le traitement positionnel dans un second temps, a été mis en place. Certains auteurs ont suggéré que la position en décubitus dorsal prolongé avec fermeture de la charnière recto sigmoïdienne pouvait induire un défaut de vidange, provoquant une distension d'amont responsable d'une inhibition de la motricité d'amont [19, 20]. Ce qui nous a permis d'avoir une évolution favorable.

Conclusion

Le syndrome d'ogilvie intéresse les patients multitarés et hospitalisés parfois pour des pathologies très graves. Le diagnostic de cette pathologie est parfois difficile car elle simule une occlusion mécanique. Le traitement

Référence

1. **Ogilvie H.** Large intestine colic due to sympathetic deprivation. *Br Med J* 1948; 671-3.
2. **Ponec RJ, Saunders MD, Kimmey MB.** Neostigmine infusion: new standard of care for acute colonic pseudo-obstruction? *N Engl J Med* 1999; 341: 137-41.
3. **Polignano FM, Caradonna P, Maiorano E, Ferrare S.** Recurrence of acute colonic pseudo-obstruction in selective adrenergic dysautonomia associated with infectious toxoplasmosis. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 89-94.
4. **Pui JC, Furth EE, Minda J, Montone KT.** Demonstration of varicella-zoster virus infection in the muscularis propria and myenteric plexi of the colon in an HIV-positive patient with herpes zoster and small bowel pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1627-30.
5. **Jetmore AB, Timmcke AE, Gathright JB Jr, Hicks TC, Ray JE, Baker JW.** Ogilvie's syndrome: colonoscopic decompression and analysis of predisposing factors. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 1135-42.
6. **Tiffet O, Poulard G, Versini P, Baccot S, Boucheron S, Cuilleret J.** Colonic pseudo-obstruction caused by digestive amyloidosis in a chronic hemodialysed patient. A propos of a case. *Ann Chir* 1996; 50: 279-82.
7. **De Giorgio R, Knowles CH.** Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg* 2009; 96: 229- 39.
8. **Camilleri M.** Acute and chronic pseudo-obstruction. In *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, and Management* (8th edn), Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ (eds). Elsevier Saunders: Philadelphia, 2006: 2679-702.
9. **Bruno MJ, van Dorp WT, Ferwerda J, Dekker W, Schut NH.** Colonic pseudo-obstruction due to beta2-microglobulin amyloidosis after long-term positionnel, permettant de réaliser le lavement aux hydrosolubles, représente le premier temps thérapeutique en pratique. Tout médecin, doit y penser devant un abdomen aigu chez un sujet âgé polypathologique polymédiqué.
haemodialysis. Eur J Gastroenterol Hepatol 1998; 10: 717-20.
10. **Guillemot F, Touchais JY, Weber J, Ducrotte P, Lerebours E, Colin R, et al.** Colonic pseudo-obstruction associated with diffuse digestive and vesical motor abnormalities. A propos of 2 cases. *Gastroenterol Clin Biol* 1988; 12: 198-201.
11. **Petrisor BA, Petruccelli DT, Winemaker MJ, De V De Beer J.** Acute colonic pseudo-obstruction after elective total joint arthroplasty. *J Arthroplasty* 2001; 16: 1043-7.
12. **Low VH.** Colonic pseudo-obstruction: value of prone lateral view of the rectum. *Abdom Imaging* 1995; 20: 531-3.
13. **Pham TN, Cosman BC, Chu P, Savides TJ.** Radiographic changes after colonoscopic decompression for acute pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1586-91.
14. **Schermer CR, Hanosh JJ, Davis M, Pitcher DE.** Ogilvie's syndrome in the surgical patients: a new therapeutic modality. *J Gastrointest Surg* 1999; 3: 173-7.
15. **O'Malley KJ, Flechner SM, Kapoor A, Rhodes RA, Modlin CS, Goldfarb DA, et al.** Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) after renal transplantation. *Am J Surg* 1999; 177: 492-6.
16. **Tenofsky PL, Beamer L, Smith RS.** Ogilvie's syndrome as a post-operative complication. *Arch Surg* 2000; 135: 682-6.
17. **Gbètoho Fortuné Gankpé, Laurent Do, Mohammed Rabhi.** Syndrome d'Ogilvie, une complication rare de la chirurgie du canal lombaire étroit: à propos de deux cas et revue de la littérature. *PAMJ* 2022 ; 42(2) : 1-8.
18. **Maloney N, Vargas HD.** Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Clin Colon Rectal Surg.* 2005;18(2): 96-101.
19. **Durai R.** Colonic pseudo-obstruction. *Singapore Med J* 2009; 50: 237.
20. **Dubé Françoise.** Quels sont les médicaments impliqués dans le syndrome d'Ogilvie ? *Pharmactuel* 2009; 42: 147-8.