

Ogilvie's Syndrome Post Elective Caesarean Section

Eugenius Phywai Ganap^{1*}, Annisa Fitriani², Andhyta Ratih Wulandari²

¹Divisi Obstetri dan Ginekologi Sosial, Departemen Obstetri Dan Ginekologi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

²Departemen Obstetri Dan Ginekologi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia
Korespondensi: phywaj_ku@yahoo.com

Submisi: 27 Maret 2023; Revisi: 26 Mei; Penerimaan: 26 Mei 2023

ABSTRACT

Background: Ogilvie's syndrome is an acute abdominal condition characterized by massive colonic distension without any evidence of mechanical obstruction. In female patients this syndrome was associated with caesarean section and the use of spinal anaesthetics.

Case: We report a case of Ogilvie's syndrome that occurred after elective caesarean section. On the first day postoperative care the patient complained of lower abdominal pain accompanied by abdominal bloating. Physical examination reveals a distended abdomen without clinical evidence of peritonitis. Vital signs were normal and laboratory results showed an increase in leukocytes. An abdomen radiology was taken and shows gas distention in the large intestine which did not decrease even after given muscle relaxants. The patient then underwent emergency surgery by digestive surgeon followed by decompression measures for intestinal distention. The patient got a good postoperative care and continued control through the outpatient clinic.

Discussion: The exact mechanism that causes colonic dilatation in Ogilvie's syndrome is not known clearly, but many of these cases are associated with trauma, spinal anaesthesia, and pharmacological agents in which the autonomic nervous system (ANS) function is impaired. Diagnosis can be made by abdominal imaging which will show dilation of the large intestine. The main goal of treatment is to decompress the colon and thereby minimize the risk of colonic ischemia, perforation, and death. Pharmacological therapy should be considered in patients who fail conservative management within 24-48 hours, with the last resort being colonic decompression up to laparotomy with or without stoma creation.

Conclusion: Although it has a rare incidence, Ogilvie's syndrome has a high morbidity and mortality rate. Proper management of Ogilvie's Syndrome is carried out according to an algorithm starting from conservative management, pharmacology, to surgical management in resistant cases.

Keywords: Ogilvie syndrome; acute abdomen; caesarean section complication

ABSTRAK

Latar Belakang: Sindrom Ogilvie merupakan suatu kondisi akut abdomen yang ditandai dengan distensi kolon masif tanpa adanya bukti obstruksi mekanis. Pada pasien wanita kejadian ini dikaitkan dengan tindakan operasi sesar dan penggunaan obat bius spinal.

Kasus: Kami melaporkan sebuah kasus sindrom Ogilvie yang terjadi setelah operasi sesar elektif. Pada perawatan paska operasi hari pertama pasien mengeluhkan nyeri perut bagian bawah disertai dengan perut terasa kembung. Pemeriksaan fisik menunjukkan perut yang buncit tanpa disertai bukti klinis peritonitis. Tanda-tanda vital normal dan hasil laboratorium menunjukkan peningkatan leukosit. Dilakukan foto polos abdomen dan didapatkan gambaran distensi gas pada usus besar yang tidak berkurang meskipun setelah pemberian obat relaksan otot. Pasien akhirnya menjalani operasi darurat oleh ahli bedah digesti dilanjutkan dengan tindakan dekompresi pada distensi usus. Pasien menjalani perawatan paska operasi dengan baik dan melanjutkan kontrol melalui poli rawat jalan.

Pembahasan: Mekanisme pasti yang menyebabkan dilatasi kolon pada Sindrom Ogilvie belum diketahui jelas, namun kasus tersebut banyak dikaitkan dengan trauma, anestesi spinal, dan agen farmakologi dimana terjadi gangguan fungsi sistem saraf otonom (SSO). Penegakan diagnosis dapat dilakukan dengan pencitraan abdomen yang akan menunjukkan pelebaran pada usus besar. Tujuan utama penatalaksanaan adalah untuk mendekompres usus besar dan berefek meminimalkan risiko iskemia kolon, perforasi, dan kematian. Terapi farmakologi harus dipertimbangkan pada pasien yang gagal dengan manajemen konservatif pada 24-48 jam, dengan pilihan terakhir dapat dilakukan dekompresi kolon sampai dengan laparotomi dengan ataupun tanpa pembuatan stoma.

Kesimpulan: Meski memiliki insidensi yang jarang namun Sindrom Ogilvie memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Perencanaan manajemen yang tepat harus segera dilaksanakan untuk mengelola kasus tersebut. Pengelolaan Sindrom Ogilvie dilakukan secara bertahap sesuai algoritma mulai dari manajemen konservatif, farmakologi, hingga manajemen bedah pada kasus yang resisten.

Kata Kunci: Sindrom Ogilvie; akut abdomen; komplikasi operasi sesar

PENDAHULUAN

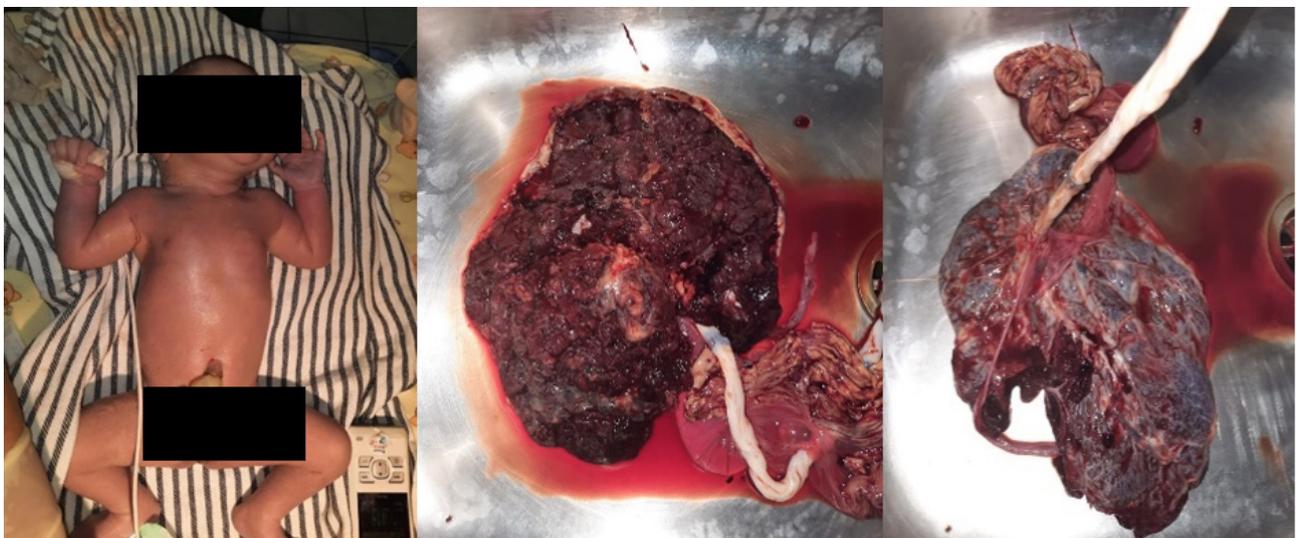
Di Indonesia pada tahun 2019 terdapat 4.039.000 persalinan dan 921.000 diantaranya menggunakan persalinan SC atau sekitar 22.8% dari seluruh angka persalinan.¹ Tingginya prevalensi persalinan Sectio caserea berkontribusi dalam meningkatkan permasalahan yang ditimbulkan oleh anestesi spinal. Berbagai komplikasi yang dapat ditimbulkan akibat anestesi spinal adalah ileus paralitik dan sindrom Ogilvie (OS) dimana terjadi obstruksi usus fungsional. Meski memiliki insidensi yang jarang, sindrom ogilvie memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi.² Salah satu gejala sisa yang paling berat dari etiologi ini adalah perforasi usus, dengan lokasi yang paling rentan adalah di sekum.

LAPORAN KASUS

Seorang wanita 26 tahun, para 2, menjalani operasi caesar elektif dengan indikasi plasenta previa totalis pada usia kehamilan 39 minggu. Durante operasi didapatkan kesan plasenta mengadakan perlekatan dengan myometrium sehingga sisa plasenta dilahirkan secara manual dengan perdarahan total 4500 cc. Dilakukan transfusi darah

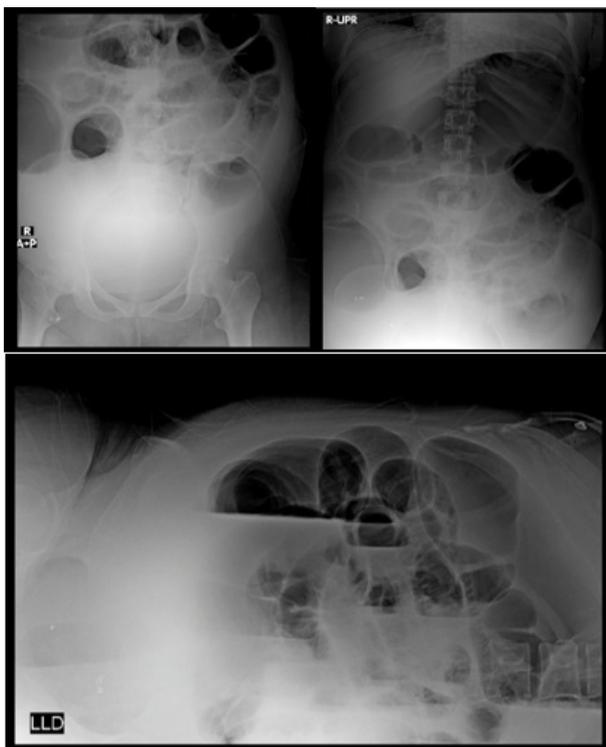
2 kantong PRC dan pasien melanjutkan perbaikan KU transfuse darah dan pemantauan paska operasi di ruang intensif (ICU). Pada perawatan paska operasi hari pertama pasien mengeluhkan nyeri perut bagian bawah disertai dengan perut terasa kembung, pasien sudah dapat flatus namun masih mengalami konstipasi. Pemeriksaan fisik menunjukkan perut yang sedikit distensi tanpa disertai bukti klinis peritonitis. Tanda-tanda vital normal dan hasil laboratorium menunjukkan peningkatan leukosit. Dilakukan pemeriksaan ultrasonografi abdomen-ginekologi dan didapatkan gambaran uterus dalam bentuk dan ukuran normal, tidak didapatkan adanya cairan bebas intraperitoneal, dengan rongga peritoneum tervisualisasi baik. Pasien melanjutkan terapi suportif dan diberikan edukasi terkait latihan mobilisasi bertahap.

Pemantauan hari selanjutnya keluhan pasien belum membaik dan pemeriksaan fisik didapatkan distensi abdomen meningkat ditandai dengan bertambahnya lingkaran perut 10cm. Dilakukan foto polos abdomen dan didapatkan gambaran dilatasi gaster, sistem usus dan colon dengan kaliber colon terbesar 7.13 cm, kesan terdapat obstruksi usus halus, dan diputuskan dilakukan konsultasi pada teman sejawat ahli bedah digestif.

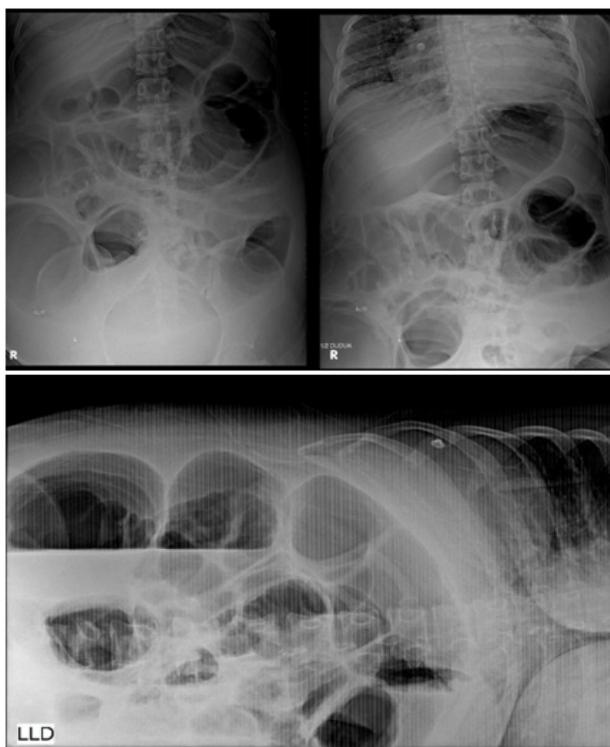


Gambar 1. Dokumentasi Operasi Sesar

Pada 17/5/2023 pukul 11.33 lahir bayi perempuan perabdominal, BBL 3236 gr, PB 50 cm, LK/LD 34.5/32 cm, AS 8/9



Gambar 2. Foto Polos Abdomen (18/5/2023)
Kesan tampak *small bowel obstruction*

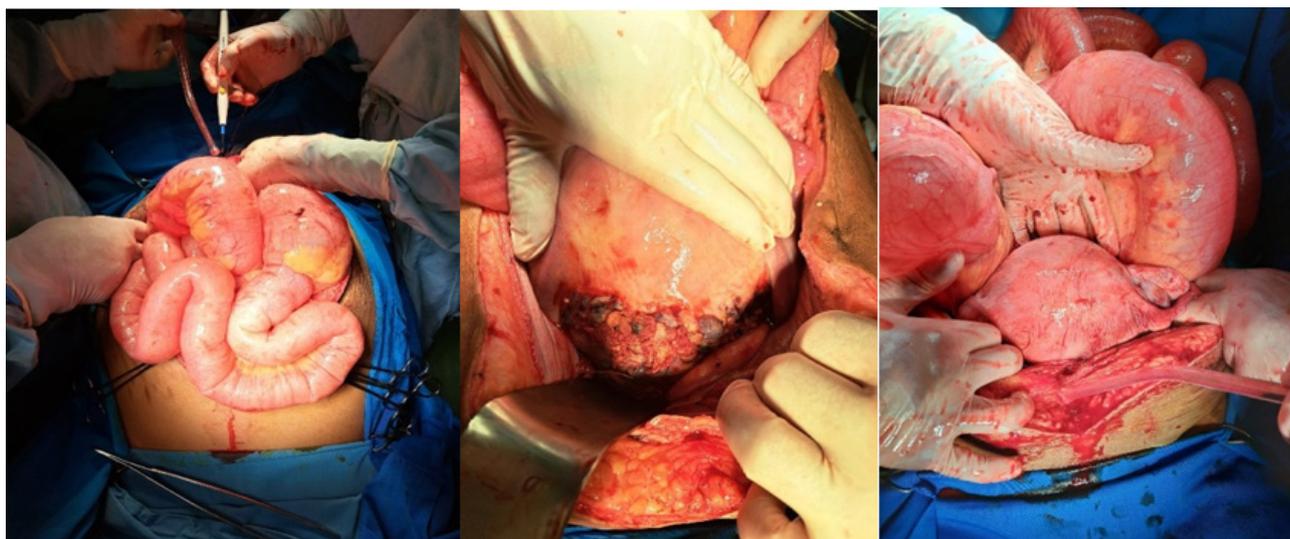


Gambar 3. Evaluasi Foto Polos Abdomen setelah Pemberian Relaksan Otot

Kesan tampak *small bowel obstruction* yang jika dibandingkan dengan foto sebelumnya tanggal 18/05/2023 secara radiologis tampak distensi abdomen relatif menetap

Selanjutnya pasien diberikan terapi farmakologis berupa relaksan otot (neostigmin) dengan dosis tunggal intravena dan direncanakan evaluasi rontgen abdomen polos 24 jam setelahnya untuk mengetahui respons pemberian terapi. Pada evaluasi rontgen

abdomen didapatkan gambaran dilatasi gaster, sistema usus dan colon dengan kaliber colon terbesar meningkat menjadi 8.03 cm. Diputuskan dilakukan operasi pembedahan darurat oleh ahli bedah digestif dengan pendampingan ahli kandungan.



Gambar 4. Dokumentasi Pembedahan oleh TS Bedah Digesti

Durante operasi laparotomi dilakukan eksplorasi didapatkan seluruh sistem pencernaan dilatasi mulai dari ligamentum treitz hingga ke colon sigmoid, tidak tampak ascites, serta tidak tampak adanya adhesi maupun penyebab mekanik obstruksi pada usus. Tindakan dilanjutkan dengan pemasangan *rectal tube* untuk dekomresi dari bawah dan ileotomi dekomresi dengan memasukkan NGT nomor 18 ke lumen appendik. Operasi berjalan lancar tanpa adanya kesulitan dengan total perdarahan 100cc. Pasien pulang pada hari ke-6 paska operasi dengan kondisi baik dan melanjutkan perawatan melalui poliklinik rawat jalan

PEMBAHASAN

Pseudo-obstruksi kolon akut (ACPO), juga dikenal sebagai Sindrom Ogilvie adalah suatu kondisi yang ditandai dengan distensi kolon masif tanpa adanya obstruksi mekanis. Pada pasien wanita kondisi ini memiliki hubungan dengan operasi caesar. Sindrom Ogilvie merupakan kondisi langka sehingga jarang dilaporkan namun, jika terjadi, kondisi tersebut dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas yang serius.

Pseudo-obstruksi kolon akut ditandai dengan dilatasi kolon akut tanpa adanya penyebab mekanis yang dapat diidentifikasi untuk obstruksi usus. Ini biasanya terjadi setelah penyakit parah atau pembedahan, kejadian jantung baru-baru ini dan dapat dikaitkan dengan ketidakseimbangan metabolisme dan infeksi yang mendasarinya.^{3,4}

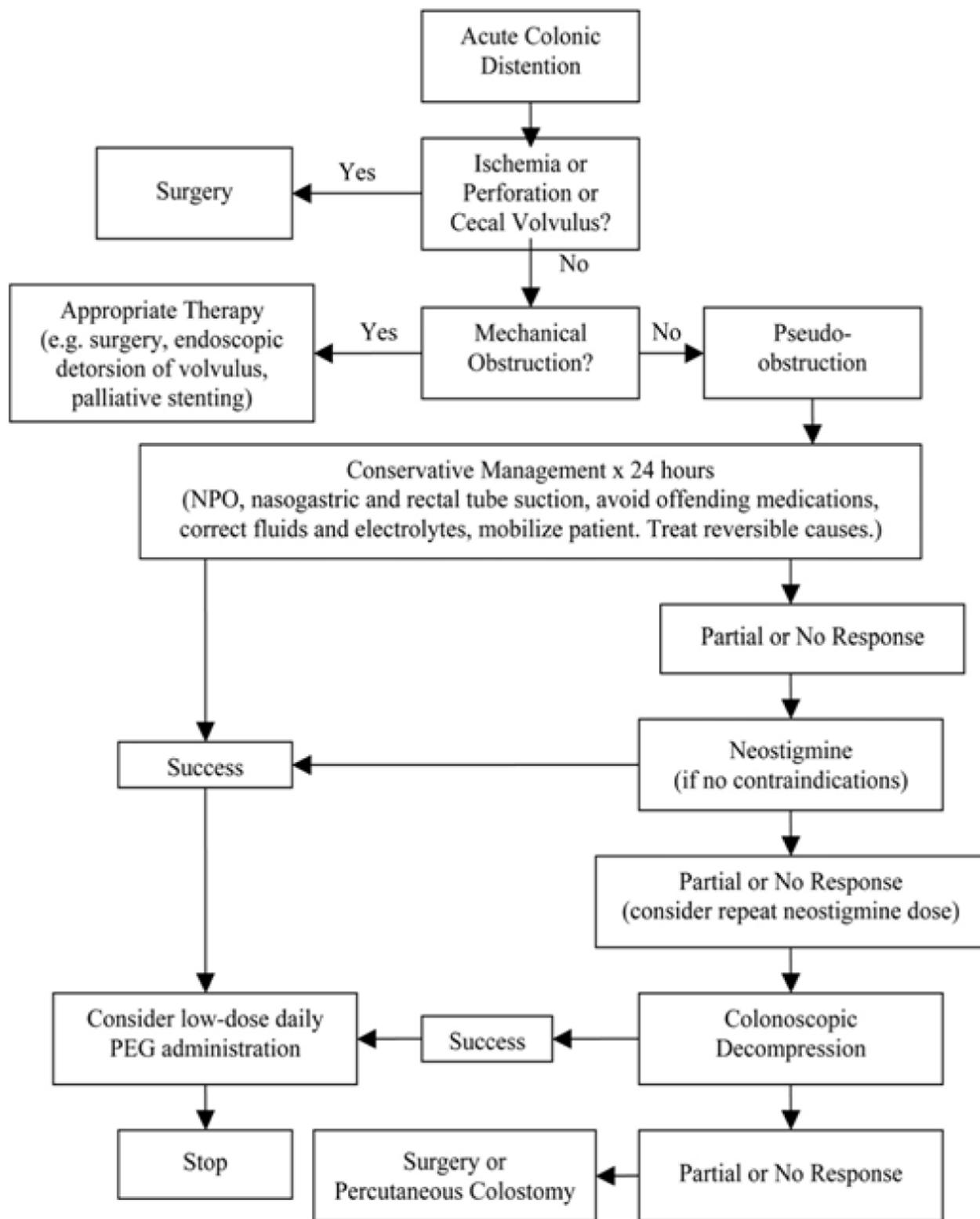
Dalam seri retrospektif besar yang mencakup 400 pasien dengan ACPO, trauma non-operatif, infeksi, dan penyakit jantung paling sering terlibat³. Namun, review yang lebih baru melaporkan operasi caesar dan operasi pinggul sebagai prosedur yang paling sering dikaitkan dengan ACPO.

Sindrom Ogilvie biasanya mempengaruhi sekum dan hemikolon kanan, meskipun terkadang pelebaran kolon meluas ke rektum. Mekanisme pasti yang menyebabkan dilatasi kolon tidak diketahui, namun, hubungan yang didokumentasikan dengan trauma, anestesi spinal dan agen farmakologi menunjukkan gangguan fungsi sistem saraf otonom

(SSO). Diketahui dengan baik bahwa gangguan serat parasimpatis dari S2-4 menyebabkan kolon distal atonik dan obstruksi usus proksimal.^{3,5} Meskipun demikian, tidak ada mekanisme yang dipostulatkan untuk secara meyakinkan menjelaskan dilatasi kolon pada pasien tersebut tanpa keterlibatan saraf parasimpatis yang jelas. Diameter kolon yang meningkat menjadi predisposisi peningkatan ketegangan pada dinding kolon. Jika tidak diobati, ada peningkatan risiko iskemia dan perforasi kolon. Risiko perforasi menjadi signifikan ketika diameter kolon melebihi 10-12 cm atau ketika distensi terjadi lebih dari enam hari.⁶ Durasi dilatasi mungkin lebih penting daripada diameter absolut kolon.^{7,8}

Diagnosis ACPO harus dicurigai pada pasien berisiko dengan distensi atau nyeri perut dan pemeriksaan fisik yang menunjukkan perut buncit dan timpani. Diagnosis ACPO secara formal dapat ditegakkan dengan pencitraan radiologi pada abdomen. Walaupun radiografi abdomen seringkali merupakan pemeriksaan lini pertama dan menunjukkan kolon yang melebar, seringkali dari sekum ke fleksura limpa dan kadang ke rektum, temuan radiografinya tidak spesifik. Dengan demikian, computed tomography (CT) abdomen adalah modalitas pencitraan pilihan karena memfasilitasi membedakan ACPO dari obstruksi mekanik.

Tujuan penatalaksanaan adalah untuk mendekomresi usus besar dan akibatnya meminimalkan risiko iskemia kolon, perforasi dan kematian.³ Penatalaksanaan awal pada pasien tanpa bukti perforasi dan distensi kolon kurang dari 12 cm adalah manajemen konservatif. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengistirahatkan usus (pasien dipuasakan), dekomresi selang nasogastrik, dan penempatan selang dubur. Semua pasien juga harus dilacak terkait kemungkinan etiologi penyebab yang dapat dikoreksi seperti ketidakseimbangan elektrolit, pengobatan infeksi yang mendasari dan penghentian analgesia opioid. Transfusi darah dapat membantu dalam memperbaiki kondisi karena membantu memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit yang mendasari yang diidentifikasi sebagai penyebab sindrom Ogilvie.



NPO: nil per os (nothing by mouth)
 PEG: Polyethylene Glycol, laxative

Bagan 1. Algoritma Tatalaksana Sindrom Ogilvie¹²

Resolusi yang berhasil dicapai pada 83-96% pasien dalam waktu 2-6 hari setelah memulai terapi.³ Karena potensi risiko perforasi, pasien ACPO harus diobservasi secara aktif dengan pemeriksaan fisik serial, dan pemeriksaan laboratorium termasuk hitung darah lengkap dan elektrolit⁸. Selain itu, dianjurkan untuk mengevaluasi diameter kolon dengan menggunakan radiografi abdomen setiap 12-24 jam⁸. Biasanya terapi konservatif harus dilakukan selama 24-48 jam kecuali pasien menunjukkan perburukan klinis atau peningkatan distensi cecal melebihi 12 cm.⁹

Pada pasien yang gagal dalam 24-48 jam manajemen konservatif, terapi farmakologi harus dipertimbangkan. Terapi farmakologis diarahkan untuk menangkali ketidakseimbangan simpatik-parasimpatis yang terkait dengan ACPO. Terapi farmakologi dengan basis bukti terbaik adalah neostigmin. Neostigmin adalah penghambat antikolinesterase reversibel yang meningkatkan kadar asetilkolin sinaptik. Dengan demikian neostigmin dapat bekerja untuk meningkatkan transmisi potensial aksi pada otot dan dengan demikian memungkinkan serat otot berfungsi lebih efektif.⁹

Sejumlah studi prospektif mendukung kemanjuran neostigmin dalam mengobati ACPO.¹⁰ Pasien mengalami perbaikan gejala dengan hanya efek samping ringan sesekali. Efek samping yang dilaporkan termasuk berkeringat dan bradikardia sementara. Meskipun kekambuhan jarang terjadi, mereka dilaporkan pada sepertiga pasien. Meskipun pro-kinetik telah digunakan untuk merawat ACPO, tidak ada bukti ilmiah yang meyakinkan untuk mendukung praktik ini. Namun, kasus yang menggunakan eritromisin, metoclopramide, dan cisapride telah dilaporkan.^{7,9} Jika pasien tidak menanggapi neostigmin atau memang memiliki kontraindikasi, dekompresi kolonoskopi dapat dilakukan. Ini adalah prosedur efektif yang telah ditunjukkan untuk mengurangi diameter cecal pada 73-100% kasus.¹¹

KESIMPULAN DAN SARAN

Meski memiliki insidensi yang jarang namun Sindrom Ogilvie memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Perencanaan manajemen

yang tepat harus segera dilaksanakan untuk mengelola kasus tersebut. Pengelolaan Sindrom Ogilvie dilakukan secara bertahap sesuai algoritma mulai dari manajemen konservatif, farmakologi, hingga manajemen bedah pada kasus yang resisten.

DAFTAR PUSTAKA

1. Saputri, D., Josephine, C., Suparto, S., Oktavia, E., Mexcorry, E. (2022) Gambaran tingkat pengetahuan mengenai anastesi spinal operasi sectio caesaria pada wanita hamil di klinik ibu dan anak. *Jurnal MedScientiae*, 102-108.
2. Laskin, M.D., Tessler, K., Kives, S. (2009) Cecal perforation due to paralytic ileus following primary caesarean section. *J Obstet Gynaecol Can*, 31(2); 167-171.
3. Vanek, V.W., Al-Salti, M. (1986) Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum*, 29(3); 203-10.
4. Johnston, G., Vitikainen, K., Knight, R., Annest, L., Garcia, C. (1992) Changing perspective on gastrointestinal complications in patients undergoing cardiac surgery. *Am J Surg*, 163(5); 525-9.
5. Ogilvie, W.H. (1987) Large-intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrome. *Dis Colon Rectum*, 30(12); 984-7.
6. Saunders, M.D. (2007) Acute colonic pseudo-obstruction. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 21(4); 671-87.
7. Sloyer, A.F., Panella, V.S., Demas, B.E., et al. (1988) Ogilvie's syndrome: Successful management without colonoscopy. *Dig Dis Sci*, 33(11); 1391-6.
8. Johnson, C.D., Rice, R.P., Kelvin, F.M., Foster, W.L., Williford, M.E. (1985) The radiologic evaluation of gross cecal distension: Emphasis on cecal ileus. *AJR Am J Roentgenol*, 145(6); 1211-7.
9. Maloney, N., Vargas, H.D. (2005) Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Clin Colon Rectal Surg*, 18(2); 96-101.
10. Turégano-Fuentes, F., Muñoz-Jiménez, F., Del Valle-Hernández, E., et al. (1997) Early resolution of Ogilvie's syndrome with intravenous neostigmine: A simple, effective treatment. *Dis Colon Rectum*, 40(11); 1353-7.
11. MacColl, C., MacCannell, K.L., Baylis, B., Lee, S.S. (1990) Treatment of acute colonic pseudoobstruction (Ogilvie's syndrome) with cisapride. *Gastroenterology*, 98(3); 773-6.
12. Carlino, W., Hanna, H., Eskandar, O. (2017) Post cesarean section acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome): A case report. *J Case Rep Images Gynecol Obstet*, 3; 27-31.