

Coloscopie Complicated' Uneperforationcaecaleaproposd'uncasclinique Complicatedcolonoscopyofacaecalperforationaboutacli nicalcase

M.Achi/H.Houmadi/S.Touzani/N.Houari/A.Bouazzaoui/B.Boukatta/N.Kanjaase
rviced'anesthesiereanimationpolyvalente-A4-Chu-Hassan-Ii-Fes-Maroc

RESUME: *Laperforationcoliqueapreslacoloscopie est une complication très rare etsérieuse[1,2] survenant avec une fréquencevarianteentre0.12-3% pour unecoloscopie diagnostique et thérapeutique (3). Le siteperforatif le plus fréquent et le sigmoïde [4]. letraitement de référence est la chirurgie :suture simple +toilette péritonéale le plussouvent, mais aussi la fermetureendoscopiqueestpossiblepourleslésionsdepetites tailles [5, 6,7]. Nous présentons notreexpérience d'une perforation per-coloscopiquecompliquéd'unpneumothoraxet d'un emphysème étendue et traitéchirurgicalement.*

SUMMARY: *Colonicperforationaftercolonoscopyisavery rare and serious[1,2] complication occurringwith a frequencyrangingfrom0.12-3%fordiagnosticand therapeuticcolonoscopy(3). The mostfrequentperforative site and sigmoid [4]. The referencetreatmentissurgery: simple suture +peritonealtoiletmostoften, but alsoendoscopicclosureis possible for smalllesions [5, 6,7]. wepresentourexpérience ofcomplicatedper-coloscopicperforationofapneumothoraxandanextendedemphysemaandsurgicaltreatment.*

Date of Submission: 02-07-2021

Date of acceptance: 17-07-2021

I. Observation:

Il s'agit d'une patiente agée de 60 ans avait opéré pour une tumeur du bas rectum en 2015 ayant bénéficié d'une résection tumorale avec anastomose colo-anal compliqué en 2018 par un sténose de l'anastomose nécessitant plusieurs séances de dilatation endoscopique. Admise ce jour pour une séance de dilatation coloscopique.

L'évaluation pré-anesthésique a objectivé une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique bien portante avec un IMC à 28, Sans critères d'intubation difficile, la technique anesthésique retenue est une sédation à courte durée. Après monitoring de la fréquence cardiaque, la tension artérielle, et la SPO₂, un remplissage par 500 ml de sérum salé est effectué, 1 mg de midazolam est donné à la patiente dans un but de myorelaxation.

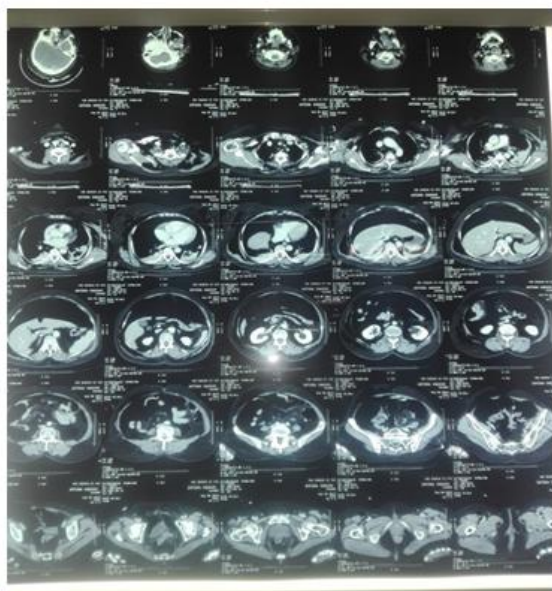
La patiente est mise en décubitus latéral gauche, l'oxygénation est assurée par un masque d'oxygène à haute concentration (débit d'O₂ à 4l).

Induction par: 2 mg/kg de fentanyl + 3 mg/kg de propofol

Après une bonne narcose et stabilité assurée des paramètres respiratoires et hémodynamique l'entretien est assuré par 1.3% d'une MAC de SEVOFLUORAN. 15 minutes après le début de la coloscopie la patiente a présenté une tachycardie puis une tuméfaction cervicale extensif rapidement vers la face, donc arrêt du geste, mise de la patiente en position dorsale et en semi-assise, prise de la ventilation par un masque ventilatoire avec une FIO₂ à 100% et une PEP à zéro administration de l'adrénaline en sous-cutané puis curarisation et administration de 1 mg/kg de fentanyl avant l'intubation. L'examen cutanéomuqueux n'a pas objectivé d'urticaire ou de signes de réaction allergique. L'auscultation respiratoire a objectivé une diminution des murmures vésiculaires très marqués à gauche alors que la SPO₂ a resté correcte aussi qu'une PAM supérieur à 80.

Par la suite la patiente a bénéficié d'une TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne objectivant:

- un pneumopéritoine de grande abondance avec doute sur un défaut pariétal du haut rectum.
- Emphysème sous-cutané diffus intéressant l'étage facial et Cervico-Thoraco-Abdomino-Pelvien.
- Pneumothorax bilatéral très marqué à gauche.
- Pneumo-médiastin de moyenne abondance



Donc la patiente a été drainée du coté gauche par un drain thoracique antérieur, avant d'être admise au bloc opératoire vu la difficulté d'individualisation de la perforation par endoscopie, ou elle a bénéficié d'une suture chirurgicale de sa perforation caecale avec toile péritonéale. En réanimation la patiente a été gardée intubée pendant 24h, le contrôle radiologique a objectivé la disparition du pneumothorax, aussi qu'une régression de l'emphysème cervico-faciale et thoracique mise sous Ceftriaxone + Metronidazole.

Extubée H24 Après bon réveil, analgésie et réchauffement. Avec bonne tolérance. Le contrôle biologique et radiologique ont été satisfaisants.

Une TDM de contrôle thoraco abdominale réalisé objectivant : une importante régression de l'emphysème sous-cutané, du pneumopéritoine et du rétro-pneumopéritoine. La patiente a été sortie après un séjour transitoire au service de chirurgie.



II. Conclusion:

En conclusion notre observation montre que la coloscopie même diagnostique, peut se détourner à une complication fatale engageant le pronostic vital et nécessitant une rapidité de la prise en charge.

ABREVIATION:

IMC: indice de masse corporelle
SPO2: saturation pulsée en oxygène
MAC : concentration alvéolaire minimale
FiO2: fraction inspiratoire d'oxygène
PEP : pression expiratoire de pointe
PAM: pression artérielle moyenne

References:

- [1]. Large iatrogenic colonic perforation treated by suturing J.-F. Demarquaya, *, H. Perrinb, P. Hastiera, T. Higueroa, C. Ferrari, P. Rampala, R. Dumas, Service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier Princesse-Grace, principauté de Monaco, avenue Pasteur, 98012 Monaco cedex, France
- [2]. Luning TH, Keemers-Gels ME, Barendregt WB, Tan AC, Rosman C. Colonoscopic perforations: a review of 30,366 patients. *Surg Endosc* 2007;21:994—7
- [3]. Anderson ML, Pasha TM, Leighton JA. Endoscopic perforation of the colon: lessons from a 10-year study. *Am J Gastroenterol* 2000;95:3418—22.
- [4]. Iqbal CW, Cullinane DC, Schiller HJ, Sawyer MD, Zietlow SP, Farley DR. Surgical management and outcomes of 165 colonoscopic perforations from a single institution. *Arch Surg* 2008;143:701—7.
- [5]. Farley DR, Bannon MP, Zietlow SP, Pemberton JH, Ilstrup DM, Larson DR. Management of colonoscopic perforations. *Mayo Clin Proc* 1997;72:729—33.
- [6]. Swanstrom LL. Natural orifice transluminal endoscopic surgery. *Endoscopy* 2009;41:82—5.
- [7]. Kalloo AN. Natural orifice transluminal endoscopic surgery. Preface. *Gastrointest Endosc Clin N* 2008;18
- [8]. Trecca A, Gaj F, Gagliardi G. Our experience with endoscopic repair of large colonoscopic perforations and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2008;12:315—21.
- [9]. Albuquerque W, Moreira E, Arantes V, Bittencourt P, Queiroz F. Endoscopic repair of a large colonoscopic perforation with clips. *Surg Endosc* 2008;22:2072—4.
- [10]. Teoh AY, Poon CM, Lee JF, Leong HT, Ng SS, Sung JJ, et al. Outcomes and predictors of mortality and stoma formation in surgical management of colonoscopic perforations: a multicenter review. *Arch Surg* 2009;144: 9-13.

M. Achi/H. Houmadi, et al. “ Coloscopie Compliqued' Uneperforationcaecaleaproposd' un cas clinique Complicated colonoscopy of a caecal perforation about a clinical case.” *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 10(4), 2021, pp. 12-14.