



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



STAFF PUBLIC

Une complication rare après *sleeve* gastrectomy[☆]



A rare complication after sleeve gastrectomy

H. Meunier*, Y. Le Roux

Service de chirurgie digestive et générale, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen, France

Disponible sur Internet le 25 mai 2017

Docteur MEUNIER : Ce dossier s'adresse à tous, pas seulement aux chirurgiens bariatriques, puisque nous sommes tous appelés à en gérer.

Il s'agit d'une femme de 31 ans qui pesait 109 kg pour 1,66 m, soit un IMC à 37,5 donc une obésité morbide non compliquée. Elle avait déjà eu une sleeve gastrectomy en 2010 et une re-sleeve gastrectomy en janvier 2016 pour une reprise pondérale (IMC à 38,1). Ces deux opérations ont été faites dans un centre différent du nôtre et elle a été transférée à j12 postopératoire au CHU de Caen devant un tableau septique associant une fièvre, une tachycardie et une défense en hypochondre gauche. Le scanner avec lequel elle nous est transférée (Fig. 1) objective un épanchement pleural gauche, et surtout un volumineux abcès profond au contact du tube de sleeve gastrectomy, probablement en rapport avec une fistule sur le tube gastrique. Elle est en bon état général. Face à cette première complication, quelle aurait été votre attitude ?

Prise en charge chirurgicale ?

Drainage par voie radiologique ?

Traitement médical par antibiothérapie ?

Dr GOERE : Qui remet cette patiente au bloc tout de suite ? Docteur LAURIOT ? Sur quel argument ?

Dr LORIAU : En cas de complications, et ce, d'autant si elles sont précoces, il est préférable de réopérer les patients sans hésiter, mais peut être que je vais apprendre l'inverse aujourd'hui. Même à j12.

Docteur GOERE : Maintenant qui préconise plutôt un drainage par voie radiologique ?

Docteur VACHET : Je pense qu'on est à j12, et qu'on n'est plus dans le caractère précoce des complications de la chirurgie bariatrique. Dans ces conditions, on rentre dans des complications classiques de la chirurgie. On peut se permettre de le drainer radiologiquement, et de voir ce qui se passe.

Docteur MEUNIER : On a quand même pour le coup opté pour la prise en charge chirurgicale avec une laparotomie exploratrice. En effet, il y avait un abcès profond sur une désunion de la partie haute de la ligne d'agrafes suturée. L'abcès a été mis à plat avec positionnement de modules d'irrigation au contact et une jéjunostomie d'alimentation a été réalisée. Les suites initiales sont plutôt bonnes avec un scanner de contrôle à

[☆] Meunier et al., « Esophagopericardial fistula ».

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alves-a@chu-caen.fr (H. Meunier).

j7 post-reprise (Fig. 2). On retrouve la persistance de deux collections, une para-gastrique avec niveau hydro-aérique et l'autre au niveau de la gouttière pariéto-colique gauche.

Docteur GOERE : Même question à j19 du bloc initial et j7 de la reprise chirurgicale devant ces collections résiduelles.

Dr VACHET : Dans vos propositions, il n'y a pas de place à la technique endoscopique ? À j19, on aurait pu envisager un traitement par voie endoscopique.

Dr MEUNIER : Cette stratégie n'a pas été évoquée à ce moment-là mais était réalisable. Nous avons opté pour un drainage radiologique par 2 drains percutanés. Une fibroscopie de contrôle dans le but de mettre en place une dérivation interne est réalisée à j23 du bloc initial. Une persistance de la fistule sur la partie haute du tube gastrique est visualisée (Fig. 3). On met en place une prothèse double queue-de-cochon entre l'estomac et l'abcès pour un drainage interne [1] avec contrôle radioscopique en fin de procédure. Le résultat est plutôt satisfaisant avec les drainages externes qui se tarissent rapidement (2 jours) et ablation secondairement de ces derniers.

Docteur GOERE : En résumé : première intervention pour la fistule avec un drainage externe, et ensuite traitement endoscopique de la fistule persistante avec endoprothèse ce qui permet de la tarir donc on se dit qu'on est sorti d'affaire.

Docteur MEUNIER : Donc on se dit en effet qu'on est sorti d'affaire puisqu'elle s'améliore cliniquement et biologiquement. Cependant, à j7 post-fibroscopie, à j30 post-reprise, elle présente un tableau associant une tachycardie, une douleur rétro-sternale et une dyspnée. Les drains ont été retirés, il n'y a plus que le drainage interne, elle avait repris l'alimentation.

Docteur GOERE : Tachycardie, douleurs rétro-sternales, dyspnée. À quoi pensez-vous ?

Docteur MATHONNET : Alors elle est obèse, elle a eu plusieurs actes chirurgicaux. La première chose à laquelle je pense est une complication thrombo-embolique [2–5].

Docteur GOERE : Embolie pulmonaire. Est-ce qu'il y a une autre hypothèse ?

Docteur ORTEGA : Je ne sais pas si on avait un scanner plus récent mais il se peut que l'abcès sous-phrénique ne soit pas bien drainé avec développement d'abcès pleuraux par contiguïté.

Docteur MEUNIER : Il n'y avait pas de scanner entre celui que je vous ai montré et l'épisode.

Docteur MATHONNET : Il faut éliminer un problème septique sous-phrénique et c'est vrai que le scanner avec les différents temps et probablement avec l'ingestion de produit de contraste serait intéressant pour éliminer toutes les hypothèses.

Docteur MEUNIER : On pense effectivement la même chose puisque l'embolie pulmonaire est le risque principal de décès en postopératoire d'une chirurgie bariatrique. Il faut éliminer une collection intra-abdominale donc un abcès sous-phrénique et les causes classiques de douleur thoracique donc infarctus du myocarde et péricardite. On fait tous les bilans : un ECG, une biologie, un angioscanner thoracique, une ETT pour faire le bilan de cette dyspnée chez cette femme obèse. Voilà donc le deuxième scanner, avec toujours l'épanchement pleural (Fig. 4). On voit le drain interne endoscopique.

Docteur GOERE : Donc ce n'est pas une endoprothèse ?

Docteur MEUNIER : C'était un double drain en queue-de-cochon avec une extrémité dans la cavité para-gastrique donc dans l'abcès et l'autre partie qui est dans l'estomac.

Docteur GOERE : Que voit-on d'anormal sur le scanner ?

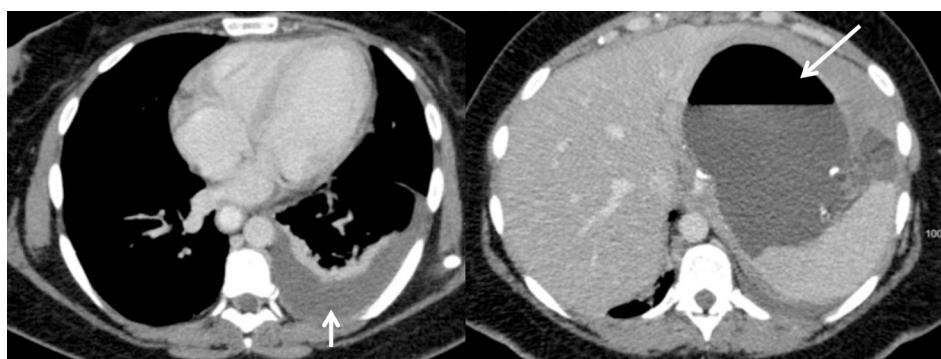


Figure 1. TDM abdomino-pelvienne injectée. Présence d'un épanchement pleural gauche et d'un abcès profond au contact du tube gastrique (flèches).

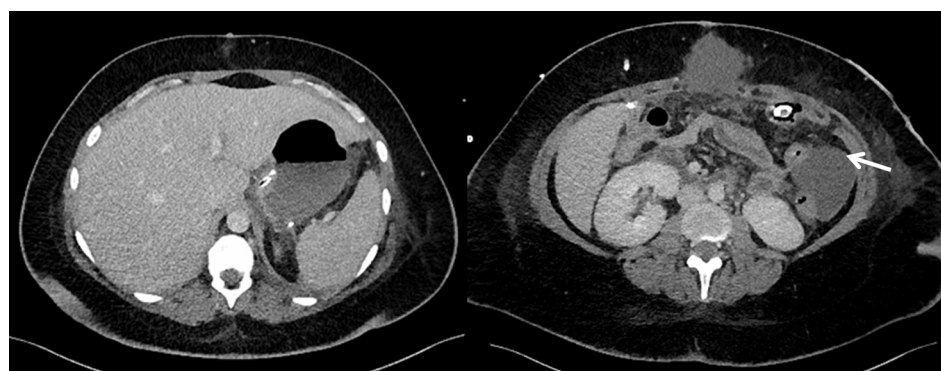


Figure 2. TDM abdomino-pelvienne injectée. Présence d'une collection para-gastrique et d'une collection dans la gouttière pariéto-colique gauche (flèches).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5660226>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5660226>

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