



Syndrome d'Ogilvie après une chimiothérapie de Débulking contenant la Vincristine pour un lymphome agressif : à propos d'un cas

Ogilvie syndrome after debulking chemotherapy containing Vincristine for aggressive lymphoma: a case report

Mohamed Siboub

Correspondence

Mohamed Siboub

Courriel: simohamedsiboub@hotmail.com

Service d'hématologie Clinique et de Greffe de Moelle, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Summary

Acute colonic pseudo-obstruction is a rare cause of intestinal obstruction and is considered as a diagnosis of exclusion. Several risk factors or clinical situations may be responsible for causing this syndrome. Chemotherapy can cause or facilitate the occurrence of this motility disorder. We report a case of acute colonic pseudo-obstruction that occurred directly after vincristine administration and was successfully managed by endoscopic colo-exsufflation.

Keywords: Ogilvie syndrome, Vincristine, Aggressive lymphoma

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i1.14>

Received: August 20th, 2022

Accepted: November 16th, 2022

Abréviations

ACPO: Pseudo obstruction colique aigue

LAL: Leucémie aigue lymphoblastique

LLC : Leucémie lymphoïde chronique

CVP : Cyclophosphamide Vincristine Prednisone

LDH : Lactate déshydrogénase

CRP : Protéine C réactive

Résumé

La pseudo-obstruction colique aiguë est une cause rare d'occlusion intestinale, il est souvent considéré comme un diagnostic d'exclusion. Plusieurs facteurs de risque ou de situations cliniques peuvent être à l'origine de ce syndrome. La chimiothérapie peut être une cause directe ou favorisante la survenue sa survenue. Nous rapportons un cas rare de pseudo-obstruction colique aigue survenu directement après une chimiothérapie comprenant la vincristine et pris en charge avec succès par colo-exsufflation endoscopique.

Mots-clés : Ogilvie syndrome, Vincristine, Lymphome agressif

Reçu le 20 août 2022

Accepté le 16 novembre 2022

Introduction

La pseudo-obstruction colique aiguë (ACPO) ou syndrome d'Ogilvie, est une forme distincte de dilatation colique sans preuve de cause mécanique ou anatomique sous-jacente.

Elle porte le nom de William Heneage Ogilvie qui fut le premier à décrire en 1948, un trouble de la motilité gastro-intestinale avec dilatation du cæcum et du côlon droit en absence d'obstruction mécanique. Elle est d'origine autonome caractérisée par la suppression de l'activité parasympathique et stimulation sympathique (1). De nombreuses situations cliniques ou facteurs de risques ont été identifiées. Il s'agit notamment de l'âge avancé, l'hospitalisation prolongée avec polymédication, la chirurgie lourde, le déséquilibre électrolytique et un mauvais état fonctionnel digestif sous-jacent. Le syndrome d'Ogilvie secondaire à la chimiothérapie est un phénomène rare avec très peu de rapports dans la littérature. La vincristine est une chimiothérapie alcaloïde principalement utilisée dans les lymphomes hodgkiniens, non hodgkiniens et les leucémies aigue lymphoblastiques (LAL). L'iléus induit par la vincristine a déjà été rapporté chez quelques patients atteints de LAL et n'a jamais été décrit directement après une seule dose (2).

Observation clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée de 68 ans hospitalisée pour poly-adénopathies asymétriques avec forte suspicion de transformation d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) stade A depuis 7 ans en lymphome B agressif (figure 1).

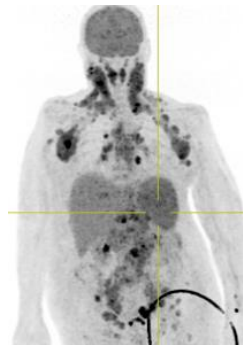


Figure 1. Tomographie à émission de positrons montrant de multiples adénopathie sus et sous-diaphragmatique hyper-métabolique faisant suspecter un syndrome de Richter

Ses antécédents retiennent essentiellement un fibrome utérin opéré 10 ans auparavant et une hypertension artérielle contrôlée sous traitement par Valsartan. Vu le syndrome tumoral important, un traitement de débulking a été initié selon le protocole de chimiothérapie contenant : Cyclophosphamide, Vincristine et prednisone (CVP). Trois jours après le traitement la patiente a présenté à l'examen clinique une distension abdominale avec arrêt des matières et des gaz sans vomissements ni d'autres signes associés.

Au bilan paraclinique, la tomodensitométrie abdominale a montré une distension franche du colon droit avec un diamètre du cæcum à 9 cm réalisant une colectasie droite, sans obstacle organique (figure 2).



Figure 2. Tomodensitométrie abdominale montrant une distension franche du colon droit avec un diamètre du cæcum à 9 cm réalisant une colectasie droite, sans obstacle organique.

Un traitement médical par Néostigmine a été essayé au 5^e jour et la patiente a reçu deux perfusions sans aucune amélioration. La réalisation d'une décompression endoscopique avec mise en place de tube d'exsufflation a été plus efficace et a permis d'induire la reprise du péristaltisme.

Discussion

Le syndrome d'ogilvie secondaire à la chimiothérapie est une situation rare. La prise en charge malgré qu'elle est bien codifiée tend à être individuelle du fait de la multiplicité des facteurs de risque et de la complexité de la situation clinique du patient. La neuropathie autonome induite par la vincristine est multifactorielle entraînant des dommages à la gaine de myéline et à l'ADN (altérations mitochondriale, perturbation de l'activité des canaux ioniques et une neuro-inflammation immunologique) (3).

Cette neuropathie est vraisemblablement cumulative et dose-dépendante (après des doses répétées de 2 mg). En général l'arrêt du traitement ou la réduction de posologie peuvent améliorer les symptômes neuropathiques et résoudre le problème ; mais parfois la neuropathie peut être responsable de complication grave (2). Bien qu'il soit classique que l'occlusion intestinale est associée à un arrêt des matières, un nombre important de patients atteints d'ACPO continueront à avoir un certain degré de fonction intestinale et la diarrhée est possible en raison de l'hypersécrétion d'eau. La fièvre et toute sensibilité abdominale sévère avec ou sans signes de péritonite sont des signes inquiétants évocateurs d'ischémie et de perforation (4).

Les tests de laboratoire bien que non spécifiques au diagnostic peuvent aider à détecter les complications. Par exemple une leucocytose, l'élévation de LDH et de le CRP si non liée à la pathologie sous-jacente peuvent orienter vers la recherche d'ischémie intestinale. Les anomalies électrolytiques, y compris du magnésium et du calcium, sont courantes et ont été signalées chez deux tiers des patients en postopératoire. La fonction thyroïdienne doit toujours être évaluée (5).

Une imagerie appropriée est essentielle au diagnostic et à la prise en charge de l'ACPO. La tomodensitométrie avec injection -en dehors des contres indications- est la modalité privilégiée pour le diagnostic, montre habituellement une dilatation isolée du cæcum et du côlon ascendant avec une zone de transition progressive à la flexion splénique. Permet d'éliminer l'occlusion intestinale anatomique ou mécanique et recherche les signes d'ischémie tels

que l'épaississement de la paroi muqueuse et l'œdème sous-muqueux.

L'ACPO est considérée comme compliquée lorsque le patient développe des signes d'ischémie intestinale, de péritonite ou de perforation. Il existe une corrélation directe entre l'augmentation du diamètre du cæcum (de plus de 12 cm) et le risque de perforation. La durée de l'ACPO dépassant les 5 à 6 jours après le diagnostic semble être le facteur le plus important de survenue complications ; situation associée avec une mortalité élevée dépassant les 50% (6).

Les patients diagnostiqués avec une ACPO non compliquée doivent être hospitalisés initialement pour une surveillance étroite. La prise en charge commence par la mise au repos du tube digestif et la mise en place d'une sonde naso-gastrique pour faciliter la décompression. La correction des troubles électrolytiques, la prise en charge de toute exacerbation de pathologie associée et l'arrêt de tout traitement non indispensable ayant un impact sur la motilité colique est primordial.

En l'absence de signes de complications et si le diamètre cæcal reste inférieur à 12 cm, l'approche conservatrice doit être poursuivie pendant 72 heures et a un taux de réussite non négligeable pouvant atteindre les 90 % (7).

Le traitement pharmacologique doit être instauré si absence d'amélioration dans les 72 heures et chez les patients avec ACPO dont la durée dépasse 4 jours ou qui développent un diamètre cæcal prédictif de complications.

La néostigmine, une anticholinestérase à courte durée d'action, est le médicament de choix pour le traitement de l'ACPO non compliquée. Les preuves de son efficacité ont été décrites dans plusieurs études. La résolution de la maladie est définie cliniquement par le passage de flatulences ou de selles et/ou la diminution du diamètre caecal. Le médicament est généralement administré en perfusion intraveineuse lente en 2 à 5 minutes. Les effets indésirables courants comprennent l'inconfort abdominal, la salivation et les vomissements, qui sont généralement tolérés et surtout transitoires. Les patients doivent être étroitement surveillés pour des complications les plus graves telles que la bradycardie et la bronchorrhée. Il est recommandé que les patients soient sous surveillance cardiaque continue pendant l'administration et 30 minutes après l'administration. Un régime de perfusion de néostigmine sur 24 heures a également été évalué avec un taux de réussite rapporté de 85 % et avec moins d'effets indésirables rapportés.

L'efficacité moyenne après une première dose de néostigmine dans des essais contrôlés randomisés est d'environ 90 %. La plupart des non-répondeurs avait une résolution de la maladie après une deuxième dose, celle-ci peut être administrée 90 minutes à 3 heures après la première.

La récurrence après une réponse initiale (30 %) à la néostigmine est possible d'où l'intérêt d'une surveillance continue. Il est prouvé que l'administration orale de polyéthylène glycol immédiatement après la réponse à la néostigmine empêche cette récurrence (8).

La décompression endoscopique est réservée aux patients avec contre-indication ou échec du traitement pharmacologique. La procédure est techniquement difficile et les taux de réussite sont directement liés à l'expérience de l'opérateur. La décompression est tentée initialement par coloscopie sans insufflation de gaz ni préparation intestinale. Une fois que l'intestin dilaté a été évalué et que l'aspiration a éliminé l'air. Parfois et pour éviter la récurrence un tube de décompression du côlon est généralement placé aussi près que possible du cæcum via l'endoscope. Il existe un risque d'environ 3 % de perforation iatrogène au cours de cette procédure (9). Si développement de complication : perforation ou ischémie ou si échec des conduites thérapeutiques initiales la prise en charge opératoire est indiquée et une résection peut s'avérer nécessaire. Le taux de mortalité atteint son maximum dans les compliqués nécessitant une laparotomie (10).

Dans le cas en discussion, la vincristine a été la molécule la plus incriminée, dans la survenue d'ACPO chez cette patiente avec hémopathie. Le traitement médical par Néostigmine s'est avéré insuffisant et l'endoscopie de décompression a été efficace pour soulager les symptômes et induire une reprise du péristaltisme.

Conflit d'intérêt

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt

Contribution de l'auteur

Mohamed Siboub était responsable du diagnostic et de la prise en charge du patient, a assuré la rédaction du travail, et a approuvé la version finale du manuscrit.

- Karger B, Teige K, Bojanowski T. Bizarre impalement fatalities—where is the implement? *Journal of Forensic Science* 2002; **47**:389-391.
6. Moffat SE, Goldberg B, Kong VY, Da Costa J-P, Smith MTD, Bruce JM, *et al.* Trauma in pregnancy at a major trauma center in South Africa. *S Afr Med J* année;**110** (7): 667-670.
 7. Misliwetz J. Fatal impalement injuries after falls at construction sites. *Am J Forensic Med Pathol* 1995; **16**(1): 81-83.
 8. Biccard BM, Madiba TE, Kluyts HL, Munlemvo DM, Madzimbamuto FD, Basenero A, *et al.* Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *Lancet* 2018; **391** (10130): 1589-1598.
 9. Bishop D, Dyer RA, Maswime S, Radseth RN, van Dyk D, Kluyts HL, *et al.* Maternal and neonatal outcomes after cesarean delivery in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *The Lancet Global health* 2019; **7**(4): e513-e522.

Voici comment citer cet article : Siboub M. Syndrome d'Ogilvie après une chimiothérapie de Débulking contenant la Vincristine pour un lymphome agressif : à propos d'un cas. *Ann Afr Med* 2022; **16** (1): e4994-e4997. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i1.14>