

# Complications coliques en réanimation

Pseudo-Occlusion Colique Aiguë

Y. Ozier  
CHU Cochin Port-Royal



Pseudo-obstruction colique aiguë

Pseudo-occlusion colique

Syndrome d'Ogilvie (1948)

Dilatation colique non obstructive

Colectasie

Megacolon non toxique

Ileus adynamique du colon

# Pseudo-Obstruction Colique Aigue

Dilatation aiguë massive  
en l'absence d'obstruction mécanique  
sur colon antérieurement sain

Diamètre colique  $\geq 9$  cm

Complication d'une maladie extracolique sévère

Critical Illness-Related Colonic Ileus (CIRCI)





## POCA : Signes associés

Douleurs abdominales	83%
Nausées	63%
Vomissements	57%
Diarrhée	43%
Bruits de filtration	40%

# POCA : Facteurs prédisposant

## Systemiques

Tr électrolytiques

Psychotropes

Sepsis

Hypothyroïdie

Age

I. Rénale

Cardiovasculaires

I. Cardiaque

IDM

Embolie pulmonaire

Postopératoire

Rachis

Urologie

Bassin

Césarienne

## Neurologiques

M. Parkinson

Affections  
médullaires

T. cérébrales

Affection intra-  
abdominale

Pancréatite aiguë

Cholécystite aiguë

## Traumatiques

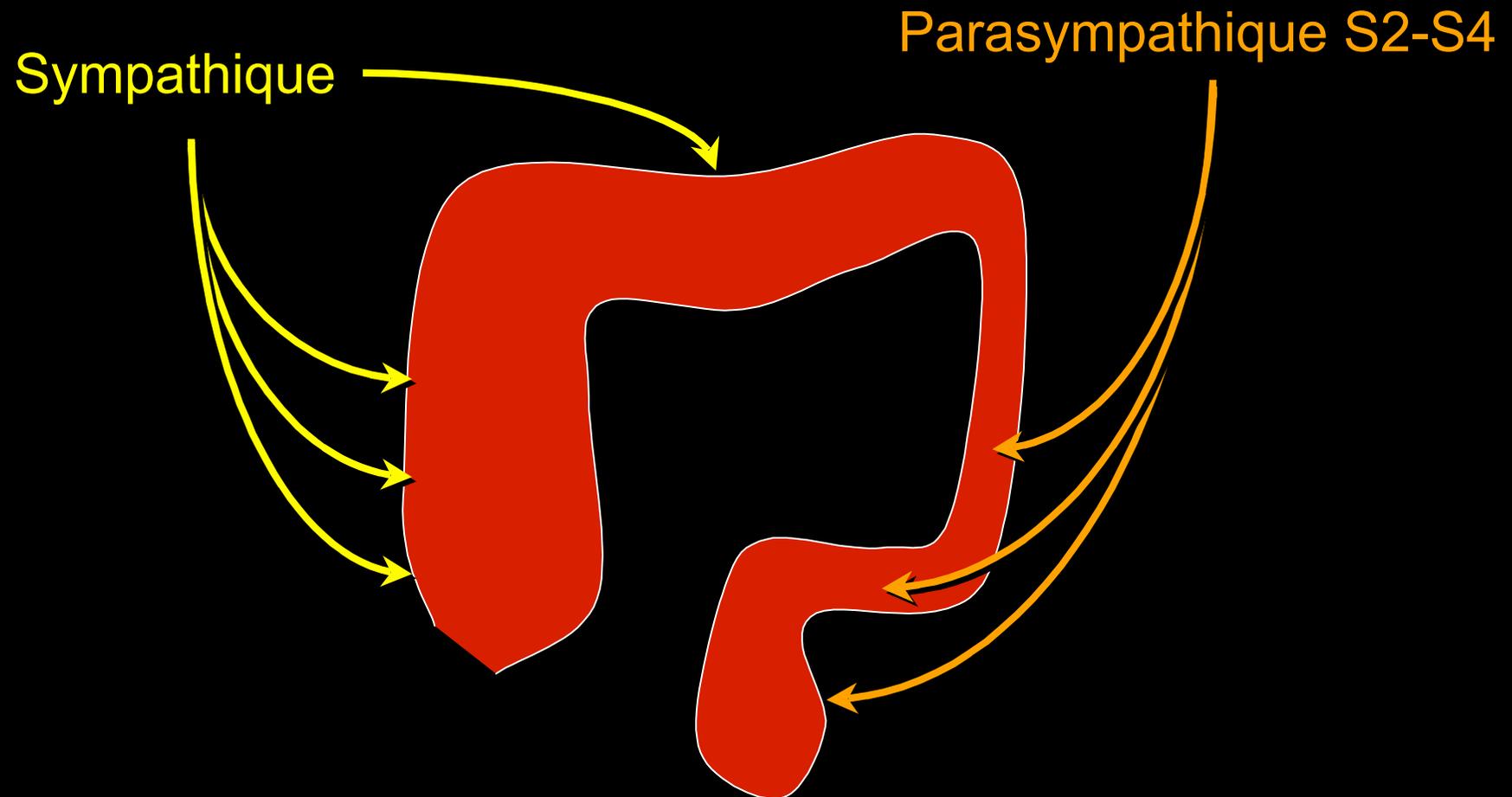
Hématome  
rétropéritonéal

Rachis

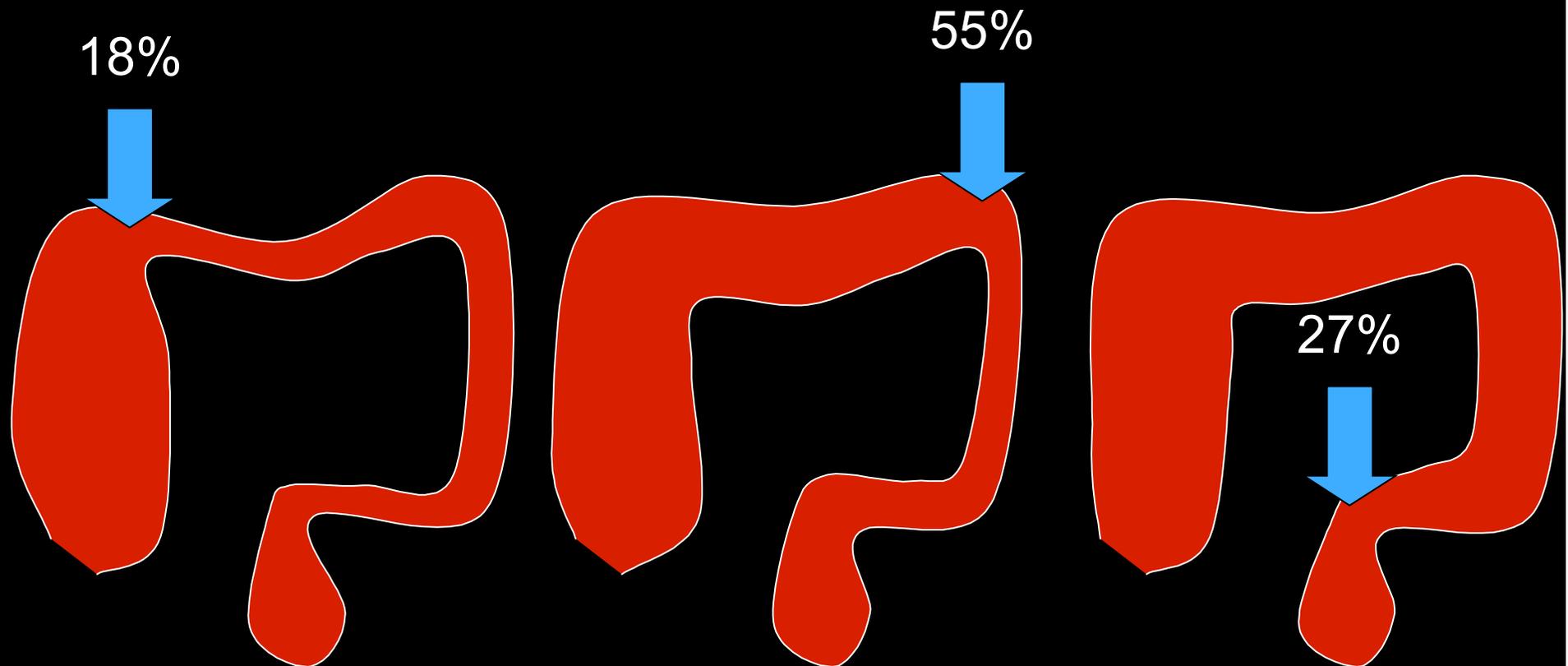
Brûlures

# POCA : Physiopathologie

Inconnue



# Localisation du point de transition



# POCA

## Pourquoi traiter ?

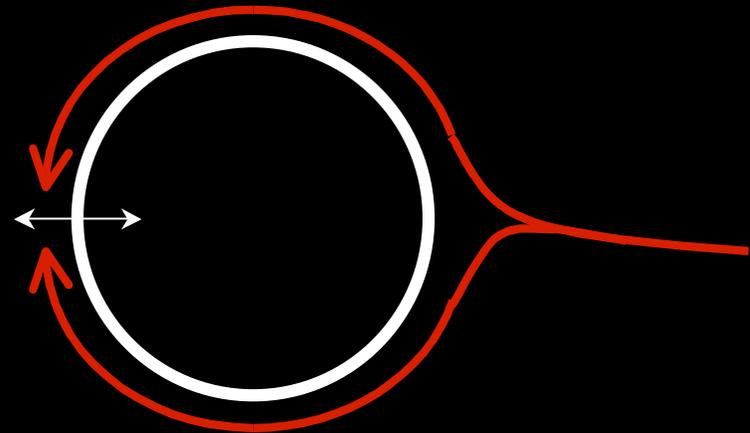
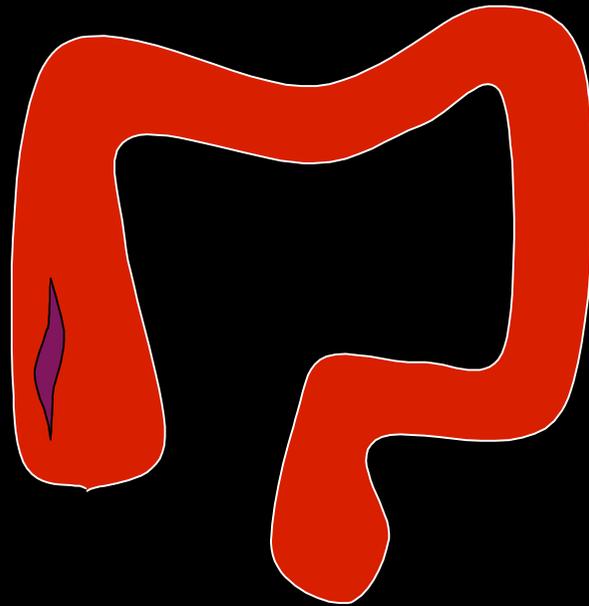
- Handicap respiratoire
- Handicap nutritionnel
- Prolifération bactérienne ? Translocation ?
- Péritonite par perforation colique +++

# Perforation caecale

## 1/3 cas non traités de POCA

Risque de perforation

Loi de Laplace  $T = P.D.\pi$



Ischémie du versant  
antimésentérique du caecum

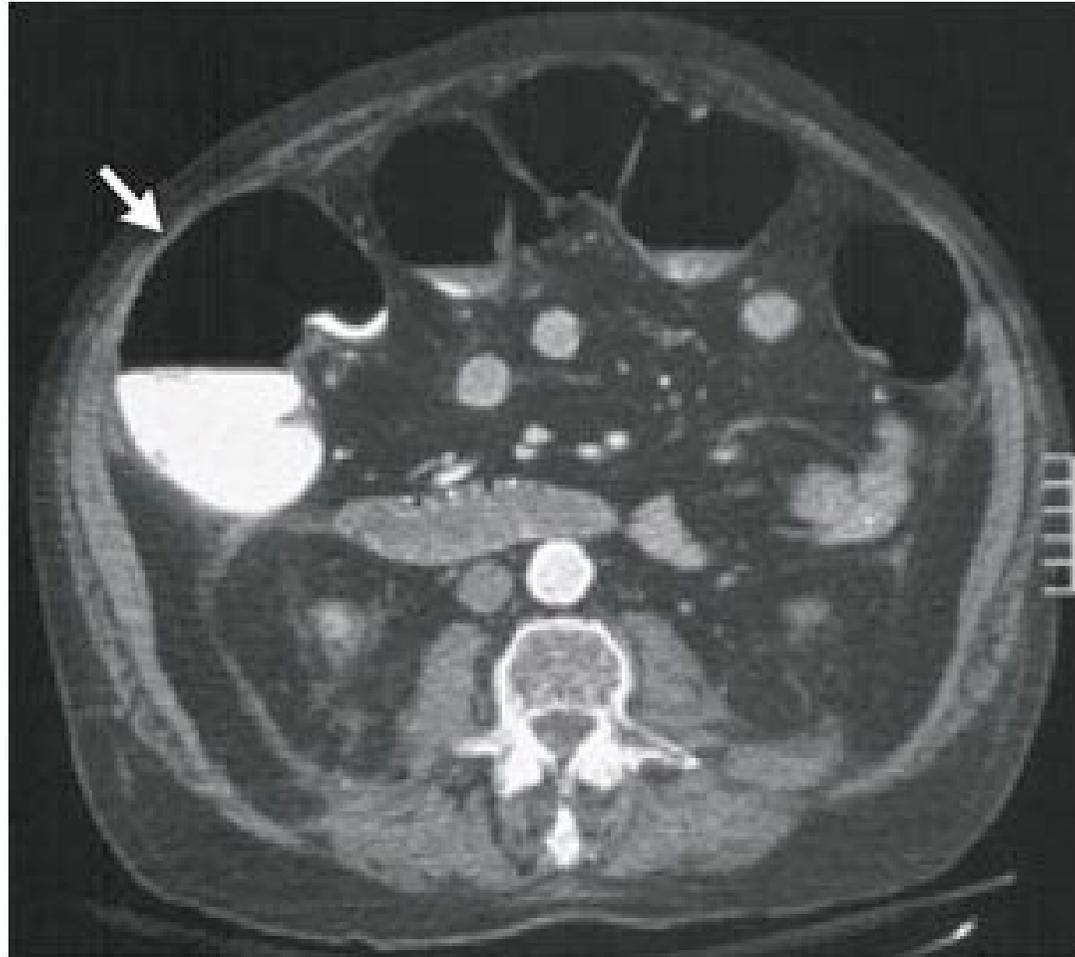
# Facteurs de risque de perforation

## 1- Diamètre caecal

Diamètre caecal	Patients (n)	Perforation (%)	Mortalité (%)
< 12 cm	44	0	7
12-14 cm	29	7	7
> 14 cm	69	23	14

*VW Vanek et al. Dis Colon Rectum 1986*

## 2- Durée ?





# POCA : Traitements

Objectif = Réduction du calibre colique

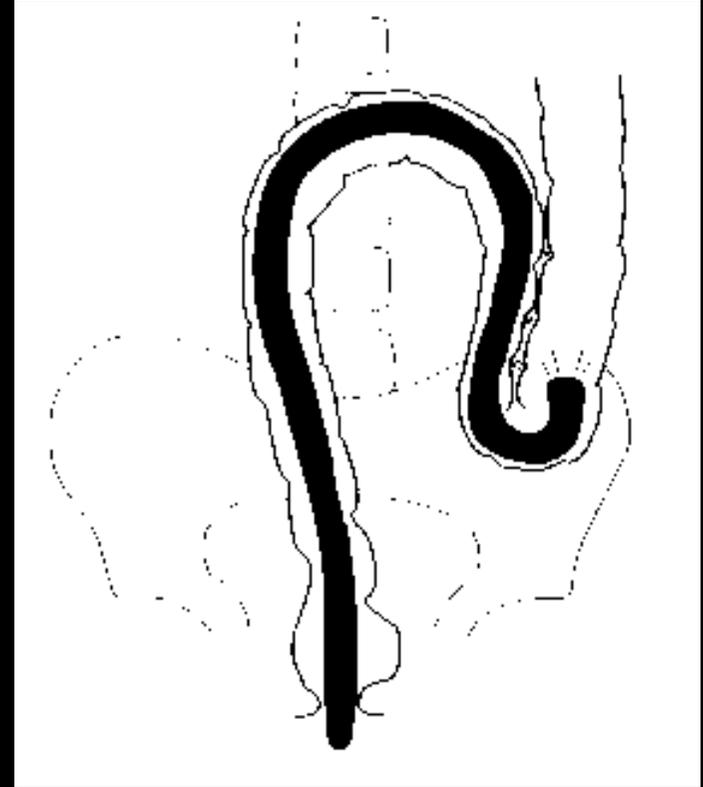
- Mesures conservatoires basiques
- Prokinétiques (Prostigmine)
- Colo-exsufflation
- Caecostomie percutanée
- Chirurgie (colectomie)

# Traitement symptomatique

- Aspiration naso-gastrique
- Arrêt de toute alimentation orale/entérale
- Corriger les désordres électrolytiques (hypokaliémie)
- Optimiser l'état circulatoire/respiratoire
- Arrêt/diminution des psychotropes (morphiniques, neuroleptiques)

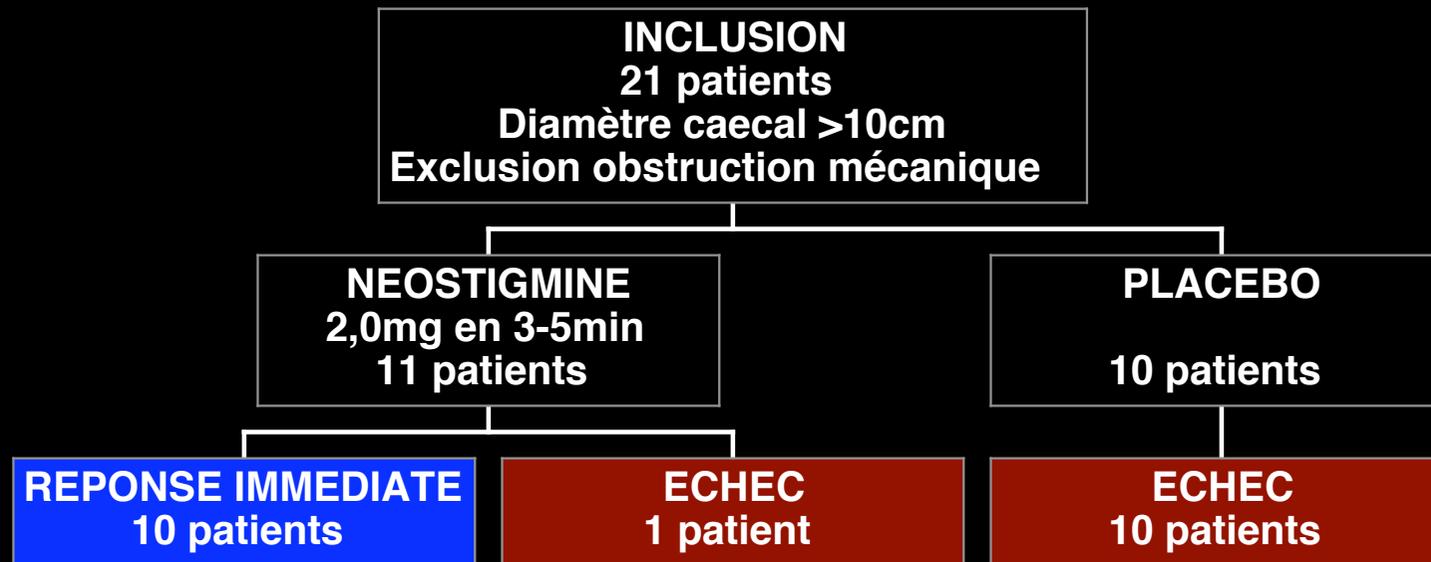
# Colo-exsufflation

- Difficile
- Sans insufflation
- Avec/sans placement d'un tube de décompression
- Echec : 10-20%
- Nécessite parfois d'être répétée 11-40% cas
- Perforations 1-4% cas



# Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction

RJ Ponec et al. N Engl J Med 1999;341:137-41



Réduction médiane du diamètre caecal : -5 cm

# Neostigmine

## Risques et contre-indications

Risque essentiel :

Bradycardie (*atropine à proximité*)

Contre-indications :

Signes péritonéaux

Incertitude sur une obstruction mécanique

Bronchospasme

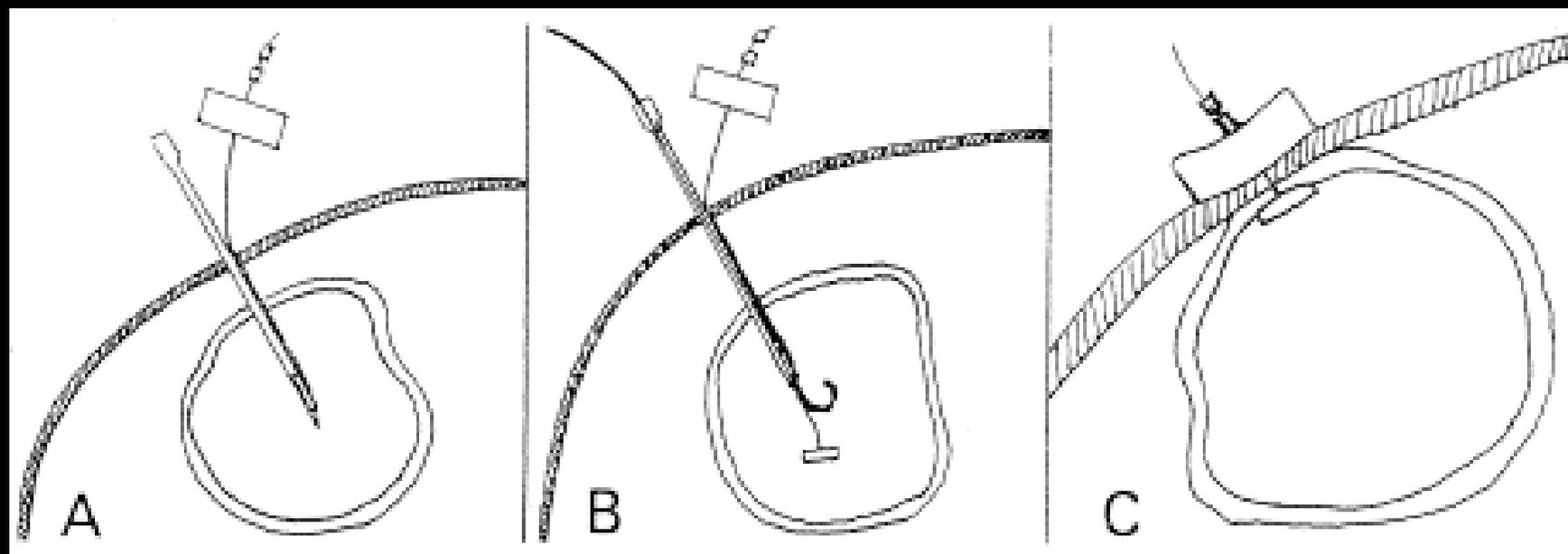
Bradycardie <60

Hypotension artérielle

Cisapride (Prepulsid®) ?

Erythromycine ?

# Caecostomie percutanée



# POCA : Place du traitement chirurgical

- Perforation
- Autre indication à une intervention chirurgicale abdominale ?
- Diamètre caecal  $>12\text{cm}$  + Echec du traitement médical ou endoscopique

DILATATION COLIQUE

POCA

OBSTRUCTION  
MECANIQUE ?

DIAMETRE CAECAL  
<12 cm

DIAMETRE CAECAL  
≥12 cm

MESURES  
BASIQUES  
48-72 heures

RESOLUTION

PERSISTANCE

COLO-EXSUFFLATION

NEOSTIGMINE

## POCA : En résumé

- Pathogénie incomprise
- 9 cm / risque de perforation 12 cm
- Surveillance ASP toutes les 12 heures
- Neostigmine 2mg en 5 min  
attention aux bradycardies
- Colo-exsufflation
- Diagnostic rapide d'une perforation