

**Ενδιαφέρουσα
Περίπτωση**

Σύνδρομο Ogilvie μετά από καισαρική τομή

Γ. Στρατουδάκης¹
Ε. Ξυλούρης¹
Σ. Δημητρίου¹
Σ. Μυτάς¹
Ν. Κατσούγκρης²
Ε. Τζανάκης¹

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο Ogilvie ή οξεία ψευδο-απόφραξη του κόλου παρουσιάζεται με την κλινική εικόνα οξείας απόφραξης του κόλου, χωρίς να σχετίζεται με άλλη παθολογική βλάβη και παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας. Η αιτιολογία του συνδρόμου παραμένει άγνωστη. Σε ποσοστό 8,4% των περιπτώσεων του συνδρόμου, βρέθηκε να σχετίζεται με την κύηση ή τη λοχεία και συχνότερα μετά από καισαρική τομή. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με σύνδρομο Ogilvie μετά από καισαρική τομή, η διάγνωση, η αντιμετώπιση και σύντομη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Όροι ευρετηρίου: σύνδρομο Ogilvie, οξεία ψευδο-απόφραξη, κόλον, καισαρική τομή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οξεία ψευδο-απόφραξη του κόλου (ΟΨΑΚ), γνωστή και ως σύνδρομο Ogilvie, αποτελεί σπάνια παθολογική κατάσταση, που σχετίζεται με εκτεταμένη διάταση όλου ή μέρους του κόλου, σε απουσία οποιασδήποτε άλλης μηχανικής απόφραξης¹. Από όλες τις καταγεγραμμένες περιπτώσεις ΟΨΑΚ, σε ποσοστό 8,4% βρέθηκε να σχετίζονται με την κύηση ή τη λοχεία, και οι περισσότερες από αυτές ήταν μετά από καισαρική τομή². Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε την επιτυχή αντιμετώπιση ασθενούς με ΟΨΑΚ μετά από καισαρική τομή.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής 35 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, πρωτοτόκος, τελειόμηνος, προσέρχεται και εισάγεται στην αίθουσα τοκετών λόγω έναρξης τοκετού και αυτόματης ρήξης θυλακίου. Ο προγεννητικός έλεγχος είχε τηρηθεί αυστηρά και είχε υποβληθεί σε αμνιοπαρακέντηση, λόγω κοντού μήκους μηριαίου οστού, και ο καρυότυπος ήταν φυσιολογικός. Η ασθενής δεν είχε χειρουργηθεί ποτέ και δεν ανέφερε ή παρουσίαζε κανένα πρόβλημα με τη λειτουργία του εντέρου της. Είκοσι τέσσερις ώρες μετά την είσοδό της στο μαιεντήριο και λόγω μη εξέλιξης τοκετού, αποφασίζεται και εκτελείται καισαρική τομή. Διεγχειρητικά δεν παρουσιάστηκε κάποια αξιολογητέα δυσκολία ή επιπλοκή και το νεογνό ήταν ζων, αρτιμελές, άρρεν, βάρους 3450 g. Στην προσπάθεια αποσωλήνωσης της ασθενούς, τέθηκε η υποψία εισρόφησης, η οποία και επιβεβαιώθηκε με την εκτέλεση ακτινογραφίας θώρακα. Η ασθενής μεταφέρθηκε στη Μονάδα Εντατικής Θερα-

¹Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Γ.Ν. «Βενιζέλιο-Πανάνειο» Ηρακλείου Κρήτης
²Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν. «Βενιζέλιο-Πανάνειο» Ηρακλείου Κρήτης

Αλληλογραφία:
 Γ. Στρατουδάκης,
 Τ.Θ. 4-374, Ατσιπόπουλο,
 Τ.Κ. 74100, Ρέθυμνο, Κρήτη
 Τηλ.: 6945691644
 E-mail: stratotheo@hotmail.com
 Κατατέθηκε: 3/7/08
 Εγκρίθηκε: 11/9/08

πείας για καλύτερη παρακολούθηση. Η ασθενής εξήλθε από την Εντατική και μεταφέρθηκε στην κλινική το 3^ο μετεγχειρητικό 24ωρο, σε γενικά καλή κατάσταση, εκτός από ήπιο άλγος και διάταση κοιλίας. Υπήρχαν αραιοί εντερικοί ήχοι προσπαθείας. Οι εξετάσεις αίματος και τα λόχεια ήταν φυσιολογικά. Σε υπερηχογραφικό έλεγχο κοιλίας αναδείχθηκε η παρουσία ελάχιστης ποσότητας υγρού ανάμεσα στις εντερικές έλικες και διάταση του ανιόντος κόλου, με διάμετρο περίπου 7 cm, που επιβεβαιώθηκε με ακτινογραφία κοιλίας. Η ασθενής τέθηκε σε παρεντερική σίτιση, τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας, αποφεύχθηκε η χρήση οπιοειδών αναλγητικών, χορηγήθηκε ενδοφλέβια νεοστιγμίνη και πραγματοποιήθηκαν υψηλοί υποκλυσμοί. Καλλιέργειες αίματος, λοχείων και τραύματος δεν ανέδειξαν την παρουσία μικροβίων. Την 9^η μετεγχειρητική ημέρα, με επιδείνωση των υπερηχογραφικών και ακτινολογικών ευρημάτων (διάμετρος κόλου > 10 cm) και μετά την αποτυχία των συντηρητικών μεθόδων, σε συνεργασία με το χειρουργικό τμήμα, αποφασίστηκε η εκτέλεση ερευνητικής λαπαροτομίας. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, βρέθηκε εκτεταμένη διάταση του τυφλού, του ανιόντος και του μισού εγκάρσιου κόλου και δεν αναδείχθηκε καμία αποφρακτική βλάβη. Πραγματοποιήθηκε επιμελής επισκόπηση και έλεγχος της χειρουργημένης περιοχής και όλου του εντέρου, αφαίρεση του υγρού και τοποθέτηση αντισυμφυτικών μεμβρανών και παροχετεύσεων. Η ασθενής είχε ευχερή ανάνηψη και η λειτουργία του εντέρου επανήλθε τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα μετά την ερευνητική λαπαροτομία. Εξήλθε από την κλινική τη 16^η μετεγχειρητική ημέρα μετά την καισαρική τομή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το σύνδρομο Ogilvie ή οξεία ψευδο-απόφραξη του κόλου (ΟΨΑΚ) αποτελεί σπάνια παθολογία που σχετίζεται με εκτεταμένη διάταση όλου ή μέρους του κόλου, με απουσία άλλης μηχανικής απόφραξης¹. Περιγράφηκε για πρώτη φορά ως σύνδρομο το 1948, από τον Sir Heneage Ogilvie, από τον οποίο πήρε και το όνομά του³. Οι περιπτώσεις ΟΨΑΚ, που σχετίζονται με την κύηση και τη λοχεία, αποτελούν το 8,4% του συνόλου και οι περισσότερες από αυτές παρατηρούνται μετά από καισαρική τομή, προεκλαμψία, πρόωρο τοκετό και πολύδυμη κύηση².

Η παθογένεση της ΟΨΑΚ δεν έχει πλήρως κατανοηθεί και η έρευνα συνεχίζεται. Πιθανόν να οφείλεται σε παροδική αστάθεια μεταξύ του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού πλέγματος, που νευρώνουν το κόλον. Τα ιερά παρασυμπαθητικά νεύρα περνούν εφαιπόμενα από τον τράχηλο της μήτρας, τον κόλπο και τον πλατύ σύνδεσμο της μήτρας. Χειρουργικές επεμβάσεις ή τραύματα στις περιοχές που περνούν αυτά τα νεύρα, μπορούν να προκαλέσουν ατονία, δυσλειτουργία και διάταση του

κόλου. Δε μπορεί όμως, να αποκλειστεί και η συμβολή άλλων παραγόντων στην παθογένεση του συνδρόμου⁴.

Η κλινική συμπτωματολογία περιλαμβάνει κωλικοειδούς χαρακτήρα κοιλιακό άλγος, δυσκοιλιότητα ή και κενώσεις με υδαρές περιεχόμενο. Ναυτία και έμετος παρουσιάζονται στο 25% των περιπτώσεων, σε αντίθεση με τη μεγαλύτερη συχνότητα που παρουσιάζονται τα ίδια συμπτώματα στον παραλυτικό ειλεό⁵. Στην κλινική εξέταση παρατηρείται διάταση κοιλίας με ευαισθησία στην ψηλάφηση, ενώ δεν αποκλείεται η παρουσία εντερικών ήχων. Ο κίνδυνος θανάτου από ΟΨΑΚ αυξάνεται δραματικά σε περίπτωση αυτόματης ρήξης του εντέρου και κυμαίνεται από 35-72%⁶. Η ρήξη του εντέρου μπορεί συχνά να συμβεί 2-4 ημέρες μετά την έναρξη της παθολογίας και εξαρτάται από το βαθμό διάτασης. Η παρουσία ευαισθησίας στην ψηλάφηση της κοιλίας και πυρετού αυξάνει την υποψία και την πιθανότητα επικείμενης ρήξης του εντέρου.

Ο έλεγχος της κοιλίας με ακτινογραφία συμβάλλει στη διάγνωση και επιβάλλεται στην πορεία της αντιμετώπισης του συνδρόμου. Συνήθως, απεικονίζεται το κόλον διατεταμένο με υδραερικά επίπεδα. Η χορήγηση σκιαγραφικού, πριν την πραγματοποίηση της ακτινογραφίας, μπορεί να γίνει όταν δεν υπάρχουν ενδείξεις επικείμενης ρήξης του εντέρου, αλλιώς σε περίπτωση ρήξης, υπάρχει έντονος περιτοναϊκός ερεθισμός από το βάριο.

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου στηρίζεται κυρίως στην αποφυγή της ρήξης του εντέρου. Στις περιπτώσεις που το κόλον έχει διάμετρο μικρότερη από 9 cm, η αντιμετώπιση μπορεί να είναι αρχικά συντηρητική, με σκοπό την αυτόματη λύση της παθολογικής κατάστασης. Αντίθετα στις περιπτώσεις που η διάμετρος του κόλου είναι μεγαλύτερη από 9-12 cm ή υπάρχουν σημεία επικείμενης ρήξης του εντέρου, τότε ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση⁴.

Η κολονοσκόπηση μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση και αντιμετώπιση του συνδρόμου Ogilvie⁷. Η εξέταση βοηθάει στον αποκλεισμό της μηχανικής απόφραξης, την αποσυμπίεση του διατεταμένου κόλου και την τοποθέτηση ορθικού σωλήνα για την αποφυγή υποτροπών. Σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν ιδανικές συνθήκες για τη διενέργεια κολονοσκόπησης ή όταν το εντερικό τοίχωμα είναι ιδιαίτερα λεπτό λόγω της υπερδιάτασης, τότε ενδείκνυται η πραγματοποίηση ερευνητικής λαπαροτομίας ή και εντεροστομίας για την αποσυμπίεση του διατεταμένου εντέρου. Εντερεκτομή ή ημικολεκτομή σπάνια θα γίνουν και μόνο σε περιπτώσεις εκτεταμένης νέκρωσης ή εκτεταμένης ρήξης⁴.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, το σύνδρομο Ogilvie ή οξεία ψευδο-απόφραξη του κόλου αποτελεί σπάνια επιπλοκή της κύησης ή της λοχείας, συνήθως μετά από καισαρική το-

μή. Η γνώση και η έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου θα οδηγήσει στην επιτυχή αντιμετώπισή του.

Summary

Stratoudakis G, Xilouris E, Dimitriou S, Mitas S, Katsougris N, Tzanakis E.

Ogilvie's syndrome following caesarean section

Helen Obstet Gynecol 20(4):374-376, 2008

Ogilvie's syndrome or pseudo-obstruction of the colon presents with the clinical picture of acute obstruction of the colon without any other associated pathological lesion and usually occurs in older patients. The pathogenesis is unknown. Almost 8.4% the syndrome is associated with pregnancy or puerperium, with most of the cases occurring after caesarean section. We present a case of Ogilvie's syndrome following caesarean section, the diagnosis, the treatment and a brief review of the literature.

Key words: *Ogilvie's syndrome, acute pseudo-obstruction, colon, caesarean section.*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Srivastava G, Pilkington A, Nallala D, Polson DW, Holt E. Ogilvie's syndrome: a case report. Arch Gynecol Obstet. 2007; 276: 555-557.
2. Hamed AD, Dare FO. Ogilvie's syndrome. Int J Gynaecol Obstet. 1992; 37: 47-50.
3. Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation: a new clinical syndrome. BMJ 1948; 2: 671-673.
4. Kalu E, Fakokunde A, Jesudason M, Whitlow B. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's Syndrome) following caesarean section for triplets. J Obstet Gynaecol. 2005; 25: 299-300.
5. De M, Mandal A, Cooper JC. A case of Ogilvie's syndrome after caesarean section. J Obstet Gynaecol. 2002; 22: 686-687.
6. Sayed AT, Moran PA. Acute colonic pseudo-obstruction after caesarean section. Gynecol Surg. 2007; 2: 139-140.
7. Rex DK. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). Gastroenterologist. 1994; 2: 233-238.