

SYNDROME D'OGILVIE (A PROPOS D'UNE OBSERVATION)

H. SAIDI¹, A. MASSOUS¹, T. FIKRY¹, A. PASKOWSKI²

1. Service de Chirurgie Orthopédique, Hôpital Universitaire Ibn Tofail, Marrakech, Maroc

2. Service de Chirurgie du Sport, Hôpital Foch, Suresnes, France

RESUME

Les auteurs rapportent une observation rare, d'une occlusion mécanique causée par une protrusion pelvienne d'une prothèse totale de hanche chez une patiente âgée de 85 ans, incident rarissime en chirurgie orthopédique. Le traitement a consisté à enlever les pièces prothétiques en présence d'un chirurgien viscéraliste, des lavements évacuateurs et une traction collée. Les suites étaient sans particularités. L'étiologie mécanique jamais rapportée dans la littérature est discutée dans cette observation.

Mots clés : syndrome d'Ogilvie, arthroplastie de hanche, pseudo-obstruction colique

ABSTRACT

The authors report a rare observation, of a mechanical closure caused by a pelvic protrusion of a total hip arthroplasty at a patient of 85 years old, very rare incident in orthopaedic surgery. The treatment consisted in removing the prosthetic pieces in presence of a visceral surgeon, of the enemas evacuators and a glued traction. The continuations were without particularities. The mechanical aetiology ever returned in the literature is discussed in this observation.

Key words : Ogilvie syndrome, hip arthroplasty, colonic pseudo-obstruction

INTRODUCTION

Le syndrome d'Ogilvie ou pseudo-occlusion colique aiguë est une complication postopératoire rare de la chirurgie prothétique du genou et de la hanche qui est caractérisée par la dilatation massive et aiguë du côlon sans cause mécanique (7). Il s'agit d'un syndrome qui

doit être reconnu et traité précocement en raison du risque évolutif de perforation du cæcum (mortalité de 40%) (5, 10). L'intérêt de cette observation se situe dans son contexte spécifique d'occlusion sur protrusion pelvienne d'une prothèse totale de hanche. Quoique cette complication soit exceptionnelle, le chirurgien orthopédiste doit savoir identifier les facteurs de risque de survenue de ce syndrome chez les patients candidats à une prothèse totale de hanche ou du genou.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 85 ans, sans antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne, opérée il y a 15 ans pour coxarthrose gauche (prothèse totale de hanche). Elle a commencé à accuser des douleurs mécaniques de sa hanche gauche rattachées à un début de descellement mécanique de sa prothèse. La révision chirurgicale de sa hanche a été différée en raison de problèmes cardiaques. La patiente rapporte une notion de chute de son lit depuis quelques jours n'ayant pas suscité d'inquiétude. Toutefois, une constipation progressive s'est installée, et a été traitée de façon symptomatique. Devant la persistance de cette symptomatologie et l'apparition d'un gonflement abdominal, un cliché d'abdomen sans préparation a été demandé (fig. 1 et 2). Cette radiographie a mis en évidence une protrusion du ciment et des pièces prothétiques en intra-pelvien au pied d'une image de volvulus du côlon sigmoïde. La décision thérapeutique a été difficile. S'agit-il d'un iléus réactionnel à la protrusion? Ou d'une occlusion mécanique? L'échographie abdomino-pelvienne n'a pas retrouvé d'épanchement abdominal, mais parle plutôt d'un fécalome. Les premiers lavages évacuateurs étaient efficaces. L'ablation des pièces prothétiques en présence d'un chirurgien viscéraliste et la poursuite des lavements ainsi que la mise en place d'une traction collée ont permis de rétablir un transit normal.



Fig. 1. Cliché panoramique objectivant la protrusion de la prothèse au pied du volvulus



Fig. 2. Radiographie du bassin montrant les débris de ciment et la pièce acétabulaire en intra-pelvien

DISCUSSION

On doit à Ogilvie, en 1948, la description princeps de ce syndrome clinique, pseudo-occlusion colique aiguë (POCA), caractérisé par la distension majeure du côlon sans obstruction recto-colique en aval. Il est actuellement admis que ce syndrome est le plus souvent lié à un état pathologique abdominal, extra-abdominal ou général (5, 9). C'est une complication sérieuse et rare en chirurgie prothétique de la hanche et du genou. Elle représente 0,3-3% (6). Des cas sporadiques ont été rapportés dans la littérature. Quelques séries sont citées : celle de la Mayo clinic qui compte 30 cas sur 10468 prothèses posées soit 0,29% (3), de Nelson et al rapportant 11 (1,6%) de 708 patients qui ont eu une arthroplastie totale de hanche (7), de Bensch et al qui compte 5 cas de chirurgie prothétique de hanche (2).

Son origine pourrait être un déséquilibre de l'innervation parasympathique ou une altération de la transmission neuromusculaire (10). En effet, le traumatisme chirurgical et la chaleur du ciment acétabulaire peuvent mener à un déséquilibre de l'environnement nerveux autonome du côlon, responsable d'une accumulation de gaz et de liquide intestinal (2, 6). Le délai de survenue se situe habituellement entre le 2ème et le 4ème jour post-opératoire. Plusieurs facteurs sont incriminés dans la survenue de l'occlusion : l'âge avancé, l'analgésie narcotique (4), la prise de morphiniques et la fuite de ciment en intra-pelvien, mais aucun cas mécanique n'a été rapporté dans la littérature.

L'observation rapportée par les auteurs présente trois particularités :

1. Le délai de survenue du syndrome d'Ogilvie est bien loin des délais rapportés dans la littérature. En effet, l'occlusion est survenue après 15 ans du geste chirurgical.
2. La protrusion franche du ciment et des pièces prothétiques en intrapelvien, au pied du volvulus.
3. Le rétablissement du transit après extraction du ciment et des pièces prothétiques.

Tous ces éléments font discuter une possible étiologie mécanique de ce syndrome.

Le tableau clinique est révélé par un météorisme avec douleurs abdominales. Les explorations biologiques n'ont pas d'intérêt diagnostique. La radiographie de l'abdomen sans préparation reste l'examen diagnostique clé objectivant une distension colique rectosigmoïdienne, le plus souvent étendue au reste du cadre colique. Un diamètre cœcal supérieur à 12 centimètres est un facteur de risque de perforation. Le but du traitement est de

diminuer la morbidité et la mortalité liées à cette affection, il comprend : la correction des troubles hydro-électrolytiques éventuels, la mise en place d'une sonde d'aspiration nasogastrique et l'arrêt possible de traitements pouvant favoriser les troubles du transit. Le lavement aux hydrosolubles, outre sa valeur diagnostique, peut être un traitement efficace. La coloscopie decompressive (7) avec mise en place d'une sonde d'exsufflation multiperforée est longtemps restée le traitement de référence avec des résultats satisfaisants, avec parfois nécessité d'exsufflations itératives (1, 10). La chirurgie au cours du syndrome d'Ogilvie est indiquée après échec du traitement conservateur ou endoscopique ou au stade de complication : perforation ou ischémie (9).

La nécrose intestinale et la perforation, même pendant l'exsufflation endoscopique, sont les complications les plus sérieuses qui augmentent la morbidité et la mortalité dans le syndrome d'Ogilvie. Breusch rapporte 2 cas de décès sur 4 suite à des complications post-opératoires (2).

CONCLUSION

Le syndrome d'Ogilvie est rare dans notre pratique chirurgicale. Si la pathogénie de cette entité reste indéterminée, le diagnostic clinique et paraclinique est dans la majorité des cas aisé à faire. Son traitement symptomatique relève de l'exsufflation endoscopique précoce, la chirurgie n'étant indiquée que devant une suspicion ou l'affirmation d'une complication à type d'ischémie ou de perforation. L'étiologie mécanique est plausible, mais reste à confirmer par d'autres publications.

REFERENCES

1. Bederman SS, Betsy M, Winiarsky R, Seldes RM, Sharrock NE, Sculco TP. Postoperative ileus in the lower extremity arthroplasty patient. *J Arthroplasty* 2001 ; 16 : 1066-70.
2. Breusch SJ, Lavender CP. Acute pseudo-obstruction of the colon following left-sided total hip replacement : an analysis of five patients. *Int J Clin Pract* 1997 ; 51 : 327-9.
3. Clarke HD, Berry DJ, Larson DR. Acute pseudo-obstruction of the colon as a postoperative complication of hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg (Am)* 1997 ; 79 : 1642-7.
4. El Maraghy AW, Schemitsch EH, Buenstein MJ. Ogilvie's syndrome after lower extremity arthroplasty. *Can J Surg* 1999; 42 : 133-7.
5. Essomba A, Massou-Misse P, Sosso MA, Malonga E. La pseudo-obstruction colique aiguë (syndrome d'Ogilvie), à propos d'une observation. *Méd Afrique Noire* 1996 ; 43 (6).
6. Karatosun V, Karadam B. A case of acute colonic pseudo-obstruction following total hip arthroplasty. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2005 ; 39 : 263-5.
7. Nelson JD, Urban JA, Salisbury TL, Lowry JK, Garvin KL. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome) after arthroplasty in the lower extremity. *J Bone Joint Surg Am* 2006 ; 88 : 604-10.
8. Petrisor BA, Petruccioli DT, Winemaker MJ, De Beer JV. Acute colonic pseudo-obstruction after elective total joint arthroplasty. *J Arthroplasty* 2001 ; 16 : 1043-7.
9. Tounti D, Rachid K, Zentar A, Mansari O, Iken A, Sefiani Y et al. La pseudo-obstruction aiguë du côlon : syndrome d'Ogilvie, à propos de 12 cas. *Méd Maghreb* 1996, n°60.
10. Weber R, Heckel S, Hummel M, Dellenbuch P. Syndrome d'Ogilvie après césarienne, à propos de 3 cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993 ; 22 : 653-8.