



**HAL**  
open science

## [Splenic trauma: an unusual complication of colonoscopy with polypectomy]: Le traumatisme splénique: une complication rare de la coloscopie avec polypectomie

Nicolas Pichon, Muriel Mathonnet, François Verdière, Paul Carrier

### ► To cite this version:

Nicolas Pichon, Muriel Mathonnet, François Verdière, Paul Carrier. [Splenic trauma: an unusual complication of colonoscopy with polypectomy]: Le traumatisme splénique: une complication rare de la coloscopie avec polypectomie. *Gastroentérologie Clinique et Biologique / Research and Clinics in Hepatology and Gastroenterology*, 2008, 32 (2), pp.123-7. 10.1016/j.gcb.2007.10.005 . hal-00594348

**HAL Id: hal-00594348**

**<https://unilim.hal.science/hal-00594348>**

Submitted on 15 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## **Une complication rare de la coloscopie**

### **An unusual complication following colonoscopy**

J. Colin<sup>1</sup>, P. Kauffmann<sup>1</sup>, F. Baicry<sup>1</sup>, P. Bilbault<sup>1,2</sup>, P. Le Borgne<sup>1,2\*</sup>

- 1) Service d'Accueil des Urgences, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 Avenue Molière, 67098 Strasbourg, France.
- 2) UMR 1260, Faculté de médecine, Université de Strasbourg, 4, rue Kirschleger, 67000 Strasbourg, France

#### **\*Auteur correspondant**

P. Le Borgne, Service d'Accueil des Urgences, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 Avenue Molière, 67098 Strasbourg, France

E-mail : [pierrick.le-borgne@chru-strasbourg.fr](mailto:pierrick.le-borgne@chru-strasbourg.fr)

Tel : 03.88.12.86.90

Fax : 03.88.12.79.08

**Mots clés** : coloscopie, rupture de rate

**Keywords** : colonoscopy, spleen rupture

## **1. L'histoire**

Une femme, âgée de 63 ans, consultait aux urgences après avoir eu la veille, une coloscopie sous anesthésie générale en ambulatoire avec exérèse d'un polype rectal et biopsies étagées. L'examen s'était déroulé sans difficulté technique et sans aucune complication notable. Ses antécédents étaient une hypertension artérielle, une sigmoïdite diverticulaire compliquée d'une perforation sur abcès de parois et une hystérectomie. A l'admission aux urgences, la patiente décrivait des douleurs abdominales diffuses intenses (8/10), avec défense au niveau épigastrique et en hypochondre gauche, associées à des douleurs scapulaires gauche. On retrouvait une pâleur cutanéomuqueuse avec une hémoglobine capillaire à 8,7 g/dL, un temps de recoloration cutané à 3 secondes, une pression artérielle à 70/50 mmHg. Elle ne présentait pas de marbrures ni de saignement extériorisé et le reste de l'examen clinique était normal. Le bilan biologique notait : hémoglobine à 9,1 g/dL, leucocytes à 11,5 G/L, CRP à 28,3 mg/L, des lactates veineux à 4,7mmol/L. Le reste du bilan biologique était normal. Devant l'état de choc supposé hémorragique, un remplissage vasculaire était débuté par un litre de sérum physiologique isotonique. Trois culots globulaires sanguins permettaient la restauration d'une volémie efficace avec une tension artérielle contrôlée à 110/50 mmHg. Devant l'intensité des douleurs et la gravité clinique initiale, un scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste était réalisé en urgence (fig. 1).

## **2. Le diagnostic**

Un hémopéritoine par rupture de rate dans les suites d'une coloscopie.

## **3. Les commentaires**

Avec 1,3 million de gestes réalisés par an en France, la coloscopie représente le premier motif d'hospitalisation ponctuelle. Cette procédure est considérée comme étant à faible risque de

complications dont les plus fréquentes sont représentées par les hémorragies, les perforations coliques et les complications infectieuses [1]. Les atteintes spléniques post-coloscopies sont rares, avec des taux d'incidences estimés dans une méta-analyse entre 0,000005 et 0,017 % [2]. Parmi ces complications, la rupture de rate est la plus rare. Les mécanismes de la rupture splénique post-coloscopie consistent en un traumatisme direct de la rate par le coloscope ou en une traction excessive sur le ligament spléno-colique lorsque celui-ci passe dans l'angle colique gauche, favorisée en cas d'adhérences post-opératoires. Les facteurs de risques d'atteinte splénique sont : l'âge (âge moyen : 63 ans), le sexe féminin, les antécédents de chirurgie abdominale ou pelvienne, la réalisation de polypectomie et/ou de biopsies pendant le geste et la prise de traitement antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant [3]. Le tableau clinique de la rupture splénique post-coloscopie associe, le plus souvent, des douleurs abdominales latéralisées à gauche et une instabilité hémodynamique, survenant dans les 24 heures suivant le geste. Les autres signes parfois retrouvés sont une irradiation de la douleur à l'épaule gauche (signe de Kehr), une syncope ou une douleur thoracique. L'examen de référence afin de confirmer le diagnostic est le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste [3]. La mortalité associée à la rupture splénique est élevée, autour de 20 %, d'après la revue récente de littérature de Ullah et al. [4]. Le traitement comprend dans la majorité des cas (60 %) une splénectomie totale par laparotomie en urgence. Certains patients stables sur le plan hémodynamique, sans traitement anticoagulant ni antiagrégant plaquettaire, peuvent avoir un traitement conservateur sous couvert d'une étroite surveillance en milieu spécialisé [3,4]. Les résultats de l'embolisation de l'artère splénique par angiographie semblent décevants. Cette patiente a eu une splénectomie par laparotomie en urgence avec des suites opératoires simples permettant un retour à domicile à J5.

**Conflits d'intérêts :** les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

## Références

1. Levin TR, Zhao W, Conell C, Seeff LC, Manninen DL, Shapiro JA, et al. Complications of colonoscopy in an integrated health care delivery system. *Ann Intern Med* 2006;145:880–6.
2. Ha JF, Minchin D. Splenic injury in colonoscopy: a review. *Int J Surg* 2009;7:424–7.
3. Piccolo G, Di Vita M, Cavallaro A, Zanghì A, Lo Menzo E, Cardì F, et al. Presentation and management of splenic injury after colonoscopy: a systematic review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2014;24:95–102.
4. Ullah W, Rashid MU, Mehmood A, Zafar Y, Hussain I, Sarvepalli D, et al. Splenic injuries secondary to colonoscopy: rare but serious complication. *World J Gastrointest Surg* 2020;12:55–67.

## Légende

**Fig. 1.** Scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste (coupe axiale, temps veineux) : hémopéritoine (étoile blanche), fracture de rate stade IV (classification AAST injury scale) (étoile noire).

