

Plaies coliques per coloscopiques : 6 observations à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Lebeau R, Kassi ABF, Yénon SK, Diané B, Kouassi JC

Service de Chirurgie Viscérale et Digestive CHU de Cocody, Abidjan

Med Trop 2011 ; 71 : 173-175

RÉSUMÉ • *Objectif*. rapporter la prise en charge diagnostique et thérapeutique des perforations per-coloscopiques, en dégager les facteurs favorisants. *Matériel et méthodes*. Les observations de 6 patients opérés pour perforation colique per-endoscopique ont été revues. Nous avons relevé l'âge des patients, l'indication de la coloscopie, le niveau de qualification de l'endoscopiste, le déroulement de l'examen, les constatations opératoires, le traitement chirurgical et ses résultats. *Résultats*. Les 6 perforations coliques sont survenues chez un homme et 5 femmes. L'examen endoscopique avait été réalisé par un endoscopiste confirmé (n=5) ou en formation (n=1). La préparation colique avait été jugée bonne (n=5) et l'opérateur ne signalait des difficultés per-endoscopiques que dans un seul cas. La perforation a été reconnue immédiatement (n=5) ou méconnue (n=1) au moment de l'examen. La lésion siégeait sur le sigmoïde (n=5) et sur le côlon transverse (n=1). Les patients ont eu une suture colique (n=2), une suture avec colostomie d'amont (n=1), une colostomie latérale sur la perforation (n=1), une résection anastomose (n=1). Un patient est décédé en peropératoire et un autre dans la période post-opératoire. Chez ces deux patients le traitement chirurgical avait été entrepris avec retard (plus de 48 heures), il existait une co-morbidité. *Conclusion*. Les perforations coliques per-endoscopiques sont des complications iatrogènes rares mais graves. La prévention de ces accidents repose sur une bonne technique de progression grâce à un apprentissage soigneux.

MOTS-CLÉS • Coloscopie. Perforation colique. Chirurgie. Côte d'Ivoire.

COLONOSCOPIC PERFORATION: 6 CASES IN ABIDJAN, COTE D'IVOIRE

ABSTRACT • *Objectives*. The purpose of this report is to describe diagnostic and therapeutic management of colonoscopic perforation and identify risk factors. *Material and Methods*. The charts of 6 patients who underwent surgery for colonoscopic perforation between January 2003 and December 2008 were reviewed. Study data included patient age, indication for colonoscopy, operative findings, repair technique, and outcome. *Results*. All 6 perforations occurred during diagnostic colonoscopy. There were 5 females and 1 male. Endoscopy was performed by an experienced operator in 5 cases and by a training fellow in 1. Preparation of the colon was considered as good in 5 cases. The operator reported procedural problems in only 1 case. Diagnosis of perforation was immediate in 5 cases and delayed for 30 hours in 1. The lesion was located in the sigmoid colon in 5 cases and transverse colon in 1. All patients underwent laparotomy. The repair technique consisted of simple closure in 2 cases, closure with colostomy in one, and bowel resection with anastomosis (n=2). Two deaths occurred intraoperatively in 1 case and postoperatively in 1. The patient who died intraoperatively had not yet undergone repair when death occurred. In both patients who died, laparotomy was performed late in the presence of co-morbidity. *Conclusion*: Colonic perforation is a rare but severe iatrogenic complication following colonoscopic examination. Early recognition and treatment are essential to optimize outcome. Prevention depends on training to obtain skillful advancement technique.

KEY WORDS • Colonoscopy. Colonoscopic perforation. Surgical management. Cote d'Ivoire.

La coloscopie est désormais une méthode de référence dans l'investigation et le traitement des affections coliques (1, 2). Cependant c'est un examen invasif qui expose à des complications dont les plus fréquentes sont la perforation et l'hémorragie (1-3). La perforation est la complication la plus sévère ; sa fréquence est comprise entre 0,08 et 0,12 % (4, 5). La prise en charge de cette complication est très variable, les méthodes thérapeutiques vont de l'exploration chirurgicale à la tentative de traitement médical prolongé (6). La morbidité des perforations per-endoscopiques atteint 40 % et la mortalité est comprise entre 8 et 14 % (5,7). Notre objectif était de rapporter la prise en charge d'une série de patients ayant eu une perforation coloscopique afin d'en dégager les résultats et les facteurs favorisants.

2003 à décembre 2008. Dans chaque dossier nous avons noté l'âge, le sexe, les antécédents pathologiques. Concernant la coloscopie, nous avons relevé l'indication de l'examen, la qualification de l'opérateur, la qualité de la préparation colique, les difficultés per-endoscopiques et le diagnostic de la perforation. Les facteurs favorisants ont été relevés de même que le traitement et ses résultats

Résultats

Sur une période de 6 ans, 623 coloscopies ont été réalisées parmi lesquelles, 6 perforations coliques iatrogènes ont été observées. La fréquence des perforations coliques per-endoscopiques était donc de 0,96 %. La perforation colique était survenue chez cinq femmes et un homme, dont l'âge variait de 22 à 68 ans (tableau 1). Les indications de la coloscopie étaient une anémie chronique (n=1), une rectorragie (n=1), et une constipation chronique (n=4). L'examen avait été réalisé par un opérateur confirmé (n=5) ou en formation (n=1). La préparation colique était jugée bonne (n=5) ou médiocre (n=1) du fait de la présence de selles. La perforation colique est survenue deux fois au cours d'une manœuvre de rétroversion. La brèche colique a été immédiatement reconnue devant

Matériel et méthodes

Nous avons revu les dossiers des patients ayant eu une perforation per-endoscopique au CHU de Cocody à Abidjan de janvier

• Correspondance : lebeauroger@yahoo.fr

• Article reçu le 28/07/2009, définitivement accepté le 28/03/2011

Tableau 1. Traitement des perforations coliques per-endoscopiques.

	Age/ Sexe	Siège perforation	Diamètre perforation	Facteurs favorisants	Traitement	Résultats
1	68 ans/ M	Colon sigmoïde	Trois perforations: 1 cm; 2 cm; 5 cm	Dolicho ct et cs, mésosigmoïdite rétractile	Resection anastomose	Décédé J5: PPO
2	52 ans/F	Colon sigmoïde	Perforation unique : 2 cm	Dolicho ct et cs	Colostomie	Sortie J 8 RCD/ 120J
3	22 ans/ F	Colon transverse	Perforation unique : 3 cm	Polypose colique		Décédée en peropératoire
4	48 ans/F	Colon sigmoïde	Perforation unique: 1,5 cm		Suture colique	Sortie J9
5	56 ans /F	Colon sigmoïde	Perforation unique : 3 cm	cs fixé, Dolicho cs, mésosigmoïdite rétractile	Colostomie	Sortie J10 RCD/ 121J
6	54 ans /F	Colon sigmoïde	Transsection colique	mésosigmoïdite rétractile ; cs fixé,	Anastomose colocolique	Sortie J7

ct : cœlon transverse/ cs : cœlon sigmoïde/ RCD : rétablissement de la continuité digestive

PPO : péritonite post-opératoire

la visualisation de la graisse péricolique (n=4), ou des anses grêles (n=1). Dans le dernier cas, la perforation colique a été méconnue. Dans ce cas, le cliché de l'abdomen sans préparation réalisé devant des douleurs abdominales avec une fièvre 30 heures après l'examen avait révélé un pneumopéritoine. Tous les patients ont eu une laparotomie dans un délai de 12 heures à 48 heures (tableau 1). Une patiente est décédée en per-opératoire et un autre à J5 post-opératoire. Chez ces deux patients le traitement chirurgical avait été entrepris avec retard, il existait une péritonite, et une co-morbidité (foie macronodulaire pour l'un, et drépanocytose AS pour l'autre)

Les suites opératoires ont été simples chez les 4 patientes restantes (tableau 1).

Discussion

La coloscopie consiste à observer l'intérieur du cœlon à l'aide d'un tube optique souple relié à un système informatique et un moniteur. Selon les centres hospitaliers ou à la demande du patient, l'examen peut se faire sous anesthésie générale (8). Ainsi les accidents per-endoscopiques peuvent être liés à l'anesthésie ou au geste. La perforation colique reste l'accident lié au geste le plus fréquemment rencontré au cours des coloscopies diagnostiques (4, 5, 9). Le mécanisme de la perforation est le plus souvent une pression excessive de l'endoscope lors d'une progression difficile (10, 11) Le mécanisme pneumatique est exceptionnel sur colon normal : il n'a pas été observé dans notre série. Le risque de perforation colique apparaît maximum chez les endoscopistes débutants ou au cours de certaines manœuvres telle la manœuvre de rétroversion ou en cas de mauvaise préparation colique mais aucun endoscopiste n'est à l'abri de ce type d'accident. Certaines situations pathologiques augmentent le risque de perforation car elles fragilisent le cœlon (diverticules coliques, maladies inflammatoires intestinales, ischémie colique, cancer colique, colon opéré, polypose colique). L'un de nos patients avait une polyposse colique. Parfois ce sont des brides qui fixent le cœlon contre la paroi et accroissent les difficultés per-endoscopiques. Parfois encore ce sont des mésosigmoïdites rétractiles qui rapprochent les deux pieds de l'anse sigmoïde. Dans ces cas l'angle du cœlon sigmoïde était très aigu donc difficilement franchissable. Les sièges les plus fréquents des perforations coliques sont le cœlon sigmoïde et le cœlon transverse ; ceci a été noté dans des proportions respectives de 80 % et de 13 % (12). Nous avons fait ce constat avec des fréquences quasi semblables. Le diagnostic de perforation a été fait dans 5 cas par l'endoscopiste. Dans le cas restant, le diagnostic a été méconnu malgré les douleurs abdominales dont se plaignait la patiente. Dans la série de Cobb *et al.* la perforation colique a été méconnue dans 50 % des cas (13). Les douleurs abdominales après une coloscopie doivent amener à réaliser un cliché de l'abdomen sans préparation ou une tomomodensitométrie abdominale à la recherche d'un pneumopéritoine (11). Le traitement peut

être réalisé par laparotomie ou par coelochirurgie (9, 14). L'indication chirurgicale est justifiée chez un malade symptomatique au décours immédiat de l'endoscopie d'autant plus qu'il existe une mauvaise préparation colique ou une brèche colique franche. Les méthodes chirurgicales consistent en une suture colique avec ou sans stomie. Un traitement médical peut être proposé, chez des malades qui ont une douleur abdominale localisée sans fièvre, une bonne préparation colique, un épanchement gazeux péritonéal isolé à la radiographie de l'abdomen sans préparation, une absence de polynucléose. Chez ces patients l'évolution doit être rapidement favorable sous surveillance clinique, biologique et radiologique. (15). Le traitement endoscopique des perforations coliques par utilisation de clip est de plus en plus décrit (10, 16). Ses indications rejoignent celles du traitement médical.

Conclusion

Les perforations coliques per-endoscopiques sont des complications iatrogènes rares mais graves. Le traitement est chirurgical dans notre expérience. Le pronostic est fonction de la rapidité du traitement chirurgical, de l'existence ou non d'une co-morbidité et de l'état général des patients au moment du traitement. La prévention de ces accidents repose sur une bonne technique de progression grâce à un apprentissage soigneux à la fois théorique et pratique.

Références

- Hureau J, Avtan L, Germain M, Blanc D, Chaussade G, Guenon des Mesnards G *et al.* Perforation colique au cours de la coloscopie : 100 observations. *Chirurgie* 1992 ; 118 : 703-16.
- Cuilleret J. Les perforations coliques iatrogènes : une série multi-centrique de 100 cas. *Lyon Chir* 1989 ; 85 : 7-12.
- Kavic SM, Basson MD. Complications of endoscopy. *Am J Surg* 2001 ; 81 : 319-32.
- Lüning TH, Keemers-Gels ME, Barendregt WB, Tan AC, Rosman C. Colonoscopic perforations . a review of 30,366 patients. *Surg Endosc* 2007 ; 21 : 994-7.
- Igbal CW, Chun YS, Farley DR. Colonoscopic perforations: a retrospective review. *J Gastrointest Surg* 2005 ; 9 : 1229-35.
- Tulchinsky H, Madhala-Givon O, Wasserberg N, Lelcuk S, Niv Y. Incidence and management of coloscopic perforation : 8 years experience. *World J Gastroenterol* 2006 ; 12 : 4211-3.
- Garbay JR, Suc B, Rotman N, Fourtanier G, Escat J. Multicentre study of surgical complication of colonoscopy. *Br J Surg* 1996 ; 83 : 42-4.
- Ecoffey C. Anesthésie pour endoscopies digestives. Editions scientifiques et médicales. Elsevier SAS et SFAR. Conférences d'actualisation 2000, pp 141-50
- Hansen AJ, Tessier DJ, Anderson ML, Schlinkert RT. Laparoscopic repair of coloscopic perforations : indications and guidelines. *J Gastrointest Surg* 2007 ; 11 : 655-9.

10. Barbagallo F, Castello G, Latteri S, Grasso E, Gagliardo S, La Greca G *et al.* Successful endoscopic repair of an unusual colonic perforation following polypectomy using an endoclip device. *World J Gastroenterol* 2007 ; 13 : 2889-91.
11. Kang HY, Kang HW, Kim SG, Kim JS, Park KJ, Jung HC, *et al.* Incidence and management of colonoscopic perforations in Korea. *Digestion* 2008 ; 78 : 218-23.
12. Lohsiriwat V, Sujarittanakarn S, Akaraviputh T, Lertakyamane N, Lohsiriwat D, Kachinthorn U. Colonoscopic perforation : A Report from World Gastroenterology Organization endoscopy training center in Thailand. *World Gastroenterol* 2008 ; 21 : 6722-5.
13. Cobb WS, Heniford BT, Sigmon LB, Hasan R, Simms C, Kercher KW *et al.* Colonoscopic perforations : incidence, management and outcomes. *Am Surg* 2004 ; 70 : 750-8.
14. Velez MA, Riff DS, Mule JM. Laparoscopic repair of a colonoscopic perforation. *Surg Endosc* 1997 ; 11 : 387-9.
15. Ker TS, Wasserberg N, Beart RW Jr. Colonoscopic perforation and bleeding of the colon can be treated safely without surgery. *Am Surg* 2004 ; 70 : 922-4.
16. Magdeburg R, Collet P, Post S, Kaehler G. Endoclippping of iatrogenic colonic perforation to avoid surgery. *Surg Endosc* 2008 ; 22 : 1500-4.



bulletin d'abonnement

médecine tropicale

IRBA antenne IMTSSA

Service abonnement

Allée du Médecin colonel Eugène Jamot

Parc du Pharo, BP 60109, Marseille cedex 7

Tel. : 04 91 15 01 23 • Fax : 04 91 15 01 29 • Courriel : medtrop@imtssa.fr

NOM et Prénoms :

Profession :

(ou désignation de l'Etablissement)

Adresse :

(destinataire de la Revue) :

Date

Signature

Les abonnements débutent à partir du premier numéro de l'année.

Tarif d'abonnement 2011 (*Tarif unique pour tous pays, frais de port inclus*)

50 euros

Prix d'un numéro

10 euros

Règlement

• *Par chèque bancaire ou postal, à l'ordre de :* **Régisseur d'avances et de recettes de l'IMTSSA**, Allée du Médecin colonel Eugène Jamot, Parc du Pharo, BP 60109, Marseille cedex 7

• *Par virement à :* Domiciliation : **TP MARSEILLE**, n° banque : **10071**, n° guichet : **13000**, n° compte : **00001005337**, RIB **38**