

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 diagnostique 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 diagnostique 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 Haithem***, 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

caused acute large bowel obstruction. On this admission, the patient complained of acute abdominal pain, and vomited a stay of materials and gases. Physical examination revealed a prolapsed ileostomy of 15 cm (Figure 1). At this level a few black spots were observed. A peristomal circular incision was made under general anesthetic. Exploration revealed gangrene of the ileo-cecal junction (Figure 2) contained between the two walls of small bowel (Figure 3) associated with ascites of great abundance. An ileo cecal resection was performed with refashioned of an ileo-colostomy. The postoperative course was uneventful. The patient died seven months following her operation.

Figure 1 : Intra operative photograph shows a prolapsed ileostomy



Figure 2: The specimen with superficial ulceration at its apex

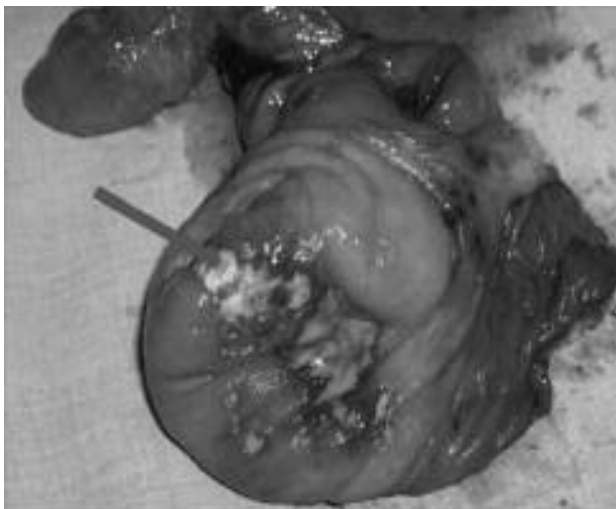
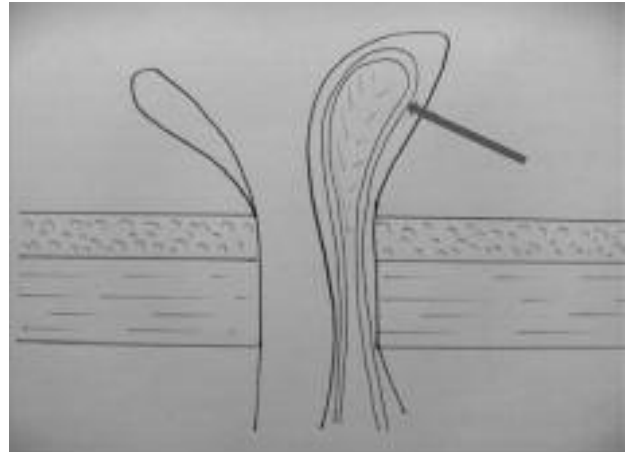


Figure 3 : Sagittal section through prolapsed ileostomy.



Conclusion

The making of an ostomy is a surgical procedure relatively easy. Only respect for these principles is the guarantee of a low complication rate.

References

- 1- Daniell SJ. Strangulated small bowel hernia within a prolapsed colostomy stoma. J R Soc Med 1981;74:687-8.
- 2- Kretschmer KP. The intestinal stoma: indications, operative methods, care, rehabilitation. Major Probl Clin Surg. 1978;24:1-125.
- 3- Londono-Schimmer EE, Leong AP, Phillips RK. Life table analysis of stomal complications following colostomy. Dis Colon Rectum 1994 ; 37 : 916-20
- 4- Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. Dis Colon Rectum 1998 ; 41 : 1562-72.

Amin Makni, Zoubeir Ben Safta

Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, CHU La Rabta, Service de chirurgie générale, 1007, Tunis, Tunisie

Renal epithelioid angiomyolipoma

Renal angiomyolipoma (AML) is a benign tumor, combining fat, smooth muscle and abnormal vessels, with a variable proportion and fat predominance, which gives it a pathognomonic CT scan appearance. Radiological surveillance seems to be sufficient, in most cases. Surgical treatment, often conservative, is indicated in symptomatic or large (more than 4 cm) tumors. Development of AML is slow and dominated by the risk of bleeding. When AML is monotypic, ie one of its major cellular components predominates, radiological diagnosis becomes impossible; immunohistochemical study is basic to diagnose this rare form [1]. Despite the large size they can achieve, the possibility of bilaterality, the multiplicity of lesions and regional lymph involvement, the malignant potential of these tumors has not been yet demonstrated. However, in recent years, an epithelioid variant has been