



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Résultats des drainages radiologiques des collections et des abcès postopératoires[☆]

Radiologic drainage of post-operative collections and abscesses

B. Robert^{a,*}, T. Yzet^a, J.M. Regimbeau^b

^a Service d'imagerie médicale, département de radiologie digestive, CHU Amiens Nord, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens, France

^b Service de chirurgie digestive et viscérale, CHU Amiens Nord, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens, France

Disponible sur Internet le 19 juin 2013

MOTS CLÉS

Drainage percutané ;
Abcès
postopératoire ;
Échographie ;
Tomodensitométrie ;
Chirurgie

Résumé Depuis les premières études des années 1980, le drainage radiologique percutané s'est imposé comme le traitement de première intention des collections abdomino-pelviennes abcédées postopératoires ou non avec une efficacité de plus de 80%. La mortalité des abcès abdomino-pelviens non drainés est estimée entre 45 et 100%. Le drainage radiologique est réalisé soit dans un but curatif, soit pour stabiliser l'état général du patient et envisager une reprise chirurgicale dans de meilleures conditions. L'imagerie en coupes, échographique et tomodensitométrique, a modifié la prise en charge des complications postopératoires dont la gestion thérapeutique est assurée le plus souvent par le radiologue interventionnel. Elle est essentielle pour la cartographie et le guidage des ponctions et des drainages des collections intra-abdominales. En effet, elle permet à la fois de repérer les structures anatomiques avoisinantes et de déterminer le trajet de ponction et la voie d'abord radiologique la plus sûre. La concertation entre chirurgien et radiologue interventionnel est indispensable pour optimiser la prise en charge des patients et éviter, si possible, une intervention chirurgicale souvent délicate.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Percutaneous
drainage;
Post-operative
abscess;
Ultrasonography;

Summary Since the initial studies published in the 1980s, percutaneous radiologic drainage is considered the first-line treatment of infected post-operative collections and is successful in over 80% of patients. Mortality due to undrained abscesses is estimated between 45 and 100%. Radiology-guided percutaneous drainage can be performed either with curative intent or to improve patient status prior to re-operation under better conditions. Cross-sectional imaging, using either ultrasound or computed tomography (CT), has changed the management of

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.05.005>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : robert.brice@chu-amiens.fr (B. Robert).

Computed
tomography;
Surgery

post-operative complications. Percutaneous drainage is most often performed by interventional radiologists and imaging is essential for road-mapping and guiding the puncture and drainage of intra-abdominal collections. Indeed, such imaging allows both identification of adjacent anatomical structures and determination of the best tract and the safest route. Cooperation between the surgeon and the interventional radiologist is essential to optimize the management and to avoid, if possible, surgery, which is so often difficult in this setting.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les collections et abcès abdomino-pelviens postopératoires ont de nombreuses localisations possibles selon l'intervention chirurgicale réalisée: intra-péritonéale, intraparenchymateux, pelvien et rétro-péritonéal. Le tableau clinique peut être trompeur et silencieux en cas de terrains fragiles (immunodéprimés, chimiothérapie, corticothérapie au long cours, patients âgés). La symptomatologie est souvent aspécifique et va dépendre de la localisation et de la taille de l'abcès. Les signes fonctionnels comprennent des douleurs abdominales plus ou moins localisées, des nausées ou des vomissements, voire une absence de reprise du transit en cas d'iléus associé. Les points d'appel clinique habituels sont une hyperthermie, des douleurs abdominales à la palpation associées ou non à une tuméfaction en cas de collection pariétale ou sous-péritonéale. La présence d'un écoulement purulent par une cicatrice ou un orifice de drainage est en faveur d'une collection infectée sous-jacente. Une collection postopératoire doit être recherchée également chez les patients hospitalisés en réanimation présentant une ou plusieurs défaillances d'organe inexpliquées. Sur le plan biologique, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et une élévation du taux de CRP sont fréquemment présentes [1,2].

Modalités d'imagerie disponibles [3–6]

L'imagerie en coupes, échographique et tomodensitométrique, permet de confirmer le diagnostic de collection, d'en préciser la localisation, l'origine, la taille, le contenu (air, sang, liquide) ainsi que les structures anatomiques adjacentes et de distinguer les collections abcédées simples (uniques, uniloculées, contenu liquidien, absence de fistule digestive, voie d'abord simple) des collections complexes (multiples, multiloculées, contenu épais ou nécrotique, présence d'une fistule digestive ou biliaire). Cependant, l'imagerie ne permet pas de préjuger de la nature de la collection, ni de son éventuelle surinfection. Une ponction-aspiration radio-guidée à l'aiguille de la collection est nécessaire pour confirmer le diagnostic d'abcès (aspiration de pus) et permet des analyses bactériologiques. En effet, toutes les collections abdomino-pelviennes ne sont pas des abcès et peuvent correspondre à des séromes, des bilomes, des hématomes, des lymphocèles, des urinomes, des pseudo-kystes, des kystes, une ascite cloisonnée, une anse grêle distendue ou une éventuelle tumeur nécrotique. La connaissance du type d'intervention et du montage chirurgical permet de mieux comprendre les aspects postopératoires rencontrés en imagerie abdominale. Par ailleurs, l'interprétation des examens radiologiques

réalisés en postopératoire doit être confrontée aux éléments cliniques et biologiques du patient.

L'échographie est la méthode la plus simple pour détecter une collection postopératoire. Cet examen présente plusieurs avantages: il est de réalisation facile, pouvant se faire au lit du patient, avec un faible coût et non irradiant. Cependant, certaines zones sont parfois difficilement explorables du fait du morphotype du patient, de la présence d'interpositions aériques ou des remaniements du site opératoire. Les collections profondes sont également moins bien visualisées. Les aspects échographiques sont peu spécifiques et ne permettent pas de déterminer la nature des collections. Un abcès est décrit comme une collection le plus souvent bien délimitée, anéchogène, hypoéchogène voire hétérogène selon le contenu, pouvant être cloisonnée avec parfois des échos de répétition en rapport avec la présence de bulles d'air (Fig. 1A). Cependant, cette sémiologie échographique est également décrite en cas de bilome, d'hématome, de sérome et de lymphocèle. Une ponction écho-guidée de la collection à but diagnostique permettra d'en préciser la nature par des analyses biochimiques et bactériologiques notamment en cas de suspicion de bilome et d'abcès.

La tomodensitométrie est souvent considérée comme l'examen de référence dans la recherche des collections et des abcès postopératoires car elle permet d'étudier la cavité abdomino-pelvienne dans sa totalité avec une excellente résolution spatiale et de préciser les rapports avec les structures anatomiques adjacentes. Il s'agit le plus souvent d'une collection hypodense de densité comprise entre 0 et 30 UH (unités Hounsfield) associée à un réhaussement pariétal périphérique de forme arrondie ou ovale. Une collection spontanément hyperdense est en faveur d'un hématome. La tomodensitométrie recherche la présence de bulles de gaz au sein de la collection évoquant une infection, ainsi que son caractère simple ou complexe (Fig. 1B). L'utilisation d'un balisage de la lumière digestive avec un produit de contraste iodé hydrosoluble suffisamment dilué permet également de détecter une éventuelle fistule digestive ou un lâchage anastomotique associé.

Les séquences de bili-IRM permettent une excellente analyse morphologique et cartographique des voies biliaires. Elles sont utiles en cas de fuites biliaires importantes ou persistantes pour en préciser le siège.

Techniques de drainage et méthodes de guidage [4,6,7]

La prise en charge des collections abcédées abdomino-pelviennes postopératoires nécessite une approche pluridisciplinaire entre chirurgien, radiologue interventionnel et parfois anesthésiste-réanimateur. L'indication du drainage radiologique doit être discutée en première intention. En

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311891>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311891>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)