

# CAS CLINIQUE

DUSSART D .  
CHRU TOURS  
DESC SCVO Janvier 2012



# Mr B. 50 ans

## **Antécédents :**

- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé.
- Obésité morbide : Taille 1m85, poids 175 kg.  
IMC : 51,2 kg/m<sup>2</sup>.

## **Mode de vie :**

- Mécanicien poids lourds.

# Mr B. 50 ans

## Prise en charge de l'obésité :

- Poids maximum 180 Kg (IMC=53 Kg/m<sup>2</sup>).
- Plusieurs régimes successifs sans succès.
- Prise en charge dans une structure hors CHU.  
Pas de suivi diététique, ni psychatrique.

**Mr B. 50 ans**

**Le patient est-il éligible à une chirurgie Bariatrique ?**

# Mr B. 50 ans

**Le patient est-il éligible à une chirurgie Bariatrique ?**

- Pour : IMC  $> 40$  Kg/m<sup>2</sup>, Co-morbidité ( SAS appareillé ).
- Contre : Pas de prise en charge pluri-disciplinaire.

**Mr B. 50 ans**

**Quelle intervention ?**

# Mr B. 50 ans

## Quelle intervention ?

- Sleeve gastrectomy : IMC  $> 50$  Kg/m<sup>2</sup> avec possibilité d'une chirurgie en deux temps.
- Gastric By-Pass : risques opératoires élevés.

# Mr B. 50 ans

**Réalisation d'une sleeve gastrectomy le 23/09/2010 :**

- Pas de complication durant la procédure.
- Utilisation d'une sonde de calibrage.
- TOGD à J2.
- Reprise de l'alimentation marquée par des vomissements.

# TOGD



Interprétation ?



# TOGD

- Pas de fuite de produit de contraste.
- Distension de la poche gastrique.
- Pas de passage dans l'antre.

# TOGD

## **Qu'auriez vous fait ?**

- Un deuxième TOGD à distance dans l'hypothèse d'un spasme.
- Reprise chirurgicale.
- Retour à domicile.

# Post-Opératoire

- TOGD considéré comme normal.

À J10 réhospitalisation en urgence pour :

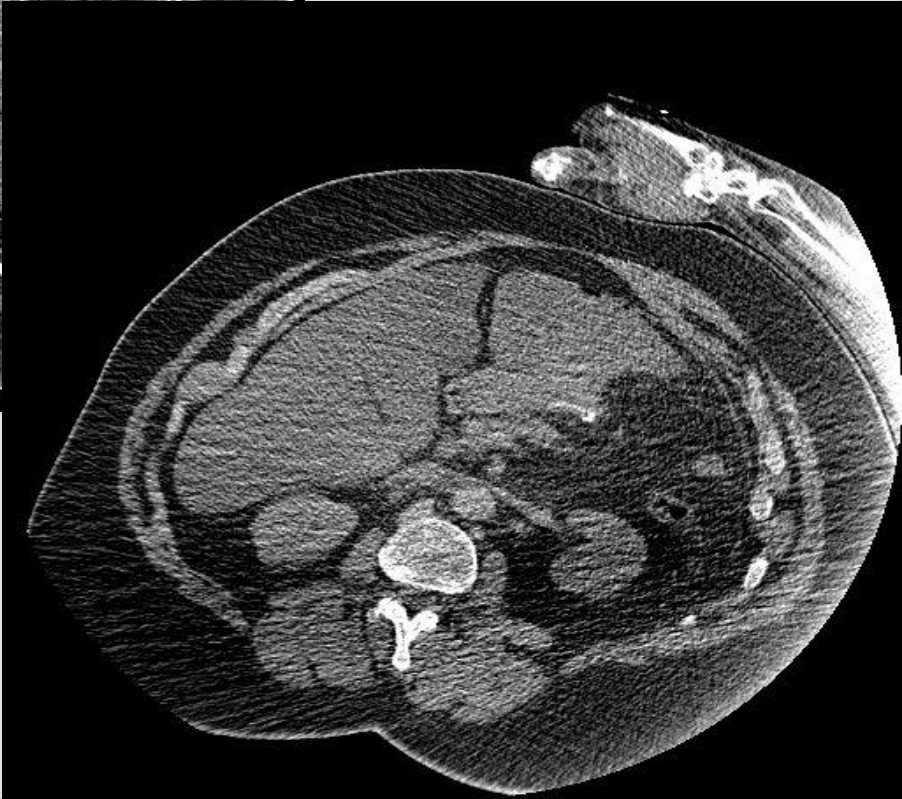
- Douleurs abdominales fébriles.
- Intolérance alimentaire complète.

À quoi pensez-vous et que faites-vous?

# Aux Urgences

**Réalisation d'un TDM abdomino-pelvien**

# TDM



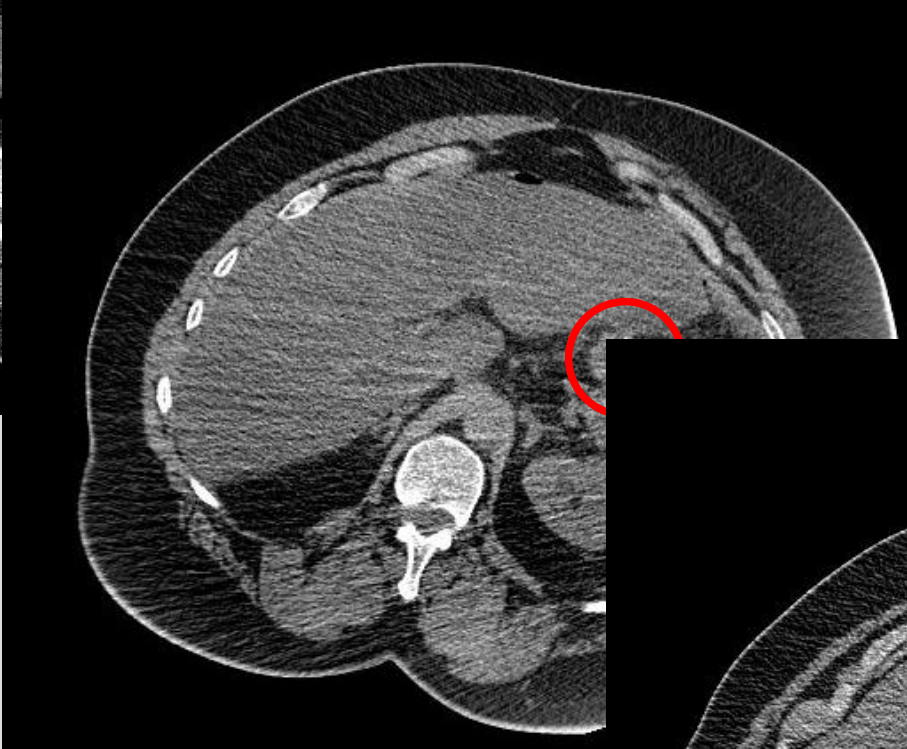
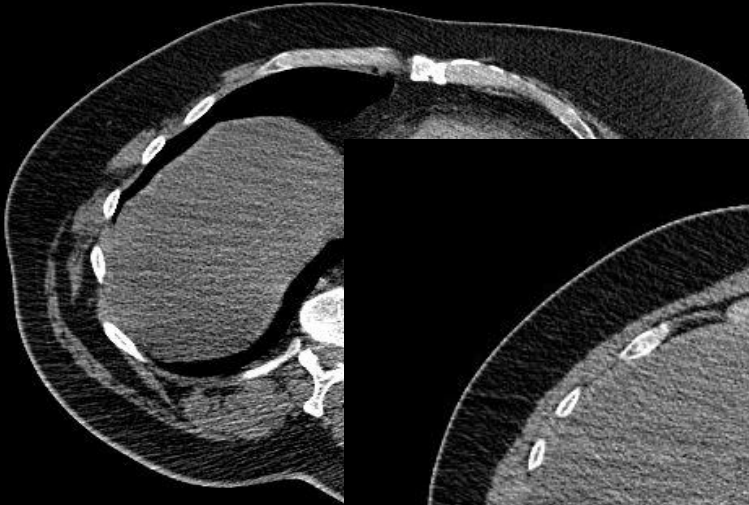
# Aux Urgences

Interprétation du TDM abdomino-pelvien :

- Infiltration de l'hypochondre gauche.
- Pas de fuite de produit de contraste.

Quelle est votre interprétation du TDM?

**TDM**



# Aux Urgences

## Quelle prise en charge?

- Reprise chirurgicale.
- Recherche d'un sepsis extra-digestif et traitement antibiotique.

# Aux Urgences

Devant l'absence de diagnostic, réalisation d'une FOGD sous anesthésie générale.

Constatation d'une ouverture de la ligne d'agrafage.

Mauvaise tolérance hémodynamique conduisant à l'arrêt de l'examen.

# Reprise Chirurgicale

## **Prise en charge chirurgicale :**

- Prise en charge coelioscopique avec suture de la fistule et drainage de la ligne d'agrafe.

Transfert au CHU de Tours, en réanimation chirurgicale pour :  
Sepsis post opératoire avec défaillance rénale malgré  
antibiothérapie par tazocilline.

# En Réanimation

Persistance d'un syndrome fébrile avec insuffisance rénale malgré une antibiothérapie par Tazocilline.

Quelle est votre attitude?

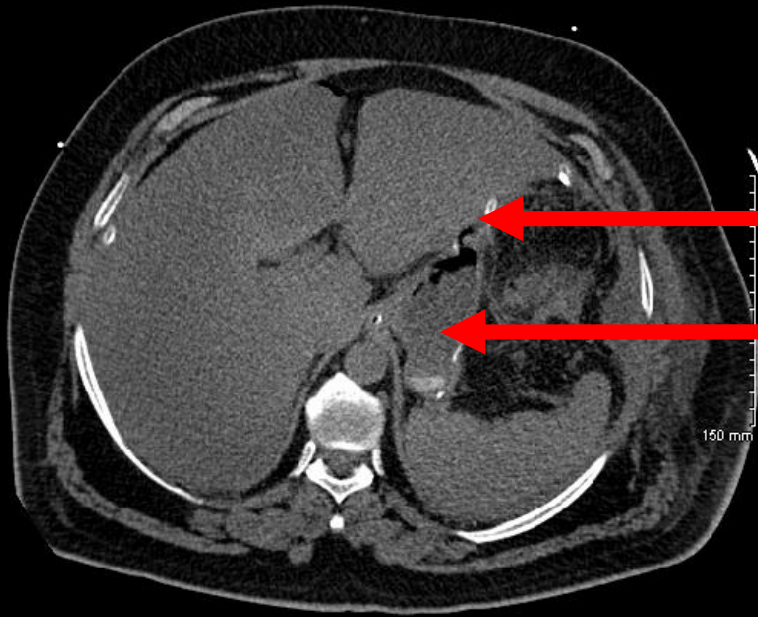
- Reprise chirurgicale.
- Modification du traitement anti-infectieux.
- Scanner Abdomino-pelvien.

A



Interprétation ?

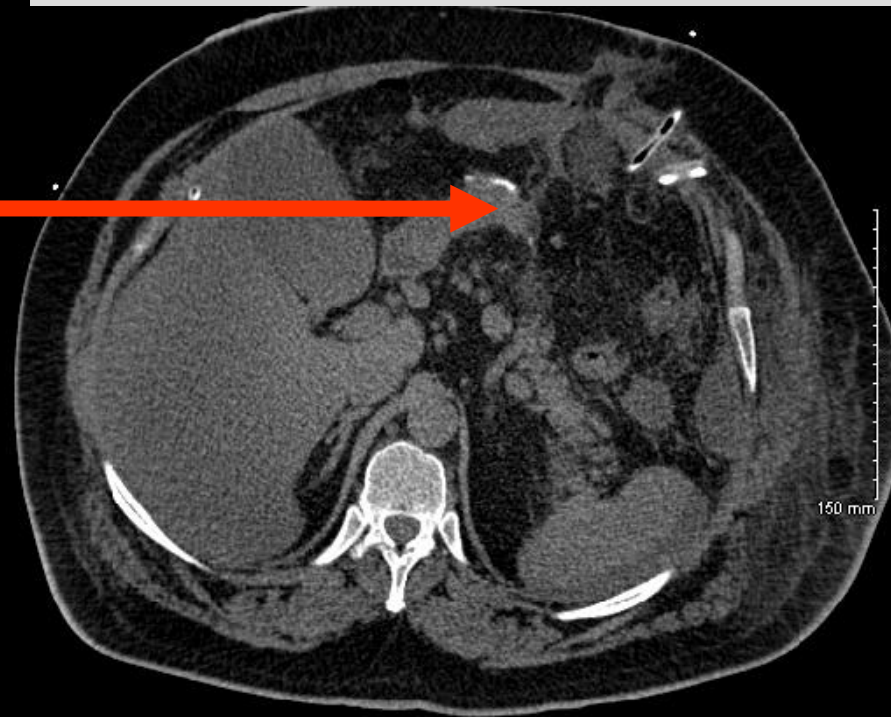




Fistule drainée

Poche gastrique dilatée

Antre exclu



# En Réanimation

## Prise en charge :

- Relecture du TDM : Agrafage complet de l'estomac avec perte de la continuité digestive.
- Fistule drainée.
- Présence de levures dans les hémocultures : Début Triflucan.

# En Réanimation

Réalisation d'un TOGD par sonde naso-gastrique :



Interprétation ?

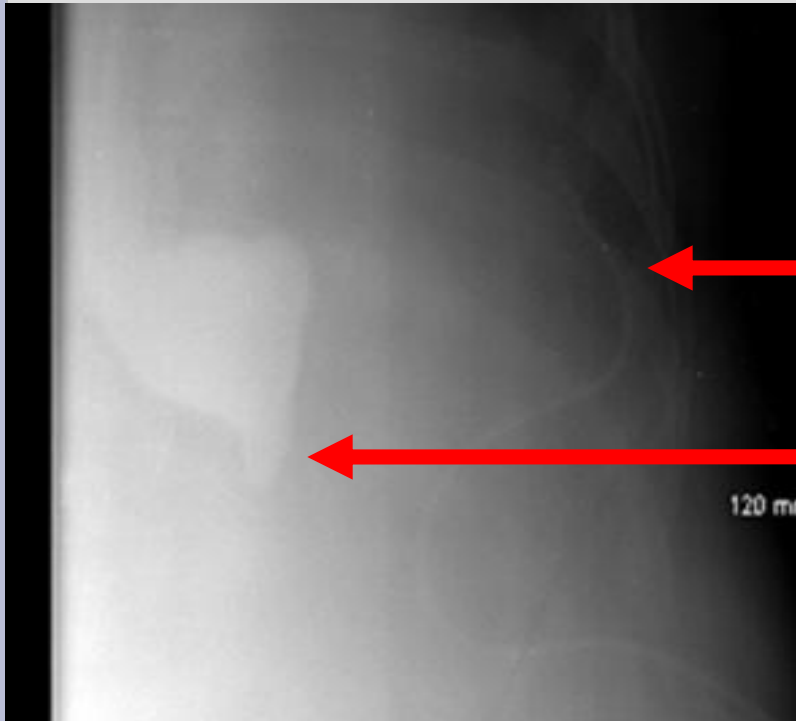
# TOGD

- Dilatation de la poche gastrique.
- Drainage en place.
- Opacification du drainage.

Confirmation de la section complète de l'estomac.

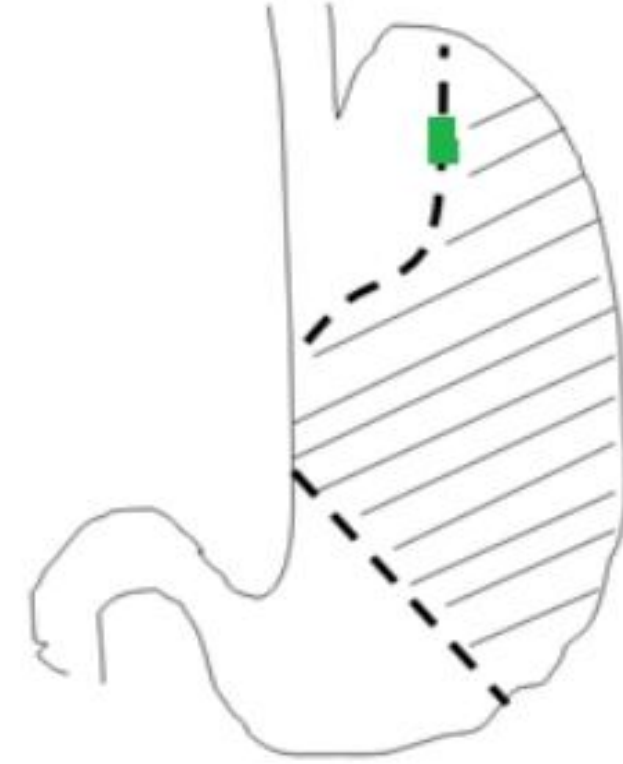
# TOGD

Réalisation d'un TOGD par sonde naso-gastrique :



Drain opacifié

Poche gastrique dilatée



# En Réanimation

**Quelle prise en charge proposez-vous ?**

- Reprise chirurgicale immédiate.
- Nutrition parentérale avec sonde naso-gastrique en aspiration et reprise à distance de la péritonite, adaptation du traitement en fonction des résultats Fongiques.

# En Réanimation

## Prise en charge :

- Nutrition parentérale continue jusqu'au rétablissement de continuité.
- Sonde naso-gastrique en aspiration.
- Hémodcultures positives à *Candida Glabatra*, résistant au Triflucan :  
Début d'un traitement antifongique par CANCIDAS.

# En Réanimation

**Quelle procédure proposez-vous pour le rétablissement de continuité?**

- Monter une anse grêlique sur la fistule.
- Réalisation d'un Gastric By-Pass.

**Quelle voie d'abord?**

- Coelioscopie.
- Laparotomie.

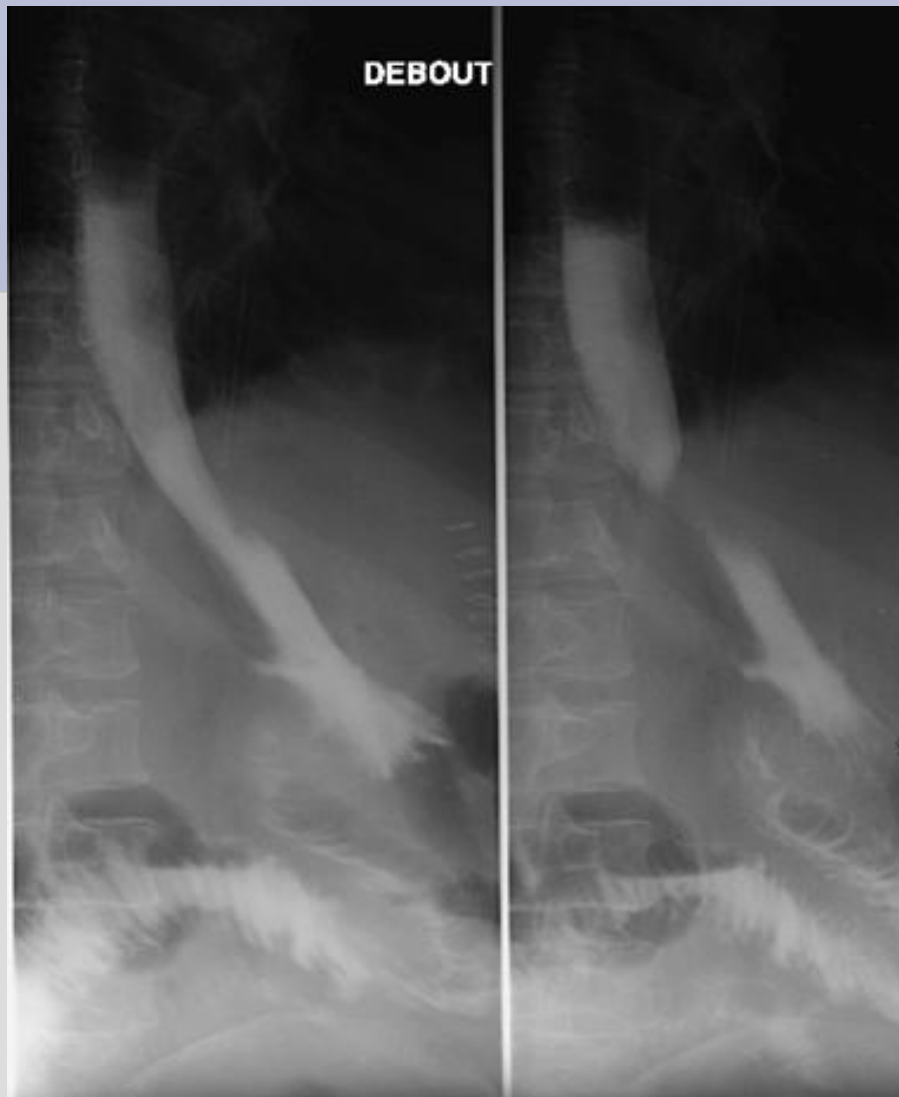
# Reprise Chirurgicale

- Réalisation d'un Gastric By-Pass coelioscopique.
- Dissection de la petite poche avec résection complémentaire, positionnement de fils sur le moignon gastrique pour préparer l'anastomose.
- Laparotomie de conversion pour abcès résiduel fixant la première anse jéjunale, empêchant le déroulement du grêle: réalisation des anastomoses jéjuno-jéjunale mécanique et gastro-jéjunale manuelle.
- Pas de fuite au test d'étanchéité. Drainage aspiratif de l'hypochondre gauche.

# Post Opératoire

## **Évolution :**

- Patient apyrétique.
- TOGD à J2 : Pas de fistule.
- Réalimentation selon protocole du service.
- Sortie à J10.
- Intégration au réseau bariatrique du CHU.



- Pas de Fistule.

- Opacification de l'anse en aval.

# En Conclusion

## Ce qu'il faut retenir :

- Nécessité d'une prise en charge pluri-disciplinaire.
- L'utilisation d'un tube de calibrage ne garantit pas le non agrafage complet de l'estomac.
- Difficulté d'interprétation des examens d'imagerie.
- Nécessité sur le TOGD d'avoir une bonne vidange et l'intégralité du tube gastrique.