



# Comment traiter une perforation colique?

Dr Sarah LEBLANC

Hôpital Privé Jean Mermoz, Lyon

# OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

---

- Connaître les facteurs de risque d'une perforation colique per endoscopique
- Savoir reconnaître une perforation et apprécier sa gravité
- Connaître les indications du traitement endoscopique et chirurgical
- Connaître les outils indispensables du traitement endoscopique
- Savoir surveiller un patient

# CONFLITS D'INTERET

---

- Consultant : Alfasigma, Norgine, Boston
- Formation : Olympus, Boston

# Généralités: 2 types de perforation colique

**Définition: effraction de la musculature**

Per coloscopie diagnostique

Per coloscopie thérapeutique

Traumatisme  
direct sur la  
paroi

Barotraumatisme  
sur insufflation

Mucosectomie

ESD

Dilatation

# Généralités: 2 types de perforation colique

## Per coloscopie diagnostique

- Traumatisme de l'endoscope
- **Rare et grave: 0,006%**
- Mortalité: 5,9%
- Pronostic fonction de la précocité diag

## Per coloscopie thérapeutique

- EMR: 1,4% -> 2,2% si >25mm
- ESD: 5%
- **Fermeture endoscopique > 95%**

# Prédire la perforation = l'anticiper +++

## Per coloscopie diagnostique

- **FDR:** âge, comorbidités, chir abdo, MICI, diverticulose
- Sigmoides, caecum

## Per coloscopie thérapeutique

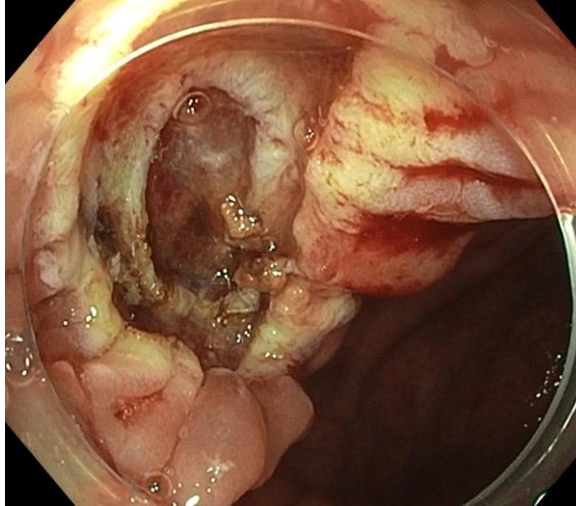
- **FDR:** colon Dt, >30mm, fibrose, LST-NG
- Prédiction par score SMSA

**FDR: expérience de l'opérateur +++**

Variable	Valeur	Points
Taille	<1	1
	1-1,9	3
	2-2,9	5
	3-3,9	7
	>4	9
Morphologie	Pédiculé	1
	Sessile	2
	Plan	3
Site	Colon gauche	1
	Colon droit	2
Accès	Facile	1
	Difficile	4

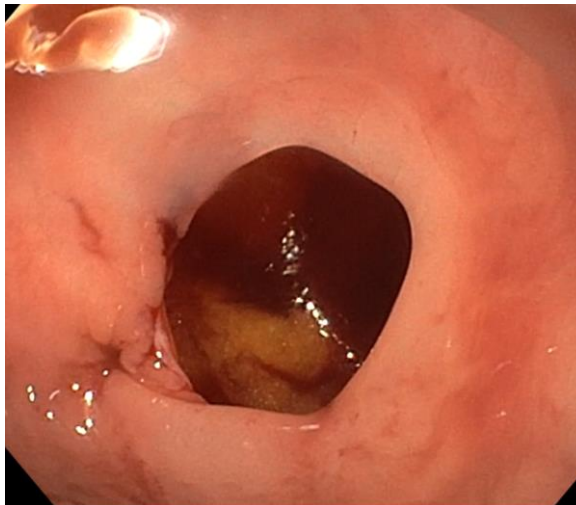
# Reconnaître la perforation

Signe de la cible



Perforation pariétale  
Plus difficile à voir  
Graisse

-> Remonter au cap ?

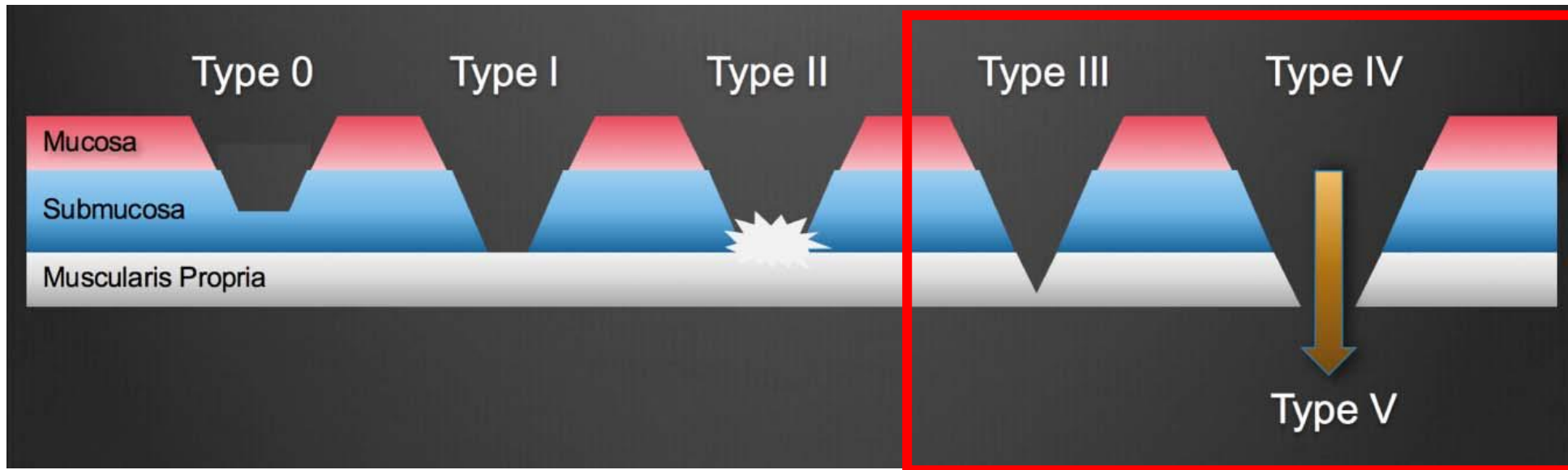


# Décrire la perforation

## Classification de Sydney

Burgess, Gut 2017

Type	Description
0	Défect sous-muqueux, musculéuse non visible
1	Musculéuse visible mais intacte
2	Perte focale du plan sous-muqueux avec possible atteinte superficielle de la musculéuse ou fibrose rendant l'interprétation difficile
3	Atteinte de la musculéuse = signe de la cible
4	Perforation sans contamination fécale
5	Perforation avec contamination fécale



Fermeture  
endoscopique



# Gestion de la perforation

PAS DE DANGER, TOUT VA BIEN  
TOUT VA BIEN...!

**NE PAS FAIRE L'AUTRUCHE**

**ET**

**GARDER SON CALME +++**



# Gestion de la perforation

1. Avoir lu les recommandations ESGE +++
2. Appliquer un protocole de prise en charge

Position Statement

**Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement – Update 2020** ▶

# Gestion de la perforation

1. Avoir lu les recommandations ESGE +++
2. Appliquer un protocole de prise en charge
3. Parler à son aide + anesthésiste: CO2, antibiotiques, position du patient
4. **Exsuffler** si besoin (capnie, marbrures, hémodynamique)



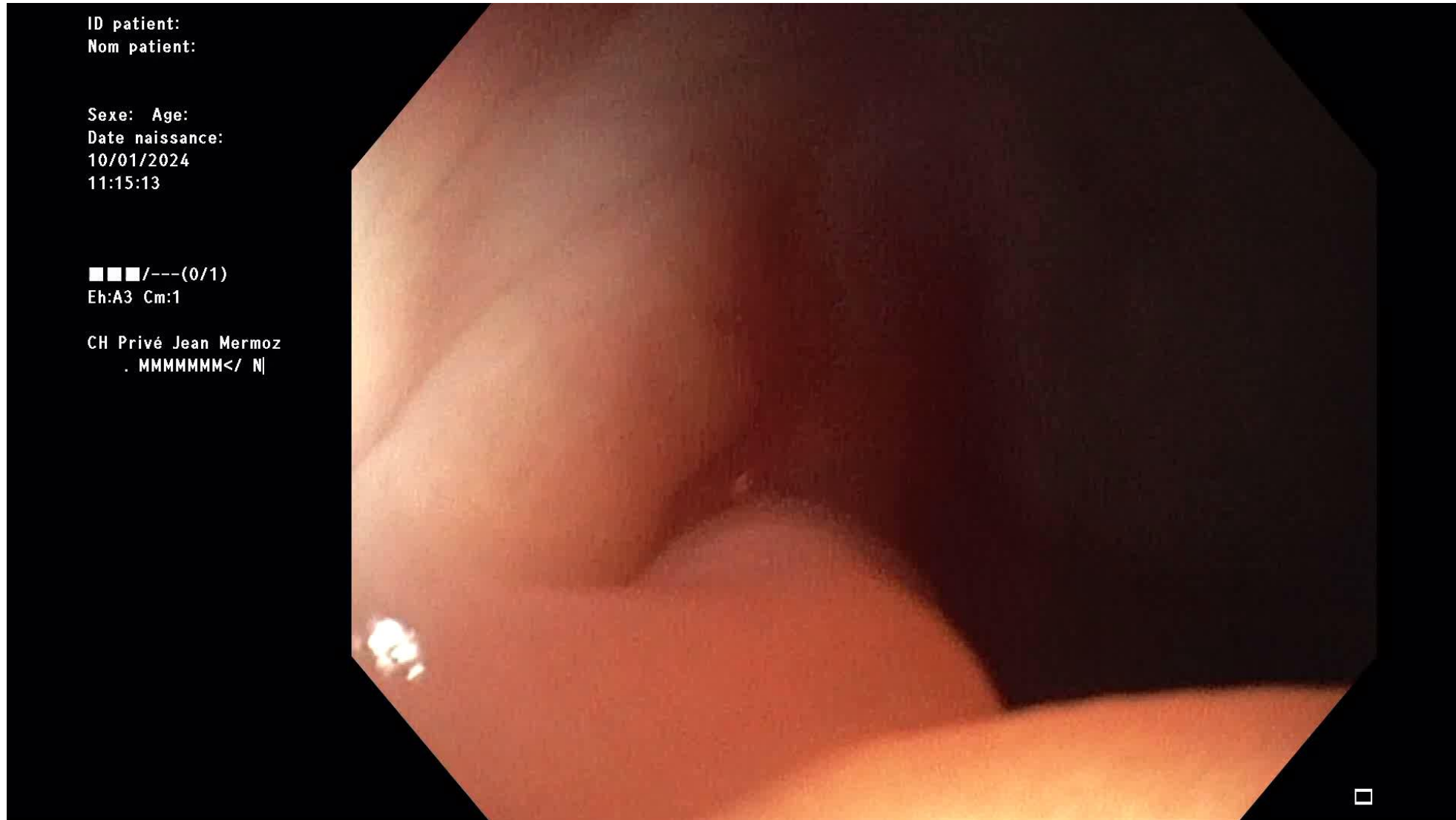
# Gestion de la perforation

1. Avoir lu les recommandations ESGE +++
2. Appliquer un protocole de prise en charge
3. Parler à son aide + anesthésiste: CO2, antibiotiques, position du patient
4. Exsuffler si besoin (capnie, marbrures, hémodynamique)
5. **Fermer endoscopiquement:** clips TTS ou macro clips
6. **Surveiller** le patient + appeler chirurgien: clinique + bio 1X/jour + scanner si besoin

Position Statement

**Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement – Update 2020** ▶

# Coloscopie diagnostique



# Fermeture par macroclips

- En 1<sup>ère</sup> intention pour les perforations « larges » (<20-25mm)
- Clips OTS OVESCO ou Padlock: vérifier gamme des tailles +++
- Ne pas hésiter à utiliser un gastroscope (thérapeutique) pour gagner en maniabilité
- **Prendre son temps** pour bien se positionner face à la perforation

# Coloscopie thérapeutique EMR

11/12/2023 10:50:48

ID patient

Nom de patient

Nom de patient (info sup)

Date de naissance Âge

Sexe

0

8243

A3



Comm.

PCF-H190L

2250446

3.2

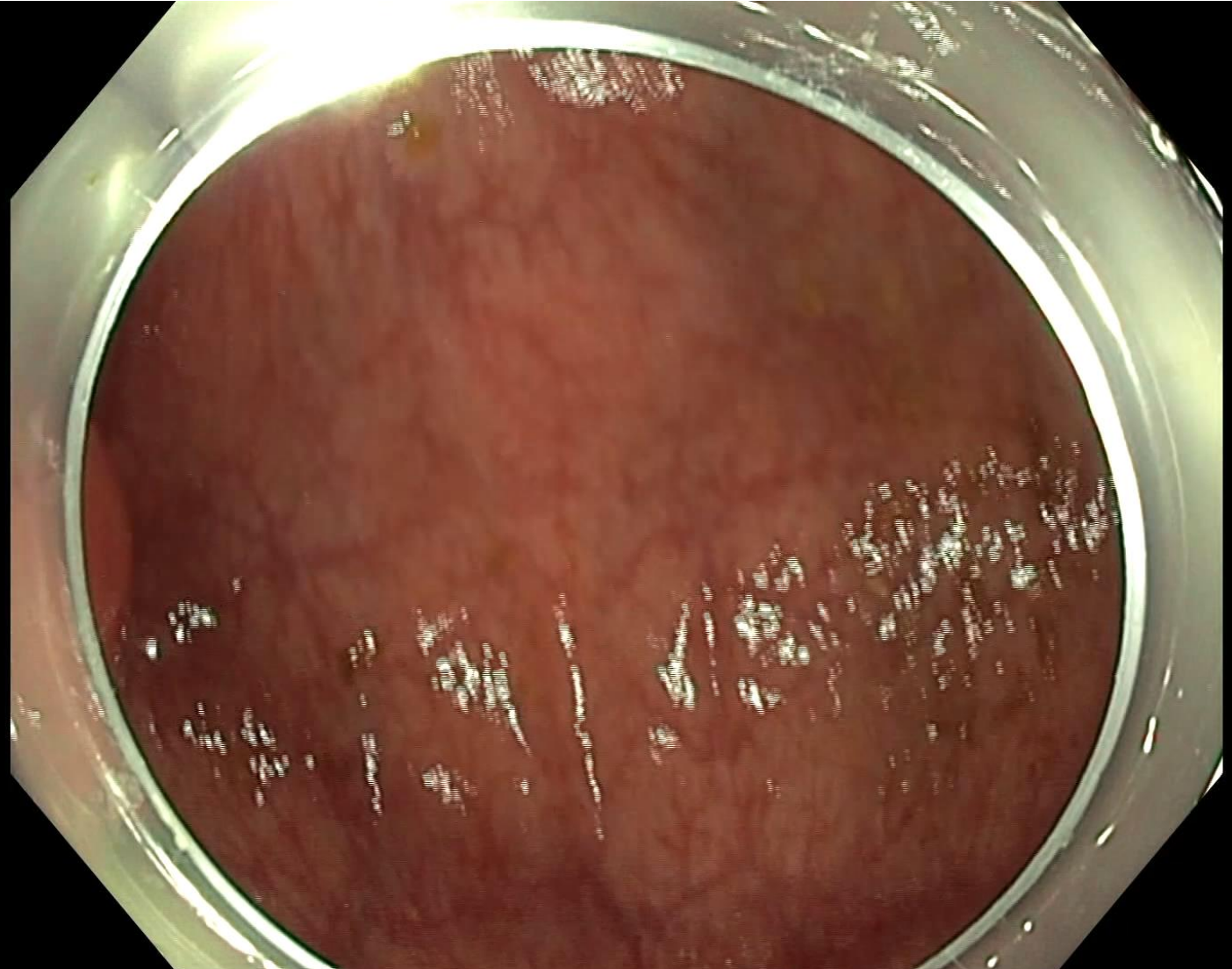
11.7/11.5

1 Gel de l'image

2 NBI

3 RDI

4 Début/Pause DVR



# Surveillance et chirurgie

- Information du patient + description CR endoscopie (taille, localisation, traitement)
- Ambulatoire possible si fermeture parfaite, absence de pneumopéritoine et asymptomatique
- Sinon hospitalisation pour surveillance + antibiotiques J3-J5
- J1: clinique + biologie +/- scanner

**CHIRURGIE si** - fermeture incomplète  
- perforation + échec de résection  
- dégradation clinique  
- perforation retardée



# POINTS FORTS

1. La prise en charge des perforations endoscopiques doit être **multidisciplinaire**, et doit idéalement reposer sur un **protocole** local partagé.
2. Une perforation pendant une résection muqueuse (mucosectomie, dissection) doit être rapportée dans le compte-rendu en utilisant la **classification de Sydney**.
3. La fermeture endoscopique des perforations doit être privilégiée à chaque fois que possible. **L'utilisation des clips TTS ou OTS permet le traitement endoscopique ambulatoire des perforations post mucosectomie colique dans 85% des cas.**
4. Un **scanner** abdomino-pelvien sans et avec injection doit être rapidement réalisé en cas d'aggravation clinique du patient.
5. Un échec de fermeture endoscopique, une mauvaise évolution clinico-biologique, une perforation retardée nécessitent une **prise en charge chirurgicale**.