

Large perforation colique au décours d'une coloscopie diagnostique

La perforation est la complication la plus fréquente et la plus redoutée au cours de la coloscopie (1), survenant avec une fréquence comprise entre 0,19 % et 0,21% (1, 2) après une coloscopie diagnostique, et jusqu'à 3 % après un geste thérapeutique. Le diagnostic est généralement facile et immédiat et le traitement est essentiellement chirurgical. Nous rapportons le cas d'une perforation colique iatrogène suite à une coloscopie diagnostique.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans, au long passé de douleurs abdominales et de constipation admis pour douleurs abdominales avec ballonnement survenus immédiatement au décours d'une coloscopie faite dans un but diagnostique, par ailleurs normale. A noter que le colon avait été préalablement préparé par du polyéthylène glycol et que l'examen s'est déroulé sans anesthésie. L'examen avait montré un patient très algique, subfébrile, l'abdomen était distendu tympanique. La radiographie d'abdomen sans préparation centrée sur les coupes avait montré un énorme croissant gazeux bilatéral (figure 1) témoignant de l'abondance du pneumopéritoine. Le diagnostic de perforation colique avait été retenu et le patient fut opéré après une courte réanimation. L'exploration par laparotomie médiane avait trouvé une large perforation colique déchiquetée siégeant au niveau de la charnière recto-colique, la cavité péritonéale était propre, l'intervention avait consisté en une résection colique segmentaire emportant la perforation avec une anastomose colo colique latéro terminale manuelle par 2 hémi-surjets au fil résorbable. Les suites opératoires avaient été simples et le patient était mis sortant au 7^{ème} jour post opératoire.

Figure 1 : Croissant gazeux bilatéral sur la radiographie du thorax centrée sur les coupes



Conclusion

Il s'agit d'une complication relativement rare mais parfois grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital si elle est mal ou non traitée à temps. Le choix des modalités thérapeutiques dépend de la taille de la lésion. La chirurgie est le traitement de choix lorsque la perforation survient au cours de la coloscopie diagnostique, étant donné que dans ce cas la lésion est une large lacération colique, cependant le traitement non chirurgical paraît justifié après polypectomie, d'autant plus que l'amélioration clinique est rapide.

Références

- 1- A M.L. Anderson, T.M. Pasha, J.A. Leighton. Endoscopic perforation of the colon: lessons from a 10-year study, Am J Gastroenterol 2000; 95: 3418-22.
- 2- Ettersperger L, Zeitoun P, Thieffin G. Les perforations coliques compliquant la coloscopie. A propos de 15 cas consécutifs observés en 16 ans. Gastroenterol Clin Biol 1995; 19:1018-22.

Boudokhane Moez, Nacef Karim, Abdelkafi Mohamed Tahar, Fodha Mahmoud, Majdoub Nizar, Samet Nadia, Attia Hela, Binous Yassine, Ben Soussia Rachid**, Chraïti Haïthem***, Majdoub Ali***, Helali Kamel, Hamza Hassine****, Fodha Mohamed*

Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de chirurgie viscérale et digestive, Mahdia, Tunisie ;

**Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de chirurgie urologique, Mahdia, Tunisie ;*

***Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de chirurgie vasculaire périphérique, Mahdia, Tunisie ;*

****Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service d'Anesthésie réanimation, Mahdia, Tunisie ;*

*****Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de Radiologie, Mahdia, Tunisie.*

Strangulated small bowel hernia within a prolapsed loop ileostomy

The recognized complications of ileostomy may be divided into early and late and vary as to whether the ileostomy is a loop or end type. A search of the literature reveals only one example of strangulation of the small bowel within a prolapsed colostomy stoma (1). The present case is the first reported case of this complication within a prolapsed ileostomy. Stoma prolapsed occurs more frequently with loop than with end stoma (2). It is caused by an oversized opening in the abdominal wall, wound infection, insufficient fixation of the stoma or increases of abdominal pressure such was the case with the present case. Stoma prolapsed requires rarely surgery management (3, 4). The aim of this study is to report a new case of strangulated small bowel hernia within a prolapsed stoma.

Observation

A 40-year-old woman was admitted with an 48 hours history of a painful prolapsed ileostomy. She had undergone 6 months previously, a palliative loop ileostomy in the right iliac fossa. This procedure was performed in emergency for a left ovarian cancer invaded sigmoid colon with peritoneal carcinosis and