

Occlusione intestinale su briglia in paziente con pregressa diagnosi di sindrome di Ogilvie

M. MONGARDINI, F. SCHILLACI¹, A. COLA, G. FANELLO¹, F. BENEDETTI,
A. MATURO², G. PAPPALARDO¹

RIASSUNTO: Occlusione intestinale su briglia in paziente con pregressa diagnosi di sindrome di Ogilvie.

M. MONGARDINI, F. SCHILLACI, A. COLA, G. FANELLO,
F. BENEDETTI, A. MATURO, G. PAPPALARDO

Riportiamo il caso di un paziente di 72 anni che giungeva in Pronto Soccorso con dolori addominali e chiusura dell'alvo alle feci e ai gas. In anamnesi riferiva pregresso intervento per occlusione intestinale da sindrome di Ogilvie.

Peggiorando rapidamente la sintomatologia oclusiva, si decideva per l'intervento chirurgico d'urgenza. Il reperto intraoperatorio era di due briglie che ostacolavano il transito e che venivano sezionate.

Nel nostro caso il sospetto diagnostico di dissociazione neuro-meccanica (sindrome di Ogilvie) – giustificato dall'anamnesi – non è stato confermato. La maggior frequenza di altre possibili cause di ileo fa sì che questa sindrome non venga di regola considerata nella diagnosi differenziale, pur non essendo eccezionale, almeno in pazienti con patologie neurodegenerative.

SUMMARY: Adhesion ileus in patient with previous diagnosis of Ogilvie's syndrome.

M. MONGARDINI, F. SCHILLACI, A. COLA, G. FANELLO,
F. BENEDETTI, A. MATURO, G. PAPPALARDO

A case of a 72-year-old man with abdominal pain and ileus is reported. Previous surgery for Ogilvie's syndrome had been performed.

Despite conservative therapy, the occlusive symptoms worsen. Therefore the patient was submitted to surgery. At laparotomy two abdominal adhesions were found and sectioned.

The differential diagnosis between mechanical ileus and pseudo-obstruction for neuro-mechanics dissociation (Ogilvie's syndrome) is difficult, particularly in patients with neurodegenerative diseases.

KEY WORDS: Ileo - Briglia - Sindrome di Ogilvie.
Ileus - Adhesion - Ogilvie's syndrome.

Introduzione

La sindrome di Ogilvie è una pseudo-ostruzione acuta del colon, la cui patogenesi è indicata in uno squilibrio tra le attività del simpatico (inibizione della motilità intestinale) e del parasimpatico (stimolazione), in grado estremo con abolizione della peristalsi e conseguente ileo dinamico, con possibile necrosi delle

anse intestinali.

Riportiamo il caso di un paziente già operato per sindrome di Ogilvie in cui dopo 12 anni si è manifestato di nuovo un ileo che però si è poi rivelato meccanico (da briglia) all'intervento chirurgico in urgenza.

Caso clinico

D.G., maschio, 72 anni, giungeva in Pronto Soccorso con dolori addominali diffusi, insorti da poche ore, associati a nausea ed a chiusura dell'alvo alle feci e ai gas. Il paziente riferiva pregresso intervento per occlusione intestinale, 12 anni prima, da riferita sindrome di Ogilvie.

Obiettivamente l'addome si presentava piuttosto disteso, diffusamente dolente e dolorabile specie nei quadranti sinistri, con timpanismo notevolmente accentuato e peristalsi torpida. Le condizioni generali si presentavano discrete: il paziente era emodinamicamente stabile (PA 130/80 mmHg), eupnoico, con diuresi valida. Gli esami ematochimici mostravano lieve leucocitosi (WBC 13,9 x 1000/ μ l) e disidratazione (Hb 16,4 g/dl; Htc 48%). La Rx diretta addome, in ortostatismo, evidenziava numerosi e

Università degli Studi "La Sapienza" - Roma
Prima Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
UOC Chirurgia Generale L
(Direttore: Prof. F. Custureri)

¹ Istituto Dipartimentalizzato di Clinica Chirurgica
di Urgenza e di Pronto Soccorso
(Direttore: Prof. G. Pappalardo)

² Dipartimento di Scienze Chirurgiche
UOC Chirurgia Generale E
(Direttore: Prof. E. De Antoni)

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

importanti livelli idroaerei ileali e lieve dilatazione del colon. Si poneva diagnosi di occlusione intestinale e, nel sospetto di patologia neuro-enterica recidiva, si decideva per una terapia conservativa (fluidoterapia, profilassi antibiotica, gastroprotezione, supporto procinetico con metoclopramide e trimebutina, clisteri evacuativi con esito parziale).

Dopo tre giorni, persistendo il quadro occlusivo, si decideva di sottoporre il paziente a TC addomino-pelvica, che confermava marcata distensione gassosa e fluida delle anse del piccolo intestino, con multipli livelli idroaerei e minima quota di versamento libero tra le anse e nel Douglas.

Il paziente veniva allora sottoposto ad intervento chirurgico in urgenza. Previa relaparotomia mediana, si aspiravano circa 2000 cc di liquido puruloide endoaddominale; si reperivano tenacissime aderenze viscerico-viscerali e viscerico-parietali e due briglie che ostacolavano il transito intestinale, una a circa 90 cm dalla valvola ileo-ciecale e l'altra a circa 90 cm prossimalmente. Il tenue appariva notevolmente dilatato con pareti in franca sofferenza ischemica; lo si detendeva aspirando, attraverso un'enterotomia circa 80 cm distalmente al Treitz, oltre 3000 cc di materiale enterico. Sbrigliamento, ampia viscerolisi fino al cieco, riperitoneizzazione di piccole aree speritoneizzate, verifica della recuperata vitalità delle anse, detersione della cavità peritoneale e, infine, posizionamento di due tubi di drenaggio in para (uno in doccia parieto-colica sinistra, l'altro nel Douglas).

Il decorso post-operatorio era regolare con dimissione del malato in VII giornata.

Discussione

L'epicrisi del caso evidenzia che non esisteva l'importante dilatazione del colon tipica della sindrome di Ogilvie. Tuttavia il rilievo anamnestico ci ha indotti a considerare l'ipotesi di una 'recidiva' della malattia e quindi a valutare criticamente l'opportunità di un immediato intervento chirurgico, come peraltro suggerito dallo specifico algoritmo terapeutico (1). Peggiorando la sintomatologia occlusiva, nonostante la terapia conservativa, il sospetto eziopatogenetico si è focalizzato su altre possibili più frequenti cause di occlusione intestinale, prima fra tutte l'esistenza di aderenze postoperatorie.

La sindrome di Ogilvie è in effetti di raro riscontro, ma non eccezionale in pazienti con patologie neurodegenerative. Il suo trattamento elettivo è non chirurgico (1, 2), essenzialmente motivato da: a) transitorietà dei sia pur gravi disturbi della canalizzazione intestinale; b) impossibilità di una risoluzione chirurgica della dissociazione neuro-meccanica.

Bibliografia

1. De Giorgio R, Barbara G, Stanghellini V, Tonini M, Vasina V, Cola B, Corinaldesi R, Biagi G, De Ponti F. Review article: the pharmacological treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15(11):1717-27.
2. Moons V, Coremans G, Tack J. An update on acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Acta Gastroenterol Belg* 2003;66(2):150-3.
3. 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(3): 169-74.
4. Georgescu S, Dubei L, Zaharia M, Cirdei C, Crumpei F, Cijevschi-Prelicean C, Stoian M. Ogilvie's syndrome - acute colonic pseudo-obstruction. Case report and review of the litera-

L'intervento può anzi aggravare, in questi casi, il quadro clinico per il sovrapporsi dell'ileo post-operatorio e successivamente per una possibile sindrome aderenziale. L'approccio chirurgico è invece indicato se la sindrome di Ogilvie si complica rallentando, ad esempio, l'attività peristaltica a tal punto da produrre la perforazione diastatica del cieco o una sofferenza delle anse intestinali da stasi venosa, o ancora da luogo, progressivamente, alla formazione di fecalomi occludenti. In pratica, tra terapia medica ed intervento chirurgico laparotomico è possibile in molti casi pianificare uno *step* intermedio 'mininvasivo', costituito dalla colonscopia diagnostica ed eventualmente operativa (5, 6).

Il nostro paziente, con una riferita pregressa diagnosi 'postoperatoria' di sindrome di Ogilvie, poneva un problema di diagnosi differenziale (7). Poteva l'attuale sindrome occlusiva dipendere da un nuovo episodio di dissociazione neuro-meccanica oppure si trattava di un ileo meccanico da aderenze formatesi dopo il precedente intervento 'diagnostico'? La risposta, constatata l'inefficacia della terapia conservativa, poteva essere data soltanto da una nuova laparotomia, che urgeva per l'ingravescenza dell'occlusione.

La maggior frequenza di altre possibili cause di ileo fa sì che la sindrome di Ogilvie, pur non essendo eccezionale almeno in pazienti con patologie neurodegenerative, non venga di regola considerata nella diagnosi differenziale, banalizzando l'orientamento clinico verso una più probabile occlusione intestinale meccanica e condizionando l'algoritmo di trattamento. In pazienti di età superiore ai 60 anni e con patologie neurologiche associate bisogna invece prendere in considerazione l'eventualità di un'alterazione neurogena della peristalsi.

Infine, anche se raramente, alcuni interventi chirurgici (trapianti, parti cesarei) e lo stato di gravidanza (soprattutto se gemellare) possono determinare con relativa frequenza una condizione di dissociazione neuro-meccanica (8-10). Infine, un trattamento chirurgico non attentamente ponderato, oltre ad essere inutile nella maggior parte di casi, può esporre il paziente con sindrome di Ogilvie a sequele aderenziali, incrementando il rischio di reintervento per briglie che oltretutto, in questi soggetti con alterata funzionalità intestinale, dimostrano maggiore facilità a formarsi.

- ture. *Rom J Gastroenterol* 2003; 12(1): 51-5.
5. Cappell MS, Friedel D. The role of sigmoidoscopy and colonoscopy in the diagnosis and management of lower gastrointestinal disorders: endoscopic findings, therapy, and complications. *Med Clin North Am* 2002; 86(6): 1253-88.
 6. Rex DK. Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1997; 7(3): 499-508.
 7. Farmer KC, Phillips RK. True and false large bowel obstruction. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1991; 5(3 Pt 1): 563-85.
 8. O'Malley KJ, Flechner SM, Kapoor A, Rhodes RA, Modlin CS, Goldfarb DA, Novick AC. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) after renal transplantation. *Am J Surg* 1999; 177(6): 492-6.
 9. Roberts CA. Ogilvie's syndrome after cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000; 29(3):239-46.
 10. Pecha RE, Danilewitz MD. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) resulting from combination tocolytic therapy. *Am J Gastroenterol* 1996; 91(6): 1265-6.
-