

Hématome splénique au décours d'une coloscopie

Splenic Injury after Colonoscopy

L. Abensur Vuillaume · A. Bourgeois-Lattanzi · R. Abensur

Reçu le 07 septembre 2021 ; accepté le 25 octobre 2021
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

Introduction

En France, le nombre de coloscopies réalisées chaque année est évalué à 1,1 million [1]. Cet examen fréquent est réalisé dans la plupart des cas dans le cadre d'une surveillance après résection de polypes (19 %) [2] ; les autres indications courantes sont un test de dépistage fécal positif et un dépistage familial. Néanmoins, les événements indésirables potentiels ne sont pas anodins et peuvent aller jusqu'au décès. Les plus fréquents sont la perforation dont l'incidence est de 0 à 1,7/1 000 coloscopies, et le saignement de 0 à 22,3/1 000 coloscopies [3]. Le risque d'un événement indésirable est dix fois supérieur en cas de résection de polype ou de biopsie qu'en l'absence de geste. Le risque est significativement augmenté lorsque l'examen est réalisé chez un patient symptomatique, porteur de comorbidités ou sous antiagrégant ou anticoagulant [3,4]. Nous rapportons ici le cas d'un patient ayant subi un hématome splénique suite à une coloscopie, événement indésirable rare et de classification majeure [4].

Observation

Un patient de 67 ans s'est présenté dans un service d'urgence huit heures après une coloscopie réalisée en ambulatoire.

Il avait comme principaux antécédents une amaurose transitoire, pour laquelle il était sous aspirine 75 mg/j depuis 2020 ainsi qu'une appendicectomie ancienne. Il souffrait des troubles digestifs fonctionnels de longue date, pour lesquels il avait bénéficié d'une première coloscopie il y a 30 ans, permettant de réséquer un polype pédiculé de 12 mm. Il a alors été recommandé un contrôle coloscopique à trois ans. Le patient n'a consulté qu'au bout de huit ans devant des épigastalgies. Cinq polypectomies ont alors été réalisées, dans le côlon gauche (3 × 8 mm) et le sigmoïde (2 × 5 mm), retrouvant des adénomes en dysplasie de bas grade. Les examens étaient depuis rassurants, avec une surveillance tous les cinq ans. L'examen ayant précédé la consultation aux urgences a été réalisé dans ce cadre de surveillance, et le geste s'est déroulé sans incident particulier. Il a été mis en évidence une diverticulose sigmoïdienne assez marquée, et il a été pratiqué une résection à l'anse froide de deux polypes du sigmoïde de 4 à 5 mm et à l'anse diathermique pour un polype de 7 mm et un polype du côlon transverse droit de 5 mm à l'anse froide. L'étude anatomopathologique a conclu à des adénomes en dysplasie de bas grade. Le patient a été réévalué quatre heures après le geste. Son abdomen était souple et il avait repris une alimentation, il a été autorisé à sortir dans l'heure suivante. Juste avant son départ, il s'était plaint de discrètes douleurs abdominales, pour lesquelles l'infirmière lui avait délivré deux comprimés de phloroglucinol/triméthylphloroglucinol avec la consigne de reconsulter si besoin. Au retour à domicile, les douleurs s'étaient rapidement intensifiées. À l'examen aux urgences, l'abdomen était douloureux sur l'ensemble du flanc droit et la région épigastrique, avec une défense. La tension artérielle était à 98/62 mmHg et la fréquence cardiaque à 103 bpm. Devant ce tableau et la suspicion forte de perforation, il a été réalisé un scanner abdominal injecté retrouvant un hématome splénique avec une loge splénique mesurant environ 10 à 12 cm de diamètre (Fig. 1). Il existait un saignement actif visible au temps tardif sous la forme d'une flaque de produit de contraste. Devant la stabilité hémodynamique suite à un remplissage et une hémoglobinémie stable à 12 g/dl, le patient a été admis en service de soins continus

L. Abensur Vuillaume (✉)
Service d'accueil des urgences, Samu 57,
CHR Metz-Thionville, 1, allée du Château,
F-57530 Ars-Laquenexy, France
e-mail : l.abensurvuillaume@chr-metz-thionville.fr

A. Bourgeois-Lattanzi
UPATOU Gentilly, policlinique de Gentilly,
rue Marie-Marvingt, F-54100 Nancy, France

R. Abensur
Gastroentérologue libéral,
F-54700 Pont-à-Mousson, France

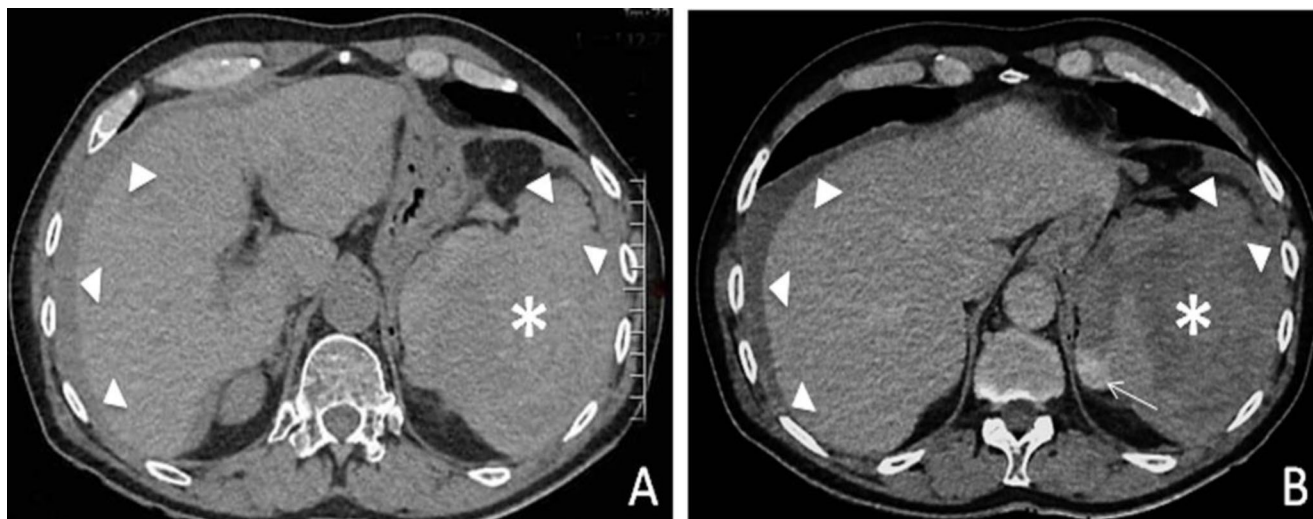


Fig. 1 Tomodensitométrie en coupe axiale sans (A) et avec injection de produit de contraste en acquisition tardive (B), montrant un hémopéritoine périhépatosplénique (têtes de flèche), un hématome splénique avec rupture capsulaire (astérisque) et une stase de produit de contraste déclive périssplénique (flèche)

avec une prise en charge conservatrice et traitement médical par réanimation hydroélectrolytique, monitoring et antalgie. Pendant la nuit, le patient a présenté une dégradation de son état hémodynamique avec choc, nécessitant des transfusions de culots globulaires et de plaquettes. Devant un saignement actif, il a subi une splénectomie d'hémostase. Durant le geste, le chirurgien n'a constaté aucune perforation digestive. L'évolution a été favorable, le patient a quitté l'hôpital à j10. L'examen anatomopathologique n'a pas retrouvé de pathologie préexistante de la rate.

Discussion

La coloscopie avec une mortalité de 2,9 décès pour 100 000 actes n'est pas un examen anodin [3]. La rupture ou l'hématome splénique est un événement indésirable exceptionnel, d'incidence variable de 0 à 1 cas pour 6 000 coloscopies [5]. Les patients sont informés avant le geste des principaux événements indésirables. Depuis la dernière version de 2017 du feuillet d'information émis par les sociétés savantes de gastroentérologie, le risque de survenue d'un hématome splénique y est décrit comme exceptionnel [6]. La physiopathologie de cet accident rare reste incertaine. Le principal mécanisme résiderait dans la présence d'adhérences entre le côlon gauche et la capsule splénique. Ces adhérences pourraient amener à un traumatisme par traction au niveau de l'angle colique gauche lors du passage de l'endoscope générant une traction excessive des ligaments gastrospléniques [5]. L'étude des autres cas décrits dans la littérature mettent en avant deux symptômes

principaux du traumatisme splénique : la douleur abdominale et la tachycardie, pouvant aller jusqu'à l'instabilité hémodynamique initiale [7–9]. Le diagnostic est porté dans 67 % des cas dans les 24 heures suivant le geste, ce qui a été le cas pour notre patient, et jusque 72 heures [7]. Or, si le diagnostic d'hémorragie digestive est évident pour le clinicien (extériorisation de sang), différencier au regard de la clinique seule une perforation d'un traumatisme splénique est un exercice délicat. Dans des séries cliniques importantes, la douleur abdominale est retrouvée comme symptôme majeur de la perforation digestive, mais la tachycardie est le plus souvent rapportée à une hyperthermie sur péritonite débutante [10]. La perforation peut également passer inaperçue et se révéler à distance par un abcès.

Pour le médecin urgentiste, aux urgences ou en régulation médicale, la reconnaissance précoce de cette pathologie iatrogénique rare est indispensable pour assurer une prise en charge efficiente et une orientation optimale du patient. La prise en charge de cet événement indésirable est en effet multidisciplinaire et doit se faire en milieu spécialisé comprenant un service de réanimation. Au décours d'un geste comme la coloscopie, et chez un patient présentant des symptômes, un examen clinique précoce et minutieux ainsi qu'un recours facile au scanner sont indispensables : la douleur ne doit jamais être banalisée.

Remerciements Les auteurs remercient le Dr Laureline Simon-Stanowski, radiologue, pour son aide pour l'annotation de l'iconographie

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Bernardini D, Bulois P, Barthet M, et al (2017) Une semaine de coloscopie en France. Résultats 2017 de l'enquête de la Société française d'endoscopie digestive. *Acta Endosc* 47:242–51
2. Haute Autorité en santé (2013) Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf (Dernier accès le 5 octobre 2021)
3. Reumkens A, Rondagh EJA, Bakker CM, et al (2016) Postcolonoscopy complications: a systematic review, time trends, and meta-analysis of population-based studies. *Am J Gastroenterol* 111:1092–101
4. Cotton PB, Eisen GM, Aabakken L, et al (2010) A lexicon for endoscopic adverse events: report of an ASGE workshop. *Gastrointest Endosc* 71:446–54
5. Janes SE, Cowan IA, Dijkstra B (2005) A life threatening complication after colonoscopy. *BMJ* 330:889–90
6. Société française d'endoscopie digestive, Société nationale française de coloproctologie, Société nationale française de gastroentérologie (2017) Informations médicales avant réalisation d'une coloscopie. https://www.sfed.org/files/files/Coloscopie_v042017.pdf (Dernier accès le 5 octobre 2021)
7. Luebke T, Baldus SE, Holscher AH, et al (2006) Splenic rupture: an unusual complication of colonoscopy: case report and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 16:351–4
8. McCarty TR, Liu A, Njei B (2016) Splenic injury and hemoperitoneum as a complication of colonoscopy: a case report and literature review. *Conn Med* 80:217–21
9. Ahmed A, Eller PM, Schiffman FJ (1997). Splenic rupture: an unusual complication of colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 92:1201–4
10. de'Angelis N, Di Saverio S, Chiara O, et al (2018) 2017 WSES guidelines for the management of iatrogenic colonoscopy perforation. *World J Emerg Surg* 24:5