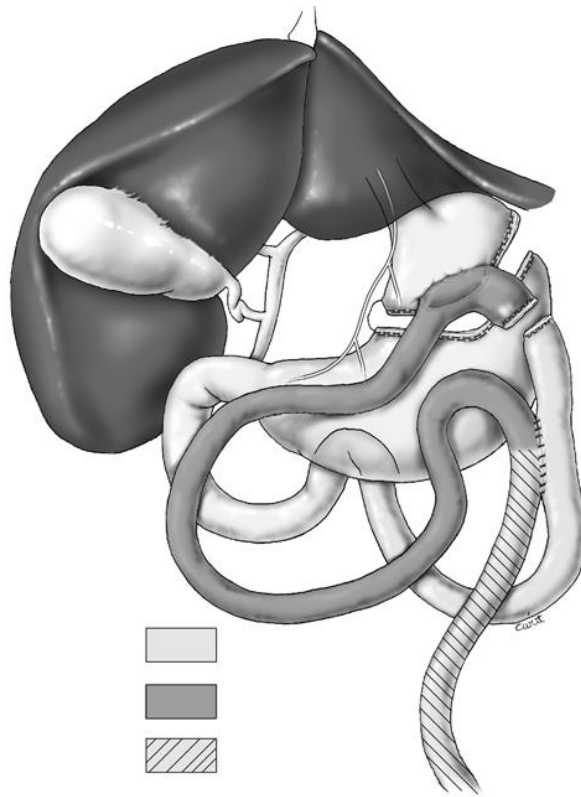


Syndrôme occlusif chez une femme enceinte ayant un GBP



DESC
Giretti Giovanni
Chirurgie digestive
CHRU Tours

Résumé clinique

- ◆ Femme de 33 ans. Enceinte de 31 SA
- ◆ ATCD: gastric bypass 2008 pour obésité morbide (IMC=42), appendicectomie, asthme, allergie à l'aspirine.
- ◆ Perte de poids importante, IMC avant la grossesse=25
- ◆ Se présente au SAU d'un CH périphérique pour douleur épigastrique d'apparition brutale d'aggravation progressive + vomissements + apyrexie

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?

- ◆ Complications de la grossesse: MAP, HRP, HELPP Syndrome
- ◆ Pancréatite aigue
- ◆ Migration lithiasique / Pathologie vésiculaire.
- ◆ Ulcère sur l'anastomose gastro-jéjunale.
- ◆ Complications liées au GBP: occlusion sur bride, hernie interne

Quelle est votre démarche diagnostique?

- ◆ Eliminer une urgence obstétricale: toucher pelvien, échographie obstétricale, monitoring
- ◆ Bilan biologique comprenant un bilan hépatique normal et un bilan pancréatique.
- ◆ Bilan morphologique: échographie abdominale, ASP (irradiation)
- ◆ FOGD si suspicion d'ulcère.

A l'arrivée au CHU de Tours

- ◆ Etat de deshydratation important, sans signe de choc hypovolémique.
- ◆ Douleur épigastrique avec défense non calmée par la morphine.
- ◆ Absence de signes en faveur d'une MAP: 2 monitorings négatifs, échographie obstétricale négative
- ◆ Bilan biologique: BH normal, lipase normale, reste du bilan normal hormis HLPNN à 14 (mais grossesse)
- ◆ ASP: NHA du grêle

Quelle est votre conduite à tenir? Chirurgie d'emblée ou autre imagerie?

- ◆ En accord avec les obstétriciens décision de réaliser un scanner.
- ◆ Afin de préciser l'étiologie avant la chirurgie.
- ◆ Faibles conséquences car 3eT
- ◆ IRM? Problème d'accessibilité.

Interprétez le scanner



Scanner

- ◆ Occlusion du grêle
- ◆ Epanchement intra abdominal
- ◆ Suspicion de souffrance du grêle



Quelle est votre attitude thérapeutique?

- ◆ Aspiration digestive
- ◆ Ou traitement chirurgical: paraît plus logique car signes de souffrance probable

Laparotomie exploratrice en urgence (1)

- ◆ Inhalation à l'induction.
- ◆ Hernie interne avec étranglement du grêle, avec signes de souffrance.
- ◆ Réduction difficile.
- ◆ Hernie interne dans l'espace de Petersen avec souffrance de l'anse alimentaire (AA) juste en amont de l'anastomose avec l'anse bilio-pancréatique (BP)
- ◆ Résection de l'anastomose et du grêle nécrosé

Laparotomie exploratrice en urgence (2)

- ◆ Refection anastomose iléo-iléale termino-terminale
- ◆ 10 cm en aval, anastomose entre l'anse BP et anse commune termino-latérale.
- ◆ Distance: AA=180cm, anse BP=75cm, anse commune=110cm
- ◆ Fermeture brèche mésentérique
- ◆ Lavage-drainage.

Discussion

- ◆ 8 patients ont été opérés au CHU de Tours pour hernie interne après GBP: 2 en urgence, 6 à froid pour douleurs chroniques.
- ◆ 2 patientes avaient une hernie dans la brèche inter-mésentérique avec un antécédent de coelioscopie exploratrice pour fermeture de l'espace de Petersen.
- ◆ Diagnostic pré-opératoire difficile, même le scanner est d'interprétation difficile.

GBP et hernies internes (1)

- ◆ Diagnostic difficile
- ◆ Symptômes frustrés: douleur au premier plan, souvent atypique, chronique.
- ◆ Formes aiguës: syndrome occlusif haut.
- ◆ Examens complémentaires peu contributifs: TDM difficile à interpréter (interpréter comme normal dans 20% des cas)
- ◆ Complication potentiellement grave

GBP et hernies internes (2)

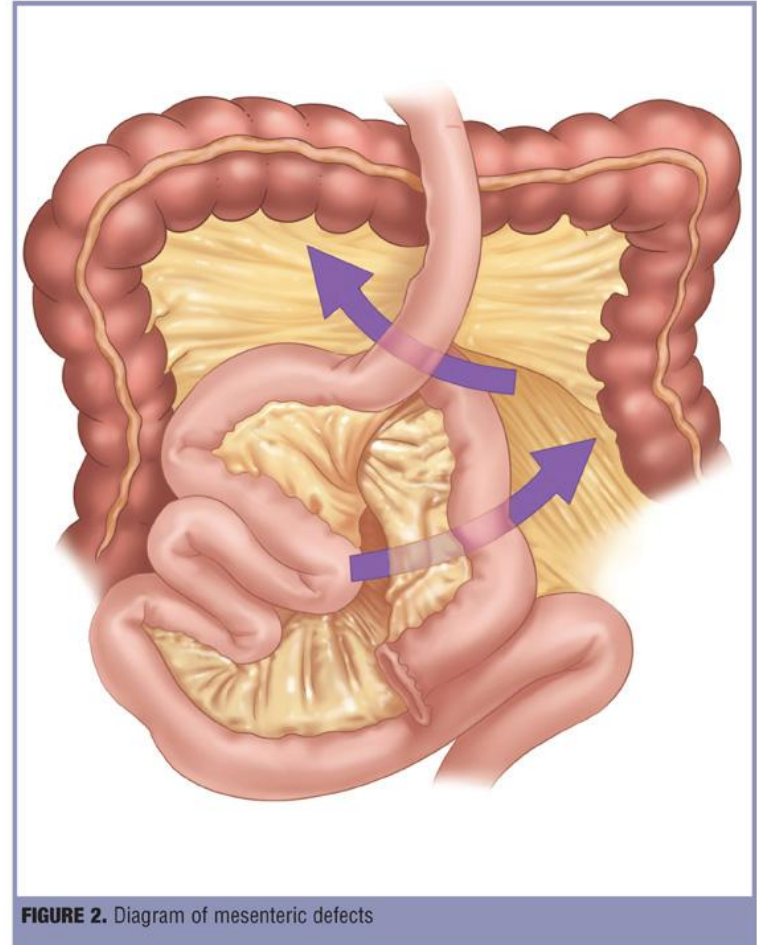
- ◆ Tout malade ayant un ATCD de GBP et des douleurs abdominales doit être considéré comme ayant une hernie interne jusqu'à preuve du contraire.
- ◆ Coelioscopie exploratrice au moindre doute.

Diagnostics différentiels

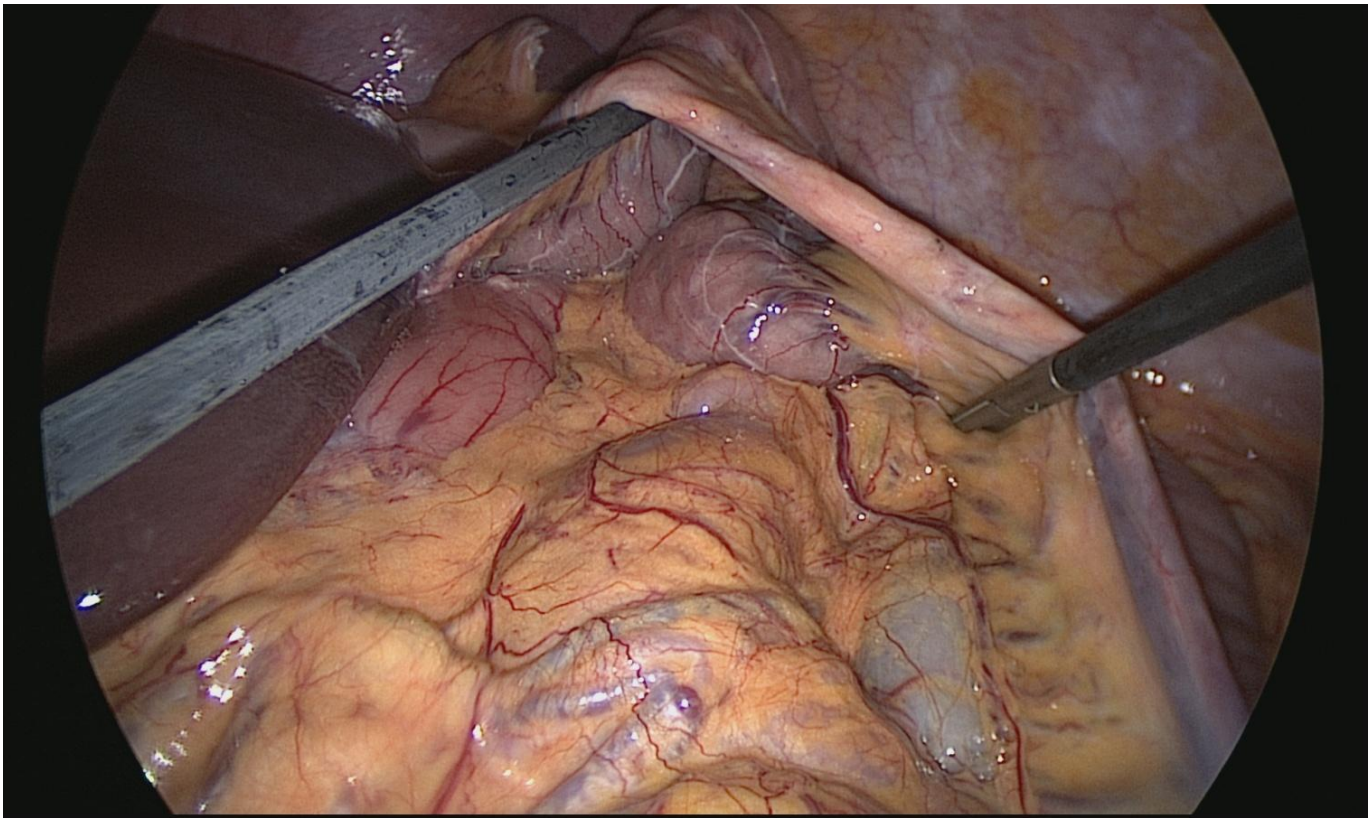
- ◆ Occlusion sur bride
- ◆ Événtration étranglée (orifice de trocard++, difficile à palper chez le patient obèse)

Sites préférentiels des hernies internes

1. Espace de Petersen (en arrière de l'anse alimentaire)
2. Brèche inter-mésentérique
3. Fenêtre mésocolique (si anse transmésocolique)



Coelioscopie exploratrice



Large passage en arrière de l'anse alimentaire.

Moyen de prévention

- ◆ Fermeture des brèches
- ◆ Au fil non résorbable
- ◆ Montage transmesocolique= 1 brèche en +?
- ◆ Mais: difficile à faire, qualité à long terme, non dénué de risque: risque d'hématome du mésentère, de saignement ou d'ischémie digestive.

Hernie interne et grossesse

- ◆ Plusieurs cas de hernies internes opérées en urgence chez des femmes enceintes ont été décrit
- ◆ Remaniement positionnel des viscères intra-abdominaux, hyper-pression intra-abdominale.
- ◆ GBP souvent réalisé chez femme en age de procréer
- ◆ Diagnostic difficile
- ◆ Grossesse souvent au premier plan. Retard diagnostic, ischémie digestive.
- ◆ Informer le malade, port d'une carte.

Algorithme de prise en charge

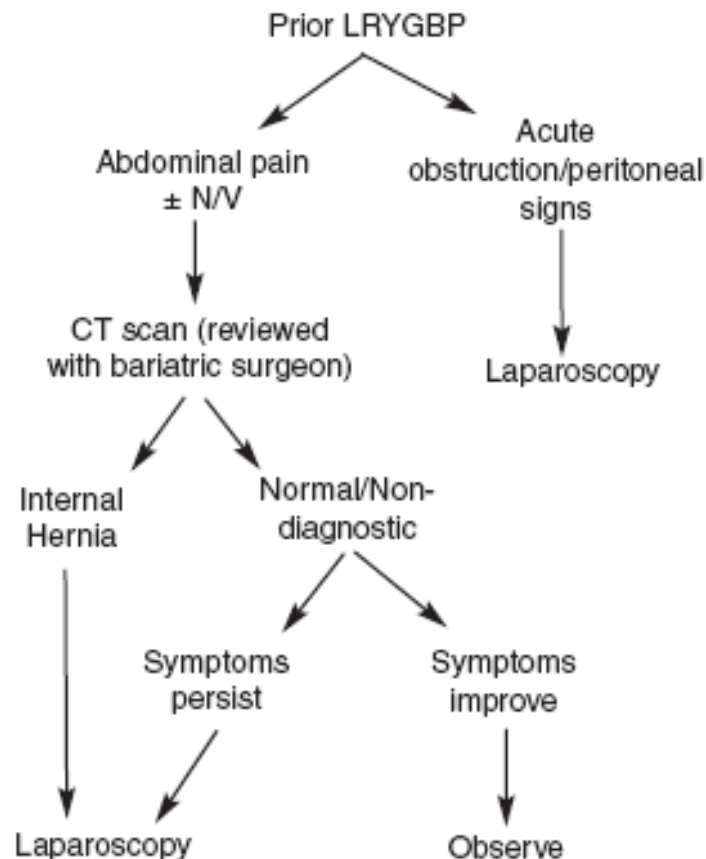


Figure 1. Algorithm for diagnosis and management.

Conclusion

- ◆ Diagnostic difficile
- ◆ Signes cliniques frustrés
- ◆ TDM difficile à interpréter.
- ◆ Coelioscopie exploratrice au moindre doute.
- ◆ Prévention +++
- ◆ Attention à la femme enceinte: grossesse au 1er plan

Références

- ◆ Small Bowel obstruction after laparoscopic Roux en Y gastric Bypass Arch Surg. 2007; 142 (10):988-993
- ◆ Small Bowel Obstruction and Internal Hernias after laparoscopic Roux en Y gastric bypass. Obesity Surgery, 13, 2003
- ◆ Internal Hernia after gastric bypass: sensitivity and specificity of seven CT signs with surgical correlation and controls. AJR:188, March 2007
- ◆ Diagnosis and Management of Internal Hernias after laparoscopic gastric bypass. Obesity surgery, 17, 1498-1502
- ◆ Internal Hernias after laparoscopic Roux en Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. Obesity Surgery, 13, 350-354.