

# Rupture splénique après colonoscopie

## *Splenic rupture after colonoscopy*

**Vanhelleputte K., Kugener L. et Gris M.**

Service des Urgences, Hôpital civil Marie-Curie, C.H.U. de Charleroi

### RESUME

Une patiente de 60 ans se présente aux urgences moins de 24 h après une colonoscopie réalisée lors de son hospitalisation dans le cadre d'un bilan de douleurs abdominales avec un syndrome inflammatoire. Aux urgences, le scanner abdominal injecté ne met pas en évidence de signe de perforation mais montre un hématome splénique. La revue de la littérature montre que la rupture splénique après une colonoscopie est une complication rare et souvent méconnue. Le mécanisme physiopathologique serait lié à un traumatisme direct ou à une traction excessive sur le ligament splénique.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 169-71  
Doi : 10.30637/2020.19-069

### ABSTRACT

We report the case of a 60-years old woman who underwent colonoscopy because of abdominal pain and raised inflammatory markers. She presents to the emergency ward 24 hours later complaining of worsening abdominal pain. Contrast CT of the abdomen shows a splenic rupture but no perforation. A literature review shows that splenic rupture is a rare and underdiagnosed complication of colonoscopy. The pathophysiological mechanism is thought to be direct trauma or excessive traction on the splenic ligament.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 169-71  
Doi : 10.30637/2020.19-069

Key words : splenic rupture, colonoscopy complications

## INTRODUCTION

En médecine d'urgence, la rupture splénique est souvent rencontrée lors d'un traumatisme abdominal extérieur contondant ou pénétrant. Il existe des causes plus rares telles que la rupture de rate spontanée ou après colonoscopie. La colonoscopie est un examen diagnostique et thérapeutique courant dont les complications les plus fréquentes sont l'hémorragie digestive et la perforation colique.

## CAS CLINIQUE

Une patiente de 60 ans est hospitalisée pour épigastralgies et syndrome inflammatoire. Le bilan conclut à une septicémie à *Escherichia coli* d'origine peu claire, avec comme hypothèse une translocation à point de départ de diverticules coliques sans autre foyer mis en évidence. Une colonoscopie sous anesthésie générale est réalisée le dernier jour d'hospitalisation : celle-ci est non compliquée et montre uniquement une diverticulose sigmoïdienne. Aucune biopsie ou autre prélèvement n'est effectué lors de l'examen.

Parmi les antécédents de la patiente, on note des polypes gastriques, une hypertension artérielle, un diabète de type 2 non insulino-requérant, une hyperlipidémie, une hypothyroïdie substituée et une hystérectomie. Le traitement habituel de la patiente comprend : pantoprazole 20 mg, L-thyroxine 75 µg, éprosartan-hydrochlorothiazide, simvastatine 20 mg escitalopram 10 mg et metformine 850 mg.

Moins de 24 h après sa sortie, la patiente se présente aux urgences pour des douleurs abdominales épigastriques d'apparition progressive, sans autre symptôme associé. Les paramètres à l'admission montrent une tension artérielle à 97/60 mmHg, un rythme cardiaque à 75 bpm, une température à 36° C et une saturation à 97 % à l'air ambiant. L'examen clinique met en évidence une sensibilité épigastrique et de l'hypochondre gauche avec défense. Une biologie montre une hyperleucocytose à 22.500/mm<sup>3</sup> (4,00-10,00 10\*3/mm<sup>3</sup>) et une hémoglobinémie à 11,8g/dl (13,0-17,0 g/dl). Un CT scanner abdominal non injecté à la recherche d'une perforation colique ne montre pas d'air extra-viscéral, celui-ci est non protocolé par le radiologue. De la morphine titrée est administrée à

visée antalgique. La patiente est gardée aux urgences en surveillance au monitoring. Elle présente en cours de nuit des épisodes hypotensifs qui sont attribués à l'administration de morphine. Ceux-ci sont spontanément résolutifs et n'ont pas nécessité de manœuvre de remplissage.

Le lendemain, l'examen clinique est superposable hormis une tachycardie à 103 bpm. La biologie de contrôle montre une hémoglobinémie à 8,2g/dl. Entre temps, le radiologue de jour appelle les urgences pour donner le protocole du scanner abdominal de la veille qui met en évidence un volumineux hématome splénique évoquant une rupture splénique avec du liquide en péri-hépatique et au niveau du cul-de-sac de Douglas (figure). Un scanner de contrôle avec injection de produit de contraste effectué le jour même montre une majoration de l'hémopéritoine ainsi qu'un volumineux hématome au niveau du pôle supérieur de la rate associé à un rehaussement linéaire plus marqué sur la tranche de section supérieure du parenchyme splénique polaire inférieur résiduel évoquant un saignement à bas bruit sur la " brèche " splénique.

**Figure :** Rupture splénique avec hématome après colonoscopie.



Aucune exploration chirurgicale n'est effectuée. Un traitement conservateur est préconisé au vu de la stabilité hémodynamique et une surveillance en soins intensifs est réalisée avec transfusions sanguines itératives en cours de séjour. Le diagnostic proposé est celui de rupture de rate sans traumatisme avec hypothèse d'origine infectieuse dans le contexte de la septicémie à *E. coli* récente, cause rare et germe atypique pour cette complication. La patiente a ensuite séjourné plusieurs semaines dans le Service de Chirurgie viscérale où des scanners abdominaux de contrôle avec injection de produit de contraste ont montré une stabilisation de l'hématome splénique et un enkystement de celui-ci. Le diagnostic final retenu est celui de rupture splénique post colonoscopie. Le rôle présomptif de la septicémie a été écarté car moins probable, avec une septicémie récente mais non active. Les autres causes infectieuses ainsi que les étiologies hématologiques, systémiques et tumorales de rupture non traumatique de la rate ont également été écartées : les sérologies EBV, CMV et HIV sont négatives ainsi que le bilan auto-immun et le typage lymphocytaire.

## DISCUSSION

La colonoscopie est un acte technique utilisé de plus en plus fréquemment comme outil diagnostique et thérapeutique des pathologies colorectales. Ses deux complications les plus fréquentes sont la perforation colique (incidence de 0,07 % à 0,72 %) et les saignements post polypectomie (incidence de 0,2 % à 2,67 %)<sup>1</sup>. Une complication plus rare est la rupture splénique. Son incidence est estimée à 1 cas sur 100.000 colonoscopies<sup>2</sup> et est plus récemment revue à la hausse selon certaines études<sup>3</sup> jusque 16,4 par 100.000 cas. Cette complication touche plus souvent les femmes (environ 73 %) avec une moyenne d'âge de 63 à 64 ans<sup>3,4</sup>.

Les **facteurs de risque** de lésion splénique après colonoscopie ne sont pas clairement identifiés et sont discutés dans différentes études<sup>3-5</sup> :

- Le sexe avec une prédominance féminine ;
- La chirurgie abdominale ou pelvienne antérieure ;
- La prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants (10,8 % à 39,4 % des patients) ;
- Les interventions lors de la colonoscopie (polypectomie, biopsie) ;
- La colonoscopie compliquée : facteur de risque incriminé dans plusieurs études, il s'avère que selon des études plus récentes<sup>3-5</sup>, un tiers des patients ont eu une colonoscopie compliquée. Certaines manœuvres utilisées ainsi que la position en décubitus dorsal exerceraient une traction excessive ;
- Les maladies intestinales inflammatoires (IBD), pancréatite...
- L'inexpérience de l'opérateur<sup>6</sup>.

La **physiopathologie** exacte de la rupture de rate reste incertaine, mais plusieurs hypothèses sont proposées<sup>7-9</sup> comme un traumatisme direct de l'endoscope sur la rate ou une traction excessive sur le ligament splénocolique lorsque l'endoscope passe dans l'angle colique gauche.

La majorité des patients développent une **symptomatologie** dans les 24 h suivant la colonoscopie, un tiers présentant des symptômes endéans les 12 h et environ 1 patient sur 5 après 24 h. Ces symptômes sont le plus souvent une douleur abdominale diffuse, de l'hypochondre gauche, irradiant vers l'épaule gauche (signe de Kehr) à laquelle peuvent être associés anémie, syncopes, vertiges et/ou instabilité hémodynamique<sup>3-5,7</sup>.

La méthode **diagnostique** de choix est actuellement le scanner avec injection de produit de contraste. On note une tendance à l'augmentation de l'utilisation du FAST (*focused assesment with sonography for trauma*) qui permet d'identifier rapidement la présence de liquide intra-abdominal<sup>5</sup>.

Le **traitement** de la rupture de rate après colonoscopie peut être extrapolé à partir des recommandations pour la prise en charge des lésions traumatiques de la rate<sup>4,5</sup>. La tendance actuelle est de

préserver la rate si la stabilité hémodynamique du patient le permet<sup>4</sup>.

La **mortalité** globale de la rupture splénique après colonoscopie est d'environ 5 %<sup>5,10</sup>. D'une part, la survenue des premiers symptômes est souvent retardée par rapport à l'examen et d'autre part, la méconnaissance de cette complication entraîne des retards de diagnostic et donc de prise en charge. D'après l'étude de Singla *et al.*<sup>5</sup>, 11 % des patients n'ont été diagnostiqués qu'à leur deuxième consultation alors que lors de leur première visite leurs douleurs étaient considérées comme des douleurs normales attribuées à l'insufflation lors de la colonoscopie.

## CONCLUSION

La rupture splénique après colonoscopie est une complication rare et potentiellement grave, souvent méconnue des praticiens, ce qui explique souvent un retard de diagnostic. Les facteurs de risque sont encore mal connus et devraient faire l'objet d'études complémentaires. Le diagnostic se fait principalement par CT abdominal avec injection de produit de contraste. Un examen de type FAST permet d'identifier rapidement la présence de liquide intra-abdominal et d'orienter la prise en charge mais est opérateur dépendant. Le traitement est principalement conservateur en cas de stabilité hémodynamique et est basé sur les recommandations appliquées par les chirurgiens.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

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(12):880-6.
2. Kamath AS, Iqbal CW, Sarr MG, Cullinane DC, Zietlow SP, Farley DR *et al.* Colonoscopic splenic injuries: incidence and management. *J Gastrointest Surg.* 2009;13:2136-40.

3. Asad Jehangir A, Poudel DR, Masand-Rai A, Donato A. A systematic review of splenic injuries during colonoscopies: Evolving trends in presentation and management. *Int J Surg* 2016;33:55-9.
4. Piccolo G, Di Vita M, Cavallaro A, Zanghi A, Menzo EL, Cardì F *et al.* Presentation and management of splenic injury after colonoscopy: a systematic review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2014;24(2):95-102.
5. Singla S, Keller D, Thirunavukarasu P, Tamandl D, Gupta S *et al.* Splenic Injury During Colonoscopy-A Complication That Warrants Urgent Attention. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(6):1225-34.
6. Duarte CG. Splenic Rupture After Colonoscopy. *Am J Emerg Med.* 2008;26(1):117.e1-3.
7. Cappellani A, Di Vita M, Zanghi A, Cavallaro A, Alfano G, Piccolo G *et al.* Splenic rupture after colonoscopy: report of a case and review of literature. *World J Emerg Surg* 2008;3:8.
8. Pichon N, Mathonnet M, Verdière F, Carrier P. Splenic Trauma: An Unusual Complication of Colonoscopy With Polypectomy. *Gastroenterol Clin Biol.* 2008;32(2):123-7.
9. Hamzi L, Soyer P, Boudiaf M, Najmeh N, Abitbol M, Dahan H *et al.* Splenic Rupture Following Colonoscopy: Report of an Unusual Case in the Absence of Underlying Splenic Disease. *J Radiol.* 2003;84(3):320-2.
10. Ha JF, Minchin D. Splenic injury in colonoscopy: a review. *Int J Surg.* 2009;7(5):424-7.

### Correspondance :

K. VANHELLEPUTTE  
CHU Tivoli  
Service des Urgences  
Avenue Max Buset, 34  
7100 La Louvière  
E-mail : kevin.vanhelleputte@gmail.com

Travail reçu le 26 septembre 2019 ; accepté dans sa version définitive le 30 janvier 2020.