



# Médecine Hyperbare et indications non reconnues : a propos de 2 cas de colite ischémique aiguë

1<sup>er</sup> Congrès International Scientifique Francophone  
Médsuhyp  
Novembre 2019

Dr Marine PAUPE, Hôpital Edouard Herriot, Lyon

# OHB et système digestif



Condition	Level of evidence		Agreement level
	B	C	
<b>Type 1</b>			
CO poisoning	X		Strong agreement
Open fractures with crush injury	X		Strong agreement
Prevention of osteoradionecrosis after dental extraction	X		Strong agreement
Osteoradionecrosis (mandible)	X		Strong agreement
Soft tissue radionecrosis (cystitis, proctitis)	X		Strong agreement
Decompression illness		X	Strong agreement
Gas embolism		X	Strong agreement
Anaerobic or mixed bacterial infections		X	Strong agreement
Sudden deafness	X		Strong agreement
<b>Type 2</b>			
Diabetic foot lesions	X		Strong agreement
Femoral head necrosis	X		Strong agreement
Compromised skin grafts and musculo-cutaneous flaps		X	Strong agreement
Central retinal artery occlusion (CRAO)		X	Strong agreement
Crush Injury without fracture		X	Agreement
Osteoradionecrosis (bones other than mandible)		X	Agreement
Radio-induced lesions of soft tissues (other than cystitis and proctitis)		X	Agreement
Surgery and implant in irradiated tissue (preventive treatment)		X	Agreement
Ischaemic ulcers		X	Agreement
Refractory chronic osteomyelitis		X	Agreement
Burns, 2nd degree more than 20% BSA		X	Agreement
<b>Intestinal pneumatosis cystoides</b>		X	Agreement
Neuroblastoma, stage IV		X	Agreement
<b>Type 3</b>			
Brain injury (acute and chronic TBI, chronic stroke, post anoxic encephalopathy) in highly selected patients		X	Agreement
Radio-induced lesions of larynx		X	Agreement
Radio-induced lesions of the CNS		X	Agreement
Post-vascular procedure reperfusion syndrome		X	Agreement
Limb replantation		X	Agreement
Selected non-healing wounds secondary to systemic processes		X	Agreement
Sickle cell disease		X	Agreement
Interstitial cystitis		X	Agreement



# Cas clinique 1

Mme C., 87 ans, bon état général



- Atcd : HTA, PM sur dysfonction sinusale, dyslipidémie, DMLA, diverticulose colique
- 1<sup>er</sup> épisode de colite ischémique en 2012 avec séquelles de troubles digestifs importants

# Cas clinique 1

- 14/02/2016 : épisode de douleurs abdominales intenses avec débâcles diarrhéiques puis rectorragies récidivant le 15/02

=> Hospitalisation en gériatrie

# Cas clinique 1

- Clinique : crises abdominales douloureuses à répétition, abdomen diffusément sensible, sang rouge au TR
- Paraclinique :  
TDM abdominale injecté : sigmoïdite et colite G avec rehaussement péritonéal réactionnel en regard sans saignement actif ni complication. Vaisseaux digestifs perméables.

# Cas clinique 1

- Prise en charge :

Avis du chirurgien digestif => traitement par oxygénothérapie hyperbare seule au CMH de Lyon, débuté le 16/02

Objectifs : - 25 séances O2 ATA 2,5

- résolution de la douleur vers S10
- résolution des rectorragie vers S20
- résolution des diarrhées vers S25-S30

# Cas clinique 1

- Evolution :
  - Otite barotraumatique bilatérale à la 1<sup>ère</sup> séance
  - Persistance de diarrhées jusqu'au 27/02 avec difficultés à suivre les séances quotidiennement
  - Introduction d'ATBthérapie devant la persistance des diarrhées
  - Sensations vertigineuses lors des séances
  - Arrêt des séances le 25/04 après 40 séances

# Cas clinique 1

- Suivi :

Dernière consultation en chirurgie digestive 2 ans plus tard : persistance de douleurs chroniques, troubles du transit, ttt sporadiques par Flagyl

# Cas clinique 2



- Mme P., 67 ans, très bon état général

Atcd : polyarthrose

29/01/2017: consulte aux urgences pour douleurs abdo en barre + 2 épisodes de diarrhées liquidiennes devenant sanglantes le 30/01

=> Hospitalisation en chirurgie digestive

# Cas clinique 2

- Prise en charge :

TDM abdominal injecté : Colite prédominant sur le sigmoïde et le colon gauche d'origine non diverticulaire.

Bio : Pas de SIB, Pas d'anémie

# Cas clinique 2

- Traitement initial :

Mise à jeun

ATB par Rocéphine + Flagyl

Antalgique et hydratation parentérales

Prévention MTEV

# Cas clinique 2

- Evolution :

03/02 (J6) : Staff chirurgical devant persistance de douleurs et rectorragies

⇒ Indication de caisson hyperbare et arrêt des ATB

Appel du caisson le 06/02, 1<sup>er</sup> RDV le jour même

# Cas clinique 2

- Evolution :

Conclusion du 1<sup>er</sup> RDV au CMH:

Indication retenue

20 séances O2 ATA 2,5

Objectifs : - diminution de la douleur à S10

- absence de rectorragie à S15

# Cas clinique 2

- Evolution :

Arrêt des rectorragies à J7, des douleurs à J13 – S4

Coloscan le 10/02 (J13 – S4) : Régression des signes de sigmoïdite sans complication objectivée.

RAD le J17 – S8, poursuite du caisson en externe jusqu'à S20

# MERCI de votre attention

