

CAS CLINIQUE

CHOC HÉMORRAGIQUE SUR RUPTURE SPLÉNIQUE APRÈS COLOSCOPIE

D'ATRIA M (1), GOWREESUNKER P (2), SAMALEA N (1)

RÉSUMÉ : Les coloscopies sont des procédures courantes, mais les lésions spléniques associées à cette procédure endoscopique sont rares. La présentation peut être atypique et son issue possiblement fatale. Dans ce rapport de cas, nous insistons sur l'importance d'une reconnaissance précoce de l'incident, en discutant des facteurs étiologiques, des facteurs de risque et, aussi, en soulignant l'importance de maintenir une conscience clinique de cette complication.

MOTS-CLÉS : *Choc hémorragique - Rupture splénique - Coloscopie*

HEMORRHAGIC SHOCK SECONDARY TO SPLENIC INJURY AFTER COLONOSCOPY

SUMMARY : Colonoscopy is a common procedure but splenic injury after colonoscopy is quite uncommon. Its presentation can be atypical and its outcome possibly fatal. In this case report, we highlight the importance of prompt recognition of the incident, by discussing etiological factors, risk factors and also by underlining the significance of maintaining a clinical awareness of this complication.

KEYWORDS : *Hemorrhagic shock - Splenic rupture - Colonoscopy*

INTRODUCTION

En moyenne, nous effectuons jusqu'à 2.000 procédures de coloscopie sous sédation par an dans notre établissement (CHU UCL Ste Elisabeth, Namur). Les indications sont larges et variées. Plusieurs complications peuvent survenir durant cet examen. Certaines peuvent être liées à l'anesthésie et d'autres à la procédure en elle-même. Les complications les plus courantes liées à cette endoscopie sont les saignements et les perforations. Dans une revue systématique de 2011 comprenant 12 études et totalisant 57.742 coloscopies, le taux global d'événements indésirables graves était de 2,8 pour 1.000 procédures (1). La rupture splénique est un événement rare, signalé pour la première fois en 1974, et son incidence varie entre 1 et 21/100.000 (2).

CAS CLINIQUE

Une patiente de 69 ans, avec un indice de masse corporelle de 22 kg/m², a été admise pour une procédure de coloscopie dans notre hôpital. Dans ses antécédents, nous retrouvons principalement une coloscopie antérieure avec résection de polypes. Un suivi de routine a donc été programmé. Outre une appendicectomie,

elle n'avait aucun autre antécédent clinique pertinent et elle ne prenait aucun médicament.

Elle a été placée en position latérale gauche et une sédation à l'aide d'une perfusion continue de propofol a été effectuée pendant la procédure. Cette dernière s'est déroulée sans incident pour le gastro-entérologue et aucun polype n'a été trouvé. Dans la salle de réveil, elle se plaint de douleurs à l'épaule gauche. Cette douleur est intense avec un score de 6-7/10 sur l'Échelle Visuelle Analogique. Elle est décrite comme sourde et continue, sans aucune irradiation. Le reste de l'examen physique et les signes vitaux sont normaux. Compte tenu de l'âge de la patiente, un bilan cardiaque est demandé.

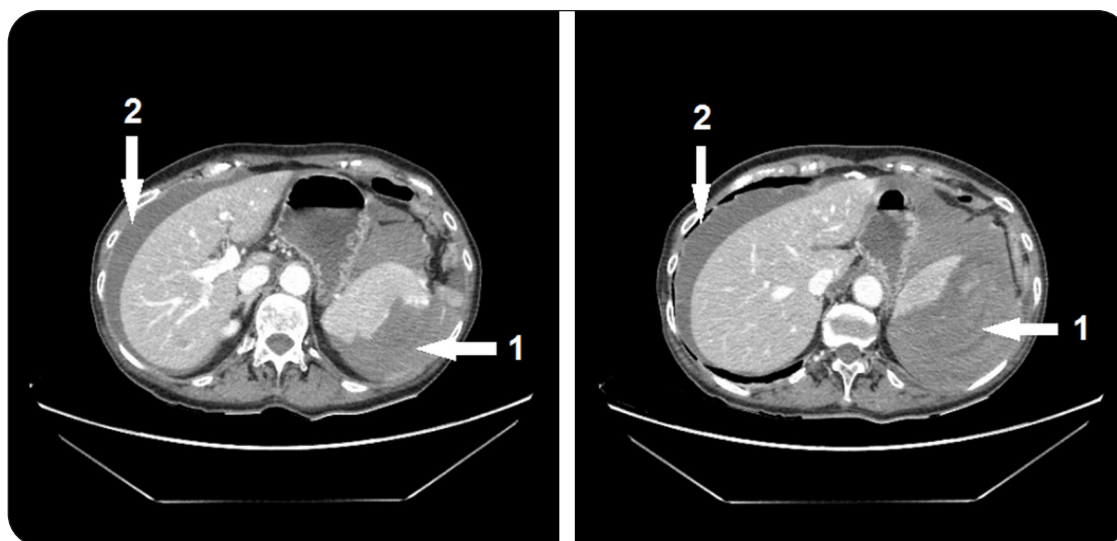
Les examens complémentaires (électrocardiogramme, échographie cardiaque et enzymes cardiaques) se sont révélés normaux. La douleur s'atténue progressivement avec les antalgiques classiques (paracétamol et tramadol). Néanmoins, il est décidé de garder la patiente en observation pour la nuit.

Le lendemain matin, la patiente se plaint de douleurs abdominales intenses. Une défense abdominale a également été observée. Un test sanguin a mis en évidence une baisse du taux d'hémoglobine d'un niveau initial de 14,3 g/dl à 11,9 g/dl. Un CT-scan abdominal urgent a été demandé et a démontré un hémopéritoine majeur avec rupture splénique et signes de saignement actif (Figure 1). À ce moment-là, la patiente montrait des signes de choc hémorragique (tachycardie/hypotension/marbrures) et une procédure de splénectomie d'hémostase a été pratiquée.

Un soutien vasopresseur et une transfusion de plusieurs produits sanguins ont été néces-

(1) Service d'Anesthésie, CHU Liège, Belgique.
(2) Service d'Anesthésie, CHU Namur, Belgique.

Figure 1. CT-Scan mettant en évidence une rupture splénique de grade 4 (1) avec hémopéritoine (2)



saires au cours de l'intervention. La procédure a duré 2 heures et la patiente a ensuite été admise en Unité de Soins intensifs. Elle a peu à peu récupéré et son taux d'hémoglobine est resté stable. Après une observation attentive pendant une semaine et une vaccination adaptée contre le pneumocoque, les méningocoques et l'*Haemophilus influenzae* B, elle a pu regagner son domicile.

DISCUSSION

Bien que rare, la rupture splénique après coloscopie est une complication potentiellement mortelle. Un traumatisme direct et/ou une traction sur le ligament spléno-colique sont d'éventuels mécanismes impliqués (3). Ces mécanismes peuvent être favorisés par certaines pathologies préexistantes. Ainsi, la présence d'une splénomégalie ou d'adhérences intra-abdominales peut favoriser la rupture splénique. D'autres facteurs de risque comprennent les maladies inflammatoires de l'intestin, le tabagisme, les coloscopies difficiles et les mauvaises préparations coliques entraînant une mauvaise visualisation durant la procédure (4). D'autres causes incluent des boucles dans l'angle splénique du côlon et une pression abdominale excessive dans l'hypochondre gauche (5). Plus récemment, la présence d'un lupus érythémateux a également été reconnue comme un facteur de risque potentiel

de rupture splénique au cours de la coloscopie (6). Le fait de subir la procédure en position de décubitus latéral gauche peut conférer une protection car il réduit la traction sur le ligament spléno-colique et limite la tension intra-abdominale si des adhérences sont présentes (7). La patiente ne présentait pas de facteurs de risque significatifs, mais une possible explication pourrait être la présence d'adhérences car elle avait déjà subi une chirurgie intra-abdominale.

La douleur abdominale dans le quadrant supérieur gauche est le symptôme habituel. Dans une très petite cohorte de 7 patients, Kamath et coll. ont rapporté que, bien que les symptômes puissent être retardés, la plupart des patients présentaient des symptômes dans les 24 heures suivant la procédure (8). Dans une autre série de cas, Rao et coll. ont rapporté une prévalence de douleur abdominale dans le quadrant supérieur gauche chez 93 % des patients et une prévalence de douleur à l'épaule gauche chez 88 % (4). Le diaphragme et la région sous-scapulaire sont innervés par les racines nerveuses C2 C3. Ainsi, une irritation diaphragmatique due à une rupture splénique peut apparaître comme une douleur irradiée à l'épaule. L'inspiration peut stimuler le nerf diaphragmatique et accentuer la douleur. C'est ce qu'on appelle le «signe de Kehr».

Dès qu'une rupture splénique est suspectée, des techniques d'imagerie sont nécessaires. L'échographie abdominale peut confirmer la

présence de liquide abdominal (péricapsulaire, péricapsulaire ou intrapéritonéal). Cependant, la tomodensitométrie abdominale avec injection de produit de contraste intra-veineux est la meilleure option pour détecter l'hémopéritoine et la présence d'extravasation suggérant un saignement actif (9).

Une fois le diagnostic posé, la stabilité hémodynamique ainsi que la gradation de la lésion splénique doit guider la thérapie. Chez les patients hémodynamiquement stables, une prise en charge conservatrice ou une embolisation sélective est possible. Chez les patients hémodynamiquement instables, la chirurgie d'urgence doit être l'option privilégiée. Dans notre cas, nous avons été confrontés à une instabilité hémodynamique et une atteinte splénique de grade 4 selon le système de notation de l'American Association for the Surgery of Trauma (10). Ainsi, une laparotomie d'urgence était justifiée. En cas de stabilité hémodynamique et de lésions de bas grade, un traitement conservateur peut être approprié. Un âge supérieur à 55 ans et une sévérité croissante des lésions spléniques ont été associés à des taux d'échecs croissants de la prise en charge conservatrice (11). Concernant notre cas clinique, si un diagnostic précoce avait été effectué, nous aurions été confrontés à une patiente stable d'un point de vue hémodynamique. Le CT-scan abdominal précoce aurait pu démontrer qu'il existait déjà une effraction vasculaire au niveau splénique (grade 4) mais sans signes d'ischémie locale, ni d'hémopéritoine. Ainsi, une artério-embolisation sélective aurait pu être tentée en première intention avant toute sanction chirurgicale plus invasive (splénectomie par laparotomie médiane).

Un autre aspect important à considérer est l'immunocompétence. Chez les patients aspléniques, l'opsonisation des organismes encapsulés est altérée, ce qui les expose à un risque plus élevé de septicémie (12). Pour une réponse optimale des anticorps, les vaccinations sont recommandées 2 semaines après la splénectomie (13). Mais souvent, pour des raisons pratiques, les patients sont vaccinés à la sortie de l'hôpital. La prévention des risques bactériens évoqués ci-dessus justifie la vaccination contre l'*Haemophilus influenzae* B (une dose unique), contre les méningocoques (par le vaccin conjugué ACYW135 et le vaccin spécifique au type B), et contre le pneumocoque (une dose de vaccin 13-valent suivie d'une dose de vaccin 23-valent). La vaccination contre l'Influenza est également recommandée afin de prévenir indirectement les infections bactériennes.

IMPLICATION CLINIQUE

Dans notre rapport de cas, le patient présentait une douleur à l'épaule, ce qui aurait dû nous alerter quant à un éventuel traumatisme splénique. Cependant, l'intensité de la douleur à l'épaule ne variait pas avec la respiration et n'était donc pas un signe typique de Kher. La procédure de coloscopie s'est déroulée sans difficulté majeure et aucune douleur ou sensibilité abdominale n'a été notée en salle de réveil. Malheureusement, le tableau clinique n'est devenu évident qu'après 12 heures. La présence d'adhérences secondaires à une chirurgie intra-abdominale antérieure doit être considérée comme un facteur de risque.

CONCLUSION

Ce rapport de cas met en évidence la possible présentation atypique d'une lésion splénique après coloscopie. Bien que rare, cette complication peut entraîner une issue fatale si elle n'est pas reconnue à temps. En tant qu'anesthésistes, nous sommes dans le devoir de maintenir un indice de suspicion élevé chez les patients présentant des douleurs abdominales ou à l'épaule après une coloscopie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fisher D, Maple J, Sharaf R, et al. Complications of colonoscopy. *ASGE Standards of Practice Committee* 2011;74:745-752.
2. Piccolo G, Di Vita M, Cavallaro A, et al. Presentation and management of splenic injury after colonoscopy : a systemic review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2014;24:95-102.
3. Ahmed A, Eller PM, Schiffman FJ. Splenic rupture: an unusual complication of colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1201-4.
4. Rao KV, Beri GD, Sterling MJ, Salen G. Splenic injury as a complication of colonoscopy : a case series. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1604-5.
5. Zandona C, Turrina S, Pasin N, De Leo D. Medico-legal considerations in a case of splenic injury that occurred during colonoscopy. *J Forensic Leg Med* 2012;19:229-33.
6. Thavaraputta S, Laoveerravat P, Thavaraputta B, Rakvit A. Splenic rupture as a rare and unpredicted complication in a patient with systemic lupus erythematosus after colonoscopy. *BMJ Case Rep* 2019;12:e229262.
7. Abunnaja S, Panait L, Palesty J.A, Macaron S. Laparoscopic splenectomy for traumatic splenic injury after screening colonoscopy. *Case Rep Gastroenterol* 2012;6:624-628.
8. Kamath AS, Iqbal CW, Sarr MG, et al. Colonoscopic splenic injuries: incidence and management. *J Gastrointest Surg* 2009;13:2136-40.
9. Murken DR, Weis JJ, Hill GC, et al. Radiographic assessment of splenic injury without contrast: is contrast truly needed? *Surgery* 2012;152:676-82.

10. Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich J, et al. Organ injury scaling: spleen and liver. *J Trauma* 1995;**38**:323-324.
11. McIntyre LK, Schiff M and Jurkovich GJ. Failure of nonoperative management of splenic injuries: causes and consequences. *Arch Surg* 2005;**140**:563.
12. Styrt B. Infection associated with asplenia: risks, mechanisms and prevention. *Am J Med* 1990;**88**:33N.
13. Howdieshell TR, Heffernan D and Dipiro JT. Surgical infection society guidelines for vaccination after traumatic injury. *Surg Infect* 2006;**7**:275.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au
Dr D'Atria M, Service d'Anesthésie, CHU Liège, Belgique.
Email : michael.datria@student.uliege.be