مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هجدهم، شماره ۱۰، مهر ۱۳۹۵، صفحه ۶۹-۶۵

گزارش مورد

گزارش یک مورد پرفوراسیون سکوم ناشی از سندرم Ogilvie به دنبال سزارین

علی کمالی (MD)[۱]، شهناز برات (MD)[۲]، یاسر اصغری (MD)[۱*]

۱-گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲-مرکز تحقیقات باروری و ناباروری فاطمه زهرا، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۴/۱۲/۱۷، اصلاح: ۹۵/۳/۱۲، پذیرش: ۹۵/۷/۵

خلاصه

سابقه و هدف: سندرم Ogilvie، انسداد حاد غیرارگانیک کولون می‌باشد که به دلیل اختلال عملکرد عصبی روده، متعاقب اعمال جراحی زنان و جراحی لگنی رخ می‌دهد. در صورت بروز اختلال در خونرسانی به دلیل افزایش فشار در جدار روده می‌تواند سبب پرفوراسیون کولون و پریتونیت شود. با توجه به نادر بودن این عارضه و مخاطرات جدی ناشی از عدم تشخیص و درمان به موقع، موربیدیتی مورتالیتی بالایی سندرم Ogilvie، به گزارش یک مورد از این سندرم می پردازیم.

گزارش مورد: خانم ۳۳ ساله‌ای، ۴۸ ساعت پس از زایمان سزارین(نوبت دوم) دچار اتساع شکم و عدم اجابت مزاج گردید که با گذشت زمان دچار تشدید علائم بالینی، تب، تاکی‌کاردی و تندرس شکم گردید. با تشخیص پریتونیت تحت لاپاراتومی قرار گرفت. اتساع شدید کولون صعودی و سکوم به همراه پرفوراسیون آن مطرح کننده سندرم Ogilvie بود. بیمار تحت همی‌کولکتومی راست و آناستوموز ایلئوکولیک قرار گرفت. بیمار به مدت ۵ روز در ICU جراحی تحت نظر گرفته شد، طی این مدت تحت درمان با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف، هیدراتاسیون مطلوب و حمایت تغذیه‌ای به صورت PPN قرار گرفت، در روز پنجم پس از جراحی رژیم غذایی مایعات برای بیمار آغاز شده، اجابت مزاج برقرار گردید. پس از ۱۰ روز از عمل جراحی بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. در پیگیری سه ماهه پس از جراحی، شکایت و عارضه خاصی رخ نداد.

نتیجه‌گیری: تشخیص به موقع و درمان صحیح سندرم Ogilvie، از موربیدیتی و مورتالیتی ناشی از آن می‌کاهد. لذا همه پرسنل درمانی ضمن آشنایی با این مساله، در رویارویی با بیمارانی که متعاقب درمان جراحی زنان و لگن از جمله پس از سزارین دچار دیستانسیون پیشرونده شکم به همراه عدم اجابت مزاج شده اند باید با ظن بالینی قوی، سندرم Ogilvie را مد نظر قرار دهند.

واژه های کلیدی: سندرم، Ogilvie، سزارین، پرفوراسیون، سکوم.

مقدمه

سندرم Ogilvie یا انسداد کاذب حاد کولون در واقع به دیستانسیون شدید کولون، بدون علت ارگانیک خاص اطلاق می‌شود(۱). این بیماری نادر و در عین حال تهدید کننده حیات می‌باشد که ممکن است به دنبال تروما، جراحی لگن(ارتوپدی، زنان، اورولوژی)، اختلالات متابولیک، اختلالات دستگاه عصبی، مصرف داروها و یا به صورت ایدیوپاتیک ایجاد شوند(۳و۲). در صورت تشخیص دیررس، مورتالیتی و موربیدیتی افزایش خواهد یافت. به طوری که خطر مورتالیته در این بیماری ۳۱-۱۵٪ بوده و در صورت بروز پرفوراسیون سکوم و پریتونیت مدفوعی این خطر تا ۴۵٪ افزایش خواهد یافت(۴و۲). سندرم انسداد حاد کاذب کولون یا Ogilvie، اولین بار در سال ۱۹۴۸ توصیف شد(۵). این سندرم به‌طور کلی پس از تروما و یا بعد از جراحی شکمی یا لگنی رخ می‌دهد(۶). در زنان، سزارین شایعترین علت جراحی منجر به این سندرم می‌باشد. با این وجود، مواردی از بروز این سندرم به دنبال زایمان طبیعی واژینال گزارش شده است(۷و۶). فیزیوپاتولوژی سندرم Ogilvie به‌طور دقیق شناخته نشده است، اما علل متفاوتی را برای آن در نظر گرفته‌اند. استراحت در بستر و اختلالات الکترولیتی می‌تواند از فاکتورهای مستعدکننده این سندرم باشد(۸). پذیرفته شده‌ترین تئوری، اختلال در عملکرد سیستم عصبی اتونوم کولون، مرتبط با فرآیند ایسکمیک متعاقب عمل جراحی می‌باشد(۹و۱). براساس این تئوری عملکرد سیستم عصبی پاراسمپاتیک کولون چپ(S-S2-۴) مهار می‌گردد و این در حالی است که عملکرد عصبی کولون راست حفظ می‌شود. با مهار عملکرد پاراسمپاتیک ساکرال(S2-۴S)، در مقابل عملکرد نرمال پاراسمپاتیک واگال، کولون چپ کلاپس و کولون راست دیلاته خواهد شد که در محاذات خم طحالی، این ناحیه تغییر قطر کولون مشهود بوده و می‌تواند موید فرضیه مهار پاراسمپاتیک در بروز سندرم Ogilvie باشد (۷). با این تفاوت در عملکرد عصبی دو سر کولون، پریستالتیسم در کولون چپ مهار شده و در نتیجه با انتقال فشار به کولون راست، اتساع کولون راست و افزایش فشار در جدار آن رخ می‌دهد که منجر به اختلال در گردش خون مویرگی جدار کولون راست می‌گردد. این امر سبب ایسکمی و سپس نکروز و در نهایت، پرفوراسیون کولون می‌گردد. پرفوراسیون معمولا در سکوم رخ می‌دهد، بخشی از کولون که بیشترین اتساع را پیدا می‌کند و بیشترین میزان فشار جداری را تجربه می‌کند. ایسکمی جداری ناشی از اتساع و افزایش فشار جدار بر عملکرد عصبی کولون اثر گذاشته و منجر به ایجاد یک سیکل معیوب می‌گردد که تنها با ایجاد پرفوراسیون، دکمپرسیون اتفاق می‌افتد(۱۱و۱۰). نمای بالینی تیپیک این سندرم، انسداد دیستال روده با روند پیشرونده است که معمولا طی ۷۲ ساعت پس از

*مسئول مقاله: دکتر یاسر اصغری
آدرس: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه جراحی. تلفن: ۵-۳۲۲۵۲۰۷۱-۰۱۱
E-mail:yasserasghari80@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.10.10.2]
[DOI: 10.22088/jbums.18.10.65]

جراحی حادث می‌شود هرچند می‌تواند سریعتر از این زمان و یا به‌طور تاخیری تا ۷ روز بعد از جراحی رخ دهد(۶و۴و۲). علایم بالینی عمده این بیماران براساس مطالعه Vanek و همکاران، عبارت از: نفخ شکم(۱۰۰٪)، درد شکم(۸۳٪)، یبوست(۵۱٪)، اسهال(۴۱٪)، تب(۳۷٪) و علایم تحریک صفاق می باشد(۱۲). سندرم انسداد کاذب حاد کولون به‌عنوان یک اورژانس محسوب می‌شود که باید با تشخیص و درمان به موقع از بروز پرفوراسیون و مورتالیته و موربیدیته متعاقب آن جلوگیری کرد. با توجه به نادر بودن این عارضه از یکسو و مخاطرات جدی ناشی از عدم تشخیص و درمان به موقع و موربیدیتی و مورتالیتی بالایی سندرم Ogilvie، به گزارش یک مورد از این سندرم می پردازیم که منجر به پرفوراسیون سکوم شد و تحت همی کولکتومی قرار گرفت.

گزارش مورد

بیمار خانم ۳۳ ساله‌ای است که با شکایت احساس نفخ شکم و عدم اجابت مزاج از دو روز قبل (۴۸ساعت پس از سزارین)، در بیمارستان آیت اله روحانی بابل بستری گردید. این بیمار بارداری چهارم خود را تجربه می‌کرد. در ارزیابی اولیه علایم حیاتی نرمال، دیستانسیون شکم وجود داشت و شکم در لمس نرم بود. ابتدا ایلئوس متعاقب جراحی برای بیمار مطرح شد. لذا تحت درمان حمایتی و دارویی به شرح ذیل قرار گرفت. ابتدا هیدراتاسیون، رژیم مایعات و شیاف بیزاکودیل تجویز شد که به دلیل عدم بهبودی علایم و بروز تهوع، بیمار NPO شد، سوند معده و کاتتر ادراری تعبیه شد. با گذشت زمان در سیر بستری تا روز پنجم دیستانسیون شکم بیمار افزایش یافته، با تهوع، استفراغ، تب و درد شکم همراه شد. در معاینه تاکی‌کارد بوده، شکم در لمس تندرنس داشته، تب ۳۸° داشته، در (DRE=Digital Rectal Exam) رکتوم خالی بود، در آزمایشات لکوسیتوز نداشت (۱۱:BUN:11,Cr:0.8, Na:133, K:4.1, Hb،WBC=۹۷۰۰) بوده است. به دلیل اقدامات حمایتی در سیر بستری، وضعیت هیدراتاسیون و حجم ادرار بیمار مطلوب بوده است. در گرافی شکم پرهوایی منتشر و دیلاتاسیون لوپ‌های روده باریک و کولون مشهود بود (شکل ۱). در سونوگرافی انجام شده، اتساع لوپ‌های روده گزارش گردید. بیمار تحت سی‌تی‌اسکن شکم قرار گرفت که نکات قابل توجه شامل مایع آزاد در شکم، اتساع لوپ‌های روده باریک و اتساع شدید کولون با ارجحیت سکوم و کولون صعودی بود (شکل۲). از این‌رو با توجه به مجموع یافته‌های بالینی و پاراکلینیک با تشخیص اولیه پریتونیت بیمار تحت لاپاراتومی قرار گرفت که در بررسی حین عمل، ترشحات راکتیو و مختصری مواد فکالوئید در ناودان پاراکولیک راست و لگن مشهود بود که ساکشن شد. اتساع منتشر روده‌ها مشهود بود که این اتساع در ناحیه کولون صعودی و سکوم منجر به ایسکمی منطقه‌ای، نکروز و پرفوراسیون شده بود که از این‌رو تشخیص سندرم Ogilvie مطرح شده و اقدام به رزکسیون دیستال ایلئوم، کولون صعودی و سکوم شد(همی‌کولکتومی راست) و با توجه به سلامت ایلئوم و کولون عرضی نسبت به آناستوموز ایلئوکولیک اقدام شد. بیمار به مدت ۵ روز در ICU جراحی تحت نظر گرفته شد، طی این مدت تحت درمان با آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف، هیدراتاسیون مطلوب و حمایت تغذیه‌ای به صورت PPN قرار گرفت، در روز پنجم پس از جراحی رژیم غذایی مایعات برای بیمار آغاز شده، اجابت مزاج برقرار گردید. پس از ۱۰ روز از عمل جراحی بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. در پیگیری سه ماهه پس از جراحی، شکایت و عارضه خاصی رخ نداد.



شکل ۱. رادیوگرافی شکم بیمار، نشان دهنده اتساع شدید لوپهای روده و کولون



شکل ۲. مقطع اگزیال سی تی اسکن شکم: سطوح آزاد مایع–هوا و اتساع شدید سکوم و کولون

بحث و نتیجه گیری

در بیمار مطرح شده علائم ۴۸ ساعت پس از سزارین بروز پیدا کرد. در معاینه فیزیکی، دیستانسیون شکم و افزایش صداهای روده‌ای یافت می‌گردد(۴). در غیاب نکروز و پرفوراسیون، لمس شکم فاقد تندرنس بوده و وضعیت عمومی بیمار خوب است. زمانی که درد در R.L.Q لوکالیزه می‌شود و یا بیمار دچار تب می‌گردد باید به پرفوراسیون سکوم شک کرد(۶). در مورد بیمار این گزارش، سیر پیشرونده دیستانسیون شکم به همراه تهوع، استفراغ و عدم اجابت مزاج وجود داشت که در نهایت با تب، تاکی‌کاردی و تندرنس شکم همراه شده بود. یکی از تشخیص‌های افتراقی سندرم Ogilvie، ایلئوس پارالیتیک می‌باشد که طی آن صداهای روده‌ای کاهش می‌یابد و اجابت مزاج و دفع گاز متوقف می‌گردد، در حالی که در سندرم Ogilvie صداهای روده‌ای افزایش یافته و حتی می‌تواند منجر به اجابت مزاجی اسهالی گردد(۱۳).

یافته‌های آزمایشگاهی برای تشخیص سندرم Ogilvie اختصاصی نمی‌باشد. اختلال اصلی که می‌توان به آن اشاره کرد لکوسیتوز و اختلال الکترولیتی می‌باشد. لکوسیتوز در ۲۷٪ موارد بدون عارضه و در ۱۰۰٪ موارد پرفوراسیون سکوم دیده می‌شود(۶). شایعترین اختلال الکترولیتی در این سندرم هیپوکلسمی می‌باشد(۷). یکی از ارزیابی‌های کلیدی برای تشخیص سندرم

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.10.10.2]
[DOI: 10.22088/jbums.18.10.65]

Ogilvie، تصویربرداری پزشکی است. درقدم اول باید X-Ray ساده شکم انجام داد. در این تصویربرداری کولون به‌طور ژنرالیزه و یا به‌طور پارشیال متسع می‌باشد که معمولا این مسئله در سکوم غالب است. همچنین در ۳۰٪ موارد اتساع روده باریک به همراه سطوح متعدد مایع-هوا مشهود می‌باشد(۴). در مطالعه ما اتساع کولون و روده باریک به همراه سطوح متعدد مایع-هوا در گرافی شکم مشهود بود. در صورتی که قطر سکوم در X-Ray بیشتر از ۹ cm و در برخی مطالعات بیشتر از ۱۰cm باشد مطرح کننده انسداد می‌باشد و می‌تواند بیانگر خطر پرفوراسیون باشد(۱۴و۷و۵). پرفوراسیون سکوم را می‌توان در CT شکم با تزریق ماده حاجب تشخیص داد. همچنین CT می‌تواند در شناسایی دیگر تشخیص‌های افتراقی از جمله ولولوس سیگموئید، ولولوس سکوم، علل ارگانیک همچون تومور و فکالوما و یا پریتونیت کمک‌کننده باشد(۶).

در بیمار مورد نظر ما CT نشان‌دهنده اتساع روده‌ها، کولون و قطر بسیار زیاد سکوم بود که مطرح‌کننده سندرم Ogilvie می‌باشد. سندرم Ogilvie یک اورژانس تشخیصی و درمانی می‌باشد. گایدلاین‌های درمانی این سندرم به وضعیت عمومی بیمار، اندازه سکوم در تصویر و وجود یا عدم وجود پرفوراسیون سکوم مرتبط است. هدف اصلی درمان، کاهش هرچه سریعتر در قطر سکوم و پیشگیری از پرفوراسیون سکوم می‌باشد. مطالعات نشان دهنده‌ی آن است که در مواردی که دکمپرسیون کولون در روز هفتم انجام می‌شود در مقایسه با اینکه این اقدام در روز چهارم انجام شود مورتالیته ۵ برابر خواهد شد(۶).

در غیاب پرفوراسیون، اقدام درمانی اولیه، کانسرواتیو(حمایتی) خواهد بود. این درمان‌های علامتی و حمایتی باید در بخش جراحی با نظارت دقیق و ارزیابی رادیوگرافیک و بالینی روزانه انجام شود. گایدلاین درمانی تدوین شده توسط انجمن آندوسکوپی گوارش ایالات متحده در سال ۲۰۱۲، شامل موارد ذیل می‌باشد: NPO کردن بیمار، تعبیه لوله نازوگاستریک، اصلاح اختلالات الکترولیتی و تعبیه لوله رکتال و قطع داروهای مهار کننده حرکات روده. تغییر وضعیت متناوب بیمار نیز به برقراری حرکات روده کمک می‌کند. کرایتریای درمان موفق در این بیماران، پسرفت دیستانسیون شکم، دفع گاز و مدفوع و کاهش قطر سکوم در تصویربرداری می‌باشد(۱).

ما نیز در بیمار خود اقدام به NPO کردن، تعبیه لوله نازوگاستریک و سوند فولی، هیدراتاسیون، تجویز آنتی‌بیوتیک، اصلاح و کنترل وضعیت الکترولیتی بیمار نمودیم. داروهای پاراسمپاتومیمتیک، مثل نئوستیگمین در مواردی که ۲۴ ساعت پس از علامت درمانی بهبودی حاصل نشده و کنتراندیکاسیونی نیز برای تجویز آن وجود ندارد، تجویز می‌گردد. لازم به ذکر است که تجویز این دارو نباید سبب تاخیر در اقدام به کولونوسکوپی دکمپرسیو و یا مداخله جراحی شود. داروی نئوستیگمن به صورت وریدی و با تجویز آهسته و به میزان ۲ تا ۵/۲ میلی‌گرم استفاده می‌شود. در ۱۰ درصد موارد عوارض جانبی دارو مشاهده می‌گردد. این عوارض می‌توانند مینور همانند افزایش ترشح بزاق، کرامپ‌های شکمی، تهوع و استفراغ باشد و یا به صورت عوارض ماژور همچون انسداد برونکوس، برادی‌کاردی، هیپوتانسیون بروز یابد که نیازمند مانیتورینگ دقیق ضربان قلب، فشارخون و در دسترس بودن آتروپین می‌باشد. دکمپرسیون آندوسکوپیک می‌تواند در تشخیص و درمان سندرم Ogilvie کمک‌کننده باشد. حتی مواقعی که دیامتر سکوم به ۹ تا ۱۲ سانتی‌متر می‌رسد و درمان طبی شکست می‌خورد، در صورتی که شواهد پرفوراسیون وجود نداشته باشد می‌توان از دکمپرسیون آندوسکوپیک بهره برد. این روش می‌تواند با بهبودی ۶۱٪ تا ۱۰۰٪ همراه باشد و از طریق آندوسکوپی می‌تواند سلامت جدار روده، بازبودن لومن روده و وضعیت مخاطی روده را بررسی کرد. در سندرم Ogilvie، آندوسکوپی دکمپرسیو، فرآیندی دشوار بوده و حتما باید توسط افراد با تجربه انجام شود. تزریق هوا نیز باید به حداقل برسد تا از بروز پرفوراسیون که در ۵٪ موارد رخ می‌دهد، جلوگیری شود(۱).

در صورت شکست درمان طبی و یا در صورت وجود شواهد نکروز و پرفوراسیون باید اقدام به درمان جراحی نمود(۳). درمان جراحی براساس شدت پریتونیت و آلودگی شکمی، می‌تواند شامل رزکسیون قسمت آسیب دیده و تعبیه کولوستومی باشد و یا در موارد محدودتر می‌توان اقدام به آناستوموز اولیه نمود. در بیمار مطرح شده در این گزارش با توجه به بروز پرفوراسیون سکوم و پریتونیت لوکالیزه، نسبت به همی کولکتومی راست و آناستوموز ایلئوکولیک اقدام شد. سندرم Ogilvie، عارضه‌ای نادر به دنبال سزارین می‌باشد که به دلیل خطر نکروز و پارگی سکوم می‌تواند به‌طور بالقوه خطرناک و کشنده باشد. پزشکان عمومی/متخصصین زنان و جراحان باید با تظاهرات معمول و غیرمعمول این سندرم آشنایی داشته باشند و در بیماران پس از زایمان، در صورت وجود دیستانسیون شکمی بدون توجیه، باید شک بالینی بالایی داشته باشند تا از خطا و تاخیر تشخیصی جلوگیری شود. تشخیص براساس تظاهرات بالینی به صورت انسداد روده به همراه درد شکم و اتساع کولون در تصویربرداری شکم می‌باشد. تشخیص سریع به منظور جلوگیری از عوارض کشنده، ضروری است و درمان حمایتی و طبی باید به سرعت و به طور صحیح و دقیق آغاز شود. درمان اولیه در صورتی که علائمی از نکروز و پرفوراسیون وجود نداشته باشد، حمایتی و علامتی است و زمانی که به عوارض مشکوک هستیم، اقدام جراحی بدون هیچ تاخیری باید انجام شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از سرکار خانم سکینه کمالی از واحد تحقیقات بالینی بیمارستان شهید بهشتی و دکتر محسن عسگرزاده دستیار جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل که در جمع آوری اطلاعات بیمار همکاری داشتند و همچنین تمامی همکاران در بخش جراحی، زنان و اتاق عمل در بیمارستان آیت اله روحانی بابل و واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهیدبهشتی تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.10.10.2]
[DOI: 10.22088/jbums.18.10.65]

A Case of Cecal Perforation Due To Ogilvie's Syndrome after Cesarean Section

A. Kamali (MD)[1], Sh. Barat (MD)[2], Y. Asghari (MD) *[1]

1.Department of Surgry, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

2.Fateme Al-Zahra Gynaecology & Obstetrics Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 18(10); Oct 2016; PP: 65-9

Received: Mar 7th 2016, Revised: Jun 1st 2016, Accepted: Sep 26th 2016.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Ogilvie Syndrome is an acute, non-organic pseudo obstruction of the colon due to neurological dysfunction of the bowel, that can be happened after pelvic & gynecologic surgery.Perforation of the colon and peritonitis can be occur due to perfusion impairment of the colon wall, because of increased intraluminal pressure of the bowel. We here reported a case of this rare syndrome as it may have high mortality and morbidity if any delay be occurred.

CASE REPORT: A 33 years old Female patient, presented with abdominal distention and obstipation and constipation 48 hours after her 2nd cesarean section delivery that accompanied with abdominal pain, fever and tachycardia and abdominal tenderness, regard less to conservative management. So she Underwent laparotomy with impression of peritonitis. Severe dilation of the cecum and ascending colon with perforation of the cecal wall was found known as Ogilvie syndrome. Right hemicolectomy and ileocolic anastomosis was done. The patient was house arrested for 5 days in ICU of surgery. During this period, patient was treated with broad spectrum antibiotics, optimal hydration and nutritional support as PPN were performed. On the fifth day after surgery, a liquid diet was started for patient and bowel movement was established. After 10th day of surgery, the patient was discharged with good general appearance. In three months follow-up after surgery, there was no specific complication.

CONCLUSION: Proper and on-time diagnosis and management of the Ogilvie Syndrome, decreases the rate of mortality and morbidity of this emergent condition. It is important for the healthcare provider to know this critical condition and to have high clinical suspicion when deal with a patient with bowel obstruction symptoms after pelvic & gynecologic surgery.

KEY WORDS: *Ogilvie's, Syndrome, Cesarean Section, Cecal, Perforation.*

Please cite this article as follows:

Kamali A, Barat Sh, Asghari Y. A Case of Cecal Perforation Due To Ogilvie's Syndrome after Cesarean Section. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(10):65-9.

***Corresponding author: Y. Asghari (MD)**

Address: Department of Surgry, Shahid Beheshti Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

Tel: +98 11 32252071-5

E-mail: yasserasghari80@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.10.10.2]

[DOI: 10.22088/jbums.18.10.65]

References

1.Fatnassi R, Mkhinini I, Abdelkefi MS, Torki E, Hammami S, Barhoumi H. Ogilvie's Syndrome: A Caesarean Section Complication (A two cases report and review of the literature). EC Gynaecol. 2015;1(1):35-40.

2.Kakarla A1, Posnett H, Jain A, Ash A. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) following instrumental vaginal delivery. Int J Clin Pract. 2006;60(10):1303-5.

3.Basirat Z, Hashifard M, Bouzary Z. A case report of colonic pseudo-obstruction (Ogilvies Syndrome) after cesarean delivery. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2004;2(30):76.[In Persian].

4.Weber P, Heckel S, Hummel M, Dellenbach P. Ogilvie's syndrome after cesarean section. Apropos of 3 cases. Review of the literature. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1993;22(6):653-8.

5.Madu AE. Ogilvie's syndrome and caecal perforation following caesarean section for concealed placental abruption. J Paediatr Obstet Gynaecol. 2007;13:121-2.

6.Mainguy Le Gallou C, Eboue C, Vardon D, Von Theobald P, Dreyfus M. [Ogilvie's syndrome following cesarean section: Just think! Report of two cases and review of the literature]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2011;40(6):557-63.

7.Cartlidge D, Seenath M. Acute pseudo-obstruction of the large bowel with caecal perforation following normal vaginal delivery: a case report. J Med Case Rep. 2010;4:123.

8.Jetmore AB, Timmcke AE, Gathright JB, Jr., Hicks TC, Ray JE, Baker JW. Ogilvie's syndrome: colonoscopic decompression and analysis of predisposing factors. Dis Colon Rectum. 1992;35(12):1135-42.

9.Roux M, Fichez A, Roth P, Gaucherand P. Ogilvie's syndrome after cesarean section: A case report. Gynecol Obstet Fertil. 2011;39(1):15-9.

10.Ben Ameur H, Boujelbene S, Beyrouti MI. Treatment of acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's Syndrome). Systematic review. Tunis Med. 2013;91(10):565-72.

11.Saunders MD. Acute colonic pseudo-obstruction. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2007;21(4):671-87.

12.Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. Dis Colon Rectum. 1986;29(3):203-10.

13.Roberts CA. Ogilvie's syndrome after cesarean delivery. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2000;29(3):239-46.

14.Harrison ME, Anderson MA, Appalaneni V ,Banerjee S, Ben-Menachem T, Cash BD, et al. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. Gastrointest Endosc. 2010;71(4):669-79.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.10.10.2]
[DOI: 10.22088/jbums.18.10.65]