

# Rupture splénique post-colonoscopique : une complication rare

*Post-colonoscopic splenic rupture: a rare complication*

HOSTEN E.<sup>1</sup>, TON NU C.<sup>2</sup>, MORIAU V.<sup>3</sup> et GUERISSE F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service des Urgences, CHU Marie Curie, Charleroi, Belgique

<sup>2</sup>CHU Brugmann, Bruxelles, Belgique

<sup>3</sup>Royal Adelaide Hospital, Adelaide, Australie

## RÉSUMÉ

Une patiente de 64 ans est admise aux urgences dans un contexte de douleurs abdominales au décours d'une colonoscopie réalisée la veille. Le diagnostic de choc hémorragique sur rupture splénique post-colonoscopique est retenu – complication rare mais sérieuse. Face à l'instabilité hémodynamique de la patiente, une splénectomie urgente est *réalisée, conformément aux recommandations en vigueur*.

Rev Med Brux 2023; 44 : 600-603

Doi : 10.30637/2023.22-092

Mots-clés : rupture splénique, coloscopie, effet indésirable, hémopéritoine

## ABSTRACT

A 64-year-old female patient is admitted to the emergency department with abdominal pain following a colonoscopy performed the previous day. The diagnosis of hemorrhagic shock due to post-colonoscopy splenic rupture was retained – a rare but serious adverse effect. Given the patient's hemodynamic instability, an urgent splenectomy is performed, in line with current recommendations.

Rev Med Brux 2023; 44: 600-603

Doi: 10.30637/2023.22-092

Key words : splenic rupture, colonoscopy, adverse effect, hemoperitoneum

## INTRODUCTION

La colonoscopie est un examen fréquent. En Belgique, entre 2002 et 2010, environ un million de colonoscopies totales ont été réalisées – représentant 1.000 examens/100.000 habitants par an<sup>1</sup>, chiffre comparable aux moyennes observées dans d'autres pays européens<sup>2</sup>. Les principales complications de cet examen sont la perforation colique et l'hémorragie digestive mais la survenue de pneumothorax, de pneumomédiastin, de perforation grêle, de volvulus, de diverticulite et de traumatisme splénique ont également été décrits<sup>3</sup>. Nous rapportons ici un cas de rupture splénique sur rate saine, survenue après une colonoscopie en l'absence de biopsie.

## CAS CLINIQUE

Une femme de 64 ans est admise aux urgences via le SMUR pour hypotension. Elle décrit une douleur abdominale diffuse depuis quelques heures, associée à des nausées sans vomissements. Elle ne présente pas de plainte urinaire ni de troubles du transit, de méléna ou de rectorragies. Aucun équivalent fébrile récent n'est évoqué.

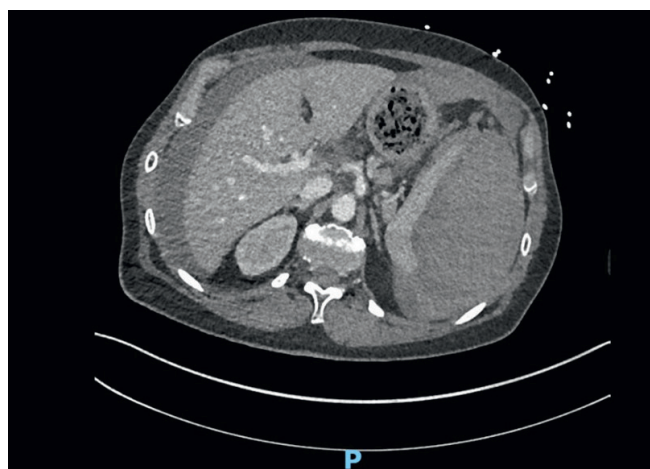
Une colonoscopie a été réalisée la veille de l'admission pour follow-up de polypectomie dans un contexte d'antécédents familiaux de néoplasie colique. L'examen n'a pas démontré de lésion en dehors d'une érosion iléale unique et d'un mini polype du colon gauche non réséqué. La patiente est également suivie pour des troubles bipolaires et une hypothyroïdie supplémentée. Son traitement comprend de la L-thyroxine 50 mcg, de l'oméprazole 20 mg, de la lamotrigine 200 mg, de l'es-citalopram 10 mg, du bromazepam et du chlorhydrate de prothipendyl 80 mg.

A l'admission, la patiente présente une insuffisance circulatoire décompensée associant une tachycardie (fréquence cardiaque 100 bpm), une hypotension franche (tension artérielle 70/40 mmHg) et un temps de recoloration cutanée prolongé. L'examen abdominal met en évidence une défense diffuse et l'absence de péristaltisme. Les examens cardio-pulmonaire et neurologique sont sans particularité. Au niveau biologique, une hyperlactatémie est mise en évidence (8,8 mmol/l [norme: <1,3 mmol/l]) associée à une anémie normocytaire aiguë (Hb 5,9 g/dl [norme: 12-15 g/dl]), un syndrome inflammatoire (CRP 61 mg/l [norme : <5 mg/l]), une leucocytose neutro-

phile (neutrophiles  $17,2 \times 10^3/\text{mm}^3$  [norme :  $2-7 \times 10^3/\text{mm}^3$ ]) et une insuffisance rénale aiguë KIDIGO 3 (créatinine 3,19 mg/dl [norme : 0,57-1,11 mg/dl]) sans trouble ionique lié. Une échographie FAST ne montre pas d'hémopéritoine massif. Un CT-scanner indique un hématome splénique sous capsulaire rompu de 14 cm de hauteur sur 9 cm de large (grade *American Association for the Surgery of Trauma* (AAST) III) avec hémopéritoine associé (figure 1). Malgré une tentative de restauration volémique par administration initiale de 1,5 litres de cristalloïdes, les signes d'insuffisance circulatoire persistent et le diagnostic de choc hémorragique sur rupture splénique post-coloscopie est retenu.

Figure 1

CT scanner indiquant une rupture splénique AAST III.



Une intervention chirurgicale urgente est entreprise, mettant en évidence trois lésions spléniques hémorragiques actives associées à une décapsulation splénique postérieure. Face à un échec de tentative d'hémostase à l'aide de compresses hémostatiques et d'électrocoagulation, la décision de procéder à une splénectomie est prise. Quatre culots érythrocytaires et deux unités de plasma frais congelés sont transfusés durant le temps opératoire. L'évaluation post-opératoire est favorable, notamment marquée par la récupération rapide d'une stabilité hémodynamique. Un scanner de contrôle réalisé six jours après l'intervention chirurgicale ne démontre pas de complication locale. La patiente quitte l'hôpital douze jours après son admission et sera suivie en consultation de maladies infectieuses où seront réalisées les vaccinations de rigueur.

## DISCUSSION

Ce cas clinique s'intéresse à une complication rare de la colonoscopie, la rupture splénique, dont la mortalité peut s'élever jusqu'à 5%<sup>4</sup>. Son incidence est estimée à 1/100.000 procédures<sup>4</sup> mais est probablement sous-évaluée en raison de la faible spécificité

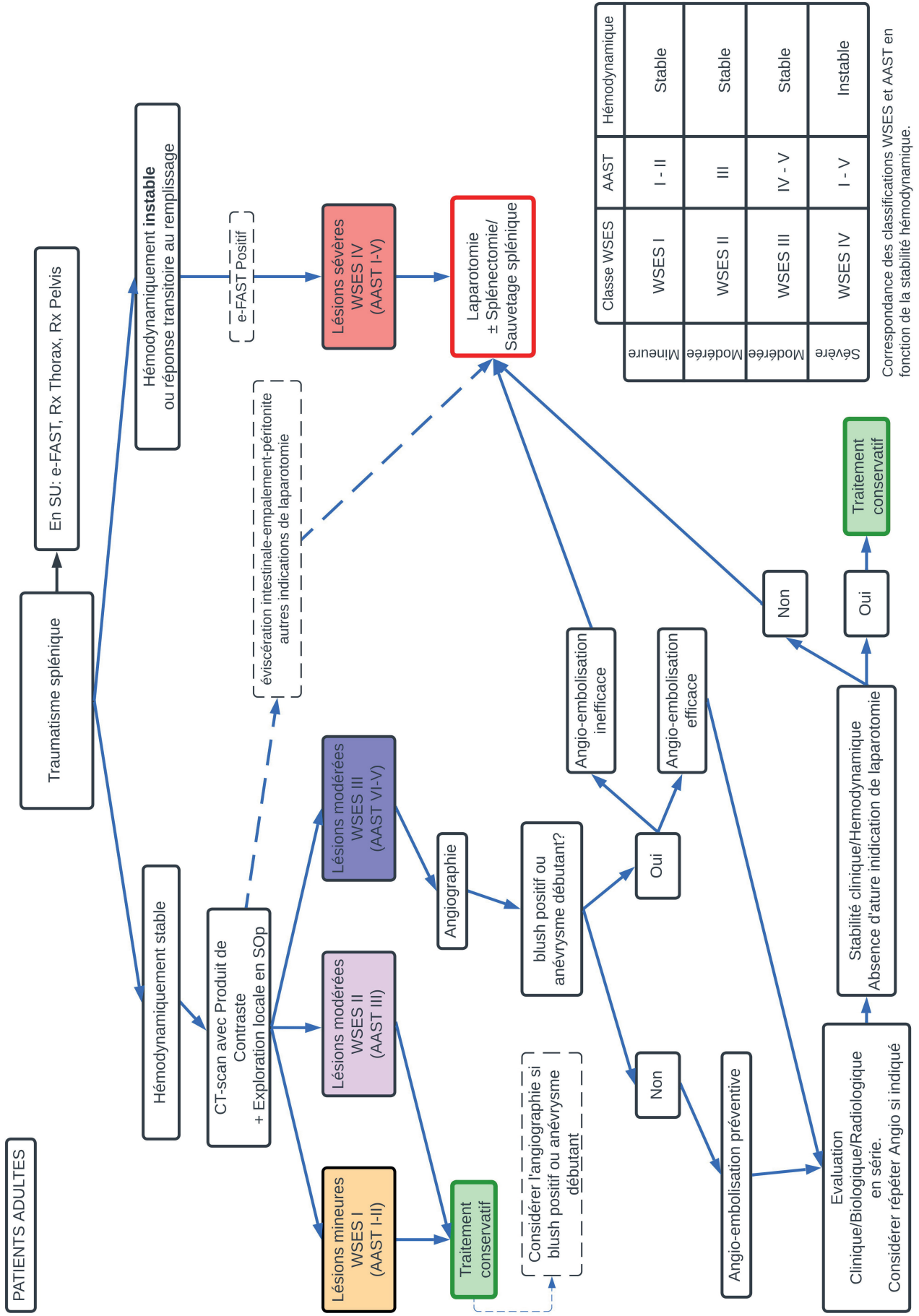
des symptômes initiaux. Notons que l'incidence de cette complication est probablement amenée à se majorer avec la réalisation de plus en plus fréquente d'examen colonoscopiques<sup>2</sup>. Nonobstant la rareté des cas rapportés, les facteurs favorisant relevés dans la littérature sont le sexe féminin, l'âge, la réalisation d'une biopsie ou d'une résection de polype, un antécédent de maladie inflammatoire du colon, d'une splénomégalie ou d'intervention chirurgicale abdomino-pelvienne. La prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires ou une procédure endoscopique compliquée sont également repris parmi les facteurs de risque<sup>5</sup>. Le mécanisme physiopathologique de la rupture splénique post-coloscopie est soit lié à un traumatisme splénique direct ou à une traction excessive sur le ligament spléno-colique par réduction de la mobilité relative entre le côlon gauche et la rate<sup>6</sup>.

Un retard diagnostique est souvent observé et généralement dû à une présentation clinique initiale peu spécifique associant une douleur abdominale diffuse, ou parfois localisée au sein de l'hypochondre gauche. Cette symptomatologie, d'installation subaiguë (24 à 72h post-examen), est souvent attribuée dans un premier temps à l'inconfort lié à l'insufflation d'air per-procédurale. D'autres symptômes tels qu'une irradiation douloureuse vers l'épaule gauche (signe de Kehr) ou la survenue d'un malaise syncopal ont également été rapportés, dans une moindre mesure. Même si l'échographie clinique, en particulier le FAST, peut être utile pour orienter le diagnostic et la prise en charge, elle ne doit pas retarder la réalisation d'une tomodensitométrie abdominale avec injection de produit de contraste. Cette modalité d'imagerie reste l'examen complémentaire de choix pour le diagnostic d'une rupture splénique, avec une spécificité et une sensibilité de plus de 95%. Dans la mesure où la supériorité des échelles de classification radiologique de lésions spléniques plus récentes n'a pas été démontrée<sup>7</sup>, il est raisonnable d'utiliser la stadification de l'*American Association for the Surgery of Trauma* (AAST). Celle-ci, fondée sur la taille de la lacération, l'étendue d'un éventuel hématome sous capsulaire ou l'implication de vaisseaux hilaires ou segmentaires, permet notamment d'identifier les patients potentiellement candidats à un traitement conservateur.

Selon les dernières guidelines en vigueur émises par la *World Society of Emergency Surgery* (WSES)<sup>8,9</sup>, il est admis que toute lésion splénique associée une instabilité hémodynamique (comme dans le cas présent) est considérée comme sévère (WSES IV) et doit mener à une laparotomie urgente, quel que soit le grade radiologique de la lésion. Toute lésion AAST IV à V sans instabilité hémodynamique associée est considérée comme modérée (WSES III) et peut être traitée par embolisation. Seules les lésions les moins graves (AAST I à III) sans instabilité hémodynamique associée (WSES I et II) peuvent être traitées de manière conservatrice avec une surveillance clinique et biologique étroite (figure 2).

Figure 2

Organigramme de prise en charge d'un traumatisme splénique, d'après Coccolini et al.<sup>8</sup>



## CONCLUSION

L'hypothèse d'une rupture splénique doit être évoquée dans le contexte d'une instabilité hémodynamique observée dans les 24 à 72h suivant une colonoscopie. Sa prise en charge se fera selon les recommandations classiques de traitement des traumatismes spléniques.

**Conflits d'intérêt : néant.**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Macken E, Van Dongen S, Francque S, Van Hal G. Parameters influencing the quality of colonoscopy in Belgium: A critical evaluation. *Acta Gastroenterol Belg.* 2018;81:29-38.
2. van Turenhout ST, Terhaar sive Droste JS, Meijer GA, Masclée AA, Mulder CJJ. Anticipating implementation of colorectal cancer screening in The Netherlands: A nation wide survey on endoscopic supply and demand. *BMC Cancer.* 2012;12:46.
3. ASGE Standards of Practice Committee; Fisher DA, Maple JT, Ben-Menachem T, Cash BD, Decker GA, Early DS *et al.* Complications of colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2011;74(4):745-52.
4. Jehangir A, Poudel DR, Masand-Rai A, Donato AA systematic review of splenic injuries during colonoscopies: Evolving trends in presentation and management. *Int J Surg.* 2016;33 Pt A:55-9.
5. Garancini M, Maternini M, Romano F, Uggeri F, Dinelli M. Are there risk factors for splenic rupture during colonoscopy? Case report and literature review. *J Gastroint Dig Syst.* 2011;S2:001.
6. Shatz DV, Rivas LA, Doherty JC. Management Options of Colonoscopic Splenic Injury. *JLS.* 2006;10(2):239-43.
7. Adibi A, Ferasat F, Baradaran Mahdavi MM, Kazemi K, Sadeghian S. Assessment of blunt splenic trauma: Which imaging scoring system is superior? *J Res Med Sci.* 2018;23:29.
8. Coccolini F, Montori G, Catena F, Kluger Y, Biffi W, Moore EE *et al.* Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients. *World J Emerg Surg.* 2017;12:40.
9. Zarzaur BL, Rozycki GS. An update on nonoperative management of the spleen in adults. *Trauma Surg Acute Care Open.* 2017;2(1):e000075.

Travail reçu le 15 novembre 2022 ; accepté dans sa version définitive le 28 février 2023.

AUTEUR CORRESPONDANT :

E. HOSTEN  
CHU Marie Curie  
Service des Urgences  
Chaussée de Bruxelles, 140 - 6042 Charleroi  
E-Mail : edhosten@gmail.com