



MISE AU POINT / *Digestif*

Diagnostic et traitement radiologique des hémorragies digestives après chirurgie sus-mésocolique[☆]

J. Cazejust*, M. Raynal, B. Bessoud,
J.-M. Tubiana, Y. Menu

Service de radiologie, hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine,
75012 Paris, France

MOTS CLÉS

Hémorragie
digestive ;
Chirurgie digestive ;
Scanner ;
Embolisation ;
Radiologie
interventionnelle

Résumé Les hémorragies digestives après chirurgie abdominale sus-mésocolique (duodéno pancréatectomie céphalique, cholécystectomie, œsogastrectomie totale) sont une complication rare mais grave qui menace le pronostic vital. L'amélioration des techniques scannerographiques a permis une modification de la stratégie diagnostique et une amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients. Le but de cette revue iconographique est de rappeler les causes d'hémorragie digestive après chirurgie sus-mésocolique et d'illustrer le rôle prépondérant de la tomodensitométrie dans leur diagnostic ainsi que dans la planification et le contrôle de l'efficacité d'un traitement endovasculaire.

© 2012 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

La chirurgie de l'abdomen sus-mésocolique est une chirurgie lourde, dont la morbidité et la mortalité varient entre 0 et 40 % et 0 et 5 %, respectivement. Les variations sont liées au type de chirurgie et à l'expérience des équipes chirurgicales [1–5]. Les interventions abdominales sus-mésocoliques sont à risque d'hémorragie postopératoire, en raison de la proximité des artères issues du tronc coeliaque ou de l'artère mésentérique supérieure. Les hémorragies digestives en postopératoire de chirurgie abdominale peuvent être dues

DOI de l'article original : [10.1016/j.jradio.2011.12.009](https://doi.org/10.1016/j.jradio.2011.12.009).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : julien.cazejust@sat.aphp.fr (J. Cazejust).

à une plaie peropératoire, une érosion artérielle (secondaire à une fistule pancréatique ou à une fuite de liquide digestif), ou à une rupture de faux anévrisme artériel [6–9]. Un scanner abdominal doit être réalisé en urgence pour rechercher l'origine et la cause du saignement et guider le traitement qui doit, dans certains cas, être un traitement par voie endovasculaire. Le but de cette revue iconographique est de rappeler les causes d'hémorragie digestive après chirurgie sus-mésocolique et d'illustrer le rôle prépondérant de la tomodensitométrie dans leur diagnostic, ainsi que dans la planification et le contrôle de l'efficacité d'un traitement endovasculaire.

Imagerie

Les hémorragies digestives en période postopératoire précoce sont rares, mais graves et doivent être prises en charge en urgence. Le scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste est l'examen de référence et sa réalisation s'impose en urgence. Une étude prospective récente a montré sa supériorité dans la détection du site et de l'étiologie des hémorragies digestives hautes et basses chez 29 patients, comparativement à l'endoscopie [10]. En effet, les scanners multi-détecteurs permettent une rapidité d'acquisition des images et une excellente résolution spatiale, avec des coupes fines inframillimétriques (pour les scanners à 64 détecteurs et plus). L'utilisation des reconstructions multiplanaires, des images 3D ou des reformatages en *maximum intensity projection* (MIP) (Fig. 1 et 2) est actuellement indispensable à la localisation de l'origine du saignement [11, 12]. L'utilisation des images MIP est une aide à la détection du site de l'hémorragie, mais ne doit en aucun cas se soustraire à l'analyse première des coupes fines dans les trois plans de l'espace, notamment le plan axial.

L'injection de produit de contraste au temps artériel est indispensable pour objectiver la fuite active de produit de contraste ou extravasation, hors du ou des vaisseaux en cause (Fig. 2a et Fig. 1c), permettant de localiser l'origine du saignement [13, 14]. Certaines hémorragies ne se démasquent qu'au temps portal, voire tardif, il est donc nécessaire de réaliser une seconde hélice au temps portal, voire une hélice au temps tardif, à la demande du radiologue « à la console d'acquisition » après lecture « en direct » des images initiales.

Le délai entre l'injection intraveineuse de produit de contraste et une opacification optimale des artères digestives au temps artériel est influencé par l'âge, l'état hémodynamique ou la fonction ventriculaire gauche du patient examiné. L'utilisation de systèmes automatiques de déclenchement de l'acquisition au maximum de rehaussement artériel, avec synchronisation temporelle, permet d'obtenir des opacifications artérielles, notamment des artères digestives, de bonne qualité pour une analyse fine de ces vaisseaux, permettant la détection précise du site de l'hémorragie.

Certaines équipes radiologiques effectuent une première acquisition avant l'injection intraveineuse de produit de contraste iodé. Elle a pour buts principaux d'exclure une autre origine à l'hyperdensité (notamment clips chirurgicaux ou calculs) et de repérer des hématomes hyperdenses (Fig. 1d). Aucune étude publiée à ce jour n'a démontré

l'apport supplémentaire de l'hélice sans injection dans la détection des hémorragies digestives actives [13]. Nous n'incluons pas cette hélice sans injection dans notre protocole de manière systématique.

Causes

Les trois grandes causes d'hémorragie postopératoire précoce sont la plaie ou le traumatisme artériel, l'érosion artérielle par fistule digestive ou pancréatique et la rupture de faux anévrisme artériel. La cause est liée au type d'intervention chirurgicale. En effet, les fistules pancréatiques surviennent après duodéno pancréatectomie céphalique, tandis que les plaies artérielles peuvent survenir après n'importe quelle chirurgie abdominale, même en cas de cholécystectomie par voie coelioscopique.

Après duodéno pancréatectomie céphalique

L'hémorragie post pancréatectomie rare, mais potentiellement mortelle, a une incidence de 2 à 12 %, avec des taux de mortalité de 18 à 38 %. Les hémorragies post pancréatectomie sont classées en deux groupes : les hémorragies post pancréatectomie précoces (moins de cinq jours) sont dues à une complication technique périopératoire, tandis que les hémorragies post pancréatectomie retardées (plus de cinq jours) sont associées à une fistule pancréatique ou une infection locale [9]. Le site de l'hémorragie intra-abdominale est généralement le moignon de l'artère gastroduodénale (Fig. 2d et e), mais les artères hépatique, splénique, mésentérique supérieure ou leurs branches peuvent également être touchées.

Le « saignement sentinelle », défini comme une perte de sang via les drains abdominaux, une chute d'hémoglobine supérieure à 1,5 g/dL ou un resaignement après un intervalle libre d'au moins 12 heures, doit faire rechercher en urgence une hémorragie post pancréatectomie, car la mortalité s'élève à 57 % chez ces patients [9].

En cas de fistule pancréatique, outre l'érosion artérielle, l'apparition de faux anévrismes n'est pas exceptionnelle. Là encore, le site le plus fréquent est le moignon de l'artère gastroduodénale, mais les autres artères splanchniques peuvent également être atteintes. Par exemple, un faux anévrisme peut survenir par érosion d'une artère au contact d'un pseudokyste survenu plusieurs semaines après une duodéno pancréatectomie céphalique (Fig. 3a). Les pseudokystes peuvent entraîner des complications hémorragiques (faux anévrismes), mais peuvent aussi s'infecter (Fig. 3b).

Après cholécystectomie

La voie d'abord coelioscopique est la technique de référence pour la réalisation d'une cholécystectomie. Cependant, l'incidence des complications postchirurgicales est estimée entre 0,3 et 1 % des cas [15]. Les complications des cholécystectomies se classent en deux groupes, après exclusion des complications liées à la voie d'abord (plaie lors de l'insertion de trocars de cholécystectomie par exemple). Les complications peropératoires comprennent les ouvertures de vésicule, avec dissémination du contenu vésiculaire dans la cavité péritonéale ; les plaies viscérales

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663655>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663655>

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