

Traitement de la Pseudo-Obstruction Colique Aigue (Syndrome d'Ogilvie) Revue Systématique de la Littérature

Hazem Ben Ameer, Salah Boujelbene, Mohamed Issam Beyrouti

Service de chirurgie générale. CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

H. Ben Ameer, S. Boujelbene, M. I. Beyrouti

Traitement de la Pseudo-Obstruction Colique Aigue (Syndrome d'Ogilvie). Revue Systématique de la Littérature

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°10) : 565-572

R É S U M É

Prérequis : Le syndrome d'Ogilvie, ou pseudo-obstruction colique aigue (POCA), correspond à une dilatation colique aiguë sans obstacle organique, sur un colon antérieurement sain. Le seul traitement des formes compliquées de nécrose ou de perforation est la chirurgie. En revanche, le traitement des formes non compliquées ne fait pas l'unanimité, et il est l'objet de cette revue de la littérature.

Buts : Déterminer les résultats des différentes méthodes thérapeutiques des formes non compliquées du syndrome d'Ogilvie en terme d'efficacité sur levée de la distension colique, de récurrence, de morbidité et de mortalité. Préciser leurs indications respectives.

Méthodes : Une recherche bibliographique électronique dans la base de données « MEDLINE », complétée par une recherche manuelle dans les listes de référence des articles, a été réalisée pour la période comprise entre 1980 et 2012.

Résultats : le traitement conservateur est efficace dans 53 à 96% des cas avec un risque de perforation colique inférieur à 2,5% et une mortalité de 0 à 14% (niveau de preuve 4, grade de recommandation C). La néostigmine est efficace dans 64 à 91% des cas après une 1ère dose, avec un risque de récurrence de 0 à 38%. Elle reste efficace dans 40 à 100% des cas après une 2ème dose (niveau de preuve 2, grade de recommandation B). La colo-exsufflation est une technique sûre et efficace avec un taux de succès de la première tentative de 61 à 100%, un taux de récurrence de 0 à 50%, un taux de perforation colique inférieur à 5% et une mortalité inférieure à 5% (niveau de preuve 4, grade de recommandation C). Le PEG pourrait être préconisé dans la prévention de récurrence de la POCA après succès du traitement par néostigmine ou par colo-exsufflation (niveau de preuve 2, grade de recommandation B). La cœcostomie est plus efficace et moins risquée que la colostomie conventionnelle (niveau de preuve 4, grade de recommandation C). La cœcostomie est hautement efficace pour la décompression colique mais elle grevée d'une lourde mortalité (niveau de preuve 4, grade de recommandation C).

Conclusion : le traitement conservateur est préconisé en 1ère intention. En cas, d'échec, la néostigmine doit être essayée. En cas d'échec, la colo-exsufflation est proposée. La cœcostomie n'est indiquée qu'en dernier recours après échec de la colo-exsufflation.

Mots - clés

Syndrome d'Ogilvie, traitement conservateur, néostigmine, colo-exsufflation, perforation colique cœcostomie.

H. Ben Ameer, S. Boujelbene, M. I. Beyrouti

Treatment of Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome). Systematic Review

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°10) : 565-572

S U M M A R Y

Background: Ogilvie's syndrome is acute colonic dilatation without organic obstacle in a previously healthy colon. Surgery is the only treatment of cases complicated by necrosis or perforation. In contrast, treatment of uncomplicated forms is not unanimous, and is the subject of this literature review.

Aims: Determine the results of different therapeutic methods of uncomplicated forms of Ogilvie's syndrome in terms of efficiency of removal of colonic distension, recurrence, morbidity and mortality. Clarify their respective indications.

Methods: An electronic literature search in the "MEDLINE" database, supplemented by hand searching on the reference lists of articles, was conducted for the period between 1980 and 2012.

Results: Conservative treatment is effective in 53 to 96% of cases with a risk of colonic perforation less than 2.5% and a mortality of 0 to 14% (level of evidence 4, recommendation grade C). Neostigmine is effective in 64 to 91% of cases after a first dose, with a risk of recurrence of 0 to 38%. It remains effective in 40 to 100% of cases after a second dose (evidence level 2, grade recommendation B). Endoscopic decompression is a safe and effective technique with a success rate of 61 to 100% at the first attempt, a recurrence rate of 0 to 50%, a rate of colonic perforation less than 5% and a mortality less than 5% (level evidence 4, recommendation grade C). PEG may be recommended for the prevention of recurrence of the ACPO after successful treatment with neostigmine or endoscopic decompression (evidence level 2, recommendation grade B). The cecostomy is more effective and safer than conventional colostomy (level of evidence 4, recommendation grade C). The cecostomy is highly effective in colonic decompression but associated with a high mortality (level of evidence 4, recommendation grade C).

Conclusion: Conservative treatment is recommended in first intention. In case of failure, neostigmine should be tried. If unsuccessful, the endoscopic decompression is proposed. The cecostomy is indicated as a last resort after failure of endoscopic decompression.

Key - words

Ogilvie's syndrome, conservative treatment, neostigmine, endoscopic decompression, colonic perforation, cecostomy.

Le syndrome d'Ogilvie, ou pseudo-obstruction colique aigue (POCA), correspond à une dilatation colique aiguë sans obstacle organique, sur un colon antérieurement sain. La physiopathologie n'est pas complètement élucidée. Un déséquilibre dans l'innervation de la paroi colique serait le principal mécanisme. Il s'agit d'une baisse du tonus parasympathique plutôt qu'une activité excessive du système sympathique [1 - 4]. Le syndrome d'Ogilvie survient souvent sur un terrain débilité : sujet âgé, ayant subi une intervention chirurgicale lourde ou un traumatisme assez violent, porteur de tare médicale sérieuse ou prenant des médicaments « colotoxiques » au long cours (les sédatifs, les anticholinergiques, les antidépresseurs tricycliques, la clonidine, les phénothiazines, les inhibiteurs calciques et les antiparkinsoniens) [2, 5, 6]. Le diagnostic est actuellement basé sur le scanner qui montre une dilatation à prédominance aérique du colon droit plus au moins étendue au colon gauche en l'absence d'obstacle organique [7]. La complication majeure du syndrome d'Ogilvie est la perforation colique qui survient surtout au niveau du cæcum. Les facteurs de risque de perforation sont la durée d'évolution > 6 j, le diamètre cæcal > 12 cm et l'âge avancé [1, 8].

En cas de perforation ou de nécrose colique, il n'existe pas de problème de décision thérapeutique, la chirurgie étant le seul traitement possible. En revanche, en l'absence de cette complication, il existe plusieurs volets thérapeutiques: le traitement conservateur, le traitement pharmacologique, la colo-exsufflation endoscopique et la chirurgie. La multitude des méthodes thérapeutiques souligne le manque d'efficacité écrasante de l'une aux dépens des autres, et autour laquelle il y a un consensus. Afin de déterminer la place de chaque volet dans l'arsenal thérapeutique, on a réalisé une revue systématique de la littérature, évaluant les résultats de chacune des méthodes thérapeutiques. Ces résultats incluent l'efficacité sur levée de la distension colique, la récurrence, la morbidité et la mortalité.

METHODES

Une recherche bibliographique électronique a été réalisée dans la base de données « MEDLINE » pour la période comprise entre 1980 et 2012. Les mots clés utilisés étaient « Ogilvie syndrome, acute colonic pseudo-obstruction, treatment », « Ogilvie syndrome, acute colonic pseudo-obstruction, neostigmine », « Ogilvie syndrome, acute colonic pseudo-obstruction, colonoscopic decompression » et « Ogilvie syndrome, acute colonic pseudo-obstruction, surgery, cecostomy ». En outre, on a complété par une recherche manuelle dans les listes de référence des articles. Les types d'articles utilisés étaient par ordre de priorité : les essais prospectifs randomisés, les études prospectives ouvertes, les études rétrospectives et enfin les cas cliniques (case report). Les cas cliniques n'étaient retenus qu'en l'absence de séries plus larges. Les niveaux de preuve scientifiques et les grades de recommandations ont été établis conformément aux règles de l'ANAES [9] (tableau I).

Tableau 1 : niveau de preuve et grade de recommandation selon ANAES [9]

Niveau de preuve	Grade de recommandation
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	Grade A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	Grade B Présomption scientifique
Niveau 3 Études cas-témoins	Grade C Faible niveau de preuve
Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	

RESULTATS

1. Le traitement conservateur :

C'est le traitement à proposer en première intention en l'absence de perforation colique. Selon les recommandations de l'American Society for Gastro-intestinal Endoscopy (SAGE) de l'année 2010 [2], ce traitement consiste en l'arrêt de l'alimentation par voie orale, la mise d'une sonde nasogastrique en aspiration douce (surtout en cas de vomissements), la mise d'une sonde rectale si la distension atteint le sigmoïde ou le rectum, la rééquilibration hydro électrolytique, l'arrêt si possible de tout médicament « colotoxique » et le traitement des affections favorisant sous jacentes. Le changement de position du patient est également préconisé afin de stimuler l'émission de gaz et de selles. En effet, la déambulation est fortement conseillée à chaque fois qu'elle est possible. A défaut, il faudra tourner le patient d'un côté à l'autre dans son lit. La position « genu-pectorale » est également réputée comme facilitatrice de la reprise du transit intestinal.

Les laxatifs sont contre-indiqués, en particulier ceux qui comportent des composés osmotiques tel que le lactulose, car ils favorisent la fermentation bactérienne colique, ce qui entraîne une augmentation de la production de gaz.

La durée optimale du traitement n'est pas consensuelle. Cependant, vu le risque accru de perforation au-delà de 6 jours, la durée maximale a été fixée par précaution à 3 jours. Au-delà de cette date, s'il n'y a pas d'amélioration, il faudra envisager d'autres traitements [2]. Les critères de succès du traitement sont : la régression de la distension abdominale, l'émission abondante de selles et de gaz et la diminution du diamètre cæcal sur l'ASP [2].

Cinq études, toutes rétrospectives, ont évalué les résultats du traitement conservateur [5, 10 - 13] (tableau II).

L'effectif des patients inclus variait entre 18 et 120. En considérant toutes ces études, l'effectif total est de 349 cas. L'efficacité, évaluée par 4 études (229 cas), varie entre 53 et 96%. Le délai de résolution des symptômes s'échelonne entre 3 et 8 jours. Une seule étude a rapporté 3 cas de perforation secondaire du colon, tous consécutifs à la réalisation de lavement évacuateur, soit un taux de 2,5% [5]. La mortalité était nulle dans 2 séries dont l'une, la plus large (151 cas), est issue du Mayo clinic [12]. Dans les autres séries, la mortalité variait entre 2,7% et 14%. Le décès est majoritairement lié à une décompensation de tares ou à des troubles ioniques, accessoirement à la perforation secondaire du colon.

Tableau 2 : résultats du traitement conservateur

Auteur	Année Type d'étude	Effectif	Efficacité Délai	Perforation	Mortalité
Vanek et al. [5]	1984 Rétrospective	120	- -	3 (2,5%)	17 (14%)
Sloyer et al. [10]	1988 Rétrospective	24	23 (96%) 3 j	0	1 (4%)
Tenofsky et al. [11]	2000 Rétrospective	36	19 (53%) -	0	1 (2,7%)
Loftus et al. [12]	2002 Rétrospective	151	117 (77%) 4 j	0	0
Nelson et al. [13]	2006 Rétrospective	18	11 (61%) 8 j	0	0

Au total, le traitement conservateur est efficace dans 53 à 96% des cas avec un risque de perforation colique inférieur à 2,5% et une mortalité de 0 à 14% (niveau de preuve 4, grade de recommandation C).

2- Le traitement pharmacologique :

Une variété de molécules a été utilisée dans le traitement de POCA, dont le chef de file est la néostigmine.

2-1- La néostigmine :

La néostigmine est un inhibiteur réversible de l'acétylcholinestérase. Elle entraîne alors une levée du bloc parasympathique aboutissant à la reprise de la motilité colique [14, 15]. La plupart des auteurs préconisent une injection de 2 à 2,5 mg en IV lent (sur 3 à 5 min). Turégano-Fuentes et al. [16] étaient les premiers à proposer l'injection en perfusion continue de 60 min.

Trois études prospectives randomisées ont comparé la néostigmine au placebo [17 - 19] (tableau III). L'effectif varie de 11 à 20 cas dans le bras néostigmine et entre 10 et 20 cas dans le bras placebo. La néostigmine était statistiquement plus efficace que le placebo dans les 3 essais (85 - 91% versus 0%). Dans la série de Ponc et al, le délai médian de réponse était de 4 minutes et, sur le plan radiologique, le diamètre caecal a diminué de 5 cm en moyenne dans le groupe néostigmine contre 2 cm seulement dans le groupe placebo ($p < 0,05$) [17].

Tableau 3 : Efficacité de la néostigmine selon les essais prospectifs randomisés.

Auteurs	Année	Effectif	Dose	Efficacité
Ponc et al. [17]	1999	Néostigmine : 11 Palcebo : 10	2 mg (3-5 min)	10 (91%) 0
Amaro et al. [18]	2000	Néostigmine : 20 Palcebo : 20	2 mg (3-5 min)	18 (90%) 0
Vander Spoel et al. [19]	2001	Néostigmine : 13 Palcebo : 11	0,4-0,8 mg/24h	11 (85%) 0

Donc, la néostigmine est plus efficace que le placebo (niveau de preuve 2, grade de recommandation B).

Vu le faible effectif de ces 3 essais, on a recherché des études ouvertes non comparatives. On a trouvé 3 études rétrospectives [12, 20, 21] et 6 études prospectives [16, 22 - 26]. Les 3 études rétrospectives ont été exclues de l'analyse pour ne pas affecter le niveau de preuve d'autant plus qu'elles étaient de faible effectif (entre 10 et 28 cas). Pour avoir un effectif plus important, on a préféré inclure les séries prospectives ouvertes avec les 3 essais prospectifs randomisés pour une analyse globale plus au moins homogène (tableau IV). En considérant l'ensemble de ces études, l'effectif varie entre 11 et 25 cas au sein de chaque série. Après une première dose, la néostigmine est efficace dans 64 à 92% des cas. Une récurrence survient dans 0 à 38% des cas. Si une 2ème dose est administrée, elle est efficace dans 40 à 100% des cas. Des effets indésirables sont notés dans 10%. Ils peuvent être mineurs (hypersalivation, crampes abdominales, nausées ou vomissements) ou majeurs (broncho-constriction, bradycardie, hypotension) [17]. Pour cela, une surveillance clinique et électrocardioscopique est recommandée durant au moins 15 à 30 minutes (voire une heure), toujours avec une seringue d'atropine prête à l'emploi. Les contre-indications à la néostigmine, à part l'occlusion intestinale aigue mécanique et la perforation colique, sont l'obstruction urinaire mécanique, l'ulcère gastro-duodénal, l'IDM récent, l'acidose, l'asthme, le bronchospasme actif, la bradycardie, le traitement par bêta-bloquants et l'insuffisance rénale.

Au total, en respectant ses contre-indications, la néostigmine est efficace dans 64 à 91% des cas après une 1ère dose, avec un risque de récurrence de 0 à 38%. Elle reste efficace dans 40 à 100% des cas après une 2ème dose (niveau de preuve 2, grade de recommandation B).

2-2- Le polyéthylène glycol (PEG):

L'efficacité du PEG a été évaluée par un seul essai randomisé contrôlé de 30 patients chez qui une résolution initiale du syndrome d'Ogilvie a été obtenue par néostigmine (N = 22) ou par colo-exsufflation (N = 8) [26]. Les patients ont été randomisés entre 2 groupes, de 15 patients chacun, recevant du PEG et du placebo, respectivement. Le taux de récurrence était significativement réduit dans le groupe PEG (0 versus 33%, $p = 0,04$). Le traitement par PEG a entraîné une augmentation

Tableau 4 : Efficacité de la néostigmine selon les essais prospectifs randomisés.

Auteurs	Année	Effectif	Dose	Succès 1ère dose	Récidive	Succès 2ème dose
Hutchinson et al. [22]	1992	11	2 mg 1 min	8 (73%)	-	-
Stephenson et al. [23]	1995	12	2,5 mg 1-3 min	11 (92%)	2 (18%)	2 (100%)
Turégano-Fuentes et al. [16]	1997	16	2,5 mg 60 min	12 (75%)	-	-
Ponec et al. [17]	1999	11	2 mg 3-5 min	10 (91%)	2 (20)%	-
Amaro et al. [18]	2000	20	2 mg 3-5 min	18 (90%)	5 (28%)	-
Paran et al. [24]	2000	11	2,5 mg 60 min	7 (64%)	2 (28%)	2 (100%)
Vander Spoel et al. [19]	2001	13	0,4-0,8 mg/24h	11 (85%)	0	—
Mehta et al. [25]	2006	19	2 mg 15 min	16 (84%)	6 (38%)	5 (83%)
Sgouros et al. [26]	2006	25	2 mg 3-5 min	22 (88%)	5 (23%)	2 (40%)

Tableau 5 : Efficacité de la néostigmine selon les essais prospectifs randomisés.

Auteurs	Année	N	Succès initial	Récidive	Succès secondaire	Perforation	Mortalité
Nivatvongsa et al. [33]	1982	22	15 (68%)	4 (27%)	1 (25%)	0	0
Strodel et al. [34]	1983	44	27 (61%)	5 (18%)	4 (80%)	2 (5%)	0
Bode et al. [35]	1984	22	15 (68%)	4 (27%)	2 (50%)	1 (5%)	0
Nakhgevanly et al. [36]	1984	10	9 (90%)	—	—	0	1 (5%)
Jetmore et al [32]	1992	45	29 (64%)	—	—	0	0
Geller et al. [37]	1996	50	48 (96%)	9 (19%)	5 (55%)	1 (2%)	1 (2%)
Tenofsky et al [11]	2000	13	12 (92%)	6 (50%)	4 (67%)	0	0
Nelson et al. [13]	2006	7	7 (100%)	0	-	0	0

significative de l'émission de gaz ($p = 0,032$) et de selles ($p = 0,001$) et une diminution significative de la circonférence abdominale (92 vs 101 cm, $p = 0,008$) et du diamètre caecal (3,4 versus 5,6 cm, $p = 0,017$).

Ainsi, le PEG pourrait être préconisé dans la prévention de récurrence de la POCA après succès du traitement par néostigmine ou par colo-exsufflation (niveau de preuve 2, grade de recommandation B).

2-3- Lavement à la cystographe ® :

La cystographe® est un produit hydrosoluble d'opacification des voies urinaires qui possède une action laxative du fait de son hyperosmolarité. Elle a été évaluée par une seule étude

rétrospective non contrôlée de 18 patients. La cystographe® a été administrée sous forme de lavement sous contrôle radioscopique de telle façon que tout le colon ait été rempli (jusqu'au cæcum). Le taux de succès était de 78% (14 patients). Le diamètre cæcal a diminué de 4,6 cm en moyenne. Aucun cas de perforation n'a été noté [27].

Ainsi, la cystographe® ne peut être recommandé comme traitement du syndrome d'Ogilvie vu le niveau de preuve très faible (niveau de preuve 4, grade de recommandation C).

2-4- Autres traitements pharmacologiques :

D'autres traitements pharmacologiques ont été rapportés dans la littérature de façon anecdotique sous forme de cas cliniques

isolés, tels que l'érythromycine, la tégasérode (agoniste des récepteurs 5-hydroxytryptamine de type 4), l'anesthésie péridurale et le patch de nicotine [28 - 31]. Vu le très faible niveau de preuve, ces traitements ne peuvent être recommandés en routine.

3- La colo-exsufflation endoscopique :

La colo-exsufflation faite dans le cadre d'une POCA est une procédure techniquement difficile et devrait être effectuée par des experts [2]. La préparation par des laxatifs oraux est contre indiquée. Par contre, des lavements doux peuvent être effectués en présence de selles solides [2]. Le coloscope est avancé jusqu'au-dessus de l'interface air liquide. Le gaz est aspiré et l'insufflation doit être minimisée vu le risque de perforation. Une coloscopie totale est souhaitable mais n'est pas obligatoire ; si l'accès au cæcum s'avère difficile, l'atteinte de l'angle colique droit est suffisante et assure une décompression optimale [2]. La mise d'une sonde colique de décompression a été proposée pour entretenir la décompression et prévenir les récidives [2].

L'efficacité de la colo-exsufflation a été évaluée uniquement par des études rétrospectives, au nombre de 8 [11, 13, 32 - 37] (tableau V). Le nombre de patients variait de 7 à 50 d'une étude à une autre. L'effectif total de toutes les séries est de 213 cas. Le taux de succès initial est de 61% à 96%. Une seule étude a comparé le diamètre cæcal moyen avant et après l'exsufflation. Celui-ci passait de 12,8 cm à 8,7 cm avec une différence statistiquement significative ($p < 0,01$) [34]. Une récurrence pourra se produire dans 0 à 50% des cas. Une deuxième tentative de colo-exsufflation peut être réalisée mais avec un moindre taux de succès, entre 25 et 80%. Une seule étude, la plus large (50 cas), a évalué l'utilité de la mise de sonde de décompression et elle en a montré la supériorité (80% versus 25% de succès) [37].

La perforation colique est la complication la plus redoutable au cours de la colo-exsufflation. Elle survient dans 0 à 5% des cas (Tableau V). Elle est due à la mauvaise visibilité (colon non préparé !) et à la fragilité accrue de la paroi colique. La mortalité est inférieure à 5%. Elle est secondaire à la perforation iatrogène du colon dans un certain nombre de cas (Tableau V). Au total, la colo-exsufflation est une technique sûre et efficace avec un taux de succès de la première tentative de 61 à 100%, un taux de récurrence de 0 à 50%, un taux de perforation colique inférieur à 5% et une mortalité inférieure à 5% (niveau de preuve 4, grade de recommandation C).

4- Traitement chirurgical :

La stratégie chirurgicale dépend de la présence ou non de nécrose ou de perforation. En présence de cette complication, la résection des segments coliques atteints est généralement préconisée. La résection sera au moins une colectomie droite et au plus une colectomie totale. Une seule étude rétrospective, celle de Vanek et al, a évalué les résultats de la résection colique. Il s'agit d'une série ancienne (1986) comportant 25 cas. L'efficacité sur la distension colique était certes de 100% mais au prix d'une morbidité de 8% et surtout d'une lourde

mortalité de 40%. Celle-ci est imputable au terrain des patients et non à des complications liées au geste opératoire [5].

En l'absence de nécrose et de perforation colique, le geste opératoire consistera à créer une sorte de soupape d'échappement au niveau du colon, moyennant une stomie. Les résultats de la colostomie « conventionnelle » (c'est-à-dire transverse ou sigmoïdienne) ont été évalués par une seule étude rétrospective, celle de Vanek et al. [5], à propos de 34 cas. L'efficacité sur la levée de la distension colique n'était que de 73%. La morbidité était de 3% et la mortalité était de 41%. Quant à la cœcostomie, elle a été évaluée par 3 séries rétrospectives dont l'effectif s'échelonne entre 6 et 95 cas (effectif total de 127 cas) [5, 38, 39] (tableau VI). L'efficacité sur la levée de la distension abdominale était de 96 à 100%. La morbidité était comprise entre 0 et 50%. Dans l'étude qui a rapporté le taux le plus élevé de morbidité (50%), les complications liées à la cœcostomie étaient mineures et aucune réintervention n'a été nécessaire (fuite autour de la sonde de cœcostomie, infection de la paroi, obstruction intermittente de la sonde, irritation cutanée autour de la sonde, chute accidentelle de la sonde) [38]. La mortalité était élevée, entre 19 et 50%. Elle était toujours inhérente à une tare sous jacente et n'a été en aucun cas liée à la cœcostomie. La cœcostomie percutanée sous contrôle radiologique ou endoscopique a été rapportée dans la littérature sous forme de cas cliniques isolés, et ne peut être recommandée en pratique [40, 41].

Tableau 6 : résultats de la cœcostomie dans la littérature

Auteur	Année	Effectif	Efficacité	Morbidité	Mortalité
Vanek et al. [5]	1986	95	92 (97%)	5 (5%)	18 (19%)
Benacci et al. [38]	1995	26	25 (96%)	13 (50%)	5 (19%)
Catena et al. [39]	2003	6	6 (100%)	0	3 (50%)

Au total, la cœcostomie est plus efficace et moins risquée que la colostomie conventionnelle (niveau de preuve 4, grade de recommandation C).

La cœcostomie est hautement efficace pour la décompression colique mais elle grevée d'une lourde mortalité (niveau de preuve 4, grade de recommandation C).

Le tableau VII résume les résultats des différentes méthodes thérapeutiques en cas de syndrome d'Ogilvie en l'absence de perforation colique avec les niveaux de preuve respectifs. Il se ressort de ce tableau que le traitement conservateur est préconisé en 1ère intention. Il se dégage également que la cœcostomie est le traitement le plus efficace pour la décompression colique mais elle grevée d'une lourde mortalité et doit être réservée aux échecs des autres méthodes thérapeutiques. Le choix entre néostigmine et colo-exsufflation est en faveur de la première. En effet, la néostigmine est disponible à tout moment, a une efficacité primaire et secondaire supérieure à celle de la colo-exsufflation et une risque de perforation et une mortalité quasi-nuls. Par contre, la

Tableau 7 : Résultats des différentes méthodes thérapeutiques (en l'absence de perforation colique).

	Efficacité initiale	Récidive	Efficacité secondaire	Morbidité	Mortalité	Niveau de Preuve Recommandation
Traitement conservateur	53 - 96%	-	-	0 - 2,5%	0 - 14%	4 / C
Néostigmine	64 - 91%	0 - 38%	40 - 100%	10%	-	2 / B
Colo-exsufflation	61 - 100%	0 - 50%	25 - 80%	0 - 5%	0 - 5%	4 / C
Cæcostomie	96 - 100%	-	-	0 - 50%	19 - 50%	4 / C

Tableau 8 : Résultats du traitement conservateur d'après les revues de la littérature

Auteur / Année	Type d'étude	Effectif	Efficacité	Morbidité	Mortalité
Wegener et al [42] 1987	Rétrospective	133	69,9%	6%	9,8%
Saunders et al [1] 2007	Rétrospective	-	77% - 96%	-	-
Tack et al [3] 2006	Rétrospective	-	53 - 96%	-	-

Tableau 9 : Résultats de la Néostigmine d'après les revues de la littérature

Auteur / Année	Type d'étude	Effectif	Efficacité initiale	Récidive	Efficacité secondaire
Saunders et al. [1] 2007	Rétrospective :2 Prospectives : 7	144	87%*	10%	-
Tack et al. [3] 2006	Rétrospective :3 Prospectives : 8	7 - 30	73 - 100*	-	-
De Giorgio et al. [8] 2009	Rétrospective :3 Prospectives : 9	11 - 28	73 - 94%	0 - 38%	40 - 100%

* efficacité globale

Tableau 10 : Résultats de la colo-exsufflation d'après les revues de la littérature

Auteur /Année	Type d'études	Effectif	Efficacité initiale	Récidive	Efficacité secondaire	Morbidité	Mortalité
Wegener et al [42] 1987	Rétrospective	352	79%	21%	-	1,7%	3,4%
Saunders et al [1] 2007	Rétrospective (5)	22 - 45	61 - 95%	-	-	1 - 5%	-
Tack et al [3] 2006	Rétrospective (8)	-	60 - 90%	-	-	-	-

colo-exsufflation est un geste invasif qui nécessite un équipement spécifique et un opérateur expérimenté et comporte un risque, certes faible mais réel, de perforation colique. La récidive après néostigmine et colo-exsufflation semble être équivalente (0 - 38% versus 0 - 50%) et pourrait être prévenue par l'administration de PEG.

DISCUSSION

Il existe dans la littérature quatre revues systématiques concernant le syndrome d'Ogilvie. Ce sont les études de Wegener et al. publiée en 1987 [42], Tack et al. en 2006 [3], Saunders et al. en 2007 [1] et De Giorgio et al. en 2009 [8]. Au moins l'un des quatre principaux volets thérapeutiques a été évalué par ces revues. A part l'étude de Wegener et al. ayant compilé les séries entre 1948 et 1987, les trois autres revues ont inclus, en partie ou en totalité, les séries qu'on a utilisé dans la

nôtre.

Les résultats du traitement conservateur ont été évalués par trois revues (tableau VIII) [1, 3, 42]. Celle de Wegener et al. avait rassemblé 133 cas issus de séries rétrospectives. L'efficacité était de 69,9% avec une morbidité de 6% et une mortalité de 9,8% [42]. Dans les autres revues, il n'a pas été réalisé de « pooling ». Seule l'efficacité de ce traitement a été indiquée en mentionnant les valeurs extrêmes. Ainsi, le traitement conservateur était efficace entre 53% et 96% selon Tack et al. [3] et 77% et 96% pour Saunders et al. [1]. Ces résultats rejoignent celles retrouvées dans notre revue de la littérature. Les résultats de la néostigmine ont été jugés par trois revues (tableau IX) [1, 3, 8]. Celles-ci ont inclus aussi bien les études prospectives que rétrospectives (qui ont été exclues dans notre revue). L'efficacité initiale et secondaire a été rapportée dans la plus récente revue. Elle était entre 73 - 94% et 40 - 100% respectivement [8]. Les deux autres revues ont montré une

efficacité globale de 87% pour l'une et entre 73 et 100% pour l'autre [1, 3]. La récurrence après une 1ère dose est de 10% pour Saunders et al. [1] et entre 0 et 38% pour De Giorgio et al. [8]. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans notre revue de la littérature.

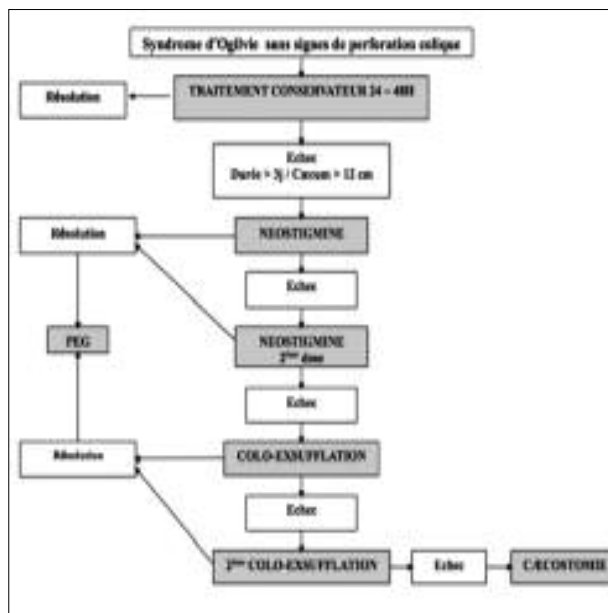
Quant à la colo-exsufflation, trois revues dont les séries incluses étaient toutes rétrospectives, se sont intéressées d'apprécier ses résultats [1, 3, 42] (tableau X). Wegener et al. ont compilé 352 cas avec une efficacité de 79%, une récurrence de 21%, une morbidité de 1,7% et une mortalité de 3,4% [42]. Saunders et al. et Tack et al. ont adopté une partie ou la totalité des études rétrospectives qu'on avait utilisées et ont rapporté une efficacité initiale entre 60 et 95% [1, 3]. Tous ces résultats sont concordants avec les nôtres.

Trois revues de la littérature ont spécifiquement rapporté les résultats de la cœcostomie [1, 3, 8]. Elles se sont toutes référées à la série de Vanek et al. [5].

Ainsi, nos résultats sont tout à fait concordants avec ceux des autres revues. Néanmoins, notre revue est plus exhaustive en ce qui concerne la cœcostomie, et elle est plus homogène pour l'étude des résultats de la néostigmine. A la lumière de toutes ces données, on propose un algorithme décisionnel, représenté dans la figure 1. Toutefois, le niveau de preuve reste faible (mis à part le traitement par néostigmine). Des essais randomisés sont nécessaires afin de confirmer ou d'infirmer ces conclusions. Ces essais concerneront surtout l'association ou la

succession des différents traitements ou la comparaison entre eux afin d'avoir un schéma thérapeutique personnalisé à chaque situation clinique.

Figure 1 : Algorithme décisionnel



References

1. Saunders MD. Acute colonic pseudo-obstruction. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2007;21: 671-87.
2. Guidelines of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. Gastrointestinal Endoscopy 2010; 71:669-81.
3. Tack J. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). Curr Treat Options Gastroenterol 2006; 9:361-8.
4. Fazel A, Verne GN. New solutions to an old problem. Acute colonic pseudo-obstruction. J Clin Gastroenterol 2005;39:17-20.
5. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon. An analysis of 400 cases. Dis Colon Rectum 1986;29:203-10.
6. Dubé F. Quels sont les médicaments impliqués dans le syndrome d'Ogilvie. Pharmactuel 2009;42:147-8.
7. Choi JS, Lim JS, Kim H, Choi JY, Kim MJ, Kim NK et al. Colonic pseudo-obstruction: CT findings. Am J Roentgenol 2008;190:1521-6.
8. De Giorgio R, Knowles CH. Acute colonic pseudo-obstruction. Br J Surg 2009; 96: 229-39.
9. Guide méthodologique. Analyse de la littérature et gradations des recommandations. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) 2000.
10. Sloyer AF, Panella VS, Demas BE, Shike M, Lightdale CJ, Winawer SJ et al. Ogilvie's syndrome: Successful Management without Colonoscopy. Digestive Diseases and Sciences 1988; 33:1391-6.
11. Tenofsky PL, Beamer RL, Smith SR. Ogilvie syndrome as a postoperative complication. Arch Surg 2000;135:682-68.
12. Loftus CG, Harewood GC, Baron TH. Assessment of predictors of response to neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction. Am J Gastroenterol 2002;97:3118-22.
13. 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.
14. Law NM, Bharucha AE, Undale AS, Zinsmeister AR. Cholinergic stimulation enhances colonic motor activity, transit, and sensations in humans. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol 2001; 281:1228-37.
15. De Giorgio R, Stanghellini V, Barbara G, Guerrini S, Lioce A, Vasina V et al. Prokinetic in the treatment of acute intestinal pseudo-obstruction. I Drugs 2004;7:160-5.
16. Turégano-Fuentes F, Muñoz-Jiménez F, Valle-Hernández E, Pérez-Díaz D, Calvo-Serrano M, De Tomás J et al. Early resolution of Ogilvie's syndrome with intravenous neostigmine: a simple, effective treatment. Dis Colon Rectum 1997;40:1353-7.
17. Ponc RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine infusion: new standard of care for acute colonic pseudo-obstruction? N Engl J Med 1999; 341: 137-41.
18. Amaro R, Rogers AI. Neostigmine infusion: new standard of care for acute colonic pseudo-obstruction, Am J Gastroenterol 2000;95:304-5.
19. Van der Spoel JJ, Oudemans-van Straaten HM, Stoutenbeek CP, Bosman RJ, Zandstra DF. Neostigmine resolves critical illness-

- related colonic ileus in intensive care patients with multiple organ failure: a prospective, double-blind, placebo-controlled trial. *Intensive Care Med* 2001;27:822-7.
20. Trevisani GT, Hyman NH, Church JM. Neostigmine: safe and effective treatment for acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum* 2000;43:599-603.
21. Abeyta BJ, Albrecht RM, Schermer CR. Retrospective study of neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *Am Surg* 2001;67:265-8.
22. Griffiths C. Acute colonic pseudo-obstruction: a pharmacological approach. *Ann R Coll Surg Engl* 1992;74:364-7.
23. Stephenson BM, Morgan AR, Salaman JR, Wheeler MH. Ogilvie's syndrome: a new approach to an old problem. *Dis Colon Rectum* 1995;38:424-7.
24. Paran H, Silverberg D, Mayo A, Shwartz I, Neufeld D, Freund U. Treatment of acute colonic pseudo-obstruction with neostigmine. *J Am Coll Surg* 2000;190:315-8.
25. Mehta R, John A, Nair P, Raj VV, Mustafa CP, Suvarna D et al. Factors predicting successful outcome following neostigmine therapy in acute colonic pseudo-obstruction: a prospective study. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:459-61.
26. Sgouros SN, Vlachogiannakos J, Vassiliadis K, Bergele C, Stefanidis G, Nastos H et al. Effect of polyethylene glycol electrolyte balanced solution on patients with acute colonic pseudo-obstruction after resolution of colonic dilatation: a prospective, randomized, placebo controlled trial. *Gut* 2006;55:638-42.
27. Schermer CR, Hanosh JL, Davis M, Pitcher DE. Ogilvie's Syndrome in the Surgical Patient: A New Therapeutic Modality. *J Gastrointest Surg* 1999;3:173-7.
28. Bonacini M, Smith OJ, Pritchard T. Erythromycin as therapy for acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *J Clin Gastroenterol* 1991;13:475-6.
29. Ramirez R, Zuckerman MJ, Bejazi RA, Chokhavatia S. Treatment of Acute Colonic Pseudo-Obstruction With Tegaserod. *Am J Med Sci* 2010;339:575-6.
30. Mashour GA, Peterfreund RA. Spinal anesthesia and Ogilvie's syndrome (case report). *J Clin Anesth* 2005;17:122-3.
31. Hudziak H. Syndrome d'Ogilvie: Prise en charge thérapeutique. *La Lettre de l'Hépatogastroentérologue* 1999;1:29-31.
32. Jetmore AB, Timmcke AE, Gathright JB Jr, et al. Ogilvie's syndrome: colonoscopic decompression and analysis of predisposing factors. *Dis Colon Rectum*. 1992; 35: 1135-42.
33. Nivatvongs S, Vermeulen FD, Fang DT. Colonoscopic decompression of acute pseudo-obstruction of the colon. *Ann Surg* 1982;196:598-600.
34. Strodel WE, Nostrant TT, Eckhauser FE. Therapeutic and diagnostic colonoscopy in non-obstructive colonic dilatation. *Ann Surg* 1983;19:416-21.
35. Bode WE, Beart RW, Spencer RJ. Colonoscopic decompression for acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): report of 22 cases and review of the literature. *Am J Surg* 1984;147:243-5.
36. Nakhgevan KB. Colonic decompression of the colon in patients with Ogilvie's syndrome. *Am J Surg* 1984;148:317-20.
37. Geller A, Petersen BT, Gostout CJ. Endoscopic decompression for acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 1996;44:144-50.
38. Benacci JC, Wolff BG. Cecostomy: therapeutic indications and results. *Dis Colon Rectum* 1995;38:530-534.
39. Catena F, Caira A, Ansaloni L, Calò G, De Bonis F, Agrusti S. Ogilvie's syndrome treatment. *Acta Biomed*. 2003;74 Suppl 2:26-9.
40. Ramage JJ Jr, Baron TH. Percutaneous endoscopic cecostomy: a case series. *Gastrointest Endosc* 2003;57:752-5.
41. Chevallier P, Marcy PY, François E, Peten EP, Motamedi JP, Padovani B 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.
42. Wegener M, Borsch G. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). Presentation of 14 of our own cases and analysis of 1027 cases reported in the literature. *Surg Endosc* 1987;1:169-74.