

## 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 agé de 60 ansavait opéré pour une tumeur du basrectum en 2015 ayant bénéficié d'unerésection tumorale avec anastomosecolo-anal compliqué en 2018 par unesténose de l'anastomose nécessitantplusieurs séances de dilatationendoscopique.Admisecejourpouruneséancededilatationcoloscopique.

L'évaluation pré-anesthésique aobjectivé une patiente consciente stablesur le plan hémodynamique bienportante avec un IMC a 28, Sans critèresd'intubation difficile, la techniqueanesthésique retenu est une sédation acourtedurée. Apresmonitoragedela fréquence cardiaque, la tensionartérielle,etlaSPO2,unremplissagepar500 ml de sérum salé est effectué, 1mgde midazolame est donné à la patientedansunbutdemyorelaxation.

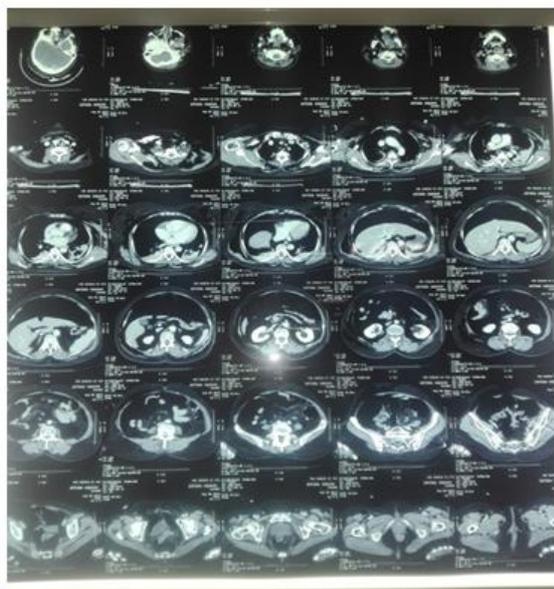
La patiente est mise en décubituslatéralegauche,l'oxygénationestassurépar un masque d'oxygène a hauteconcentration(débitd'O2a4l).

Inductionpar:2gamma/kgdefentanyl+3mg/kgde propofol

Après une bonne narcose et stabilitéassurée des paramètres respiratoires ethémodynamique l'entretien est assurépar 1.3% d'une MAC de SEVOFLUORAN.15 minutes après le début de lacoloscopie la patiente a présenté unetachycardie puis une tuméfactioncervicale extensif rapidement vers laface, donc arrêt du geste, mise de lapatiente en position dorsale et en semi-assise, prise de la ventilation par unmasque ventilatoire avec une FIO2 à100%etunePEP à zéroadministrationde l'adrénaline en sous-cutané puiscurarisation et administration delgamma/kg de fentanyl avant l'intu-bation.L'examen cutanéomuqueuxn'apasobjectivé d'urticaireoudessignesderéaction allergique L'auscultationrespiratoire a objectivé une diminutiondes murmures vésiculaires très marquésà gauchealors que la SPO2 a restécorrecte aussi qu'une PAM supérieur a80.

Parlasuitelapatienteabénéficiéd'uneTDM cervico-thoraco-abdomino-pelviennobjectivant:

- unpneumopéritoinedegrandeabondance avec doute sur undéfet pariétale du hautrectum.
- Emphysèmesouscutanédiffusintéressantl'étagefacialetCervico-Thoraco-Abdomino-Pelvien.
- Pneumothoraxbilatéraletrèsmarquéagauche.
- Pneumo-médiastinde 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.